



T.C.

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MİGREN VE DEPRESYON HASTALIKLARINA SAHİP
OLAN BİREYLERİN BAKIM VERİCİLERİNİN BAKIM
VERME YÜKLERİ DEPRESYON DÜZEYLERİ VE
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve TUĞRUL

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2015

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MİGREN VE DEPRESYON HASTALIKLARINA SAHİP
OLAN BİREYLERİN BAKIM VERİCİLERİNİN BAKIM
VERME YÜKLERİ DEPRESYON DÜZEYLERİ VE
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve TUĞRUL

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2015

T.C.

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin
Bakım Verme Yükleri, Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının
Belirlenmesi

Merve TUĞRUL

Yüksek Lisans Tezi

24.11.2015

Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN



Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Gül PINAR



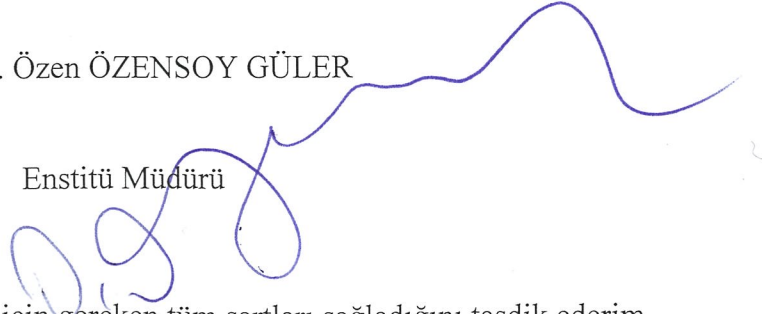
Yrd. Doç. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI



Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Enstitü Müdürü



Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

24.11.2015



Merve TUĞRUL

TEŐEKKÜR

Bu teze başlarken beni her anlamda destekleyen, fikir, görüş ve nerileri ile yönlendiren, sabır ve özveri ile aşama kaydetmeme sebep olan, bir ğrencisi gibi görmeyip meslektaşı olarak gören, bana inanan ve güvenen değerli hocam ve danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'a sonsuz teőekkürler.

Çalışmamın verilerinin istatistiksel analizini hazırlamamda bana yardımcı olan sayın Prof. Tbp. Alb. Selim KILIÇ'a teőekkürümü sunarım.

Tez çalışmam boyunca bana yardımcı olan, desteklerini esirgemeyen Gülhane Askeri Tıp Akademisi psikiyatri ve acil servis poliklinikleri hemşirelerine teőekkür ederim.

Hayatımın her alanında olduğu gibi tez çalışmam sürecinde de beni hiç yalnız bırakmayan, manevi desteklerini her zaman hissettiğim annem Fatma TUĞRUL'a, babam Zekeriya TUĞRUL'a çok teőekkür ederim. Ayrıca bu süreçte yanımda olan ablam Arzu ÇAMUŐOĐLU'na, kardeşim zge ŐENYURT'a, eniştelerim Őaban ÇAMUŐOĐLU ve Doğukan ŐENYURT'a, sadece var olması bile hayatımı anlamlandıran yeğenim Ece ÇAMUŐOĐLU' na teőekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Migren	7
2.1.1. Migrenin Tarihçesi.....	7
2.1.2. Epidemiyoloji	8
2.1.3. Etiopatogenez	9
2.1.4. Tanı ve Sınıflama.....	9
2.1.5. Risk Faktörleri ve Tetikleyici Etkenler.....	11
2.1.6. Kişilik Özellikleri	11
2.1.7. Migrenin Depresyon ve Diğer Hastalıklarla İlişkisi	13
2.2. Depresyon.....	14
2.2.1. Tarihçesi	15
2.2.2. Epidemiyoloji	15
2.2.3. Etyoloji	16
2.2.4. Tanı ve Sınıflama.....	17
2.3. Bakım Verici ve Bakım Verme Yükü Kavramları	23
2.4. Stresle Başa Çıkma Kavramı	25
3. MATERYAL ve YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	28
3.3. Araştırmanın Evreni	28
3.4. Araştırmanın Örnekleme	29
3.4.1. Örneklem seçim kriterleri	30
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	30
3.6. Verileri Toplama Araçları	31

3.6.1. Tanımlayıcı Veri Formu	31
3.6.2. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBYÖ).....	31
3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	32
3.6.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ).....	32
3.7. Araştırmanın Uygulaması	33
3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulaması	33
3.7.2. Araştırmanın Uygulaması.....	34
3.8. Araştırma Verilerinin Analizi	34
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIşMA	63
5.1. Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımının Tartışılması	63
5.2. Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımının Tartışılması.....	64
5.3. Bakım Vericilerin Bakım Verilen Bireylerin Tanılarına Göre ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması.	67
5.4. Bakım Verilen Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması.....	68
5.5. Bakım Vericilerin Tanımlayıcı Özelliklerine göre Bakım Vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması.....	70
5.6. Bakım Vericilerin Bakım Verme Yüğüleri, Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması	75
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	77
6.1. Araştırma Sonuçları.....	77
6.2. Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler	83
7. KAYNAKLAR	85
8. EKLER.....	99
EK-1. BİLGİLENDİRİLMİş OLUR FORMU	99
EK-2. TANIMLAYICI VERİ FORMU	102
EK-3. ZARİT BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ	105

EK-4.	BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	106
EK-5.	STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ.....	110
EK-6.	İLGİLİ KLİNİKTEN ALINAN İZİN BELGESİ -1	112
EK-7.	İLGİLİ KLİNİKTEN ALINAN İZİN BELGESİ-2	113
EK-8.	ETİK KURUL RAPORU	114
EK-9.	ANKET DÜZENLEME KURULU RAPORU.....	115
EK-10.	ÖZGEÇMİŞ	117

ÖZET

Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yükleri Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırma olup migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Ankara ilinde bulunan GATA Acil Servis Polikliniği ve GATA Psikiyatri Polikliniğinde Eylül 2014- Nisan 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Acil Servis Polikliniğine migren tedavisi için başvuran 60 bireyin ve Psikiyatri Polikliniğine depresyon tedavisi için başvuran 50 bireyin bakım vericileri araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; Tanımlayıcı Veri Formu, Zarit bakım verme yükü ölçeği (ZBYÖ), Beck depresyon ölçeği (BDÖ), stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBTÖ) kullanılmıştır. Elde edilen verilerin SPSS 15 paket programında sayı, yüzde, frekans, ortalama, standart sapma, Kruskal Wallis H ve Mann Whitney U testi kullanılarak analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

Araştırmada bakım verici bireylerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ alt boyutu olan kendine güvenli yaklaşım (KGY) puan ortalamalarının depresyon hastalığına sahip olan bireylerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Çalışmada depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verme yükleri ile depresyon düzeylerinin daha yüksek bulunması ve migren ile depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin stresle benzer baş etme tarzları kullanmaları nedeni ile hemşirelerin bu bireylerin bakım vericilerine zorlandıkları alanlarda danışmanlık yapmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım verici, bakım yükü, depresyon, migren, stres.

