



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**EVDE BAKIM HİZMETİNDEN YARARLANAN HASTALARIN
YAKINLARININ GENEL RUHSAL SAĞLIK DURUMLARI VE BAKIM
YÜKÜNÜN İNCELENMESİ**

Rıdvan DOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN

KARABÜK

2019

TEZ ONAYI

RİDVAN DOĞAN'ın hazırladığı “**Evde Bakım Hizmetinden Yararlanan Hastaların Yakınlarının Genel Ruhsal Sağlık Durumları ve Bakım Yükünün İncelenmesi**” adlı bu çalışma 26/06/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından **HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI**'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

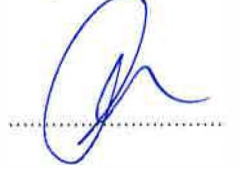
Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN

Tez Danışmanı



Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAĞLU

Üye



Dr. Öğr. Üyesi Gülcan ŞEN

Üye



Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından **YÜKSEK LİSANS** tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN
Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

27.05.2019

Rıdvan DOĞAN

İmza



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam sürecinde her zaman anlayışla bana destek olan, katkılarımı esirgemeyen ve bana rehber olan tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Nevin Onan'a,

Hemşirelik mesleğini, araştırma yapmayı ve öğrenmeyi bana sevdiren Doç. Dr. Işıl Işık Andsoy'a ve Karabük Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'ndeki hocalarıma,

Bu süreçte bana destek ve katkı veren Doç. Dr. Tuğba Altıntaş, Arş. Gör. Arzu Dikici, Arş. Gör. Ezgi Hasret Kozan, Arş. Gör. Merve Yetim, Arş. Gör. Büşra Selma Demirhan ve Üsküdar Üniversitesi'ndeki bütün hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Lisans ve yüksek lisansta bana destek veren ve arkadaşlık eden Bahar, Barış ve Caner'e,

Veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi ekibine,

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarına,

Maddi ve manevi destekleri ile her zaman yanımda olan aileme,

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Rıdvan DOĞAN

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORM	ii
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
EKLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Evde Bakım	7
2.1.1. Evde Bakım Hizmetlerini Gelişimi.....	8
2.1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı	9
2.2. Bakım Verme Yüğü.....	10
2.3. Ruhsal Sağlık.....	13
2.3.1. Psikiyatri Hemşireliğı ve Evde Bakım.....	15
2.3.2. Bakım Verenlerin Ruh Sağlığı.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Tarihi	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	19
3.3.1.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	20
3.3.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	20
3.4. Veri Toplama Araçları.....	21
3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu.....	21
3.5.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı	21
3.5.3.Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28)	22
3.5. Verilerin Toplanması.....	23

3.6. Araştırmanın Etik Yönü	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler	24
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler	24
4. BULGULAR	25
4.1. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular	26
4.2. Genel Sağlık Anketi'ne (GSA-28), GSA-28 Alt Boyutlarına ve Bakım Yükü Ölçeğine İlişkin Bulgular	30
4.3. Bağımsız Değişkenler Açısından GSA-28 ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	32
4.4. Bağımsız Değişkenlere Göre GSA-28 Risk Oranlarının Dağılımlarına Yönelik Bulgular	39
4.6. Bakım Verme Yükünün Bağımsız Değişkenler Açısından Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	41
4.7. GSA-28 ve Alt Boyutları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	44
5. TARTIŞMA	47
5.1. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması	47
5.2. GSA-28 ve GSA-28 Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	48
5.3. Bağımsız Değişkenler Açısından Bakım Verme Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
6.1. Sonuçlar	54
6.2. Öneriler	55
KAYNAKÇA	57
EKLER	65
ÖZGEÇMİŞ	78

EKLER DİZİNİ

EK-1. Katılımcı Bilgi Formu

EK-2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

EK-3. Genel Sağlık Anketi (GSA-28)

EK-4. Etik Kurul Onayı

EK-5. Kurum İzni

EK-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK-7. Bakım Verme Yüğü Ölçeği İzin Maili

EK-8. Genel Sağlık Anketi (GSA-28) İzin Maili

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Evde Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Kişisel Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 2: Bakım Verenlerin Yaşına, Bakım Verme Süresine Ve Hastaların Yaşına İlişkin Bilgiler

Tablo 3: Evde Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Bakım Verme ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Tablo 4: Evde Bakım Hizmeti Alan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Tablo 5: Evde Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının GSA-28 ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 6: GSA-28'e Göre Evde Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Genel Ruh Sağlığı Durumu

Tablo 7: Evde Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü Düzeyleri

Tablo 8: Tanımlayıcı özellikler Açısından Bakım Verenlerin GSA-28 ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 9: Bakım Verenlerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre GSA-28 ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 10: Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Genel Ruh Sağlığı Risk Oranlarının Dağılımları

Tablo 11: Bakım Verenlerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre Genel Ruh Sağlığı Risk Oranlarına Göre Dağılımları

Tablo 12: Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 13: Bakım Verme ile İlgili Özelliklerinin Bakım Verme Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 14: GSA-28 Kesmen Noktasına Göre Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Tablo 15: Genel Sağlık Anketi ve Alt Boyutları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği Arasındaki İlişkiler

Tablo 16: Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi'nin Bakım Verenin Yaşı ile İlişkisi

Tablo 17: Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi ile Balım Verme Süresi Arasındaki İlişki



KISALTMALAR DİZİNİ

ALS	Amyotrofik Lateral Skleroz
BVYÖ	Bakım Verme Yüğü Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSA-28	Genel Sağlık Anketi-28
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SVO	Serebrovasküler Olay
TTB	Türk Tabipler Birliği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

Evde Bakım Hizmetinden Yararlanan Hastaların Yakınlarının Genel Ruhsal Sağlık Durumları ve Bakım Yükünün İncelenmesi

Bu çalışmada evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının bakım verme yükü ile ruhsal sağlık durumlarını belirlemek ve bakım verme yükü ile ruhsal sağlık arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yürütülen bu araştırma, gerekli izinler alındıktan sonra Eylül-Aralık 2018 tarihleri arasında Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Biriminden hizmet alan 102 hastanın yakını ile gerçekleştirildi. Veriler, 14 sorudan oluşan katılımcı bilgi formu, Genel Sağlık Anketi-28 ve Bakım Verme Yükü Ölçeği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Spearman Korelasyon Analizi ve post-hoc testi olan Tamhane's T2 testi kullanıldı. Bakım verenlerin %58,8'inin kadın, %69,6'sının evli olduğu, yaş ortalaması 42,96±13,69 olduğu belirlendi. GSA-28 toplam puan ortalaması 5,76±4,07 olarak bulundu. Bakım verenlerin bakım verme yükü 51,11±19,86 puan ile orta/ileri derece yük olarak belirlendi. GSA-28 puanı ile bakım verme yükü puanı arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulundu ($r=0,233$ $p=0,018$). Bakım verenlerin %54,9'unun ruh sağlığı açısından riskli olduğu, %65,5'inin ileri/aşırı derecede bakım verme yükü olduğu saptandı. Bakım verenlerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu ve mesleğine göre GSA-28 puanı üzerinde anlamlı farklılık olduğu; finansal sorun yaşama durumu, yakınlık derecesi ve hastanın cinsiyetinin bakım verme yükü puanını etkilediği bulundu. Evde bakım hizmetinde bakım verenlerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi, bakım yükünü azaltacak önlemlerin alınmasının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde Bakım Hizmeti, Bakım Verenler, Bakım Verme Yükü, Ruhsal Sorunlar, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

Investigation of the general mental health status and caregiver burden of the relatives of patients who supported home care services and the burden of caring

The aim of this study is to observe the relationship between the charge of caregiving of the relatives of home care patients and to determine their mental health status. This descriptive and cross-sectional study were performed with the relatives of 102 patients who were served from the Home Care Unit of Karabük Training and Research Hospital between September and December 2018 after the necessary permissions were obtained. The data were collected with a questionnaire consisting of 14 questions, General Health Questionnaire-28 and the Care Payload Scale. Descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test, Spearman Correlation Analysis and post-hoc test Tamhane's T2 test were used. 58.8% of the caregivers were female, 69.6% were married and the mean age was 42.96 ± 13.69 . The mean total score of GSA-28 was 5.76 ± 4.07 . The caregiving charge of caregivers was determined as medium / advanced load with $51,11 \pm 19,86$ points. A positive correlation was found between the GSA-28 score and the charge of caregiving score ($r = 0.233$ $p = 0.018$). It was found that 54.9% of caregivers were at risk for mental health, and 65.5% were over/overly burden of caring. The age, gender, marital status and occupation of caregivers were found to be effective on the GSA-28 score; the financial problem found to be effective on the status of living, the degree of closeness, and the burden of giving care to the patient's gender. It is considered that it is very important to evaluate the mental health of caregivers and to take measures to reduce the charge of care.

Keywords: Home Care, Caregivers, Care Giving Burden, Mental Problems, Psychiatric Nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlığın yükseltilmesi, sağlıklı yaşamın yaygınlaşması, kronik hastalıklarda bakımın daha verimli yapılması, sağ kalım oranının artması ve yaşam süresinin uzaması sonucunda yaşlı nüfusta artış görülmüştür (Işıl ve Onan 2016).

Ülkemizde yaşlı nüfus son 5 yılda %16 artarak 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi olmuştur. 2018 verilerine göre yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %8,8'dir. Bu oranın 2023 yılında %10,2, 2030 yılında 12,9, 2080 yılında 25,6 olacağı ön görülmektedir (TÜİK 2018).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel, duygusal ve sosyal fonksiyonlarda yetersizlikler görülmektedir. Fiziksel fonksiyonlar yürüme, eğilme, koşma gibi aktiviteler ile değerlendirilir. Duygusal faktörler bireyin çevresindeki olaylara verdiği tepkiler ile ölçülür. Sosyal fonksiyonlar ise bireyin sosyal rollerinde ve işlevlerinde meydana gelen değişiklikler olarak tanımlanır (Tekin ve Kara 2018).

Gün geçtikçe artan yaşlı nüfus ile birlikte toplumda kronik hastalıkların görülme oranı artmaktadır. Buna bağlı olarak fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçları kapsayan bakım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Ancak bu gereksinimlerin karşılanmasında çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalınmaktadır. Yaşanan bu sorunlar toplumun bir kısmını bağımlı hale getirmektedir (Işıl ve Onan 2012).

Bağımlı hastaların artması sağlık hizmetlerine olan talebin de artmasına neden olmuştur. Hastanelerde yığılmaların olması, özel hastanelerin sunduğu sağlık hizmetlerinin pahalılığı, hastaların ve bakım veren yakınlarının kendini ev ortamında daha rahat hissetmesi nedeniyle evde bakım hizmetlerine olan gereksinim ortaya çıkmıştır (Taşdelen ve Metin 2012). Ayrıca kamu kaynaklarının verimli kullanılması, sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, yataklı tedavi hizmetlerinde giderlerin

azaltılması açısından evde bakım hizmetleri büyük önem taşımaktadır (Özer ve Şantaş 2012, Oğlak 2007).

Evde bakım hizmetleri, sunulan sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlayan önemli bir oluşumdur. Artan yaşlı nüfus ve kronik hastalıklar nedeniyle ev ortamında bakımın sürdürülmesi gerekmektedir (Bahar ve Beşer 2017).

Evde bakım hizmet hizmetinin kapsamını çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireylere ev ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri oluşturmaktadır. (T.C. Resmi Gazete, 27 Şubat 2015, sayı: 29280, Özgünay vd. 2019).

Yaşlanan nüfus ve kronik hastalıkların artmasıyla ilişkili şekilde son yıllarda evde bakım hizmeti giderek artmaktadır. Türkiye’de bakıma ihtiyacı olan bireylerin bakımını büyük çoğunlukla aile üyeleri tarafından karşılanmaktadır (Selçuk ve Avcı 2016). Evde bakımda her zaman sağlık personeli bulunamadığından hastanın birinci dereceden yakınları bakım vermektedir (Çelik 2008). Ancak bakım veren için bu durum zahmetli ve yorucu bir süreçtir ve bakım yükü oluşturmaktadır (Zaybak vd. 2012). Toplumda kadınların iş yaşamına katılımının artması, geniş aile yapısının azalması, ekonomik güçlükler gibi nedenlerden dolayı ailelerin bakımı üstlenmesi zorlaşmaktadır (Taşdelen ve Ateş 2012).

Uzun süreli evde bakım veren hasta yakınlarının ruhsal sağlıklarında görülebilen bozulma ile birlikte bakım verenlerde oluşan duygusal ve fiziksel yük, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlara neden olmaktadır. Uzun süreli bakım verme hem hastada hem bakım verende gerginliğe yol açabilmektedir. Özellikle bakım veren kişinin hastanın eşi olması, yakınlık derecesi ve önceki ilişkileri ruhsal açıdan bakım yükünü arttırmaktadır (Zhu and Jiang 2018, Atagün vd. 2011). Bakım yükünü farklı açılardan ele almak ve gerekli değerlendirmelerde bulunmak hasta ve hastaya bakım veren kişiye fiziksel, sosyal ve ruhsal katkı sağlaması açısından önem taşımaktadır (Işıl ve Onan 2016).

Bakım verenlerin sorunlarını saptamak, yaşam kalitesini arttırmak aile merkezli bakım açısından hemşirelerin sorumlulukları arasında bulunmaktadır. Bu doğrultuda evde bakım verenlerin düzenli takip edilip sorunlarına ve gereksinimlerine yönelik bakım planı oluşturmak hemşirelik hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Eğilli ve Sunal 2017). Bakım yükünü etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bakım verenin iyilik halinin sürdürülmesine katkı sağlayacaktır (Selçuk ve Avcı 2016).

Bakım verme yükünü azaltmada psikiyatrik hizmetler önemli bir yere sahiptir. İngiltere gibi bazı ülkelerde psikiyatri hemşiresi ve toplum ruh sağlığı hemşiresi bu amaç doğrultusunda hizmet vermektedir (Genkeer et all 2003). Evde bakımda psikiyatri hemşiresinin işlevi hasta ve bakım vereni değerlendirmek olup hastanın bütüncül olarak fiziksel ve mental durumunu değerlendirme ve evde bakım ekibi ile aile üyeleri arasında iletişimi sağlamaktır (Bağ 2012). Evde bakımda amacı ise aile ortamının değerlendirilmesi, bakım verene destek ve danışmanlık, ailenin destekleme güçlerinin ortaya çıkartılması, bakım verenlerin bireysel gereksinimlerinin belirlenmesi, hastanın ve bakım verenlerin sosyal sorunlarının değerlendirilmesi, stresle baş etme, problem çözme olarak sıralanmaktadır (Arslantaş 2009, İnan ve Duman 2013). Bu çalışma amacı doğrultusunda psikiyatri hemşirelerinin evde bakım hizmeti alan kişilerin ve yakınların ruhsal sağlık sorunlarını belirleme ve bu belirleme sonucunda gerekli girişimleri planlama ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önemlidir.

Bakım veren hasta yakınlarının bakım yüküne ilişkin çalışmalar literatürde rastlanılmasına karşın (Özgünay vd. 2019, Söğüt 2017, Yıldırım 2017, Taşdelen 2012, Eğilli 2017, Köse ve Akı 2019), ev ortamında hastaya bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını inceleyen çalışmalar kısıtlı sayıdadır (Çapan 2016).

Bu çalışmada evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının bakım verme yükü ile ruhsal sağlık durumlarını belirlemek ve bakım verme yükü ile ruhsal sağlık arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Araştırmada bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Evde bakım hizmeti alan hastalara bakım verenlerin ve hastaların özellikleri nelerdir?
- Evde bakım hizmeti alan hastalara bakım verenlerin genel ruhsal sağlık durumları ve bakım yükleri ne düzeydedir?
- Evde bakım hizmeti alan hastalara bakım verenlerin kişisel özellikleri ile GSA-28 ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin puanları arasında anlamlı fark var mıdır?
- Evde bakım hizmeti alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüğü ile ruhsal sağlık durumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Bakım

Günümüz dünyasında bilimsel ve teknolojik gelişmelerin ışığında tıp ve sağlık alanında önemli değişimler olmaktadır. Erken tanı ve tedavi yöntemlerinin bulunması, yaşam sürelerinin ve hastalıklardan sağ kalım oranlarının artmasını sağlarken kronik hastalığı olan kişilerin sayısında artışı beraberinde getirmektedir. Ancak, kronik hastalıkların tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyon gereksinimleri hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde ciddi sağlık sorunlarına neden olmakta, ülkeler düzeyinde sağlık politikalarının yeniden düzenlenmesi gerekliliğini ortaya çıkarmakta ve evde bakım hizmetlerine olan gereksinimin artmasına neden olmaktadır (Akdemir vd. 2011, Bilge ve vd. 2016).

Kronik hastalıkların ve yaşlı nüfusun artması, sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmuştur. Hastanelerde yığılmaların olması, özel hastane ücretlerinin yüksek olması, hasta ve yakınlarının ev ortamında rahat etmesi gibi nedenlerden dolayı evde bakım hizmeti ihtiyacı ortaya çıkmıştır (Oğlak 2007, Taşdelen ve Ateş 2012).

Evde bakım hizmeti, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerinde destekleme, öz bakım yeterliliklerini arttırma, evsel hizmetlerini karşılama ve evde sağlık bakımı sunma şeklinde geniş bir kapsamda ele alınabilir (TTB 2016).

Evde sağlık hizmeti, çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan kişilere evde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de içeren verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini ifade eden sağlık hizmeti tipidir (T.C. Resmi Gazete, 2015, sayı: 29280). Bu kapsamda ele alındığında evde bakım, bakıma ihtiyaç duyan hastaya ve ailesine profesyonel bir kişinin hastanın evinde bakım vermesi işlemidir. Evde bakım aynı zamanda hastaya evinde verilen tıbbi hizmet olarak da tanımlanabilmektedir (Çoban ve Esatoğlu 2004). Evde bakımda amaç, bireyin

bağımsızlığını, yaşam kalitesini, ekonomik durumunu ve sosyal hayatını korumaktır. (DSÖ 2018).

Bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak için bireyin kendi yaşadığı ortamda sağlık hizmetlerinin profesyonel düzeyde sunulmasını sağlayan evde bakım hizmetleri, hastane bakımının yerini alan, hastanede kalış süresini ve hastane enfeksiyonlarını azaltan hizmetler olarak nitelendirilmektedir. Ayrıca bu hizmet sayesinde hastanın özerkliği artmakta ve yaşadığı ortamda daha mutlu olması sağlanmaktadır. (Yılmaz vd. 2010).

Evde bakım hizmetlerini üç farklı şekilde gruplamak mümkündür. Birincisi, süresine göre gruplanmasıdır. Kısa süreli tıbbi hizmet, özellikle hastanede yatış sonrası dönemde yapılır. Uzun süreli tıbbi ve sosyal hizmetleri kapsayan süreçte 6 ayı geçmektedir. İkincisi ise tıbbi hizmet ve sosyal hizmet olarak gruplandırmaktadır. Üçüncüsü ise sağlık profesyonellerinin yaptığı formal bakım ve bakım verenlerin yaptığı informal bakımdır (Oğlak 2007).

2.1.1. Evde Bakım Hizmetlerini Gelişimi

Evde bakım hizmetlerinin tarihi süreç içinde gelişimi incelendiğinde hemşirelik hizmetleri şeklinde başladığı ve uzun bir süre bu şekilde devam ettiği görülmektedir. 1940'lı yıllarda kronik hastalıklı bireylerin giderek artması sonucunda hastane yataklarının büyük kısmını uzun süre kullanılması nedeniyle hastaneler evde bakıma yoğun ilgi duymaya başlamıştır. 1947 yılında Montefiore Hastanesi Evde Bakım Programı tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri ve sosyal hizmetlerin sunulması amacıyla başlatılan ilk hastane merkezli evde bakım birimini kurmuştur. Ülkemizde ise ilk defa 15. yüzyılda Osmanlı zamanında gezici hekimler ile evde bakım hizmeti sunulmuştur. Sonraki dönemlerde özel hemşireler, hasta bakıcıları, hemşirelik kurumları aracılığıyla evde bakım hizmeti sunulmuştur. İlk defa 1998 yılında düzenlenen Ulusal Evde Bakım Kongresi ile evde bakımın kurumsallaşması ve gerekliliği ortaya konulmuştur (Taşdelen ve Ateş 2012).

Türkiye’de 2005 yılında “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile evde bakım hizmeti resmi olarak düzenlenmiştir. 2005 yılında yayınlanan yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı evde bakım hizmetini resmi sigorta kapsamına almıştır (T.C. Resmi Gazete, 10 Mart 2005, Sayı:25751). Bu yönetmelik dahilinde hastanın yaşadığı ortamda sağlık ekibi tarafından tedavi, rehabilitasyon, psikolojik tedavi ve fizyoterapi hizmetleri sunulması kararı alınmıştır (Altuntaş vd. 2010).

Evde Bakımın uygulanmasına ilişkin yönetmelik 01.02.2010 tarihide “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge” ismi ile yayınlanmıştır. Yönerge kapsamında hizmet teşkilatı, birim kurulması, asgari araç, gereç ve tıbbi cihaz standardı ile ulaşım araçlarının tahsisi, personel görevlendirilmesi, sorumlu tabip ile personelin görev yetki ve sorumlulukları, birimin çalışması, hizmetin kapsamı ve konsültasyon, başvurular ve başvuruların değerlendirilmesi, kabul ve sevk esasları düzenlenmiştir.

2.1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Evde bakım hizmetleri her yaş grubundan bireylere sunulabilmektedir. Kronik hastalığı olan, bir cerrahi girişim sonrası akut dönemde sınırlılıkları olan, özel bakıma gereksinim duyulan bir hastalığı olan, yeti yitimi sonucunda rehabilitatif bakıma ihtiyaç duyan bireylere evde bakım hizmeti sağlanmalıdır. Evde bakım hizmeti gereksinimi duyulan hastalıklar arasında KOAH, serebral palsi, polinöropati miyopati, hemipleji, kafa travması, parapleji, Parkinson, meningomiyelozel Multiple Skleroz, ALS ve kronik ruhsal hastalıklar öne çıkmaktadır (DSÖ 2012).

Evde bakım hizmetleri sürekli hastane hizmeti alamayan veya sürekli hastanede bulunamayan ve bakıma ihtiyacı olan bireylere yönelik kurulmuş bir oluşumdur. Evde bakım hizmetini pek çok kuruluş vermektedir. Evde bakım hizmetinde büyük çoğunluğu oluşturan hizmetler ve hasta grupları aşağıda sıralanmıştır.

- Yara bakımına ihtiyaç duyan hastalar
- Ameliyat sonrası bakıma ve takibe ihtiyacı olanlar

- SVO geçiren hastalar
- Onkoloji hastaları
- Diyabet hastaları
- Hipertansiyon ve kalp, damar hastalığı bulunanlar
- Solunum güçlüğü çeken hastalar
- Yatağa bağımlı hastalar
- Hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyan hastalar
- Laboratuvar, tetkik, tahlil ihtiyacı olan hastalar
- Yeni doğum yapan kadınlar oluşturmaktadır (Özer ve Şantaş 2012)

Kronik hastalıklar bireylerde fiziksel ve ruhsal zararlarla birlikte, yeti yitimi, sosyal ve ekonomik kayıplara neden olmakta, hastalar aile içinde ve toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getiremedikleri için zorluk yaşamakta ve sürekli olarak aile bakımı ve desteğini almak zorunda kalmaktadırlar (Çapan 2019).

Kronik hastalıkların toplumda ve kendi ortamı içinde tedavi etme yaklaşımının benimsenmesiyle, hasta yakınları birincil bakım verici konumuna gelmiş ve sorumlulukları artmıştır. Ailesiyle yaşayan hastaların çoğu tüm gününü evde geçirmekte, aileden en az bir kişi hasta bakımı nedeni ile sosyal yaşam ve üretim sürecinden uzak kalmakta ve aileler fiziksel, ruhsal, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamaktadır (Çapan 2019).

2.2. Bakım Verme Yükü

Grad ve Sainburg tarafından 1963 yılından bakım yükü kavramı tanımlanmıştır. Buna göre bakım gereksinimi olan bireylere bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları duygusal anlamda stres, sosyal aktivitelerde azalma, fiziksel hastalıklar, gelir düzeyinin yetersizliği gibi ruhsal, fiziksel, ekonomik ve sosyal sorunları ifade etmektedir (Selçuk ve Avcı 2016).

Bakım verme yükü subjektif ve objektif olarak ikiye ayrılmaktadır. Subjektif bakım yükü, bakım veren kişinin kendi rolü ile ilgili duyguları olarak tanımlanır. Bakım verme yükünü nasıl algıladığını ifade eder. Verdiği duygusal tepkiler subjektif

yük olarak tanımlanmaktadır. Objektif bakım verme yükü ise bakım veren kişide veya ailesinde meydana gelen değişim ve engelleri kapsar. Bakım verenin fiziksel görevlerini kapsamaktadır. Harcamalar, muayene ve tetkik gereksinimlerinin karşılanması objektif yük olarak tanımlanmaktadır (Awad and Voruganti 2008).

Bakım veren bireylerin yaşadığı güçlükler birbirinden farklı olabilir veya bakım vermede güçlük yaşamayabilir. Bakım verenin yaşadığı güçlükler bakım verenden veya bakım verdiği hastada ait değişkenlerden doğabilmektedir. Bakım verene ait değişkenler yaş, cinsiyet, hastaya olan yakınlık derecesi, eğitim durumu, ekonomik gelir düzeyi, bakım vermeye gönüllü olup olmama durumu, inançları, sosyal hayatı bakım verme yükünü etkilemektedir (Atagün vd. 2011).

Hastaya ait faktörler ise hastanın aşırı ilgi beklemesi ve çocuksu davranışlarda bulunması, bakım verenin yaşamına müdahale etmesi, kendini çevreden soyutlaması bakım verenin yaşadığı bakım verme yükünü etkilemektedir (Işıl ve Onan 2016).

Bakım verici, bireyin tek başına karşılayamadığı veya zorlandığı beslenme, giyinme, hijyen vb. günlük gereksinimleri ile birlikte duygusal, fiziksel ya da maddi ihtiyaçlarını onun yerine karşılamak ya da kendi başına karşılayabilmesi için destek vermeyi içermektedir. Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu algılanan bir deneyimdir ve bakım verme sorumlulukları ile birlikte aile yaşamının yeniden yapılanmasını gerektirir (James 2002; Honea ve ark. 2008). Aileler bakım verme yükünü yerine getirirken hastalığın nedenleri ve tedavisi ile ilgili genel bilgiler, belirti yönetimi, stresle baş etme, hasta birey ile iletişim kurma, hasta için boş vakit aktivitelerini planlama, problem çözme, kriz yönetimi ve hastaların yasal hakları ile ilgili bilgilere gereksinim duymaktadır. Hastanın primer bakımını sağlayan ve hastayı destekleyen anahtar kişi olarak bakım vericiler, bakım verici olma durumunu seçemedikleri veya planlayamadıkları için çeşitli ruhsal sorunlarla baş etme durumunda kalabilirler. Bakım veren kişi, hastanın günlük yaşantısının merkezine yerleşmekte ve bakım veren bireyin hayatını organize etmesinde bu durum etkili olmakta ve bakım yükünü arttırmaktadır.

Bakım veren bireylerde pek çok gereksinim oluşmakta ve bu gereksinimlerin karşılanmaması durumunda bakım verme rollerini yerine getirmede güçlük yaşamaktadır. Bakım verenin yükünün tespit edilmesi hem bakım alan hastalar için hem bakım veren bireylerin bakım gereksinimlerinin karşılanması sağlanacak ve bu sayede yaşam kalitesi her iki taraf için de artacaktır (Söğüt ve Dündar 2017, Yıldırım vd. 2013).

Algılanan yükü belirlemek, bakım verenlerin yükünü azaltmada ilk yapılması gerektir. Kronik hastalığı bulunan bireylerin bakım yükünü tespit etmek amacıyla yapılan pek çok çalışma vardır. Bu çalışmaları bilmek bakım verenlerin gereksinimlerinin farkında olunmasını ve uygun müdahalelerin yapılmasını sağlayacaktır (Yıldırım vd. 2016).

Ankara ilinde şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükünü araştıran bir çalışma yapılmış ve bakım veren yükü Zarit Bakım Yükü Ölçeği'ne göre $55,80 \pm 15,90$ olarak orta dereceli yük bulunmuştur. Aile eğitimlerine ve ilgili dernek ve yardımlaşma kuruluşlarına katılan bakım verenlerin ortalama bakım yükü puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Kaya ve Öz 2019).

Köse ve Akı'nın yaptığı çalışmada "Bakım Veren Bireylere Yönelik Geliştirilen Bireysel Ergoterapi Eğitim Programının Yaşam Kalitesine ve Bakım Veren Yüküne Yönelik Etkisinin İncelenmesi" isimli çalışma yapılmış ve uğraşı terapisinin bakım verenler üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bakım verenlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bakım yükünde anlamlı derecede bir düşüş olduğu görülmüştür (Köse ve Arı 2019).

Söğüt ve Dündar tarafından Manisa ilinde evde bakım hizmetinden yararlanan hasta yakınlarının bakım yükünü inceleyen bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaya göre bakım verenlerin %32,3'ünde az bakım yükü görülürken %67,7'sinde orta/ileri düzeyde yük görülmektedir. Ortalama bakım yükü puanı ise $29,2 \pm 13,8$ olarak bulunmuştur. Hastaların %52,4'ü yatağa bağımlıdır.

2.3. Ruhsal Sağlık

Davranışlar kültürel, toplumsal ve bireysel farklılıklar göstermektedir. Ruhsal olarak normal ve anormal ayrımı yapmak, ruhsal sağlığı belirleyecek durum ve davranışları tespit etmek zordur. Bu nedenle ruhsal sağlığı tek bir tanımla anlatmaya çalışmak zordur. Genel bir tanım yapacak olursak ruh sağlığı “kişinin kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içinde olmasıdır.” olarak tanımlayabiliriz. Ruhsal sağlık, hayatta karşılaşılan stresli olaylara karşı uygun bir şekilde başa çıkabilen ve uyum sağlayabilen insanların ruh halidir (Townsend 2016).

Ruhsal sağlık zihinsel ve duygusal iyi oluşla ilgilidir ve bireylerin ve toplumun ruhsal sağlığını iyileştirme çalışmaları ruh sağlığının geliştirilmesini, ruhsal hastalıkların önlenmesini, ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım ve rehabilitasyonun içermektedir (WHO 2018). Bu açıdan bakıldığında her bireyin kendi potansiyelinin farkına vardığı, çeşitli yaşam olaylarıyla baş edebildiği, verimli ve üretken olarak çalışabildiği, kendisi ve çevresinin gelişimine katkıda bulunduğu iyilik halidir (Ruh Sağlığı Yasa Taslağı, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığı politikasını, bireylerin ve toplumun ruh sağlığını geliştiren, ruhsal hastalıkların toplumda neden olduğu yükü azaltan, uygulamalar, değerler ve amaçlar olarak tanımlamaktadır (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011).

Davranışlar kültürel, toplumsal ve bireysel farklılıklar göstermektedir. Ruhsal olarak normal ve anormal ayrımı yapmak, ruhsal sağlığı belirleyecek durum ve davranışları tespit etmek zordur. Bu nedenle ruhsal sağlığı tek bir tanımla anlatmaya çalışmak zordur. Genel bir tanım yapacak olursak ruh sağlığı “kişinin kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içinde olmasıdır.” olarak tanımlanabilir. Ruhsal sağlık, hayatta karşılaşılan stresli olaylara karşı uygun bir şekilde başa çıkabilen ve uyum sağlayabilen insanların ruh halidir (Townsend 2016). Birey yakın çevresiyle, ailesiyle, toplumla bulunduğu zaman ve mekan içinde uyum ve denge mevcutsa ruhsal açıdan sağlıklıdır. Yani topluma göre ortalama olan insan normal kabul edilir. Dolayısıyla ruhsal açıdan da sağlıklı kabul edilir (Öztürk ve Uluşahin 2008; Vaillant 2003).

Ruhsal sağlık ve ruh hastalıkları kavramı kültürden kültüre ve zamana göre büyük farklılık göstermektedir. Çoğu kültürde normalden uzaklaşan davranışlar hoş karşılanmamaktadır. Bir davranış bir kültürde normal olarak karşılanırken başka bir kültürde ruhsal hastalık olarak tanımlanabilmektedir. Tarihsel süreçte ruhsal hastalığı olan bireyler uygulanan davranışlar çoğu zaman insanlık dışı olmuştur ve acımasız bir şekilde kontrol edilmeye çalışılmıştır (Townsend 2016, Babaoğlu 2002).