ABSTRACT

The Determination of Caregiver's Caregiving Loads, Depression Levels and Coping Styles with Stress who Responsible for Patients who have Migraine and Depression Illness

This study is a sort of complimentary research and it's aim to determine care burden of caregivers, depression levels and coping styles with stress who responsible for patients who have migraine and depression illness

This research's period is consisting of September 2014-April 2015 and it's done in policlinic of emergency and psychiatry services in GATA. Research population is consisting of 60 patient's caregivers who applied policlinic of emergency service and 50 patient's caregivers who applied policlinic of psychiatry for treatment against to migraine illness. Descriptive data form, Zarit care burden scale (ZCBS), Beck depression scale (BDS), Styles of Coping With Stress Inventory (SCSI) are used for gathering to datas. SPSS.15 is used when it's analyzing to data's point, percentage, frequency, mean, standard deviation, Kruskal Wallis H and Mann Whitney U Test. Signifance level is accepted as $p < 0.05$.

It's determined that average of caregiver's ZCBS, BDS and Self-Confidence Approach (SCA) (sub-dimensions of SCSI) scores are higher than individual's who have migraine at signifance level ($p < 0.05$).

In this study, it is recommended that nurses should guide caregivers whenever they live any difficulty in this process. Because care burden of depressive patient's and depression level is found statistically higher and also caregivers who are responsible for patients who have migraine and depression uses similar styles to cope with stress.

Keywords: Caregiver, care burden, depression, migraine, stress.

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

M.Ö.	: Milattan Önce
IHS	: International Headache Society (Uluslar Arası Baş Ağrısı Derneği)
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ECA	: Epidemiologic Catchment Area Study (Epidemiyolojik Alan Çalışması)
NCS	: National Comorbidity Survey (Ulusal Komorbidite Çalışması)
GAS	: Genel Adaptasyon Sendromu
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
ZBYÖ	: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
SBTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
KGY	: Kendine Güvenli Yaklaşım
ÇY	: Çaresiz Yaklaşım
BEY	: Boyun Eğici Yaklaşım
İY	: İyimser Yaklaşım
SDB	: Sosyal Desteğe Başvurma
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
Min.	: Minimum
Max	: Maximum
N	: Evrendeki Birey Sayısı
n	: Örneklemden Birey Sayısı
P	: Anlamlılık Düzeyi
SS	: Standart Sapma
\bar{x}	: Ortalama

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.	Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 110).	37
Tablo 4.2.	Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 110).....	38
Tablo 4.3.	Bakım vericilerin bakım verilen bireylerin tanılarına göre ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	41
Tablo 4.4.	Bakım verilen bireyin cinsiyetine göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	42
Tablo 4.5.	Bakım verilen bireyin yaş grubuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	43
Tablo 4.6.	Bakım verilen bireyin eğitim düzeyine göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	44
Tablo 4.7.	Bakım vericinin cinsiyetine göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.....	45
Tablo 4.8.	Bakım vericinin medeni durumuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	46
Tablo 4.9.	Bakım vericinin yaş grubuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	46
Tablo 4.10.	Bakım vericinin eğitim düzeyine göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	47
Tablo 4.11.	Bakım vericinin bakım verilen bireye yakınlık durumuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	48
Tablo 4.12.	Bakım vericinin bakım verdiği alana göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	49
Tablo 4.13.	Bakım vericinin bakım vermekte zorlandığı alana göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.....	50
Tablo 4.14.	Bakım vericinin birlikte yaşadığı kişilere göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	51
Tablo 4.15.	Bakım vericinin çocuk sayısına göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	51
Tablo 4.16.	Bakım vericinin yaşadığı yere göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	52

Tablo 4.17. Bakım vericinin çocukluğunda yaşadığı yere göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.....	53
Tablo 4.18. Bakım vericinin gelir durumuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	54
Tablo 4.19. Bakım vericinin çalışma durumuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	55
Tablo 4.20. Bakım vericinin çalıştığı sektöre göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	56
Tablo 4.21. Bakım vericinin toplam çalışma yılına göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	57
Tablo 4.22. Bakım vericinin haftalık çalışma süresine göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	58
Tablo 4.23. Bakım vericinin sosyal destek durumuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.	59
Tablo 4.24. Bakım vericilerin bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları.....	60

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Migren nörolojik, gastrointestinal, psikolojik ve otonom değişikliklerin eşlik ettiği primer epizotik bir baş ağrısı olarak tanımlanmaktadır (1, 2). Migren dünya nüfusunun yaklaşık %2 sini, Türkiye nüfusunun da %1.7 sini etkilemektedir (3). Kadınlarda erkeklere oranla dört kat daha fazla görülebilmektedir. Yapılan çalışmalar migren ağrısının dört ile yetmiş iki saat kadar sürebildiğini göstermektedir (1, 2). Migren hastalığına sahip olan bireylerde yapılan kontroller sonucunda ancak %1 oranında ciddi serebral patoloji saptanmıştır. Migrenin çoğunlukla duygu durum ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (2). Senaratne ve arkadaşları yaptıkları çalışmada migren ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre migren hastalığına sahip olan bireylerin anksiyete bozukluklarının genel popülasyona oranla anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (4). Antonaci ve arkadaşları migren hastalığına sahip olan ve olmayan bireyleri karşılaştırdıkları çalışmalarında psikiyatrik bozuklukların migren hastalığına sahip olan bireylerde daha fazla olduğunu saptamışlardır (5). Yine Frediani ve arkadaşları migren ve depresyon arasındaki ilişkiye yönelik incelemelerinde migren tedavisinin başarısı için depresyon varlığının araştırılmasının önemini ifade etmişlerdir (6). Migren hastalığı bireyi olduğu kadar aileyi de etkilemektedir. Lipton ve arkadaşları, migren hastalığının aile üzerine etkisini araştırdıkları bir çalışmada, ailelerin günlük yaşam aktiviteleri içerisindeki sosyal faaliyetler, çocuk bakımı, ev işleri, boş zaman etkinlikleri gibi konuların dağılımını incelemişlerdir. Buna göre migren hastalığına sahip olan bireyler ile beraber yaşayan 389 kişinin %85 inin migren atağı nedeniyle planlar yapmaktan, %32 sinin eğlenceli faaliyetlerden, %45 inin ise ev işlerinden kaçındıklarını belirtmişlerdir. Yine bu çalışmada bakım vericilerin %50-52 si atak dönemlerinde bakım verdikleri bireylerle tartıştıklarını ve %20-60 ı ise aile içi ilişkilerinin bozuk olduğunu ifade etmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre bakım vericilerin kendilerini ifade etmede yetersizlik

yaşamaları ve aile içi ilişkilerde ki bozuklukların depresyon gibi ruhsal hastalıklara zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir (7).

Depresyon, derin üzüntü ile karakterize bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında pek çok bozukluğa yol açan, atakları uzun süren, süreğenleşme, depresme ve yineleme oranları yüksek, şiddetli fiziksel ve psikososyal yeti yitimine neden olan yıkıcı bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (8, 9). Depresyon dünyada ve ülkemizde psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerin başında gelmektedir. Yaygınlığı dünyada %10-18, Türkiye de ise kadınlarda %20, erkeklerde %12 olarak saptamıştır (10, 11). Genel popülasyonda her beş kişiden birinin yaşam boyu en az bir kez depresif nöbet yaşadığı belirlenmiştir (12). Bu hastalığın en yaygın belirtileri, çökkünlük, bunaltı, isteksizlik, ilgilerde azalma, zevk alamama, enerji azlığı, çabuk yorulma, dikkati yoğunlaştırma yetisinde azalma, dalgınlık, yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon olarak ifade edilmektedir. Bu belirtileri yaşayan bireylerin duygu ve düşüncelerini ifade etmelerinin uygun tedavinin başlanması açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Kültürler arası farklılıklara bağlı olarak bireylerin depresyon belirtilerini yaşamalarına rağmen hekime başvurma oranlarının yetersiz olduğu görülmüştür. Bunun nedenleri arasında utanma, yargılanacağını düşünme, suçluluk, değersizlik gibi duygular yer almaktadır. Bireyler yaşadıkları bu duyguları bedenlerine yansıtılabilmektedirler (8). Bütün bu sonuçlar migren hastalığı ile depresyon arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Uysal ve arkadaşları çalışmalarında migren ve gerilim tipi baş ağrısı sıklığı yüksek olan bireylerde depresyon ve anksiyete düzeyinin de yüksek olduğunu saptamışlardır (13). Yaşar ve arkadaşları araştırmalarında migren hastalığına sahip olan bireylerde depresif belirti düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuşlardır (14). Depresyon, birey kadar çevresi ve bakımını üstlenenler üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır (15). Depresyonun sosyal ve mesleki alanlarda yeti yitimine neden olabildiği ve bireylerin aile düzenleri ile ekonomik durumlarını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Bu hastalığa sahip olan bireyler ailelerine yeterli vakit ayıramamakta, sosyal ve cinsel yaşamları etkilenmekte, evlilik ve iş ilişkileri bozulabilmekte, sonuçta bu durum hem bireyi hem de aileyi olumsuz yönde etkilemektedir (16).

Migren ile depresyon hastalıkları arasında ki ilişkiye bakıldığı zaman literatürde migren hastalığına sahip olan bireylerin zarardan kaçınma, pasif saldırganlık, kendine güveni olmama, olumsuzluk beklentisi içinde olma, kötümserlik düşüncesine sahip olma bazı mizaç ve karakter boyutları araştırılmıştır (17, 18). Bu mizaç ve karakter boyutları ile depresyon ve migren hastalığı arasında ki ilişki araştırmaların konusu olmuştur (13, 14). Beck 1976 da geliştirdiği bilişsel kuramına göre depresyon hastalığına sahip olan bireylerin kendine, geleceğe ve dış dünyaya ilişkin olumsuz düşünceleri olduğunu ifade etmektedir (19). Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin kişilik özelliklerinin benzer olduğu düşünüldüğünden bu iki hastalık arasındaki ilişkilerin araştırılmasının önemi ortaya çıkmıştır (6, 13, 14). Bu kapsamda yapılan çalışmalar migren hastalığının psikosomatik boyutu ile değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadırlar (20). Migren hastalığına sahip olan bireylerin depresyonla baş etmede daha çok davranışsal alanda psikosomatik belirtilerle kendilerini ifade ettikleri belirtilmektedir (21). Bu nedenle migren hastalığında ortaya çıkan ve psikosomatik belirti şeklinde tanımlanan baş ağrısı, bulantı, kusma gibi semptomların aslında depresyon nedeni ile ortaya çıkan belirtiler olduğu söylenebilmektedir (20, 21). Yapılan çalışmalarda fiziksel hastalıklarla ruhsal hastalıklar arasında pozitif yönde ilişkiler olduğu görülmüştür (22). Fiziksel ve ruhsal hastalık sürecinde olan bireylerin bakım vericileri bakım verme işlevini üstlendikleri için kendileri de hastalık sürecinden ruhsal ve fiziksel anlamda etkilenmektedirler (23, 24, 25). Bakım vericilerin ruhsal ve fiziksel alanda yaşadıkları sorunlar bakım verme yükü kavramını ortaya çıkarmıştır (23).

Bakım verme yükü kavramı fiziksel ve ruhsal bakım verme ilkeleri ile ilişkili olarak nitelendirilmektedir. Bakım verme bireye ruhsal, fiziksel, ya da maddi destek vermek, bireyin sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri düzenlemek, rutin sağlık bakımı, kişisel bakım, ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapmak, finansal yönetim gibi işlerin yürütülmesi olarak ifade edilmektedir (26). Bakım verici, hastanın günlük yaşantısının merkezinde olduğundan çoğunlukla hastalıkla ilgili olarak hastanın sosyal çevresi ile ilişki içindedir. Bakım vericilerin bakım vermeye ilişkin sorumlulukları arttıkça, bakım verdikleri kişi ile ilişkileri etkilenebilmektedir. Bu ilişki süreç içinde, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorluğa da dönüşebilmektedir. Genellikle bu zorluklar aile içindeki diğer ilişkileri etkilemekte

ve uzlaşmazlıklara yol açabilmektedir. Bu uzlaşmazlıkların artması bakım verme yüküne yol açabilmektedir (23, 27). Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin benzer kişilik özellikleri nedeniyle bakım vericilerinin de bakım verme yüklerinin benzer olabileceği ve bu bireylerin verdikleri duygusal ve davranışsal tepkilerin bakım verme yüklerini artırabileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda bakım verme yükü yüksek olan bireylerin bakım verici rolünde zorlandıkları ve etkisiz baş etme tarzları kullandıkları görülmüştür (24, 26). Bakım vericilerde depresyonun bu zorlanmalara ve etkisiz baş etme tarzlarına bağlı olarak gelişebildiği düşünülmektedir.

Bakım veren kişilerin bakımın kendilerine olan etkilerini yönetmekte başarısız olabilmeleri, çaresizlik, suçluluk, öfke, korku, umutsuzluk, belirsizlik ve sosyal yalıtım gibi duygu, düşünce ve davranışsal alanda zorlanma yaşamaları bakım yükünü ve depresyon düzeyini etkileyebilmektedir. (23, 28, 29). Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım yüklerinin ve duygu durumlarının ayrı ayrı araştırıldığı tespit edilmiştir (30, 31). Bu hastalıklara sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verme yüklerinin, depresyon düzeylerinin ve stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırılması bu açıdan önemli bulunmuştur. Bu ilişkinin saptanması ile bireylere bütüncül sağlık hizmetinin sunulabileceği düşünülmektedir. Bireylerin sosyal çevresi ile beraber değerlendirilmesi sağlık hizmetinin kalitesi açısından oldukça önemlidir.

Toplum sağlığı uygulamaları kapsamında bakım vericilere düşen sorumluluklar her geçen gün artmakta ve buna bağlı olarak migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericileri ile beraber değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireyler ve onların bakım vericileri arasındaki benzer ilişkiler sağlık ekibi içerisinde önemli bir yere sahip olan hemşireleri daha yakından ilgilendirmektedir. Çünkü hemşirelik birey ve toplum sağlığına yönelik bütüncül bakıma inanan, onların fiziksel ve ruhsal sorunlarını birlikte ele alan ve bunun önemini ortaya koymaya çalışan bir meslektir. Hemşirelerin, bireyi sosyal çevresi ile beraber değerlendirmesi ve ruhsal hastalıkları önceden fark etmesi; fiziksel hastalıkların önlenmesi, birey ve toplum sağlığının korunması, iş gücü ve maliyet kaybının engellenmesi açısından oldukça önemlidir (32, 33).