Ruhsal hastalıklarda ilkel inançlarda değişik yaklaşımlar vardır. Ruhsal hastalığı olan kişilerin ruhlarının bedenden ayrıldığı ve ruhunun geri dönmesi gerektiği düşüncesi egemendi. Bir başka düşünce ise kötü ruhların bedene girdiği veya doğauştü güçlerin bedeni ele geçirdiği, büyü yapıldığı düşüncesi idi. Bu inanışta olan toplumlar ise hastaları döverek, aç bırakarak veya başka işkence yöntemleri ile tedavi etmeye çalışmışlardır. Hatta bazı kültürlerde ruhsal hastalığı olan bireylerin günahkar olduğu, büyücü olduğu gerekçesiyle yakıldığı bile görülmüştür (Babaoğlu 2002).

Hipokrat (M.Ö. 5. yüzyıl) öncesi dönemde gizem ve büyüsel düşünceler hakimdi. Hipokrat, ruhsal hastalıkların doğauştü güçlerle değil doğal süreçler sonucu ortaya çıktığı savundu. Hatta kutsal bir hastalık olarak epilepsinin beyin hastalığı olduğunu iddia etmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Orta çağ döneminde ise Hipokrat ile yakalanan bu yükseliş duraklamış hatta milattan sonra ikinci ve üçüncü yüzyıllarda tekrar büyüye ve gizeme yönelim olmuştur. Bu dönemde tıbbi tedavi neredeyse tükenmiş, kadavra kesimi sınırlandırılmış ve tıp eğitimi alan birinin insan vücudu hakkında bilgi sahibi olması çok zor hale gelmişti. Yine bu çağda şizofreni gibi pek çok ruhsal hastalığı bulunan insanlar yargılanmış ve yakılmıştır. Rönesans döneminde ise bilimin ön plana çıkması ile diri diri yakılma olayları son bulmuştur (Öztürk ve Uluşahin 2008, Babaoğlu 2002).

Orta çağın kapanmasıyla katı, dogmatik, dinsel inanışların yerini daha çok bilimsel çalışmalar almaya başlamış ve bilim adamları söz sahibi olmaya başlamıştır. 18. yüzyılda psikoterapinin ilkeleri belirlenmiştir. Bu alanda asıl çıkırını Freud açmıştır. 19. yüzyılda geliştirdiği psikanaliz kuramı ile ruh sağlığını köklü biçimde etkilemiştir.

Bilinç, bilinçdışı, dürtü, psikoseksüel gelişim, savunma mekanizmaları gibi pek çok alanda yeni araştırma ve uygulama alanları ileri sürmüştür. Freud ile aynı dönemde yaşayan Pavlov ise koşullandırma kavramını psikolojiye kazandırmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008, Babaoğlu 2002).

2.3.1. Psikiyatri Hemşireliği ve Evde Bakım

Amerikan Hemşireler Birliği'nin (ANA) 2007 yılında psikiyatri hemşireliği "Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyoneli" olarak tanımlamıştır (akt. Yılmaz 2016).

Hemşirelerin rollerinde geçmişe oranla oldukça büyük değişiklikler ve gelişmeler meydana gelmiştir. Teknolojik, eğitim ve sosyal yaşam alanındaki gelişmeler uzmanlık alanlarının oluşmasına neden olmuştur. Bu uzmanlık alanlarından birisi de psikiyatri hemşireliğidir (Buzlu 2011). Uluslararası düzeyde psikiyatri hemşiresi, lisans eğitimini aldıktan sonra yüksek lisans veya bilim uzmanlığını tamamlayan profesyonel hemşireler olarak adlandırılır (Yılmaz 2016).

İnsanlara yardımcı olabilecek, sorunlara çözüm bulabilecek gerekli bilgi ve beceriye sahip olmak psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin sahip olması gereken özelliklerdir (Demir 2014).

Biyomedikal ve kişilerarası olmak üzere birçok rolleri tanımlanmıştır. Sağlık profesyoneli ve kişilerarası ilişkiler olmak üzere pek çok rolleri vardır. Psikiyatri hemşiresinin rolleri yönetici, konsültan, hizmet içi eğitim, klinik uygulayıcı, araştırmacı, program değerlendirici, birincil bakım sağlayıcı, hasta ve acil sağlık bakım sisteminin diğer üyeleri arasında liyezon rolleri vardır. psikiyatri hemşiresinin rolleri arasında konsültasyon hizmetleri, diğer alanlardaki sağlık personelleri ile liyazon hizmeti, birincil bakım sağlama, klinik uygulama, hizmet içi eğitim vardır (Handsley 2009).

Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi hastane ortamı ile evde bakım hizmetlerinin birleştirilmesi hem hasta ve yakınları için hem hastane hizmetlerinin daha verimli olması için hem de ÷lke ekonomisi için önemlidir. Evde bakımda hasta toplumdaki dışlanmaktan kurtulmaktadır ve toplum ile uyum süreci hızlanmaktadır. Bu nedenle psikiyatri hemşireleri; hastaneden topluma, evden hastaneye bakımın birleştirilmesine katkı sağlayacak ve hastaların toplum ile bağların kopmasını önleyici girişimlerde bulunacaktır (Tel 2000; Yılmaz 2016). Bu sayede psikiyatri hemşiresinin hastane duvarlarından çıkarak toplumun içinde, hasta evinde çalışma ve rollerini geliştirme imkanı bulur (Tel 2000).

Demir ve Kocaman'ın (2014) yaptığı araştırmada psikiyatri hemşirelerinin profesyonel davranışları incelenmiştir. Buna göre davranışsal kategoride bulunan toplumsal hizmet puanı 0.73 ± 1.20 (min=0.00, maks=3.00) olarak bulunmuştur ve diğer gruplara göre dūřüktür. Toplum ruh sağlığı alanında toplumun bilinçlendirilmesi ve desteklenmesi, eğitiminin sağlanması, sorunların erkenden belirlenmesi, bireylerin rehabilitasyonu ve topluma kazandırılması psikiyatri hemşiresi için önemli konulardır. Bu nedenle toplum hizmeti psikiyatri hemşiresinin öncelikleri arasında olmalıdır (Demir 2014).

2.3.2. Bakım Verenlerin Ruh Sağlığı

Ruhsal bozukların tıbbi olarak tanımlanmasında büyük zorluklarla karşılaşılmaktadır. Toplumun davranışları hoş görme seviyesi ve kültürel farklılıklar ruh sağlığı ile ilgili sorunların hangi disiplin tarafından araştırılacağına konusunda tartışmalar ruhsal bozuklukların tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında ortak noktayı bulmayı güçleştirmektedir (Gürhan 2016).

Günümüzde ruhsal hastalıklar oldukça yaygındır ve tüm dünyada beş kişiden birinin yaşamını etkilemektedir. Yetişkin nüfusun %27'si çeşitli ruhsal hastalıklardan etkilenmekte ve bu oranlar büyük bir sağlıksızlık durumunu temsil etmektedir (WHO 2018). Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) ruhsal hastalığı, duygu, düşünce ve davranışta değişiklikler içeren sağlık durumu olup sosyal, iş ve aile hayatını etkileyen problemlerle ilişkili olduğunu belirtmiştir (APA 2018).

Evde sağlık hizmeti gerektiren kronik hastalıklar, hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerini, yeti yitimine neden olarak yaşam faaliyetlerini, toplumsal yaşama katılımını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca bu hastaların toplumdan uzaklaşması bakım vericilerin de yalnızlaşmasına ve kendilerini toplumdan dışlamasına ve sonuç olarak sosyal izolasyona neden olmakta ve bakım yükünü arttırmaktadır (Zhu ve Jiang 2018).

Zhu ve Jiang (2018) tarafından inmeli hastaların bakım vericilerinin bakım yüklerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bir sistematik derlemede, bakım vericilerin temel bakım görevlerinin hastanın günlük aktivitelerinden sorumlu olmak olarak tanımlanırken hastanın kaygı düzeyinin yüksek olmasının, hastanın bakım ihtiyacının ve hastanın hijyen, beslenme ve ilaç tedavisini takip etme gibi taleplerinin fazlalığının bakım veren yükünün artmasına neden olduğu belirtilmiştir. Ayrıca inmeden sonra erken aşamada bakım verme rolünün hızlı bir şekilde benimsemeyen bakım verenlerin bakım yükü yüksek bulunmuştur. İnmeli hastaların bakım vericilerinin anksiyete ve depresyon düzeylerinin araştırıldığı bir metanaliz çalışmasında inmeli hastaların bakım vericilerinin depresyon ve anksiyete prevalansı %40.2 ve %21.4 olarak belirtilmiştir(The Global Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms Among Caregivers of Stroke Survivors) Hastalığın prognozunun belirsizliği, bakım verme sırasında yapılan ağır fiziksel işler, bakım verenin yalnız olması ve ekonomik yetersizliklerin bakım vericilerin bilişsel ve fiziksel yeterliliklerinde düşüşe neden olduğu belirtilmektedir (Zhu ve Jiang 2018).

İşlevselliği ileri derecede bozulmuş olan hastalar günlük yaşam aktivitelerini karşılayamamakta ve kendi bakımlarına katılamamaktadır. Hastanın işlevselliğinin bozulmuş olması kendi bakımına vereceği katkıyı onun adına bakım vericisinin üstlenmesi anlamına gelmektedir. Kronik ve ilerleyici bir hastalık olan Alzheimer tipi demans ve psikoz hastalarına bakım verenler bakım yükünü karşılaştıran bir çalışmada demanslı bireylerin bakım verenlerinin bakım yükünün yaşlı yaş grubundaki psikozlu hastaların bakım verenlerinin bakım yüklerinden daha yüksek olduğu, demanslı bireylerin bakım vericilerinin duygusal yük ve stres belirtisi gösterdiği ve hastaların

günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki fiziksel zorlanmanın daha fazla olduğu ortaya konmuştur (Sinha vd. 2017).

Bakım verme sorumlulukları ile birlikte, aile yaşamının yeniden yapılanmasını gerektiren bakım verme kavramı, kronik sağlık sorunları olan bireylerin bakım vericilerine yönelik olarak bakım veren yükü kavramı kronik hastalıklı çocukların bakım vericileri açısından da incelenmiştir. Fitzgerald ve vd. tarafından kistik fibrozlu çocukların ebeveynlerinin yaşadıkları bakım yükünü araştıran çalışmada, hastalığın prognozu hakkındaki belirsizlik, ekonomik sıkıntılar, karmaşık tedavi programları, tekrarlayan hastane yatışları ve çocuğun sağlık durumundaki belirsizlikler nedeniyle geleceğe yönelik plan yapamama gibi nedenlerin bakım vericilerin yaşam kalitesini azalttığı, bakım veren yükünü arttırdığı ve bakım vericilerin depresyon, anksiyete, stres, korku ve gelecek kaygısı gibi çeşitli ruhsal sağlık sorunları yaşadıkları belirlenmiştir (Fitzgerald ve ark. 2017).

Çeşitli kronik hastalıkların tekrarlayan hastane yatışlarına neden olması ve zaman zaman ataklar halinde acil müdahale edilmesini gerektirmesi, atakların sayı ve süresinin ve toplam hastalık süresi arttıkça hasta yakınlarındaki bakım yükü şiddetini arttırmaktadır. Ekonomik sıkıntılarının, bakım verenin yeterli gelir durumunun olmaması, sağlık güvencesi olmayan hastaların tedavi masraflarının çok olması özellikler emekli olan bakım vericilerin ekstra iş yapmasalar geçinemeyeceklerini ifade etmişlerdir. Ekonomik sıkıntılarının yanı sıra bakım vericilerin yaşadıkları duygusal sorunlara bakıldığında %60.4 üzülüğünü, %16.8 çöktüğünü-tükendiğini, %13.8 psikolojik sorun yaşadığını, %8.9 korku endişe, utanma, öfke gibi duyguları yaşadığını ifade etmiştir. Aynı zamanda bakım vericileri sosyal aktiviteler açısından kendisine yeterli zaman ayıramadığını, kimseyle görüşmediğini ifade etmiştir (Gülseren vd. 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma, evde bakım hizmetinden yararlanan hasta yakınlarının genel ruhsal sağlık durumları ile bakım yüklerinin incelenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Karabük Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı hastaların evinde hasta yakınları ile görüşülerek yapılmıştır. Evde Bakım Birimi hafta içi her gün 08:00-17:00 saatleri arasında evde bakım hizmeti vermektedir. Evde bakım biriminde 1 hekim, 4 hemşire ve mobil hizmetler için 2 şoför görev yapmaktadır.

Kısa veya uzun süreli bakım gereksinimi olan hastalara yaşadığı ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilaç reçete etme, tıbbi cihaz ve medikal malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılması, hastanın ve ailesinin bakım süreci hakkında bilgilendirilmesi, hasta ve yakınlarına evde kullanılması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanlar konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile gerekli görülen hallerde hastanın sağlık kuruluşuna naklinin sağlanması hizmetleri verilmektedir. Evde bakım birimi 2011 tarihinden itibaren hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Eylül 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında zaman kesitsel olarak gerçekleştirilen araştırmanın evrenini planlanan zaman kesiti için bir önceki yıl aynı zaman diliminde Karabük İli Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Evde Bakım Birimi tarafından aktif olarak hizmet verilen ve kronik hastalığı olan 170 hastanın yakını oluşturdu. Evreni

bilinen araştırmalarda örneklem büyüklüğü hesaplama formülü ile %95 güven aralığında ve %5 hata payı ile araştırmanın rneklemi en az 101 kişi olarak belirlendi.

Araştırmanın rneklemine, araştırmaya dahil edilme kriterleri doğrultusunda 102 hastanın yakınları oluşturdu. 27 kişi telefonla randevuyu kabul etmedi. Evde bakım hizmeti alan beş hasta, iletişim bilgileri alındıktan sonra vefat ettiği için çalışmaya alınmadı. İki bakım veren eksik cevap verdiği için, bir bakım veren bakıcı olduğu için çalışmaya dahil edilmedi. 37 bakım verenden Şehir merkezine uzaklığı, ulaşımda yaşanan güçlükler ve süre kısıtlılığı nedeniyle veri toplanamadı.

3.3.1.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi'nden hizmet alan hastanın yakınının;

- Hastaya en az iki ay süre ile bakım veriyor olması
- Hasta ile akrabalık ilişkisinin olması
- Okur-yazar olması
- İletişim engeli bulunmaması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- Aktif olarak evde bakım biriminden hasta için hizmet alıyor olması

3.3.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Psikiyatrik bir tanı veya tedavi alıyor olması
- Hastaya informal bakım veren dışında birinin bakım vermesi (bakıcı, hemşire vb.)

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişkenler genel ruh sağlığı ve bakım verme yüküdür. Bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, yakınlık derecesi, medeni durum, ocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, bakım verme süresi, daha önce bakım verme durumu, bakım verende ve hastada hastalık durumu, hastanın yaşı ve cinsiyeti oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, “Katılımcı Bilgi Formu”, “Bakım Verme Yüğü Ölçeğı” ve “Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28)” kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu

Araştırma kapsamında, evde bakım hizmetlerinden yararlanan hastaların yakınlarının kişisel, mesleki, aile yapısını ve bakım verme ile ilgili durumlarını belirlemek amacıyla, literatür doğrultusunda hazırlanmış katılımcı bilgi formu 14 sorudan oluşmaktadır (Eğilli ve Sunal 2017, Selçuk ve Avcı 2016, Özgünay vd. 2019). Katılımcı Bilgi Formu hastaya ait ve bakım verene ait tanımlayıcı bilgilerden oluşmakta olup; yaş, cinsiyet, hastaya olan yakınlık derecesi, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sayısı, mesleğı, gelir düzeyi, bakım verme süresi, bakım verdiği hastanın yaşı, bakım verdiği hastanın cinsiyeti ve bakım verdiği hastanın hastalığı hakkında bilgilerin olduğu soruları içermektedir (EK-1).

3.5.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

Bakım verme yüğü ölçeğı, Zarit, Reever ve Bach- Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup İnci ve Erdem (2006) tarafından Türkçe için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.

Bakım vermenin kişinin üzerine etkisi ve hastaya bakım verenlerin yaşadığı güçlükleri tespit etmek amacıyla 22 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçek “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “oldukça sık”, “hemen her zaman” aralığında beş basamaktan oluşmaktadır. Likert tipi değerlendirilir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yöneliktir.

Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçek puanının 0 ile 20 arasında olması az/hiç yük olmaması, 21 ile 40

arasında olması hafif/orta derecede yük, 41 ile 60 arasında olması orta/ileri derecede yük ve 61 ile 88 arasında olması aşırı yük olduğunu ifade etmektedir. İnci ve Erdem (2006) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olup Cronbach Alpha değeri 0,95 olarak bulunmuştur (EK-2).

Bu araştırmada ise Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı 0,956 olarak hesaplanmıştır. Cronbach alfa kat sayısı değerlendirildiğinde yüksek güvenilirlik düzeyinde bir ölçek olduğu görülmektedir.