Ruhsal hastalıkların tümünde olduğu gibi depresyonda da tedavi ve bakımın başarısı için aile ve toplumla iş birliği oldukça önemlidir. Toplum temelli sağlık uygulamalarının yaygınlaşması bakım vericilerin bakım verme yüklerinin de artmasına sebep olmaya başlamıştır. Bakım vericilerin bakım verme yüklerinin artmasının sebebi depresyon hastalarının toplumda ve aile içinde kalış sürelerinin uzamasıdır. Kronik hastalıkların şiddeti ve tipleri aile üyelerinin bakım verici rollerini uygulamalarında zorluklar yaşamalarına sebebiyet vermektedirler (23, 27). Fiziksel ve ruhsal hastalıklara sahip olan bireylere bakım verenlerin bireysel özelliklerinin bilinmesinin, bakım verme güçlüğü yaşama yönünden risk altındaki grubun belirlenmesinin, destek gruplarının bu özelliklere göre seçilmesinin, sağlık bakım hizmetinin gelişmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Bu değerlendirmeler sonucunda bu çalışmanın toplum ruh sağlığı hemşirelerinin uygulamalarına yön verebileceği düşünülmektedir. Yaşadığımız toplumda depresyon ve migren hastalıkları giderek yaygınlaşmaktadır. Bu yaygınlaşma eğilimi bireylerin bakım vericilerini de etkilemekte, onların problem çözme ve stresle başa çıkma becerilerini azaltmakta, suçluluk, öfke, çaresizlik gibi duygulara kapılmalarına neden olabilmektedir. Bu durum bakım vericileri hangi sağlık birimine başvuracakları konusunda çelişkiye düşürmektedir. Bu durumda iki grubun birbirleriyle bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu nedenlerden dolayı böyle bir çalışmanın yapılması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları belirlenerek bakım vericilerin bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve bu ilişkilerin benzer olup olmadığının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- 1- Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri, stresle başa çıkma tarzları nedir?

- 2- Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri, stresle başa çıkma tarzları birbirlerinden farklı mıdır?
- 3- Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bazı tanımlayıcı özellikleri bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarını etkiliyor mu?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Migren

Migren genellikle şiddetli ve tekrarlanan baş ağrısı, mide bulantısı, kusma gibi semptomlar ile seyreden, ekstrakraniyal, intrakraniyal, beslenme kaynaklı nedenler sonucunda görülebilen, baş ağrısı epizotları ile gelen, hastayı uzun saatler yatağa bağlayan, kronikleşme eğilimi kişiye göre değişen ciddi bir rahatsızlıktır (2, 34). Migren ağrısı genellikle başın tek tarafını tutan pulsatif tarzda, bilinen bir fizyopatolojik nedeni olmamakla beraber nörovasküler bir ağrı olarak tanımlanmaktadır (35). Dünya nüfusunun %2 sini etkileyen migren hastalığı, bu şiddetli baş ağrısı nedeni ile yeti yitimi ve performans kaybına neden olmaktadır (3). Baş ağrısına eşlik eden başka semptomlarda bulunmaktadır. Bu belirtiler migreni baş ağrısına neden olan diğer rahatsızlıklardan ayırmak için ayırıcı tanı olarak kullanılmaktadır. Bu semptomlar genellikle kişide gastrointestinal bölgelerde görülmektedir (2).

Migrenin gastrointestinal semptomları iştah kaybı, bulantı ve kusma olarak sıralanmaktadır. Migren tanısı, baş ağrısının özellikleri ve eşlik eden diğer semptomların bireyin geçmiş yaşantısındaki ağrı deneyimleri ve kişilik özelliklerinin birlikte değerlendirilmesi sonucunda konulmaktadır. Fizik muayene, nörolojik muayene ve laboratuvar incelemesi genellikle normal sınırlarda olup, baş ağrısının diğer olası nedenlerini dışlamak amacıyla kullanılmaktadır (36).

2.1.1. Migrenin Tarihçesi

Migren, tarih boyunca bilinen bir hastalıktır. Migren terimi Yunanca 'hemicrania', Latince 'hemigranea' ve 'migreneae'. Fransızca olarak 'migraine' olarak kullanılmıştır. Mısırlılar migrenden zonklayıcı baş ağrısı olarak bahsetmiş, Mezopotamya'da baş ağrısına eşlik eden görsel bozukluklar tariflenmiştir. M.Ö. 400 yılında Hipokrat, migren baş ağrısı öncesinde oluşan ve kusma ile sonlanan görsel aurayı tanımlamıştır (37).

1783 yılında Tisso migrenin diğer baş ağrılarından ayırıcı özelliğini ortaya koyarak migreni supraorbital nevralsi olarak adlandırılmıştır. Ondokuzuncu yüzyılda DuBois Reymond, Mallendorf ve Eulenburg migren için vasküler teoriyi ileri

sürmüşlerdir. 1873’de Liveing nöral teoriyi ortaya konmuştur. Yirminci yüzyılın başlarında John Graham ve Harold Wolff migrende ortaya çıkan aura belirtilerinin intrakranial arterlerde vazokonstriksiyona, başağrısının ise; eksternal ve internal karotis arterlerin dallarında oluşan vazodilatasyona bağlı olarak geliştiğini ileri sürerek vasküler teoriye destek vermişlerdir. Daha sonra yapılan çalışmalarda da vazokonstriktür etkisi olan ergotaminin migren tedavisinde etkili olduğunu göstermişlerdir. Yine aynı yıllarda migren etiopatolojisinde nöral teorinin varlığı ileri sürülmüştür. Bu teoriye göre; migrenin aura döneminde rafe nukleusundan ve lokus sereloustan başlayan nöral deşarjların, bölgesel bir kan akımı azalmasına yol açtığı ve nöronal depresyonun öne doğru yayılım gösterdiği öne sürülmüştür (38-40). Bütün çalışmalara ve teorilere rağmen bugün migren idiyopatik bir hastalık olarak halen sırrını korumaktadır (41).

2.1.2. Epidemiyoloji

Migren her yaşta başlayabilmesine rağmen genellikle çocukluk ve ergenlik çağında ortaya çıkmaktadır. Dünya nüfusunun yaklaşık % 2 sini, Türkiye nüfusunun da % 1.7 sini etkilemektedir. Migrenin yaşam boyu görülme sıklığı %12- 18 olarak bulunmuştur. Yaşın ilerlemesi ile birlikte migren sıklığının azaldığı düşünülmekte ve 40 yaşın üzerinde yeni olguların başlamasının pek rastlanılır bir durum olmadığı ifade edilmektedir. Bu rahatsızlığa sahip olan bireylerin %90 ın da aile öyküsü bulunmakta ve ergenlik çağındaki erkeklere göre kızlarda daha fazla olduğu ifade edilmektedir (3, 42-44).

Migren genel nüfusta erkeklerde % 3,5, kadınlarda % 7,4 olarak saptanmış olmakla beraber, kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülebilmektedir (2, 45). Kadınlarda rastlanan hastalıklar arasında dördüncü sırayı almaktadır (46). Yine yapılan çalışmalarda doğurganlık çağındaki kadınlarda migren prevalansının %15’i geçtiği bulunmuştur (47). Hastalara yapılan tetkikler sonucunda ancak % 1 oranında ciddi serebral patoloji saptanmıştır (2). Bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile migren prevalansı arasındaki ilişkiye bakıldığında cinsiyet, yaş, gelir, kentsel-kırsal yerleşim veya yaşanan bölge, eğitim ve sosyo-ekonomik düzey ile değişim gösterdiği saptanmıştır (48).