3.5.3.Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28)

Genel Sağlık Anketi, David Goldberg tarafından 1972 yılında geliştirilmiş olup Kılıç (1996) tarafından Türkçe için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek daha çok psikiyatri dışı ortamlarlarda, toplum taramalarında psikiyatrik sorunları ve ruh sağlığını tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir ve 28 maddeden oluşmaktadır.

Anket sorularının cevaplanması "Her zamankinden çok" ile "Çok daha kötü" aralığında dört basamaktan oluşmaktadır. İlk iki basamak sıfır, son iki basamak bir puan olarak değerlendirilir. Ölçekten 5'in altında puan alanlar "normal" olarak kabul edilir. 5 ve üzeri puan alanlar ise "riskli grup" olarak değerlendirilir. Puan arttıkça ruhsal sağlığı bozulma riski artmaktadır. Ölçekten en az 0 en çok 28 puan alınabilmektedir.

GSA-28'de 4 alt boyut vardır. Her biri 7 maddeden oluşan alt boyutları sırasıyla; somatik semptomlar(A1-A7), anksiyete ve uykusuzluk (B1-B7), sosyal fonksiyonlarda bozulma (C1-C7), ağır depresyondur (D1-D7). Kılıç'ın yaptığı geçerlilik güvenilirlik çalışmasında GSA28 için Cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı 0,94'tür. Kesme noktası 5 için duyarlılığı %73,7'dir (Kılıç, 1996) (EK-3).

Bu araştırmada ise GSA-28'in Cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı 0,739 olarak hesaplanmıştır. Cronbach alfa sayısı değerlendirildiğinde kabul edilebilir güvenilirlikte olan bir ölçektir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, Eylül- Aralık 2018 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından çalışmaya alınma kriterleri doğrultusunda, evde bakım hizmetlerinden yararlanan hastaların yakınlarından hasta evlerinde görüşülerek toplanmıştır. Hasta yakınlarından telefon ile randevu alınmış ve hasta yakınları evlerinde ziyaret edilmiştir. Ziyaret edilen hasta yakınlarına veri toplama araçları uygulanmıştır. İnfomal bakım verenlerden veriler toplanmıştır. Belirli bir ücret karşılığında hizmet vererek bakım verenler ve hasta ile aynı evde yaşayıp bakım yükünü stlenmeyenlerden veri toplanmamıştır. Birden fazla bakım veren varsa ve bakım verenler bakım yüklerini eşit lde paylaşıyorsa bu kişilerden veri toplanmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için etik kurul onayı, Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Komisyonu'ndan alınmıştır (Karar no: 4/12) (EK-4).

Araştırma kapsamında Karabük İli Karabük Kamu Hastaneler Birliği'nden Kurum İzni alınmıştır (EK-5)

Veri toplamaya başlamadan önce evde bakım hizmetlerinden yararlanan hastaların yakınlarına çalışma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onayları alınmıştır (EK-6).

Araştırma kapsamında kullanılan GSA-28 ve Bakım Yükü leği için Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapan kişilerden mail aracılığı ile kullanım izni alınmıştır (EK-7, EK-8).

Araştırma bulguları evde bakım birime bildirilmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Araştırma sonucunda elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının bakım verme yükü ve genel ruhsal sağlık durumları açısından cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, hastalık, yakınlık derecesi ile karşılaştırılmasında uygun testlerin seçimi için normallik testi yapılmıştır. Yapılan Kolmogorov-Smirnov normallik testinde dağılımın normal olmadığı görüldü ($p < 0,05$). Bu nedenle yapılan karşılaştırmalarda parametrik olmayan testler kullanıldı.

İki kategoriye sahip değişkenlerle yapılan karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla kategoriye sahip değişkenlerde yapılan karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi kullanıldı. İki den fazla kategoriye sahip değişkenlerde yapılan karşılaştırmalarda farkın hangi kategoriler arasında oluştuğunu tespit etmek amacı ile ileri analiz yöntemi olan post hoc testleri yapıldı ve Tamhane's T2 testi uygulandı.

İlişki arayıcı tablolarda dağılımın normal olmaması nedeniyle Spearman Korelasyon Analizi testi kullanıldı. Yapılan karşılaştırmalarda iki nitel değişken arasındaki farkı incelemek için ise Ki-kare bağımsızlık testi kullanıldı.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

- Bu araştırmanın sonuçları, araştırma kapsamındaki kurumla, örnekleme, GSA-28 ve Bakım Verme Yükü Ölçeğinin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.
- Şehir merkezine uzak olan hasta yakınları ulaşımında yaşanan güçlükler nedeniyle çalışmaya dahil edilememiştir.
- Karabük ili yerleşiminde mahallelerin birbirinden uzak olması verileri toplamada güçlükler neden olmuştur.

4. BULGULAR

Evde bakım hizmetinden yararlanan hasta yakınlarının genel ruhsal sağlık durumları ile bakım yüklerinin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular 7 başlıkta ve 18 tabloda incelenmiştir.

1. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular
2. Genel Sağlık Anketi'ne (GSA-28), GSA-28 Alt Boyutlarına ve Bakım Yüğü Ölçeğine İlişkin Bulgular
3. Bağımsız Değişkenler Açısından GSA-28 ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular
4. Bağımsız Değişkenlere Göre GSA-28 Risk Oranlarının Dağılımlarına Yönelik Bulgular
5. Bakım Verenlerin Genel Ruh Sağlığı Ölçeğinin Alt Boyutlarına Göre Bağımsız Değişkenler Açısından Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular
6. Bakım Verme Yüğüünün Bağımsız Değişkenler Açısından Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular
7. GSA-28 ve Alt Boyutları ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

4.1. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

Tablo 1: Evde Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Kişisel Özelliklerinin Dağılımı

Kişisel ve Mesleki Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş	20-30 Yaş Arası	18	17,6
	31-40 Yaş Arası	31	30,4
	41-60 Yaş Arası	37	36,3
	61 Yaş ve Üzeri	16	15,7
	Toplam	102	100
Cinsiyet	Erkek	42	41,2
	Kadın	60	58,8
	Toplam	102	100
Medeni Durum	Evli	71	69,6
	Bekar	22	21,6
	Dul	4	3,9
	Boşanmış	5	4,9
	Toplam	102	100
Çocuk Sayısı	Çocuk yok	17	16,7
	Bir veya iki	52	51,0
	Üç veya dört	27	26,5
	Beş veya altı	3	2,9
	Yedi ve üzeri	3	2,9
	Toplam	102	100
Eğitim Durumu	Okuryazar	7	6,9
	İlköğretim	27	26,5
	Ortaöğretim	40	39,2
	Yükseköğrenim	28	27,5
	Toplam	102	100
Meslek	Ev hanımı	29	28,4
	Emekli	12	11,8
	Serbest meslek	31	30,4
	Memur	13	12,7
	Özel sektör	17	16,7
	Toplam	102	100
Gelir Düzeyi	Asgari ücret altı	33	32,4
	Asgari ücret	31	30,4
	Asgari ücret üstü	38	37,3
	Toplam	102	100

Çalışmaya katılanların yaş gruplarına bakıldığında 41-60 yaş gruplarının oranı %36,3 olduğu, %58,8'inin kadın olduğu, %69,6'sının evli olduğu görüldü. Eğitim durumu incelendiğinde ortaöğretim mezunu olanların oranı %39,2 olarak bulundu. Bakım veren kişilerin çocuk sayılarına bakıldığında %51'i bir veya iki çocuk sahibi olduğu tespit edildi.

Çalışmaya katılanların meslekleri incelendiğinde sırasıyla serbest meslek çalışanları (%30,4), ev hanımları (%28,4), özel sektörde çalışanları (%16,7), memurlar (%12,7) ve emekliler (%11,8) oluşturdu. Evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının gelir düzeylerine bakıldığında asgari ücretin altında geliri olanların oranı %32,4, asgari ücret alanların oranı %30,4 ve asgari ücretin üstü olanların oranı ise %37,3'tür.

Tablo 2: Evde Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Bakım Verme ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

		Sayı (n)	Ort. ±Sd	Yüzde	Min-Max
Bakım Verenlerin Yaşı		102	42,96±13,69		21- 78
Bakım Süresi		102	3,09±3,15		0,2- 20
Hastanın Yaşı		102	68,93±12,90		38- 98
Yakınlık Derecesi	Oğlu	27		26,5	
	Kızı	23		22,5	
	Gelin	16		15,7	
	Torun	13		12,7	
	Kardeşi	5		4,9	
	Eşi	17		16,7	
	Diğer	1		1,0	
	Toplam	102		100	
Finansal Sorun Yaşama Durumu	Evet	62		60,8	
	Hayır	40		39,2	
	Toplam	102		100	
Daha Önce Bakım Verme Durumu	Evet	29		28,4	
	Hayır	73		71,6	
	Toplam	102		100	
Şu an Başkasına Bakım Verme Durumu	Evet	12		11,8	
	Hayır	90		88,2	
	Toplam	102		100	
Bakım Verende Hastalık	Yok	55		53,9	
	Bir tane	31		30,4	
	İki tane	13		12,7	
	Üç tane	3		2,9	
	Toplam	102		100	

Tablo 2’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan bakım verenlerin yaş ortalaması 42,96±13,69 olarak bulundu (Aralık: 21-78). Hastaların yaş ortalaması ise 68,93±12,90 olarak tespit edildi (Aralık: 38-98). Evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının ortalama bakım süresi 3 yıl 8 ay olarak belirlendi (Aralık: 2 ay- 20 yıl).

Bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecelerini değerlendirilmiş olup hastaya bakım verenlerin %22,5'i kızı, %26,5'i oğlu, %15,7'si gelini, %12,7'si torunu, %4,9'u kardeşi, %16,7'si eşi olduğu görüldü. Finansal sorun yaşama durumu sorulduğunda katılımcıların %60,8'i finansal sorun yaşadıkları tespit edildi.

Katılımcıların %71,6'sının daha önce başka bir hastaya bakım vermediği, %88,2'sinin şu anda bakım verdiği başka bir hastanın olmadığı belirlendi.

Bakım verenin hastalık durumu incelendiğinde herhangi bir hastalığı olmayanların oranı 53,9, tek bir hastalığa sahip olanların oranı 30,4, iki hastalığı olanların oranı %12,7, üç ve üzeri ise %2,9, olarak tespit edildi.

Tablo 3: Evde Bakım Hizmeti Alan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın Yaşı	60 yaş ve Altı	21	20,6
	61-70 Yaş Arası	37	36,3
	71-80 Yaş arası	29	28,4
	81 Yaş ve Üzeri	15	14,7
	Toplam	102	100
Hastanın Cinsiyeti	Erkek	33	32,4
	Kadın	69	67,6
	Toplam	102	100
Hastanın Hastalık Sayısı	Bir hastalık	48	47,1
	İki hastalık	33	32,4
	Üç ve üzeri	21	20,6
	Toplam	102	100
Sık Görülen Hastalıklar*	SVO	20	19,6
	Kanser	13	12,7
	KBY	7	6,9
	Hipertansiyon	25	24,5
	Diyabet	17	16,7
	Alzheimer	22	21,6

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Evde bakım hizmeti alan hastaların yaş gruplarına bakıldığında %36,3'ünün 61-70 arasında olduğu görüldü. Hastaların %67,6'sı kadındı. Hastaların %53'ünün birden fazla hastalığa sahip olduğu ve hastalarda en sık görülen hastalıkların hipertansiyon (%24,5), alzheimer (21,6) ve SVO (19,6) olduğu görüldü.

4.2. Genel Sağlık Anketi'ne (GSA-28), GSA-28 Alt Boyutlarına ve Bakım Yükü Ölçeğine İlişkin Bulgular

GSA-28 ve Bakım Verme Yükü Ölçeğine ilişkin bulgular Tablo-4,5,6'da verilmiştir. GSA-28'in ortalama puanları ve alt boyutlarına ilişkin puanlar Tablo-4'te, GSA-28'in kesme noktasına göre bulguları içeren bilgiler Tablo 5'te, Bakım verme Yükü ölçeğine ilişkin ilişkin bulgular ise Tablo 6 ve 7'de gösterilmiştir.

Tablo 4: Evde Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının GSA-28 ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları

	n	Ort.	Std.	Min.	Max.
GSA-28 Toplam	102	5,76	4,07	0,00	28,00
Somatik Semptomlar	102	1,64	1,66	0,00	7,00
Anksiyete ve Uykusuzluk	102	1,97	1,95	0,00	7,00
Sosyal Fonksiyonlarda Bozulma	102	1,62	1,66	0,00	7,00
Ağır Depresyon	102	0,51	1,05	0,00	7,00
Bakım Verme Yükü	102	51,11	19,86	0,00	88,00

Tablo 4'te evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının GSA-28 ve Bakım Verme Yükü Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Buna göre GSA-28 toplam puan ortalaması $5,76 \pm 4,07$ (Aralık:0,00-28,00) olarak bulundu. Alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında somatik semptomlar $1,64 \pm 1,66$, anksiyete ve uykusuzluk $1,97 \pm 1,95$, sosyal fonksiyonlarda bozulma $1,62 \pm 1,66$, ağır depresyon için ise $0,51 \pm 1,05$ puan olduğu belirlendi.

Evde bakım hizmeti alan hasta yakınların Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne göre puan ortalaması $51,11 \pm 19,86$ olarak bulundu.

Tablo 5: GSA-28'e Göre Evde Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Genel Ruh Sağlığı Durumu

GSA-28		n	%
	Risk yok (5 puan altı)	46	45,1
GSA-28'e Göre Ruh Sağlığı	Riskli grup (5 puan üstü)	56	54,9
	Toplam	102	100,0

GSA-28 ölçeğine göre Tablo 5'te beş ve üzeri puan alanların oranı %54,9 olarak belirlendi. Evde bakım hizmetinden yararlanan hasta yakınlarının %54,9'u ruh sağlığı açısından riskli olduğu belirlendi (Tablo 5).

Tablo 6: Evde Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü Düzeyleri

		n	%
	Hiç Yük Yok	10	9,8
Bakım Verme Yükü	Orta Derece Yük	15	14,7
	İleri Derece Yük	37	36,3
	Aşırı Derece Yük	40	39,2
	Toplam	102	100

Evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının bakım yükleri incelendiğinde hiç bakım yükü olmayanların oranı %9,8, orta derece bakım verme yükü olanların oranı %14,7, ileri derece bakım verme yükü olanların oranı %36,3 olarak saptandı. Kullanıcıların %39,2 oranında aşırı derecede bakım yükü yaşadıkları ve bu oranın diğer düzeylere göre yüksek olduğu belirlendi.