Sosyo- ekonomik düzeyi yüksek entelektüel bireylerde migrenin daha sık görüldüğü yapılan bazı çalışmalarda bildirilmiştir (49). Bunun tersine bulguları olan çalışmalarda mevcuttur. Örneğin bu çalışmalardan birinde migren sıklığının gelir ile ters orantılı olduğu ifade edilmektedir (50).

2.1.3. Etiopatogenez

Migren hastalığı yapılan sayısız araştırmaya rağmen tek bir teori ile açıklanamamaktadır. Mevcut teoriler; vasküler, nörojenik, hipoksik ve trigeminovasküler teoriler şeklinde sıralanmaktadır. vasküler teori uzun yıllar daha fazla kabul görmüştür. Vasküler teoriye göre; migren aurası intraserebral vazokonstriksiyondan, ardından ortaya çıkan baş ağrısı ise karotis arterindeki reaktif vazodilatasyondan kaynaklandığı söylenmektedir. Vasküler teorinin açıklayamadığı bazı durumlarda bulunmaktadır. Örneğin; migren tedavisinde kullanılan bazı ilaçların damarlar üzerine hiç etkisinin olmadığı ve hastaların çoğunluğunun aurasız migrenli olduğu söylenmektedir. Nörojenik teoriye göre; migren baş ağrısında nöral aktivasyona ikincil olarak vasküler değişikliklerin olduğu kabul edilmektedir. Trigeminoasküler teoriye göre; Trigeminoasküler sistemin etkilemesiyle de ağrının ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Ancak başka bazı ağrılı durumlarda da aynı beyin sapı bölgesinde aktivasyonun gözlenmesi, söz konusu bölgenin migrene özgü olmadığını düşündürmüştür. Saptanan beyin sapı aktivasyonunun sıklıkla ağrının modülasyonundan sorumlu olabileceği düşünülmektedir (51-53).

2.1.4. Tanı ve Sınıflama

Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (International Headache Society- IHS) ilk defa 1988 yılında baş ağrılarını sınıflandırmış ve tüm dünyada ortak kullanıma sunmuştur (54). Baş ağrısı sınıflaması 2004 yılında tanılar tekrar gözden geçirilmiş ve migren altı alt tipe ayrılmıştır (55). Dünyadaki bu gelişmelere paralel olarak, Türk Nöroloji Derneği Başağrısı Çalışma Grubu olarak en son 2008 yılında yayınladığı Tanı ve Tedavi Rehberini güncelleme kararı almıştır. Bu çalışma 2011 yılında güncellenmiş şekli ile sunulmuştur. Bu sınıflamada migren primer baş ağrısı başlığı altında ele alınmıştır (56). Migren sınıflaması şu şekildedir;

1. Aurasız migren
2. Auralı migren
 - Tipik aura ile giden migren
 - Tipik auralı nonmigren başağrısı
 - Başağrısız tipik aura
 - Familyal hemiplejik migren
 - Sporadik hemiplejik migren
 - Baziller migren
3. Sıklıkla migren öncülü olan çocukluk dönemi periyodik sendromları
 - Periyodik kusma
 - Abdominal migren
 - Çocukluk döneminin benign paroksizmal vertigosu
4. Retinal migren
5. Migren komplikasyonları
 - Kronik migren
 - Migren statusu
 - İnfarkt yapmayan tekrarlayıcı aura
 - Migrene bağlı enfarkt
 - Epilepsi nöbetini tetikleyen migren
6. Olası migren
 - Olası aurasız migren
 - Olası auralı migren
 - Olası kronik migren

Aurasız migren ağrısı unilateral yerleşimli, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede kişiyi sınırlayan, rutin bazı fiziksel aktivitelerle artabilen, bulantı, baş

dönmesi, fotofobi ile devam edebilen bir ağrı olarak tanımlanmaktadır. Nöbetlerin 4-72 saat sürebildiği ifade edilmektedir (2, 54, 56).

Auralı migren, yavaş yavaş gelişen ve genellikle 60 dakikadan kısa süren bir ağrı olarak tanımlanmaktadır. Bazı ataklardan önce beyin dokusu işlevselliğinin azaldığının görüldüğü ifade edilmektedir. Bu ağrının geri dönüşümlü ve genelde altmış dakikadan uzun sürmediği, serebral korteks veya beyin sapında lokalize edilebilen nörolojik semptom nöbetleri ile ortaya çıkan, sebebi bilinmeyen bir ağrı olduğu belirtilmektedir. Nörolojik aura semptomlarını, ara vermeksizin ya da bir saatten daha kısa süren bir aradan sonra çoğunlukla baş ağrısı, bulantı ve/veya fotofobinin izlediği ifade edilmektedir (2, 54, 56).

2.1.5. Risk Faktörleri ve Tetikleyici Etkenler

Migren hastalığı için risk faktörleri; ailede migren hastalığının bulunması, kadın olmak, boşanmış veya bekar olmak olarak sıralanmaktadır. Bununla beraber risk faktörleri mevcut olan ve hastalığa sahip olan bireylerde migrenin ortaya çıkması için bazı tetikleyici etkenlerin olduğu belirtilmektedir (57).

Migren ataklarını etkileyen pek çok tetikleyici faktör bulunmaktadır. Bu faktörler fiziksel ve psikolojik olabilmektedir. Fiziksel faktörlerden parlak ışık, diyet, oksijen, sigara ve alkol tüketimi, uyku düzenindeki değişiklikler, mensturasyon, egzersiz, fiziksel travmalar, hava değişiklikleri, kontrast madde ve vasodilatasyon uygulaması gibi etkenlerin migren atağını harekete geçirebildiği ifade edilmektedir (2, 46). Migreni arttıran psikolojik faktörlerden stres genel anlamda en çok bilinen sebep olarak belirtilmektedir. Anksiyete, depresyon, korku, kızgınlık ve bastırılmış düşmanlık duygusu da iyi bilinen migren tetikleyici olarak sıralanmaktadır (58). Bu duygusal tetikleyiciler kişilerde davranışsal tepkilere neden olabilmektedir. Birçok araştırmacı migren hastalığına sahip olan bireylerin kişilik özelliklerine dikkat çekmiş ve psikosomatik özelliği üzerinde durmuşlardır (4, 5).

2.1.6. Kişilik Özellikleri

Migren hastalığına sahip olan bireylere özgü kişilik yapısını ilk gözlemleyen Wolff, fiziksel ve duygusal faktörlerin psikosomatik hastalıklara sebebiyet

verebileceğini söylemektedir (59). Leigh çalışmasında cilt hastalıkları, peptik ülser, obezite gibi migren hastalığının da psikosomatik yönünün ağırlıklı olarak üzerinde durulması gerektiğini söylemiştir (60).