4.3. Bağımsız Değişkenler Açısından GSA-28 ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 7: Tanımlayıcı özellikler açısından bakım verenlerin GSA-28 ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

		GSA-28 ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları				
		GSA-28	Somatik Semptomlar	Anksiyete Uykusuzluk	Sosyal Fonksiyonda Bozulma	Depresyon
Bağımsız Değişkenler		Ort. ±Sd	Ort. ±Sd	Ort. ±Sd	Ort. ±Sd	Ort. ±Sd
Cinsiyet	Erkek (n:42)	5,34±4,12	1,21±1,47	2,11±1,96	1,43±1,54	0,60±1,27
	Kadın (n:60)	6,06±4,05	1,96±1,74	1,88±1,97	1,77±1,75	0,45±0,88
		Z=-0,662	Z=-2,422	Z=-0,703	Z=-0,876	Z=-0,446
		0,508	p=0,015	p=0,482	p=0,381	p=0,656
Yaş	20-30 Yaş Arası (n:18)	3,07±2,17	1,07±1,53	1,11±1,41	0,56±0,92	0,33±0,59
	31-40 Yaş Arası (n:31)	6,13±6,13	1,87±1,61	1,97±1,68	1,74±1,69	0,55±1,03
	41-60 Yaş Arası (n:37)	6,47±6,47	1,78±1,73	2,28±2,27	1,81±1,65	0,60±1,33
	61 Yaş ve Üzeri (n:16)	6,45±6,45	1,56±1,79	2,26±2,09	2,19±1,91	0,44±0,81
			$\chi^2=11,342$	$\chi^2= 4,391$	$\chi^2= 4,438$	$\chi^2= 11,914$
		p=0,010	p=0,222	p=0,218	p=0,008	p=0,981
Medeni Durum	Evli (n:71)	6,40±4,04	1,77±1,66	2,32±2,07	1,72±1,73	0,59±1,19
	Bekar (n:22)	3,01±2,79	1,06±1,37	0,91±1,34	0,77±0,97	0,27±0,55
	Dul (n:4)	6,25±6,08	2,00±2,83	1,50±1,73	2,25±1,50	0,50±1,00
	Boşanmış (n:5)	8,45±2,65	2,20±1,92	2,23±1,36	3,62±1,37	0,40±0,55
			$\chi^2=7,561$	$\chi^2= 4,138$	$\chi^2= 9,609$	$\chi^2= 13,640$
		p=0,001	p=0,247	p=0,022	p=0,003	p=0,840
Çocuk Sayısı	Çocuk yok (n:17)	4,85±3,36	1,61±1,88	1,65±1,58	1,35±1,37	0,24±0,44
	Bir ve iki (n:52)	5,58±4,27	1,52±1,56	1,97±2,03	1,58±1,82	0,52±0,97
	Üç ve dört (n:27)	6,78±4,30	1,93±1,71	2,22±2,06	1,93±1,66	0,70±1,46
	Beş ve altı (n:3)	6,07±0,90	1,67±1,53	1,74±2,20	2,00±1,00	0,67±1,15
	Yedi ve üzeri (n:3)	4,67±4,04	1,67±2,89	2,00±2,65	1,00±1,00	0,00±0,00
			$\chi^2=2,406$	$\chi^2= 1,640$	$\chi^2=0,746$	$\chi^2= 2,635$
		p=0,662	p=0,802	p=0,946	p=0,621	p=0,702

Z:Mann Whitney U, χ^2 : Kruskal Wallis, **Post Hoc:** Tamhane's T2

Tablo 8: Tanımlayıcı özellikler Açısından Bakım Verenlerin GSA-28 ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular (Devamı)

		GSA-28 ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları				
		GSA-28	Somatik Semptomlar	Anksiyete Uykusuzluk	Sosyal Fonksiyonda Bozulma	Depresyon
Bağımsız Değişkenler		Ort. ±Sd	Ort. ±Sd	Ort. ±Sd	Ort. ±Sd	Ort. ±Sd
Eğitim Durumu	Okuryazar (n:7)	5,57±3,41	2,00±2,16	1,29±1,50	1,71±1,60	0,57±0,98
	İlköğretim (n:27)	5,38±3,41	1,63±1,74	1,86±1,94	1,44±1,50	0,44±0,75
	Ortaöğretim (n:40)	6,25±4,57	1,80±1,62	2,00±2,02	1,80±1,80	0,65±1,39
	Yükseköğrenim (n:28)	5,48±4,18	1,37±1,60	2,22±2,04	1,54±1,69	0,36±0,75
		$\chi^2=0,301$	$\chi^2= 0,458$	$\chi^2= 0,628$	$\chi^2= 0,412$	$\chi^2= 0,027$
	p=0,860	p=0,795	p=0,731	p=0,814	p=0,987	
Meslek	Ev hanımı (n:29)	6,98±4,25	2,63±1,97	1,86±2,08	2,00±1,69	0,48±0,95
	Emekli (n:12)	5,21±3,52	0,67±0,78	2,11±1,82	2,09±1,90	0,33±0,78
	Serbest meslek (n:31)	4,84±3,83	1,29±1,55	1,65±1,72	1,42±1,80	0,48±0,72
	Memur (n:13)	6,01±4,64	1,31±1,44	2,69±2,10	1,69±1,44	0,32±0,89
	Özel sektör (n:17)	5,58±4,03	1,58±1,22	2,12±2,20	1,00±1,22	0,88±1,80
		$\chi^2=3,351$	$\chi^2= 15,074$	$\chi^2= 2,904$	$\chi^2= 6,653$	$\chi^2= 2,424$
	p=0,501	p=0,005	p=0,574	p=0,155	p=0,658	
Gelir Durumu	Asgari ücret altı (n:33)	5,60±4,09	1,95±1,89	1,59±1,78	1,58±1,77	0,48±0,94
	Asgari ücret (n:31)	5,58±3,34	1,42±1,48	1,94±1,87	1,77±1,63	0,45±0,77
	Asgari ücret üstü (n:38)	6,05±4,65	1,58±1,62	2,34±2,15	1,55±1,64	0,58±1,34
		$\chi^2=0,065$	$\chi^2= 0,968$	$\chi^2= 1,992$	$\chi^2= 0,589$	$\chi^2= 0,014$
	p=0,968	p=0,616	p=0,369	p=0,745	p=0,993	

Z: Mann Whitney U, χ^2 : Kruskal Wallis, **Post Hoc:** Tamhane's T2

GSA-28 'e göre bakım verenlerin yaş grupları incelendiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=11,342$ p=0,010). Farklılığa hangi grubun neden olduğunu tespit etmek için yapılan ileri analizde anlamlı farklılığın 20-30 yaş grubundaki GSA-28 puan ortalamasının (3,07±2,17), 41-60 yaş grubundaki puan ortalamasından (6,47±4,73) düşük olmasından kaynaklandığı tespit edildi.

Evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının genel ruh sağlığının medeni durum açısından farkı incelenmiş ve anlamlı fark bulundu ($\chi^2=7,561$ $p=0,01$). İleri analiz yöntemi olan Tamhane's T2 testi sonucunda farklılığa neden olan grupların evliler ile bekarlar olduğu tespit edildi. Buna göre evlilerin ruh sağlığı ölçeği puan ortalamaları ($6,40\pm 4,04$) anlamlı olarak yüksektir. Genel ruh sağlığı açısından cinsiyete, ocuk sayısına, eğitim durumuna, mesleğe ve gelir durumuna göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Cinsiyet ile GSA-28'in alt boyutları karşılaştırılmış ve somatik semptomlar alt boyutu ortalaması erkeklere göre kadınlarda anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($Z=-2,422$ $p=0,015$). Cinsiyete göre anksiyete ve uykusuzluk, sosyal fonksiyonda bozulma ve depresyon alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Yař gruplarının GSA-28 alt boyutları açısından farkı incelendi ve sosyal fonksiyonda bozulma alt boyutunda anlamlı farklılık saptandı ($\chi^2=11,914$ $p=0,008$). Buna göre 20-30 yař arası grubun sosyal fonksiyonda bozulma alt boyut puan ortalaması bütün yař gruplarına göre anlamlı derecede dūřüktü ($p>0,05$).

Medeni durumun GSA-28 alt boyut puanları incelenmiş olup medeni duruma göre anksiyete ve uykusuzluk ($\chi^2=9,609$ $p=0,022$) ile sosyal fonksiyonda bozulma alt boyutlarında ($\chi^2=13,640$ $p=0,003$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Farklılığa neden olan grubun bekarlar olduğu, bu grubun puan ortalamasının hem boşanmışlar hem de evliler grubundan dūřük olduğu belirlendi.

Mesleğin GSA-28 ölçeğinin alt gruplarına göre farkı incelendiğinde sadece somatik semptomlar alt boyutu puan ortalamasında anlamlı derecede farklılık görüldü ($\chi^2= 15,074$ $p=0,005$). Buna göre somatik semptomla alt boyut puan ortalamalarında ev hanımları ile emekliler arasında farkın anlamlı olduğu ve ev hanımlarının somatik semptomlar alt boyut puanının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. ocuk sayısı, eğitim durumu ve gelir durumuna göre GSA-28 ölçeğinin alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 9: Bakım Verenlerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre GSA-28 ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		GSA-28 Alt Boyut Puan Ortalamaları				
		GSA-28	Somatik Semptomlar	Anksiyete Uykusuzluk	Sosyal Fonksiyonda Bozulma	Depresyon
Bağımsız Değişkenler		Ort. ±Sd	Ort. ±Sd	Ort. ±Sd	Ort. ±Sd	Ort. ±Sd
Bakım Verenin Yakınlık Derecesi	Oğlu (n:27)	5,53±4,48	1,33±1,66	2,27±2,16	1,30±1,47	0,63±1,47
	Kızı (n:23)	6,35±4,17	1,57±1,12	2,13±2,01	2,04±1,69	0,61±0,96
	Gelin (n:16)	6,82±3,69	2,63±1,75	1,82±2,01	1,81±1,80	0,56±1,15
	Torun (n:14)	4,31±3,25	1,24±1,54	1,43±1,50	1,21±1,85	0,43±0,65
	Kardeşi (n:5)	5,40±7,09	2,20±2,95	2,00±3,08	1,00±1,73	0,20±0,45
	Eşi (n:17)	5,66±3,26	1,53±1,74	1,89±1,63	1,94±1,64	0,29±0,69
		$\chi^2=17,335$ p=0,466	$\chi^2=8,962$ p=0,111	$\chi^2=1,868$ p=0,867	$\chi^2=7,203$ p=0,206	$\chi^2=1,890$ p=0,864
Finansal Sorun Yaşama Durumu	Evet (n:62)	6,19±4,08	1,95±1,77	1,86±1,91	1,86±1,60	0,52±1,08
	Hayır (n:40)	5,11±4,02	1,18±1,39	2,16±2,04	1,28±1,72	0,50±1,02
		Z=-1,455 p=0,146	Z=-2,353 p=0,019	Z=-0,769 p=0,442	Z=-2,232 p=0,026	Z=-0,393 p=0,694
Daha Önce Bakım Verme Durumu	Evet (n:29)	5,71±4,27	1,77±1,72	1,77±1,91	1,59±1,63	0,59±1,40
	Hayır (n:73)	5,79±4,02	1,60±1,65	2,06±1,98	1,65±1,68	0,48±0,88
		Z=-0,197 p=0,844	Z=-0,469 p=0,639	Z=-0,656 p=0,512	Z=-0,130 p=0,897	Z=-0,094 p=0,925
Şu an Başkasına Bakım Verme Durumu	Evet (n:12)	4,59±2,81	1,50±1,67	1,42±1,51	1,33±1,30	0,33±0,65
	Hayır (n:90)	5,92±4,20	1,67±1,67	2,05±2,00	1,67±1,71	0,53±1,09
		Z=-0,985 p=0,324	Z=-0,299 p=0,765	Z=-0,891 p=0,373	Z=-0,385 p=0,700	Z=-0,386 p=0,699
Hastanın Cinsiyeti	Erkek (n:33)	6,73±4,24	1,88±1,84	2,58±2,06	1,82±1,72	0,45±0,79
	Kadın (n:69)	5,30±3,93	1,54±1,57	1,69±1,85	1,54±1,67	0,54±1,16
		Z=-1,677 p=0,094	Z=-0,805 p=0,421	Z=-2,078 p=0,038	Z=-0,866 p=0,387	Z=-0,153 p=0,878
Hastanın Yaşı	60 yaş ve Altı (n:21)	4,76±4,35	1,38±1,66	1,76±2,26	1,33±1,59	0,29±0,56
	61-70 Yaş Arası (n:37)	5,96±3,73	1,59±1,62	2,20±1,80	1,81±1,84	0,35±0,86
	71-80 Yaş arası (n:29)	6,57±4,68	2,08±1,81	2,10±2,09	1,62±1,32	0,76±1,49
	81 Yaş ve Üzeri (n:15)	5,12±3,11	1,32±1,49	1,47±1,68	1,60±1,99	0,73±0,96
		$\chi^2=4,546$ p=0,208	$\chi^2=3,000$ p=0,392	$\chi^2=2,793$ p=0,425	$\chi^2=1,515$ p=0,679	$\chi^2=4,789$ p=0,188

Z: Mann Whitney U, χ^2 : Kruskal Wallis, Post Hoc: Tamhane's T2

Tablo 9’da yakınlık derecesi, finansal sorun yaşama durumu, daha önce bakım verme durumu, Şu an başkasına bakım verme durumu, hastanın cinsiyeti ve yaşı değişkenlerine göre genel ruh sağlığı puan ortalamaları sunulmuş olup, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9’da evde bakım veren hasta yakınlarının bakım verme ile ilgili özelliklere göre GSA-28 ölçeğinin alt boyut puan ortalamaları arasındaki farklar incelendi. Finansal sorun yaşama durumunun GSA-28 alt boyutları açısından farkına bakıldığında somatik semptomlar ($Z=-2,353$ $p=0,019$) ve sosyal fonksiyonda bozulma ($Z=-2,232$ $p=0,026$) alt boyutlarında anlamlı fark tespit edilmiş olup finansal sorun yaşayanların puan ortalaması daha yüksek bulundu.

Hastanın cinsiyeti ile bakım verenlerin GSA-28 alt gruplarına bakıldığında erkek hastalara bakım verenlerin anksiyete ve uykusuzluk puan ortalaması anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($Z=-2,078$ $p=0,038$).

Tablo 10: Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Genel Ruh Sağlığı Risk Oranlarının Dağılımları

Değişkenler	GSA-28				χ^2	p	
	Risk Yok (5 puan altı)		Riskli Grup (5 puan ve üzeri)				
	n	%	n	%			
Meslek	Ev hanımı	11	37,9	18	62,1	2,311	0,679
	Emekli	6	50,0	6	50,0		
	Serbest meslek	16	51,6	15	48,4		
	Memur	7	53,8	6	46,2		
	Özel sektör	6	35,3	11	64,7		
Yaş	20-30 Yaş Arası	14	77,8	4	22,2	9,770	0,021
	31-40 Yaş Arası	12	38,7	19	61,3		
	41-60 Yaş Arası	13	35,1	24	64,9		
	61 Yaş ve Üzeri	7	43,8	9	56,3		
Cinsiyet	Erkek	18	42,9	24	57,1	0,145	0,704
	Kadın	28	46,7	32	53,3		
Medeni durum	Evli	26	36,6	45	63,4	18,188	0,000
	Bekar	18	81,8	4	18,2		
	Dul	2	50,0	2	50,0		
	Boşanmış	0	0,0	5	100,0		
Çocuk sayısı	Çocuk yok	8	47,1	9	52,9	2,849	0,583
	Bir ve iki	25	48,1	27	51,9		
	Üç ve dört	12	44,4	15	55,6		
	Beş ve altı	0	0,0	3	100,0		
	Yedi ve üzeri	1	33,3	2	66,7		
Eğitim durumu	Okuryazar	3	42,9	4	57,1	0,400	0,940
	İlköğretim	12	44,4	15	55,6		
	Ortaöğretim	17	42,5	23	57,5		
	Yükseköğrenim	14	50,0	14	50,0		

χ^2 = Ki-kare

Tablo 10’da GSA-28 ölçeğinin kesme noktasına göre bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması sunuldu. Buna göre meslek durumu

açısından genel ruh sağlığına bakıldığında en yüksek riskin ev hanımları (%62,1) ve özel sektör çalışanlarında (%64,7) olduğu bulundu.

Evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının genel ruh sağlığı riskinin yaşı göre anlamlı olduğu ($\chi^2=9,770$ $p=0,021$); en düşük risk taşıyan grubun 20-30 yaş grubu olduğu (%22,2) belirlendi.

Medeni durum açısından genel ruh sağlığının dağılımı incelendiğinde ruh sağlığında bozulma riskinin yüksek olduğu grubun boşanmış olanlar grubunda olduğu belirlendi (%100). Ruh sağlığında bozulma riskinin en az olduğu grup ise bekarlar grubudur (%18,2).

Bakım verenlerin meslek, cinsiyet, çocuk sayısı, eğitim durumu değişkenleri açısından GSA-28 ölçeğinin kesme noktasına göre farkları incelendiğinde anlamlı bir fark bulundu ($p>0,05$).

4.4. Bağımsız Değişkenlere Göre GSA-28 Risk Oranlarının Dağılımlarına Yönelik Bulgular

Tablo 11: Bakım Verenlerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre Genel Ruh Sağlığı Risk Oranlarına Göre Dağılımlar

Değişkenler	GSA-28				χ^2	p	
	Risk Yok (5 puan altı)		Riskli Grup (5 puan ve üzeri)				
	n	%	n	%			
Yakınlık Derecesi	Oğlu	11	40,7	16	59,3	6,992	0,322
	Kızı	12	52,2	11	47,8		
	Gelin	4	25,0	12	75,0		
	Torun	6	46,2	7	53,8		
	Kardeşi	4	80,0	1	20,0		
	Eşi	8	47,1	9	52,9		
	Gelir	Asgari ücret altı	15	45,5	18		
Asgari ücret		12	38,7	19	61,3		
Asgari ücret üstü		19	50,0	19	50,0		
Finansal sorun yaşama durumu	Evet	26	41,9	36	58,1	0,639	0,424
	Hayır	20	50,0	20	50,0		
Daha önce bakım verme durumu	Evet	13	44,8	16	55,2	0,001	0,972
	Hayır	33	45,2	40	54,8		
Şuan başkasına bakım verme durumu	Evet	7	58,3	5	41,7	0,962	0,327
	Hayır	39	43,3	51	56,7		
Hastanın cinsiyeti	Erkek	12	36,4	21	63,6	1,503	0,220
	Kadın	34	49,3	35	50,7		
Bakım verende hastalık sayısı	Yok	27	49,1	28	50,9	2,081	0,556
	Bir tane	11	35,5	20	64,5		
	İki tane	7	53,8	6	46,2		
	Üç tane	1	33,3	2	66,7		
Bakım verdiği hastanın hastalık sayısı	Yok	0	0,0	0	0,0	3,081	0,214
	Tek hastalık	19	39,6	29	60,4		
	İki hastalık	14	42,4	19	57,6		
	Üç ve üzeri	13	61,9	8	38,1		

χ^2 = Ki-kare

Tablo 11’de yakınlık derecesi, gelir, finansal sorun yaşama durumu daha önce bakım verme durumu, şu an başkasına bakım verme durumu, hastanın cinsiyeti, bakım verende hastalık sayısı, bakım verdiği hastanın hastalık sayısı değişkenlerine göre genel ruh sağlığı riski açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).