Psikosomatik hastalıkların bedende yapısal değişikliklere, işlev bozukluklarına neden olabilen, depresme, ağırlaşma, iyileşme dönemleri olan ve bu dönemlerin oluşmasında psikososyal faktörlerin önemli bir yer aldığı somatik bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (8). Somatik bozuklukların tanımına bakıldığı zaman migren hastalığına sahip olan bireylerin kişilik yapıları merak konusu olmuştur. Bu doğrultuda Wolff bu bireylerin katı, mükemmeliyetçi, hırslı ve rekabetçi ortak özelliklerini tanımlamış ve hastalığın psikosomatik yönü üzerinde durmuştur (60). Migren hastalığına sahip olan bireylerin savunma mekanizması olarak kendine yöneltilmiş saldırganlık, duyguları bastırma ve hipokondriyak eğilimleri kullandıkları ve bunun sonucunda depresyon ve anksiyete yaşadıkları düşünülmektedir (6). Etkili savunma mekanizmaları kullanamayan bu bireyler problem çözmede yetersiz kaldıkları için yakınmalarını bedenlerine yansıtabilmektedirler. Farklı işlevsel tepkiler veren migren hastalığına sahip olan bireyler ile depresyon hastalığına sahip olan bireylerin kişilik özellikleri ayrı ayrı araştırılmıştır. Bu araştırmalarda mizaç, karakter ve kişilik özelliklerini belirlemeye yönelik bazı envanterler geliştirilmiştir (18).

Cloninger ve arkadaşları kişiliğin yedi boyutunu ölçmek amacıyla mizaç ve karakter envanterini geliştirmişlerdir. Bu envanter Cloninger'in genel psikobiyolojik kuramına göre hazırlanmıştır. Bu kuram yaşam boyunca değişime uğramayacağı var sayılan yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme alt başlıklarından oluşan dört mizaç boyutunu ve yetişkinlikte iç görü ile geliştirilebileceği var sayılan kendini yönetme, iş birliği yapma, kendini aşma alt başlıklarından oluşan üç mizaç boyutunu içermektedir (18). Günümüze kadar pek çok çalışmada kullanılan bu envanter ile migren hastalığına sahip olan bireyler ile depresyon hastalığına sahip olan bireylerin benzer mizaç ve karakter özellikleri olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar özellikle zarardan kaçınma ve sebat etme davranışlarının migren hastalığına sahip olan bireyler ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerde ortak olduğunu göstermektedir (6). Kişilik yapıları benzese de bireylerin problem çözme, duygu ve düşüncelerini tanıma ve ifade etme becerileri birbirlerinden farklı olabilmektedir. Duygularını tanıyamayan ve ifade edemeyen

bireyler problemlerle başa çıkmakta zorlanabilmektedirler. Duyguları fark etme, tanıma ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanan bu duruma aleksitimi denmektedir (61). Bu durum genellikle psikobiyolojik mizaç ve karakter özelliklerine bağlı olarak migren hastalığına sahip olan bireyler ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerde sık görülür. Problem çözme becerisi düşük, farkındalığı az ve mükemmeliyetçi bireyler devreye sokulan savunma mekanizmaları ile depresyon ve ya psikosomatik baş ağrısı yakınmaları ile sağlık merkezlerine başvurabilmektedirler (62).

2.1.7. Migrenin Depresyon ve Diğer Hastalıklarla İlişkisi

Migren çoğunlukla duygu durum ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili psikosomatik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (13). Senaratne ve arkadaşları (4) çalışmasında bir anksiyete bozuklukları klinik örnekleminde migren ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmışlar ve bu hastalarda migreni olanları genel popülasyona oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuşlardır. Mustelin ve arkadaşları araştırmalarında yeme bozukluğu olan kadınlarda olmayanlara göre iki kat fazla migrene rastladıklarını ifade etmişlerdir (44). Antonaci ve arkadaşları çalışmalarında migrenli ve migrensiz bireyleri karşılaştırmış ve psikiyatrik bozuklukların migrenli bireylerde daha fazla görüldüğünü tespit etmişlerdir (5). Auralı migren hastalığına sahip olan bireylerde aurasız olanlara göre psikiyatrik bozukluklara daha çok rastlanmıştır. Migren ve major depresyon tanısı almış bireylere yapılan genetik analizi çalışmalarında iki grupta benzer alt grup genler tespit edilmiştir (63). Migren hastalığına sahip olan bireylerde depresyona, genel popülasyona oranla 2.2 ile 4 kat daha fazla rastlandığı ifade edilmektedir. Migren hastalığına sahip olan bireylerin ömür boyu depresyon geçirme oranı %45 olduğu belirtilmektedir (57).

Benzer çalışmalarda anksiyete ve depresyonun genellikle baş ağrısı ile beraber görüldüğü, baş ağrısının bireylerin psikosomatik bütünlüğü içinde anksiyete ve depresyonun sonucu da, nedeni de olabileceği ifade edilmektedir. Migren hastalığına sahip olan bireylerin migren atağının altında %72 oranında emosyonel faktörlerin varlığının olduğu ifade edilmektedir. Migrenli bir grup birey ile migreni olmayan bir grup bireyin N-asetil aspartat, asetil kolin ve toplam kreatinin seviyelerine bakılmış ve beck depresyon ölçeği sonucu değerlendirmeleri ile uyumlu olduğu belirtilmiştir (64). Benzer bir çalışmada depresyonun ağrı toleransını düşürerek hastayı ağrıya duyarlı

hale getirdiği belirtilmektedir. Serotonin, norepinefrin, endojen opioid peptitler gibi nörotransmitter maddelerin azalmasının depresyona neden olduğu ifade edilmektedir. Aynı bağlamda bu maddelerin azalmasının da santral ağrı baskılanmasının azalmasına neden olabileceği belirtilmektedir (65).

Bu çalışmalara bakıldığı zaman migrenin depresyon ile ilişkili olduğu dūřınılmektedir. Migren hastalığına sahip olan bireylerin duygu ve dūřıncelerini tanımakta ve ifade etmekte zorlandıkları için psikiyatristlere başvurmadıkları ifade edilmektedir (14). Bu çalışmaların bulgularına bakıldığı zaman migren hastalığına sahip olan bireyleri tedavi eden klinisyenlerin psikiyatrik değerlendirmeyi göz ardı etmesi tedavinin seyrini olumsuz yönde etkileyebileceği dūřınılmektedir. Bireylerin depresyon belirtilerini yaşarken kültürler arası farklılıkların etkisi ile hekime başvurma oranlarını dūřtđ görülmüştür (8). Bunu nedenleri arasında utanma, yargılanacağını dūřınme, suçluluk, değerersizlik gibi duygular yer almaktadır. Bunun sonucunda bu sorunu yaşayan bireyler yakınmalarını bedenlerine yansıtılmaktadırlar (66).

2.2. Depresyon

Depresyon, derin üzüntü ile karakterize bireyin duygu, dūřın ve davranışlarında pek çok bozukluğa yol açan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Duygu durum bozuklukları arasında yer alan depresyonda çökkün duygulanımın hâkimdir. Bu duygu duruma en yakın normal insan deneyiminin çok sevilen birini kaybettiğinde yaşanan derin yas içinde olma durumu olduğu ifade edilmektedir (8).

Depresif bireyde genel olarak yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çökkün üzüntülü bir yüz ifadesinin mevcuttur. Bazı hastaların öz bakımı azalmış olabilmektedir. Genel olarak motor davranışlar yavaştır. Halsizlik, gün içinde ki yorgunluk bireyin tüm yaşantısını etkiler. Bazen de kiři çok sıkıntılı ve tedirgin görünür, yerinde duramaz, dvnr, ileri geri yrr. Bireyin konuşma ve dūřıne hızı yavaşlamış olabilir. Hafif ve orta şiddetteki kknliklerde hasta ile ilişki ve iř birliği kurmak g olmaz. Ağır olgularda hiç konuşmama görülebilir. Bazı hastalar ilgisiz, duygusuz gibi görünebilir ilişki kurmak zor olabilir. Ses tonu alçaktır ve genellikle orta ve şiddetli vakalarda sosyal ilişki kurmak istemezler. Hastalarda genel anlamada yaşama karşı isteksizlik, zevk alamama, ilgi kaybı, enerji azlığı, uykuda azalma ve ya artma, iştahta azalma ve ya artma, yetersizlik, değerersizlik,

suçluluk düşünceleri, dikkati yoğunlaştırma yetisinde azalma, dalgınlık, ölüm ve öz kıyım düşünceleri hâkimdir (8, 67).

2.2.1. Tarihçesi

Depresyonun eski çağlardan beri bilinen en eski ruhsal rahatsızlıklardan biri olduğu ifade edilmektedir. Eski çağlarda Hipokrat vücutta insanların duyguları ile ilgili olan kan, sarı safra, kara safra, lenf olmak üzere dört sıvıdan bahsetmiştir. Hipokrat kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli ve paranoyaya neden olduğunu ileri sürmüştür. Daha sonra Galen tıbbında da melankoli terimi kullanılmaya başlanmıştır. Kahlbaum 1882’de mani ve melankolinin aynı hastalık sürecinin dönemleri olduğunu söylemiştir. Bu durumun hafif şekline ise ‘siklotimi’ denmiştir (8). Kraepelin depresyonun biyolojik temelleri olduğunu savunmuş mani durumunu onun karşıtı olarak tanımlamıştır (68). Galen tıbbında da melankoli tanımı kullanılmıştır. Burton, 1621 yılında depresif hastaların duygularını, düşüncelerini ve yaşadıkları sıkıntıyı oldukça iyi tanımlamıştır. Ondokuzuncu yüzyılda alman psikiyatri ekolü modern anlamda ruhsal hastalıkları sınıflandırmaya çalışmıştır. Kraepelin bugün depresyonu ‘manik depresif hastalık’ ve ‘involusyonel depresyon’ adı altında ele almış ve ‘dementia prekoks’ ile ayrımını açık bir şekilde yapmıştır. Kraepelin depresyonun biyolojik olduğunu savunmuş ve manik depresif belirtilerin aynı rahatsızlığın iki karşıt görünümü olduğunu vurgulamıştır (69). Daha sonraları depresyona yönelik araştırmalarda islam dünyası öne geçmiştir. İbn-i Sina ruh hastalıklarını gruplara ayırmıştır. Rönesans’la birlikte bilim dinin etkisinden sıyrılmayı başarmıştır. Böylece beynin fonksiyonları ve anatomisi kendi içinde ilişkilendirilmeye çalışılmıştır (70).

2.2.2. Epidemiyoloji

Depresyon dünya da ve ülkemizde psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülen hastalıkların başında gelmektedir. Depresyonun dünya da ki yaygınlığı %13-20, Türkiye de ki yaygınlığı %10 olarak belirtilmiştir. Genel popülasyonda yaklaşık her beş kişiden biri yaşam boyu en az bir kez depresif nöbet yaşamaktadır. Depresyonlu kadınların sayısının erkeklerin sayısının yaklaşık iki katı olduğu ifade dilmektedir (71). Genel popülasyonda çökkünlüklerde yaygınlık oranı %9-20

arasında bildirilmiştir. Major depresyon orta yaşlarda (55-72) daha çok izlenmektedir. Daha önce var olan kanının aksine, yaşlılarda daha fazla görülmemektedir (73).

Yaşam boyu major depresyon yaygınlığı (prevalans) %4.4 - %19.6 ve %17.1 yıllık yaygınlık kadınlarda %8, erkeklerde %3 civarında olduğu bildirilmiştir. Yaşam boyu distimi yaygınlığı %3.1- 3.9 oranlarında hesaplanmıştır (30).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Epidemiyolojik Alan Çalışması' nda (Epidemiologic Catchment Area Study; ECA) major depresif bozukluğun yaşam boyu prevalansının %4.9, bir yıllık prevalansının %2.7, Ulusal Komorbidite Çalışması'nda (National Comorbidity Survey; NCS) ise yaşam boyu prevalansının %17.1, bir yıllık prevalansının %10.3, güncel prevalansının ise %4.9 olarak bulunduğu bildirilmiştir (74). 18-65 yaş arası erişkinlerde on farklı ülkede yapılan araştırmada yaşam boyu ve bir yıllık prevalans oranlarının sırasıyla %1.5-19.0 ve %0.8-5.8 bulunduğu bildirilmiştir. ECA'da major depresif epizodun yıllık insidansı %1.59 olarak bulunmuş, bu oran kadınlarda %1.89, erkeklerde ise % 1.10 olarak verilmiştir. 1998 yılında Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nde depresyonun yıllık prevalansının %4, başka çalışmalarda yaşam boyu prevalansının kırsal kesimde %23.6, yarı kentsel kesimde %19 bulunduğu bildirilmiştir (71). Kayahan ve arkadaşları çalışmalarında 15-49 yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı %25.8 olarak belirlenmiştir (75).

2.2.3. Etiyoloji

Biyolojik ve psikososyal ve genetik faktörler depresyonun etiyolojisinde rol oynamaktadır. Psikososyal etkenlerin; stresli/olumsuz yaşam olayları, bilişsel yatkınlık, kişilerarası yatkınlık olarak, biyolojik etkenlerin; biyojenik aminler, nöroendokrinolojik faktörler, nöroanatomik ve fonksiyonel değişiklikler olarak ayrı ayrı incelenebileceği belirtilmiştir. Genetik faktörlere bakıldığında ise ikiz çalışmalarında %31-42 oranında kalıtımla geçiş oranı bulunmuştur. Manide ve yineleyici depresyonlarda, biyolojik etkenlerin daha çok rol oynadığı, yineleyici ve erken başlangıçlı depresyonda, genetik faktörlerin daha fazla rol oynadığı düşünülmektedir. Bu faktörlerle beraber depresyona sebep olabilecek bazı model ve kuramlar geliştirilmiştir (8).

Depresyonda bilinen psikolojik modeller ve kuramlar; Psikoanalitik ve psikodinamik yaklaşımlar (saldırganlığın içe yönelmesi modeli, nesne kaybı modeli, benlik saygısının kaybı modeli) ve davranışçı yaklaşımlar (öğrenilmiş çaresizlik modeli, pekiştirme modeli) olarak sıralanmaktadır (8, 76).

Freud tarafından geliştirilen klasik psikanalitik teoriye göre, depresyonda, gerçek ya da gerçek olmayan bir sevgi nesnesi kayıp olmuştur. Bunun sonucunda bireyde terk edilmişlik duygusu, öz güvende azalma ve benlik saygısında düşme meydana gelmektedir. Kaybedilen nesneye karşı duyulan nefret ve saldırganlık dürtüleri zamanla bireyin kendisine dönmektedir. Birey içe alma ile, kaybedilen nesneyle özdeşim kurmaktadır. Bunun aslında bireyin kayıp duygusuna yönelik kullandığı bir savunma mekanizması olduğu düşünülmektedir. Bu bireyler kaybettikleri nesneye hem sevgi hem de nefret duyguları besledikleri için ambivalan duygulanım yaşamaktadırlar. Ambivalan duygulanım sonucu katı ve cezalandırıcı üst benlik depresif bireylerin suçluluk duygusuna kapılmalarına ve kendilerini cezalandırmalarına neden olmaktadır (77).