4.6. Bakım Verme Yükünün Bağımsız Değişkenler Açısından Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 12: Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kişisel özellikler		n	Ort	SS	Z _{mnu}	Kw χ^2	p
Cinsiyet	Erkek	42	47,53	21,49	-1,350	7,561	0,177
	Kadın	60	53,63	18,39			
Medeni Durum	Evli	71	49,32	19,51	4,946	0,293	
	Bekar	22	54,18	21,68			
	Dul	4	47,25	19,10			
	Boşanmış	5	66,15	11,99			
Çocuk Sayısı	Çocuk yok	17	57,16	15,65	1,584	0,453	
	Bir ve iki	52	48,28	21,23			
	Üç ve dört	27	51,38	19,92			
	Beş ve altı	3	47,67	18,15			
	Yedi ve üzeri	3	67,00	7,00			
Eğitim Durumu	Okuryazar	7	46,57	31,91	3,858	0,426	
	İlköğretim	27	45,95	22,11			
	Ortaöğretim	40	52,66	18,63			
	Yükseköğrenim	28	55,02	15,00			
Meslek	Ev hanımı	29	54,78	21,56	2,593	0,459	
	Emekli	12	46,72	20,60			
	Serbest meslek	31	46,86	23,99			
	Memur	13	55,83	9,98			
	Özel sektör	17	52,12	11,69			
Bakım verenin yaşı	20-30 Yaş Arası	18	54,61	19,85	2,593	0,459	
	31-40 Yaş Arası	31	53,73	18,01			
	41-60 Yaş Arası	37	49,28	19,34			
	61 Yaş ve Üzeri	16	46,35	24,51			

Z_{mnu}:Mann Whitney U, Kw χ^2 : Kruskal Wallis, **Post Hoc**: Tamhane's T2

Cinsiyete göre bakım yükünde anlamlı bir fark olmamasına rağmen kadınların bakım verme yükü puan ortalaması ($53,63 \pm 18,39$) erkeklerinkine göre ($47,53 \pm 21,49$) daha yüksek bulundu. Bakım yükü, evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının kişisel özelliklerine göre değerlendirildi ve gruplar arası anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 13: Bakım Verme ile İlgili Özelliklerinin Bakım Verme Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Kişisel özellikler	n	Ort	SS	Z _{mn}	Kw χ^2	p
Hastanın Yaş	60 yaş ve Altı	21	63,04	9,49	11,060	0,011
	61-70 Yaş Arası	37	46,88	23,05		
	71-80 Yaş arası	29	51,60	18,11		
	81 Yaş ve Üzeri	15	43,93	19,42		
Yakınlık Derecesi	Oğlu	27	51,61	17,80	11,764	0,038
	Kızı	23	58,25	14,39		
	Gelin	16	52,44	18,93		
	Torun	14	36,29	23,69		
	Kardeşi	5	65,00	9,62		
	Eşi	17	47,56	23,06		
Gelir Durumu	Asgari ücret altı	33	47,41	25,76	0,096	0,953
	Asgari ücret	31	52,96	17,62		
	Asgari ücret üstü	38	52,83	15,24		
Finansal Sorun Yaşama Durumu	Evet	62	58,39	13,77	-4,306	0,000
	Hayır	40	39,84	22,57		
Daha Önce Bakım Verme Durumu	Evet	29	49,02	20,97	-0,664	0,507
	Hayır	73	51,95	19,48		
Şu an Başkasına Bakım Verme Durumu	Evet	12	54,75	17,81	-0,670	0,503
	Hayır	90	50,63	20,15		
Hastanın Cinsiyeti	Erkek	33	57,30	16,35	-2,222	0,026
	Kadın	69	48,16	20,79		

Z_{mn}:Mann Whitney U, Kw χ^2 : Kruskal Wallis, Post Hoc: Tamhane's T2

Evde bakım hizmeti alan hastaların yaş grupları incelendiğinde gruplar arası anlamlı fark bulundu ($\chi^2=11,060$ p=0,011). Farklılığa hangi grubun neden olduğunu tespit etmek için yapılan ileri analizde 60 yaş altı olan hastaların bakım yükü puan ortalaması (63,04±9,49), 60 yaş üstü bütün grupların bakım yükü puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek bulundu.

Evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının bakım yükünün yakınlık derecesi açısından farkı incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=11,764$ p=0,038). Yapılan ileri analizde farklılığa neden olan grupların torunu olanlar ile kardeşi olanlardan kaynaklandığı tespit edildi. Buna göre kardeşi olanların puan ortalamasının (65,00±9,62) torunu olanların puan ortalamasından (36,29±23,69) daha yüksek olduğu belirlendi.

Bakım verenlerin bakım yükü ile finansal sorun yaşama durumu incelendiğinde finansal sorun yaşayanların bakım yükü puan ortalaması (58,39±13,77) yaşamayanlarınkine (39,84±22,57) anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (Z=-4,306 p=0,000).

Evde bakım hizmeti alan hastaların cinsiyetine göre bakım verme yüküne bakıldığında ise erkeklerin bakım verme yükü puan ortalaması (57,30±16,35) kadınlara göre (57,30±16,35) anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Z=2,222 p=0,026).

Tablo 14. GSA-28 ile Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Bakım Verme Yükü	n	Ort	SS	Z _{mn}	p	
GSA-28	Risk yok	46	48,30	22,34	-0,848	0,397
	Risk var	56	53,43	17,42		

Z_{mn}:Mann Whitney

GSA-28 kesme noktasına göre riskli olanların bakım verme yükü puan ortalaması 53,43±17,42, risk olmayanların bakım verme yükü puan ortalaması ise 48,30±22,34

olarak bulundu. GSA-28 kesme noktasına göre bakım verme yükü anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

4.7. GSA-28 ve Alt Boyutları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Tablo 15: Genel Sağlık Anketi ve Alt Boyutları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği Arasındaki İlişkiler

GSA28	Bakım Verme Yükü Ölçeği	
	r*	p
Genel Sağlık Anketi Toplam	0,233	0,018
Somatik Semptomlar	0,203	0,040
Anksiyete ve Uykusuzluk	0,045	0,652
Sosyal Fonksiyonlarda Bozulma	0,321	0,001
Ağır Depresyon	0,069	0,490

*Spearman Korelasyon Analizi

Genel ruh sağlığı ve bakım verme yükü arasında ilişki değerlendirilmiş olup Tablo 15'te sunuldu. Buna göre bakım verme yükü ile ruhsal sağlık durumu arasında pozitif yönde zayıf derecede anlamlı bir ilişki bulundu ($r=0,233$ $p=0,018$).

Genel sağlık anketinin alt boyutları ile bakım verme yükünün ilişkisine bakıldığında somatik semptomlar ($r=0,203$ $p=0,040$) ve sosyal fonksiyonda bozulma ($r=0,321$ $p=0,001$) alt boyutları ile bakım verme yükü arasında pozitif yönde zayıf derecede anlamlı bir ilişki saptandı. Anksiyete ve uykusuzluk ile ağır depresyonun bakım verme yükü anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Tablo 16: Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi'nin Bakım Verenin Yaşı ile İlişkisi

	Bakım Verenin Yaşı	
	r*	p
Bakım Verme Yüğü Ölçeği	-0,113	0,256
Genel Sağlık Anketi	0,258	0,009
Somatik Semptomlar	0,102	0,310
Anksiyete ve Uykusuzluk	0,182	0,068
Sosyal Fonksiyonlarda Bozulma	0,260	0,008
Ağır Depresyon	0,034	0,737

*Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 16'da bakım verenlerin yaşı ile bakım yüğü ve genel ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişki sunuldu. Buna göre bakım yüğü ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Ruhsal sağlık durumu ile yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmış olup yaş arttıkça ruhsal durumda bozulma riski artmaktadır ($r=0,258$ $p=0,009$). Benzer şekilde yaş arttıkça sosyal fonksiyonda bozulma riski de artmaktadır ($r=0,260$ $p=0,008$).

Tablo 17: Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Genel Sağlık Anket İle Bakım Verme Süresi Arasındaki İlişki

	Bakım Verme Süresi	
	r*	p
Bakım Verme Yüğü Ölçeği	-0,136	0,171
Genel Sağlık Anketi	0,117	0,241
Somatik Semptomlar	0,030	0,765
Anksiyete ve Uykusuzluk	0,085	0,397
Sosyal Fonksiyonlarda Bozulma	0,104	0,298
Ağır Depresyon	-0,018	0,857

*Spearman Korelasyon Analizi

Bakım verme süresi ile bakım verme yüğü, GSA-28 toplam puanı ve GSA-28 ölçeğinin alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 18: Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi'nin Bakım Alan Hastanın Yaşı ile İlişkisi

	Hastanın Yaşı	
	r*	p
Bakım Verme Yüğü Ölçeği	-0,232	0,019
Genel Sağlık Anketi	0,143	0,152
Somatik Semptomlar	0,092	0,357
Anksiyete ve Uykusuzluk	0,021	0,832
Sosyal Fonksiyonlarda Bozulma	0,034	0,733
Ağır Depresyon	0,203	0,400

*Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 18'de bakım alan hastaların yaşı ile bakım yüğü ve genel ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişki sunuldu. Buna göre bakım yüğü ile yaş arasında ilişkiye bakıldığında hastanın yaşı arttıkça bakım yüğü azaldığı görüldü ($r=-0,232$ $p=0,019$). Hastanın yaşı ile GSA-28 ve alt boyutlarında anlamlı bir bulunamadı ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Evde bakım hizmetinden yararlanan hasta yakınlarının genel ruhsal sağlık durumları ve bakım yüklerinin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar literatür bilgileri ve araştırma sonuçları doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların yaş ortalaması 68,93 olarak bulundu (Tablo 2). Türkiye’de son beş yılda 65 yaş üzeri nüfus artmıştır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte fonksiyonlarda zayıflama ve kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Bu nedenle evde bakım hizmeti alanların yaş ortalaması da yüksek bulundu. Bakım verenlerin yarısından fazlasının kadın olduğu (%58,8), evli olduğu (%69,6) görüldü.

Evde bakım hizmeti veren bireylerin yarısından fazlası (%60,8) finansal sorun yaşadıklarını belirtti (Tablo 2). Evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının ortalama bakım süresi 3 yıl 8 ay olarak tespit edildi. Bu iki bulgu birlikte değerlendirildiğinde bakım verme süresinin uzunluğuna bağlı olarak finansal sorunların daha da artabileceği düşünölmektedir (Lee et al. 2016). Kore’de yapılan bir çalışmada bakım verme sürecinde birikimlerinden harcayanların oranı %68 olarak bulunmuştur (Yun et al. 2005). Bakım veren hasta yakınlarında hastane ve bakım masraflarının olması, bakım verme nedeniyle iş gücü kaybı nedeniyle finansal yük yaşamaktadırlar (Yakar ve Pınar 2013, Emanuel et al. 2000). Ayrıca bakım verenlerin iş verimliliği kaybı ile finansal sorun yaşama durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Angioli et al. 2015).

5.2. GSA-28 ve GSA-28 Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada bakım verenlerin GSA-28 puan ortalaması $5,76\pm 4,07$ olarak bulundu (Tablo 4). GSA-28 ölçeğinin kesme puanı beş olduğu düşünüldüğünde belirlenen bu oranın ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir. Beş ve üzeri puan alanların oranı %54,9 olarak belirlendi (Tablo 5). Bu bulgulara göre evde bakım hizmetinden yararlanan hasta yakınlarının yarısından fazlasının ruh sağlığı açısından riskli olduğu söylenebilir.

GSA-28 ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında somatik semptomlar $1,64\pm 1,66$, anksiyete ve uykusuzluk $1,97\pm 1,95$, sosyal fonksiyonlarda bozulma $1,62\pm 1,66$, ağır depresyon için ise $0,51\pm 1,05$ puan olduğu belirlendi (Tablo 4). Evde bakım verenlerde anksiyete ve uykusuzluk puanı diğer alt boyutlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hasta bireylere bakım verenlerde bakım yükü ciddi bir ekonomik ve sosyal yük getirmektedir. Bu nedenle bakım veren aile üyelerinde ciddi bir zorlanma ve bakım verme tükenmişliği yaşanmaktadır (Tuna ve Olgun 2010).

Bakım vermenin ruh sağlığını nasıl etkilediğine yönelik olarak literatür incelendiğinde yaşlılara bakım verenlerde benzer oranların bulunduğu belirtilmektedir. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada ruhsal hastalık belirti sıklığı %59,2 olarak bulunmuştur (Çatak vd. 2012). 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların incelendiği başka bir çalışmada ise katılımcıların %34,4'ünün yaşlı bakımından dolayı ruhsal sağlıklarının etkilendiği, ruhsal sağlığı etkilenenlerde en fazla çabuk öfkelenme (%67,3) görüldüğü ve bakım verenlerin %62,5'inin bakımdan dolayı sosyal iletişimde engellemeler yaşadığı belirlenmiştir (Akça ve Taşçı 2005). Depresyon ve anksiyete düzeylerine bakılan araştırmalarda hastalara bakım verenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Ay vd. 2017, Kim et al. 2012, Liu et al 2012). Çalışmamıza benzer olarak Morimoto tarafından Japonya'da yapılan bir çalışmada da bakım verenlerin somatik semptomlar ve sosyalleşme alt boyutlarındaki riskin yüksek olduğu bildirilmiştir (Morimoto 2003).

Sahadevan ve Namboodiri (2019) meme kanserli hastaların bakım vericileri ile yaptığı çalışmada bakım vericilerin depresyon düzeyini %52,5 olarak bulmuştur. Ayrıca Parkinson hastalarının bakım vericilerinin bakım veren yükünün incelendiği bir çalışmada bakım vericilerin %75'inde anksiyete ve depresyon semptomları görülmüştür (Sanyal ve ark. 2015). Kaur'un 2016 yılında zeka geriliği olan çocukların annelerinin bakım veren yüklerini araştırdığı çalışmada, annelerin %59,6'sında anksiyete ve uykusuzluk semptomları belirlenmiştir. Bu çalışmada ise depresyon puanı diğer alt boyutlara göre daha düşük bulunmuştur ($0,51 \pm 1,05$). GSA-28 ağır depresyonu ölçtüğünden bu puanın diğer çalışmalara göre düşük çıkması beklenen bir durumdur.

Yaşlı hastalara bakım verenlerin kaygı düzeylerini inceleyen bir çalışmada bakım yükü ile duygusal güçlükler arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmada duygusal güçlüklerde yaygın olarak görünen belirtilerin stres ve anksiyete olduğu belirtilmektedir. Bakım verme bireyler açısından oldukça stresli bir iş olduğu ve bakım verende fiziksel ve psikiyatrik hastalıklara neden olabilecek bir süreç olduğu bildirilmiştir (Özyeşil vd. 2014).

Yapılan bir araştırmada bakım verenlerin özgürlük eksikliği yaşadıkları, sosyal yaşamlarının zayıf olduğu, giderek toplumsal yaşamdan çekildikleri ve izole oldukları belirtilmektedir. Özellikle ailelerin yarıya yakınının (%49,8) sosyal yaşamın etkilendiği bildirilmiştir (Kalıncaya ve Kalaycı 2017).

Bir araştırmada GSA-28 ölçeği kullanılarak sağlık çalışanların genel ruh sağlığı durumu incelenmiş ve GSA-28 somatik semptomlar alt ölçek puan ortalaması $1,42 \pm 1,87$, anksiyete ve uykusuzluk puan ortalaması $1,74 \pm 2,15$, sosyal fonksiyonlarda bozulma puan ortalaması $0,88 \pm 1,33$, depresyon puan ortalaması $0,67 \pm 1,39$ olduğu tespit edilmiştir (Yetim 2017). Anksiyete ve uykusuzluk puan ortalamaları mevcut çalışma bulguları ile benzer çıkmasına karşın sosyal fonksiyonda bozulma riski sağlık çalışanlarına göre bakım verenlerde daha yüksek çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının belirli süreler içinde profesyonel bakım verirken evde bakım verenlerin sürekli ve informal bakım vermesi evde bakım verenlerde sosyal fonksiyonda bozulma riskini arttırdığı

düşünülmekte ve bu açılardan ruh sağlığının etkilenme boyutları farklılık göstermektedir.

Genel ruh sağlığı literatürüne bakıldığında medeni durumun ruh sağlığını etkileyen bir etmen olduğu görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008, Orak 2016). Mevcut çalışmada da evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının genel ruh sağlığının medeni durum açısından farkı incelenmiş ve bekarların evlilerden daha düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre bakım yükü arttıkça ruh sağlığında bozulma riski de artmaktadır. Evli bakım verenlerin bakım verme dışında aile ile ilgili sorumlulukları olduğundan bakım yükü artmaktadır (Selçuk ve Avcı 2016, Kalıncaya ve Kalaycı 2017). Bu nedenle ruh sağlığında bozulma riskinin evlilerde daha yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Tablo 7’de insiyet açısından değerlendirildiğinde bakım veren kadınlarda somatik semptomlar erkeklere göre daha fazla yaşanmaktadır ($Z=-2,422$ $p=0,015$). Literatürde de genel anlamda kadınların kendilerini sözel ifade etmek yerine somatik yakınmaları daha fazla yaşadıkları belirtilmektedir (Bal 2013). Bu açıdan bakıldığında bakım verenlerdeki bu sonucun beklendiği bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin yaş gruplarının sosyal fonksiyonda bozulma alt boyutunda anlamlı farklılık gösterdiği ve yaş arttıkça sosyal fonksiyonda bozulma riskinin de arttığı tespit edildi (Tablo 7). Yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel harekette azalma görülmekte ve yaşlılar sosyalleşmeden uzaklaşmaktadır. Özellikle bakım veren yaşlılarda sosyal fonksiyonda bozulma görülmesi beklenen bir durum olduğu düşünülebilir.

Genel ruh sağlığı ile bakım verme yükü arasında ilişki değerlendirilmiş olup bakım verme yükü ile ruhsal sağlık durumu arasında pozitif yönde zayıf derecede anlamlı bir ilişki bulundu ($r=0,233$ $p=0,018$). Buna göre bakım yükü arttıkça ruhsal durumda bozulma riski de artmaktadır. Alt boyutlar açısından ilişkiler incelendiğinde somatik semptomlar ve sosyal fonksiyonlarda bozulma alt boyutu ile bakım verme yükü arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı. Bu sonuca göre bakım verme yükünün bireyler üzerinde somatik yakınmalar oluşturduğu ve bireylerin sosyal hayatlarını

önemli derecede etkilediği söylenebilir (Tablo 18). Njoku (2015) stresle birlikte bakım verende kaygı, depresyon, öfke, çaresizlik ve umutsuzluk da yaşanabileceğini belirtmiştir. Japonya’da bakım verenler üzerinde yapılan bir çalışmada bakım yükü ile depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Morimoto 2003).

5.3. Bağımsız Değişkenler Açısından Bakım Verme Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Evde bakım hizmeti alan hasta yakınların Bakım Verme Yükü Ölçeği’ne göre puan ortalaması $51,11 \pm 19,86$ olarak bulundu (Tablo 4). Ölçek puanının (0-20) olması az/hiç yük olmaması, (21-40) olması hafif/orta derecede yük, (41-60) olması orta/ileri derecede yük ve (61-88) olması aşırı yük olduğunu ifade etmektedir. Buna göre bu çalışmada elde edilen ölçek puan ortalaması evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının orta/ileri derecede bakım yükü yaşadıklarını göstermektedir.

Tanrıkulu’nun (2019) yaptığı tez çalışmasında evde engelli bireye bakım veren kadınların bakım verme yükü ölçek puanı 47,94 bulunmuş ve yük orta düzeyde çıkmış olup bakım yükü puan ortalaması ile bu çalışmanın puan ortalaması benzerlik göstermektedir. Selçuk ve Avcı (2016) kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin ileri derecede yük altında ($60,7 \pm 14,2$) olduklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmada Selçuk ve Avcı’nın yaptığı çalışmadan düşük bakım yükü puanı bulunmuştur. Çalışmamızın örneklemini evde bakım biriminden hizmet alan hastaların yakınlarının oluşturmasından dolayı böyle bir fark ortaya çıkmış olabilir.

Yaşlılara evde bakım hizmeti veren bireylerin yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişliklerini inceleyen bir diğer çalışmada da bakım verenlerin yükü envanterine göre bakım yükünün (34,59 puan) oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Kalınkara ve Kalaycı 2017).

Bakım verenin bakım yükünü etkileyen çeşitli değişkenler vardır. Bunlar bakım verenin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, gelir düzeyi, çocuk sayısı, aile yapısı gibi değişkenlerdir (Özgünay vd. 2019, Lee et al 2018, Eğilli ve Sunal 2017, Selçuk ve Avcı 2016,).

Bakım verenlerin yaş gruplarına göre bakım yükü incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmadı. Katılımcıların bakım verdikleri hastaların yaş grupları incelendiğinde ise 60 yaş altı olan hastalara bakım verenlerin bakım yükü puan ortalaması ($63,04 \pm 9,49$), 60 yaş üstü bütün gruplara bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 13). Bakım verme süresi ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Yapılan bir araştırmada 60-80 yaş grubundaki bakım verenlerin, 15-39 yaş grubundaki bakım verenlere göre bakım yükünü daha çok hissettikleri görülmektedir (Özgünay vd. 2019). Literatürde bakım verenin yaşının bakım verme yükünü etkilemesi açısından farklı sonuçların olduğu bildirilmektedir (Selçuk 2016, Özgünay vd. 2019). Bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükünü inceleyen bir araştırmada bakım vericilerin yaşları arttıkça, bakım verme yükü puanlarının azaldığı bulunmuştur. Bakım vericilerin yaşlarındaki artışla birlikte bakım vermede bakım vericiye yardımcı bireylerin çoğalmasının, bakım vericinin bakım yükünü azalttığı düşünülebilir (Selen ve Kav 2014).

Katılımcıların cinsiyetine göre bakım yükleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Fakat cinsiyete göre anlamlı bir fark olmamasına rağmen kadınların bakım verme yükü puan ortalaması ($53,63 \pm 18,39$) erkeklerinkine göre ($47,53 \pm 21,49$) daha yüksekti (Tablo 12). Bakım verenler üzerinde yapılan çalışmalarda da cinsiyet ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Eğilli ve Sunal 2017, Kalıncaya ve Kalaycı 2017, Özgünay vd. 2019).

Bakım verilen hastaların cinsiyetine göre bakım yükü incelendiğinde Tablo 13'te görüldüğü gibi erkek hastalara bakım verenlerin bakım yükü anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($Z=2,222$ $p=0,026$). Yaşlılara evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükünü ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada benzer şekilde erkek hastalara bakım verenlerin bakım yükü yüksek bulunmuştur (Yaşar 2009). Bunun nedeni olarak; Türk toplumunda ataerkil yapı ve erkeğin otoriter olması, bakım verenin sorumluluklarını paylaşmaması ve destek olmaması söylenebilir. Aynı zamanda yaşlı erkek ve kadınların hastalığa vermiş olduğu tepkilerin farklı olması ve erkek hastaların bakım konusunda daha talepkar olmalarının bakım yükünü arttırabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin medeni durumunun bakım verme yükü üzerinde etkisine bakılmış fakat anlamlı farklılık bulunmamıştır. Anlamlı fark bulunmamasına rağmen evlilerde bakım yükünün daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 12). Evli olanların bakım yükü konusunda eş desteği almaların bu sonucu ortaya koyduğu düşünülebilir. Literatür incelendiğinde ise evli olan bakım verenlerde bakım yükünün daha yüksek olduğu görülmektedir (Okoye and Asa 2011, Selçuk ve Avcı 2016, Vaingankar 2016, Kalinkaya ve Kalaycı 2017). Bu çalışmalarda evli olan bakım vericilerde bakım yükünün yüksek olması, bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olmasından ve kadınların yaşının bakımı ile birlikte birçok sorumluluğu birlikte yerine getirmeye çalışmasından kaynaklanabileceği bildirilmiştir.

Genel ruh sağlığı ve bakım yükünün bakım verenin yaşı, hastanın yaşı ve bakım verme süresi arasındaki ilişkiler incelenmiş olup bakım verme süresi arttıkça bakım yükünün azaldığı görülürken hastanın yaşının bu durumu etkilemediği görülmüştür (Tablo 16, 17,18). Selçuk ve arkadaşları kronik hastalığı olan hastalara bakım verenlerde yaptıkları araştırmada, hastanın yaşı ve bakılan sürenin artması ile bakım verme yükünde artış bulmuşlar fakat bakım verenin yaşının bakım verme yükünü etkilemediğini belirlemişlerdir (Selçuk 2016). Bu bağlamda bakım verme süresi uzadıkça evde bakım hizmeti aracılığı ile bireylerin bilgi ve beceri düzeyi artmakta ve böylece bakım yükünün azaldığı öngörülmektedir. Yapılan çalışmalarda ise yaş arttıkça bakım yükü azaldığına ilişkin bulgulara rastlanmaktadır. (Chang 2010).

Yakınlık derecesinin bakım yüküne etkisi incelendiğinde bakım verenin eşi veya torunu olması durumunda bakım yükü puanının daha düşük olduğu görülmüştür Tablo 13). Benzer şekilde Selçuk ve Avcı (2016) bakım verenler üzerinde yaptığı çalışmada eşine bakım verenlerin bakım yükü daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni kültürümüzde birinci dereceden yakınlarla bakım vermenin doğal süreç olduğu, birinci dereceden yakına bakım vermenin takdir edilen bir davranış olduğu ve bakım veren ile hastanın geçmişten gelen duygusal bağının olması düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde bakım hizmetinden yararlanan hasta yakınlarının genel ruhsal sağlık durumları ile bakım yüklerinin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre sonuçlar ve öneriler aşağıda sunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

- Evde bakım hizmeti alan hastaların yaş ortalaması 68,93, bakım verenlerin yaş ortalaması 42,96±13,69 olarak bulundu. Bakım verenlerin %60'ının kadın olduğu ve bakım verenlerin yarıdan fazlasının (%60) finansal sorun yaşadıkları, %46,1'inin en az bir hastalığının olduğu, %71,6'sının daha önce başka bir hastaya bakım vermediği belirlendi.
- Evde bakım hizmeti alan hastaların %67,6'sı kadın olduğu, hastaların %53'ünün birden fazla hastalığa sahip olduğu ve hastalarda en sık görülen hastalıkların hipertansiyon (%24,5), alzheimer (21,6) ve SVO (19,6) olduğu görüldü.
- GSA-28 puan ortalaması 5,76±4,07 olduğu, ölçeğin kesme puanına göre riskli olduğu kabul edilen beş ve üzeri puan alanların oranının %54,9 olduğu belirlendi.
- GSA-28 alt gruplarının ortalamalarına bakıldığında somatik semptomlar 1,64±1,66, anksiyete ve uykusuzluk 1,97±1,95, sosyal fonksiyonlarda bozulma 1,62±1,66, ağır depresyon 0,51±1,05 puan aldıkları görüldü.
- Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre GSA-28 puan ortalaması; 20-30 yaş arası olanlarda ($\chi^2=11,342$ p=0,010), medeni durumu bekar olanlarda anlamlı derecede düşük çıktı ($\chi^2=9,770$ p=0,021).
- Cinsiyet, çocuk sayısı, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu, bakım verenin yakınlık derecesi, finansal sorun yaşama durumu, daha önce bakım verme durumu,

şu an bakım verme durumu, hastanın cinsiyeti ve hastanın yaşına göre GSA-28 puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

- Evde bakım hizmeti alan hasta yakılarının bakım verme yükü puan ortalamasının $51,11\pm 19,86$ olduğu ve bu değer orta/ileri derece bakım yükünü ortaya koyduğu belirlendi.
- Bakım yükü, evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının kişisel özelliklerine göre değerlendirildi ve gruplar arası anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Cinsiyete göre bakım yükünde anlamlı bir fark olmamasına rağmen kadınların bakım verme yükü puan ortalaması ($53,63\pm 18,39$) erkeklerinkine göre ($47,53\pm 21,49$) daha yüksek bulundu.
- Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım verme yükü puan ortalaması hastanın kardeşi olanlarda, finansal sorun yaşayanlarda, hastanın cinsiyeti erkek olanlarda anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).
- Bakım verme yükü ile genel ruh sağlığı arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($r=0,233$ $p=0,018$).
- Bakım verenin yaşı ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Fakat bakım verenin yaşı arttıkça genel ruh sağlığında bozulma riskinin de arttığı görüldü ($r=0,258$ $p=0,009$).

6.2. Öneriler

- Evde bakım biriminde sadece hastaya değil, bakım verenlerin gereksinimlerini de içine alan holistik bakım verilmesi,
- Bakım verme yükü ve ruh sağlığının düzenli aralıklarla değerlendirilmesi,
- Bakım vermede bakım yükünün daha yüksek olduğu gruplar özellikle kadınlar, finansal sorun yaşayanlar, kardeşine bakım verenler, erkek hastaya bakım verenlere yönelik bakım yükünü azaltacak girişimlerin uygulanması ve

değerlendirilmesi,

- Bakım yükünü azaltmak için genel ruh sağlığını koruyucu ve geliştirici girişimlerin özellikle anksiyete ve uykusuzlukla baş etmeyi içeren girişimlerin planlanması,
- Bakım yükünü azaltacak eğitimlerin planlanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi,
- KLP birimi ile evde bakım biriminin iş birliği içinde olması,
- Psikiyatrik evde bakımın evde bakım birimine entegre edilmesi,
- Bakım verenlerin sosyal fonksiyonlarının geliştirilmesine yönelik bireysel ve kurumsal girişimlerin geliştirilmesi,
- Bu çalışmanın evde bakım hizmetine başvurduktan sonra ve evde bakım hizmeti almaya başladıktan sonra olacak şekilde daha geniş örnekleme tekrar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer Z C. (2011) Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1): 57-65

Aşçı N K, Taşçı S. (2005). 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi* 14, 30-37

Altuntaş M, Yılmaz T, Güçlü Y, Öngel K. (2010) Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri, *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 20(3): 153-158

Angioli R, Capriglione S, Aloisi A, Miranda A, de Cicco Nardone C, Terranova C, Plotti, F. (2015). Economic impact among family caregivers of patients with advanced ovarian cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 25(8), 1541–1546.

Arslantaş H. (2009) Psikiyatrik hastalıklarda evde bakım ve hemşirelik sürecinin uygulanması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(4): 1-7

Atagün M. İ, Özlem D. B, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat Y. A. (2011), Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(3), 513-552

Awad, A.G. and Voruganti, L.N.P. (2008) The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26(2): 149-162

Ay S, Ünübol H, Ezer S, Omay O, Sayar G H. (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.

Babaoğlu A. (2002) Psikiyatri Tarihi, Okyanus yayınları, 2. Baskı, İstanbul

- Bağ B. (2012) Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 4(4):465-485
- Bahar Z, Beşer A. (2017). Evde Bakım. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul
- Bal U, Çakmak S, & Uğuz Ş. (2013). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459
- Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. (2014) Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri, *Euras J Fam Med*, 3(1):1-8
- Buzlu S. (2011) Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(3):187-193
- Chang H Y, Chiou C J, Chen N. S. (2010). Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers’ physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 267-271
- Çapan B E. (2016) Yaşlı ile birlikte yaşamak: Stres ve başa çıkma. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 9(2):33-47
- Çatak B, Kılınç A. S, Badıllıoğlu O, Sütü S, Sofuoğlu A. E, Aslan D. (2012) Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. *Turkish Journal of Public Health*, 10(1), 13-21
- Çatak B, Öner C, Kılınç A, Sütü S, Şenbayram S. (2012). Yaşlılara Evde Bakım Verenlerde Ruhsal Hastalık Belirtisi Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(3), 105-108
- Çoban M, Esatoğlu A. E. (2004) Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 12(2): 109-120
- Demir S, Kocaman N. (2014) Psikiyatri hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(1): 25-32

- Eğilli C.S, Sunal N. (2017) Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi, *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(2):83-91
- Emanuel E. J, Fairclough D. L, Slutsman J, Emanuel L. L. (2000). Understanding Economic and Other Burdens of Terminal Illness: *The Experience of Patients and Their Caregivers. Annals of Internal Medicine*, 132(6), 451-459
- Fitzgerald C, George S, Somerville R, Linnane B, Fitzpatrick P. (2018) Caregiver burden of parents of young children with cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis*, 17(1), 125-131
- Genkeer L, Gough P, Finlayson B. London's Mental Health Workforce: A Review of Recent Developments. London, King's Fund, 2003.
- Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı A. E, Çubukçuoğlu Z, Mete L. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 203-212
- Handsley S, & Stocks S. (2009) Sociology and nursing: Role performance in a psychiatric setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(1): 26–34
- Havens B. (1999) Home care issues at the approach of the 21st century from a World Health Organization perspective : a literature review. World Health Organization. Home-Based and Long-Term Care Unit. <http://www.who.int/iris/handle/10665/65991> (Erişim tarihi: 09.07.2018)
- Home Care Across Europe. WHO Publications, 2012, pp 3, 7, 31, 32.[Internet] www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf.
- Işıl Ö, Onan N. (2016). Yaşlı ve demanslı bireye bakım verenlerde bakım yükü ve yaklaşımlar, *Türkiye Klinikleri Dergisi*; 2(1):74-80
- İnan Ş. F, Duman Ç. Z. (2013) Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: sosyodemografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 16(3): 205-211
- 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

- Kaya Y, Öz F. (2019). Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 28-38
- Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. (2011). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846–855
- Köse B, Akı E. (2019). Bakım veren bireylere yönelik geliştirilen bireysel ergoterapi eğitim programının yaşam kalitesine ve bakım veren yüküne yönelik etkinliğinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 7(2), 71-78
- Van der Lee J, Bakker T J E M, Dröes R M. (2018). Recovery from burden: informal caregiver profiles that predict treatment success. *International Psychogeriatrics*, 1–13
- Lee K, Martin P, Poon L W. (2016). Predictors of caregiving burden: impact of subjective health, negative affect, and loneliness of octogenarians and centenarians. *Aging & Mental Health*, 21(11) 1214–1221
- Lopez-Hartmann M, Wens J, Verhoeven V, Remmen R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *International journal of integrated care*, 12
- Mental Disorders, İnternet: https://www.who.int/mental_health/management/en/ (Erişim Tarihi: 26.12.2018)
- Morimoto, T. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing*, 32(2), 218–223
- Njoku, G.U. (2015). The Impact of Caring for Seniors on the Caregiver's Stress Level. Walden University, College of Health Sciences, Doctoral Study
- Oğlak S. (2007) Evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası (Ülke örnekleriyle Türkiye). İskenderun: İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları.
- Okoye, U.O, Asa, S.S. (2011). Caregiving and stress: Experience of people taking care of elderly relations in South-eastern Nigeria. *Arts and Social Sciences Journal*, 2(1),

Orak O. (2016). Ruhsal sağlık ve ruhsal hastalık. Nermin Gürhan (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği* (s. 4-13) Ankara: Nobel

Özer Ö, Şantaş F, (2012). Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 96-103

Özgünay Ş E, Akça F, Karasu D, Kılıç İ. (2019) yoğun bakım sonrası evde bakım gerektiren hastaların özellikleri ile bakım verenlerdeki hasta bakım yükü ve empati arasındaki ilişki, *Anestezi ve Reanimasyon Uzmanları Derneği Dergisi*, 27(1), 15-21

Öztürk O, Uluşahin A. (2008) Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. 11. Baskı. Nova Yayıncılık, Ankara

Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. (2014). Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 39-44

Raju R S, Kaur P, Pandian, J D. (2011). Psychosocial Problems, Quality of Life, and Caregiver Burden among Stroke Caregivers in India. *International Journal of Stroke*, 7(1), 100–101

Ruh Sağlığı Yasa Taslağı (2018), <https://www2.tbmm.gov.tr/d26/2/2-2179.pdf>, 2695, 02 Mart 2018

Sahadevan S, Namboodiri V. (2019) Depression in caregivers of patients with breast cancer: A cross-sectional study from a cancer research center in South India, *Indian Journal of Psychiatry* 61(3), 277-282

Sanyal J, Das S, Ghosh E, Banerjee T K, Bhaskar L S, Rao V R. (2015). Burden among Parkinson's disease care givers for a community based study from India. *Journal of the Neurological Sciences*, 358(1-2), 276–281.

Selçuk K. T, Avcı D. (2016) Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler, *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 1-9

- Selen F, Kav S. (2014) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 16(1): 12-22
- Sinha P, Desai N. G, Prakash O, Kushwaha S, Tripathi C. B. (2017). Caregiver burden in Alzheimer-type dementia and psychosis: A comparative study from India. *Asian journal of psychiatry*, 26, 86-91
- Şirzai H, Delialioğlu S. Ü, Sarı F. İ, Özel S. (2015) Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences / *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 18(3), 162-169
- Sögüt Ç, Erbay Dünder P. (2017). Evaluation of caregivers' burden of the patients receiving home health service in Manisa. *Turkish Journal of Public Health*, 15(1), 37-46
- T.C. Resmî Gazete. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. 27 Şubat 2015 Cuma Resmî Gazete Sayı: 29280, Ankara
- T.C. Resmî Gazete. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. 10 Mart 2005 Resmî Gazete Sayı:25751, Ankara
- Tanrikulu S. (2019). Evinde Bir Aile Üyesine Bakım Veren Kadınların Bakım Verme Yüklerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seda ATTEPE ÖZDEN)
- 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
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). 2011-2023 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (Yayın No: 847)
- Tekin Ç, Kara F. (2018). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık, *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 3(1):219-229
- Tel H. (2000) 21.Yüzyıl psikiyatri hemşireliği; paced modeli. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1):55-60

Townsend, Mary C. (2016) Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: kanıta dayalı uygulama bakım kavramları. 6. baskı. Çeviren: zcan C, Gürhan N, Akademisyen Tıp Kitapevi Ltd. şti., Ankara

Tuna H M, Olgun N. (2010). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(1), 41-52

TÜİK (2019, Mart). İstatistiklerle Yaşlılar, Basın Bülteni, 30699. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30699>

Türk Tabipler Birliği (2016), Evde bakım hizmetleri ile ilgili sağlık emek ve meslek örgütlerinin görüş ve yaklaşımları, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara

What Is Mental Illness?, İnternet: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness> (Erişim Tarihi: 26.12.2018)

WHO. (2001). The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope, Geneva. World Healt Organization

Vaingankar J. A, Chong S. A, Abdin E, Picco L, Jeyagurunathan A., Zhang, Y, Subramaniam M. (2016). Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. *International psychogeriatrics*, 28(2), 221-231

Yakar H. K, Pınar R. (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(2), 1-16

Yaşar E. K. (2009). Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ayla Bayık Temel)

Yıldırım S, Engin E, Başkaya V. (2013). The burden of caregivers of stroke patients and the factors affecting the burden. *Archives of Neuropsychiatry*, 50(1) 69–74

- Yıldırım S, Yalçın N, Güler C. (2017). Kronik ruhsal hastalıklarda bakım veren yükü: Sistematik derleme. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 8(3) 165-171
- Yılmaz M, Sametoğlu F, Ahmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanyıldız D, Erdem S. (2010) Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı, *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3):125-132
- Yılmaz, M , Özcan, A . (2016). Psikiyatri hemşireliğinin geleceği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9 (1), 53-59
- Yun Y H, Rhee Y S, Kang I O, Lee J S, Bang, S M Lee, Hong, Y. S. (2005). Economic Burdens and Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Patients. *Oncology*, 68(2-3), 107–114
- Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu E. G, Ülker E. (2012) yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin n bakım yüklerinin belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 48-54
- Zhu W, Jiang Y. (2018). A Meta-analytic Study of Predictors for Informal Caregiver Burden in Patients With Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(12), 3636-3646

EKLER

EK-1. Katılımcı Bilgi Formu

Açıklama: Katılımcılar hakkındaki genel bilgiler için lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Formlarda isim belirtmeyiniz. Vereceğiniz cevaplar bizim için çok önemlidir. Araştırmaya olan katkınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Rıdvan DOĞAN
Karabük Üniversitesi

Katılımcı Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Cinsiyet: a.Erkek b.Kadın
3. Hasta ile olan yakınlık dereceniz:.....
a.Oğluyum b.Kızıyım c.Geliniyim d.Torunuyum
e.Kardeşiyim f.Eşiyim g.Diğer.....
4. Medeni Durumunuz nedir?
a.Evli b.Bekar c.Dul d.Boşanmış e.Ayrı yaşıyor
5. Kaç çocuğunuz var?
a.Çocuk yok b.1-2 c.3-4 d.5-6 e.7 ve üzeri
6. Eğitim durumunuz nedir?
a. Okur yazar değil b.Okur yazar c.İlköğretim
d.Ortaöğretim e.Yükseköğretim
7. Mesleğiniz nedir?
8. Gelir düzeyiniz ne kadar?
a.Asgari ücret altı b.Asgari ücret c.Asgari ücret üstü d.Diğer:.....
9. Hastaya bakım verdiğinizden beri finansal sorunlar yaşıyor musunuz?
a.Evet b.Hayır
10. Hastanıza ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?yıl/.....ay
11. Daha önce bakım verdiğiniz yakınınız var mı?
a.Evet b.Hayır
12. Şuan bakım verdiğiniz yakınınız var mı? a.Evet b.Hayır
13. Bakım verdiğiniz hastanın yaşı:.....
14. Bakım verdiğiniz hastanın cinsiyeti: a.Erkek b.Kadın
15. Herhangi bir hastalığınız varsa belirtiniz.
16. Bakım verdiğiniz hastanın hastalığı/hastalıkları nedir?.....

EK-2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

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

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK-3. Genel Sağlık Anketi (GSA-28)

Son Zamanlarda	0	1	2	3
A1. Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden kötü ()	Çok daha kötü ()
A2. Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	Hayır, hiç duymuyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zamankinden en çok ()	Çok fazla ()
A3. Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden çok ()	Çok fazla ()
A4. Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden çok ()	Çok fazla ()
A5. Başınızda ağrı oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden sık ()	Çok sık ()
A6. Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden sık ()	Çok sık ()
A7. Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden sık ()	Çok sık ()

C1. Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden az ()	Çok az ()
C2. İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	Hayır, hiç almıyor ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden çok ()	Çok uzun ()
C3. Genel olarak işlerinizi iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	Evet, her zamankinden iyi ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden kötü ()	Çok kötü ()
C4. Görevlerinizi yeterince yerine getirebiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden kötü ()	Çok kötü ()
C5. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	Her zamankinden çok ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden az ()	Çok az ()
C6. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden iyi ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden kötü ()	Çok kötü ()
C7. Günlük faaliyetlerden zevk alabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden az ()	Çok az ()

D1. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır, hiç görmüyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden çok ()	Çok fazla ()
D2. Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden sık ()	Çok sık ()
D3. Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	Hayır, hiç düşünmüyorum ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden çok ()	Çok fazla ()
D4. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?	Kesinlikle hayır ()	Her zamanki kadar ()	Aklımdan geçtiği oldu ()	Çok sık ()
D5. Sinirleriniz bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınız oluyor mu?	Hiç olmuyor ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden sık ()	Çok sık ()
D6. Kendi kendinize "ölsem de kurtulsam" dediğiniz oluyor mu?	Hiç olmuyor ()	Her zamanki kadar ()	Her zaman- kinden sık ()	Çok sık ()
D7. Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	Kesinlikle hayır ()	Düşünmedim ()	Aklımdan geçtiği oldu ()	Çok sık ()

EK-4. Etik Kurul Onayı

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Evde Bakım Hizmetinden Yararlanan Hastaların Yakınlarının Genel Ruhsal Sağlık Durumları ve Bakım Yükünün İncelenmesi”			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Ü. Nevin ONAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karabük Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ	Üniversite – Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 4/12	Tarih: 28.03.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “ oybirliği ” ile karar verilmiştir.			

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKAN / ADI / SOYADI	Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL	Anatomi	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Didem ADAHAN	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilişimi ve Biyoistatistik	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Mehmet KARA	Tıbbi Biyokimya	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Gülhan ÜNAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Ayukat Hüseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunmadı

EK-5. Kurum İzni



T.C.
KARABÜK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KARABÜK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KARABÜK İL
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
25.05.2018 17:04 - 98024045 - 604.02 - E.3617



Sayı : 98024045 604.02
Konu : Tez Çalışması İhk.(Rıdvan TOP)

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 17/05/2018 tarihli ve 32469041-806.01.03-E.294 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Nevin ONAN' ın danışmanlığında Yüksek Lisans Programı öğrencisi Rıdvan TOP' un "*Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Hastaların Yakınlarının Genel Ruhsal Sağlık Durumları ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi*" konulu tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı S.B. Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Hizmetleri Biriminde yapabileme talehi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Ahmet SARI
İl Sağlık Müdürü

Güvenli Elektronik İmza:
Aşılı İle Aynıdır
25.05/2018
Ahmet ŞAHİN
Memur

Adres: 5000 Fıklar 75. Yıl Mah. Mahallesi 20. Cad. 17. Sok. No:4 KARABÜK
Faks No:0370 4338160

25Posta:1 Eskişehir Akbıyık.az.saglik.gov.tr İnt. Adresi: Dabde1262

Bilgi için:Elif TAŞKIRAN AKBIYIK
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0370 4333126

EK-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	<p style="text-align: center;">KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ETİK KURUL</p> <p style="text-align: center;">BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)</p>
---	--

Sizi Dr. Öğr. Ü. Nevin Onan ve Rıdvan Top tarafından yürütülen *Evde Bakım Hizmetinden Yararlanan Hastaların Yakınlarının Genel Ruhsal Sağlık Durumları ve Bakım Yükünün İncelenmesi* başlıklı anket ve araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda 63 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 40 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu
Dr. Öğr. Üyesi Nevin Onan

Araştırmanın Amacı:

Bu çalışma, evde bakım hizmeti alan hastaların yakınlarının genel ruhsal sağlık durumlarını ve bakım yükünü belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Süresi: Eylül 2018 ile Aralık 2018

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Dr. Öğr. Üyesi Nevin Onan, Rıdvan Top



KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ETİK KURUL

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

EK-7. Bakım Verme Yüğü Ölçeği İzin Maili

Rıdvan Doğan

Kimden: FADİME HATİCE İNCİ <hemel@pau.edu.tr>
Gönderme Tarihi: 26 Nisan 2019 Cuma 09:54
Kime: Rıdvan Doğan
Konu: Bakım Verme Yüğü Ölçeği
Ekler: BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ.doc

Sayın Doğan,

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeği"ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz. kaynak olarak aşığıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H. , & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli/TÜRKİYE

Asst. Prof. Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale University,
Faculty of Health Sciences,
Department of Public Health Nursing,
Denizli, Turkey

EK-8. Genel Sağlık Anketi (GSA-28) İzin Maili

www.uskudar.edu.tr

Rıdvan Top

Sağlık Bilimleri Fakültesi | Araştırma Görevlisi
ridvan.top@uskudar.edu.tr



Hayat Tercihdir

Tel: 0216 400 22 22 | Faks: 0216 474 12 56 | Web: www.uskudar.edu.tr
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14 PK:34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye



From: Cengiz KILIC [mailto:cengizk@hacettepe.edu.tr]
Sent: Tuesday, February 27, 2018 11:23 AM
To: Rıdvan Top <ridvan.top@uskudar.edu.tr>
Subject: Re: GSA 28 izin hk.

Tabii ki kullanabilirsiniz.
Ölçeğin kendisine ihtiyaç varsa belirtin lütfen
Kolay gelsin.
C Kılıç

On 27/02/18 10:48 AM, **Rıdvan Top** <ridvan.top@uskudar.edu.tr> wrote:

Merhaba Sayın Hocam

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Genel Sağlık Anketi'ni yüksekisans tez çalışmamda kullanabilir miyim?

Teşekkürler iyi çalışmalar..

ÖZGEÇMİŞ

Rıdvan DOĞAN 1993 yılında Bartın’da doğdu; ilk ve ortaöğretimini aynı şehirde tamamladı. Bartın Anadolu Lisesi’nden mezun olduktan sonra 2011 yılında Karabük Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokuluna girdi; 2016 yılında mezun olduktan sonra Üsküdar Üniversitesi’nde çalışmaya başladı. 2017’den beri Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

ADRES BİLGİLERİ

Adres: Mimar Sinan Mh. Selman-1 Pak Cd. PK:34664 Üsküdar / İstanbul

e-posta: ridvan.dogan@uskudar.edu.tr