Bilişsel- davranışçı kurama göre depresif bireylerin kendilerini, dış dünyayı ve geleceği olumsuz olarak algılama özelliklerine sahip oldukları belirtilmektedir. Depresif bireyler olayları değerlendirirken hatalı olarak alışkanlık haline getirdikleri bazı davranışları kullanmaktadırlar. Bunlar; keyfini çıkarsama (zihin okuma, olumsuz tahmin), seçici soyutlama, aşırı genelleme, büyültme ve küçültme, kişiselleştirme ve ikili düşünmedir (75). Cloninger'in geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri kullanılarak yapılan bazı çalışmalarda depresif kişilerin zarardan kaçınma skorunda yükselme, kendini yönetme ve işbirliği yapma skorunda azalma saptanmıştır (78). Davranışçı kurama bakıldığı zaman öğrenilmiş davranışları sergileyen bireylerin çevrelerinden etkilenmeleri kaçınılmazdır. Bu düşünce bazı çalışmalarla desteklenmiştir. Birinin birinci dereceden biyolojik akrabaların da major depresyon öyküsü varsa kendisinde de depresyon görülme olasılığı artmaktadır (73).

2.2.4. Tanı ve Sınıflama

DSM-V TM'ye göre depresyon bozuklukların sınıflandırılması;

• **Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu- 396.99 (F34.8)**

- A- Sözel ve ya davranışsal olarak kendini gösteren, içinde bulunulan duruma göre yoğunluk ve süre açısından büyük ölçüde orantısız, yineleyici ağır öfke patlamaları.
- B- Öfke patlamaları gelişim düzeyiyle tutarsızdır.
- C- Öfke patlamaları haftada üç veya daha fazla ortaya çıkar.
- D- Öfke patlamaları aralarındaki duygudurum, hemen hemen her gün, çabuk kızma ile belirlidir. Bu durum başkalarınca gözlemlenebilir.
- E- A- D tanı ölçütleri en az 12 aydır vardır. Bu süre içinde kişide A-D tanı ölçütlerinin olmadığı ardışık üç ya da daha uzun süren bir süre olmamıştır.
- F- A- D tanı ölçütleri üç ortamdan en az ikisinde (ev, okul, yaşlıları ile beraber) vardır. Bunlardan en az birinde ağır bir biçimde kendini gösterir.
- G- Bu tanı 6 yaşından önce ve ya 18 yaşından sonra koyulmalı.
- H- A-E tanı ölçütleri 10 yaşından öncedir.
- İ- Mani ya da hipomani döneminin belirtileri bir günden daha uzun süren ayrı bir dönemi hiç olmamıştır.
- J- Bu davranışlar yalnızca major depresyon bozukluğu döneminde ortaya çıkmaz ve başka bir ruhsal bozuklukla, örselenme sonrası stres bozukluğuyla, ayrılma kaygısı bozukluğuyla, distimi ile daha iyi açıklanamaz.
- K- Bu belirtiler madde kullanımı, başka bir sağlık durumu ve ya nörolojik bir durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

- **Major Depresyon Bozukluğu**

- A- Aynı iki haftalık dönem boyunca aşğıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlası bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur.
- 1- Çökkün duygudurum neredeyse günün tamamına hâkimdir ve kişinin kendisi veya başkaları bu durumu bildirir.
 - 2- Neredeyse bütün etkinliklerin tamamına karşı zevk alamama ve ilgi kaybı bulunur.
 - 3- Kilo vermeye ya da almaya çalışmıyorken kilo alımı ya da artışı olur. Yemek yeme isteği artmış ya da azalmıştır.
 - 4- Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
 - 5- Neredeyse her gün psikodevinsel kışkıрма ya da yavaşlama gözlemlenir.
 - 6- Neredeyse her gün bitkinlik ya da enerji düşüklüğu.
 - 7- Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı suçluluk duyguları.
 - 8- Neredeyse her gün düşünmekte ve odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.
 - 9- Yineleyici ölüm düşünceleri ya da öznel bir eylem tasarlama.
- B- Bu belirtiler, klinik, toplumsal ve işlevsel anlamda sıkıntıya yol açmaktadır.
- C- Bu belirtiler madde kullanımı, başka bir sağlık durumu ve ya nörolojik bir durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.
- D- Bu dönemi ortaya çıkaran şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış durumlarla daha iyi açıklanamaz.
- E- Hiçbir zaman bir mani ya da hipomani dönemi geçirmemiştir

• **Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)- 300.4 (F34.1)**

- A- En az iki yıl süre ile çoğu gün ve günün büyük bir bölümünde kişinin kendisi ve ya başkalarınca gözlemlenen çökkün duygudurum.
- B- Depresyondayken aşağıdakilerden ikisinin ya da daha çoğunun varlığı
- 1- Yeme isteğinde azalma ya da artma
 - 2- Uykuda azalma ya da artma.
 - 3- Enerji düzeyinde azalma ya da bitkinlik.
 - 4- Benlik saygısında azalma.
 - 5- Odaklanamama ve karar vermede güçlük.
 - 6- Umutsuzluk duyguları.
- C- Bu bozuklukların iki yıllık sürede kişide, iki aydan daha uzun bir süre A- B tanı ölçütlerinin olmadığı olmamıştır.
- D- Major depresyon bozukluğu için tanı ölçütleri iki yıl süre ile sürekli olarak bulunabilir.
- E- Hiçbir zaman bir mani ya da hipomani dönemi geçirmemiştir.
- F- Bu dönemi ortaya çıkaran şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış durumlarla daha iyi açıklanamaz.
- G- Bu belirtiler, klinik, toplumsal ve işlevsel anlamda sıkıntıya yol açmaktadır.
- H- Bu belirtiler madde kullanımı, başka bir sağlık durumu ve ya nörolojik bir durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

• **Premenstrüel Disfori Bozukluğu- 625.4 (N94.3)**

- A- Menstrüel döngüler çoğunluğunda döngü başlamadan önceki son hafta en az beş belirti bulunmalıdır. Bu belirtiler döngü başladıktan birkaç gün sonra azalır ya da yok olur.
- B- Aşağıdaki belirtilerden biri ya da daha çoğu bulunmalıdır.
- 1- Belirgin duygusal değişkenlik.
 - 2- Belirgin olarak çabuk kızma, öfkelenme, kişiler arası çatışma yaşama.
 - 3- Belirgin çökkün duygudurum, umutsuzluk, kendini küçümseyen düşünceler.
 - 4- Belirgin bunaltı, gerginlik, diken üstünde olma durumu.
- C- B tanı ölçütündeki belirtilerle birleşince toplam beş belirtiyeye çıkmak üzere ayrıca aşağıdakilerden biri ya da daha fazlasının bulunması
- 1- Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma.
 - 2- Odaklanmakta öznel güçlük çekme.
 - 3- Uyuşukluk, kolay uyuma, içsel güçte belirgin düşme.
 - 4- Aşırı yeme ya da bir takım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma.
 - 5- Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme
 - 6- Bunalmışlık ya da denetimi yitirmişlik duygusu.
 - 7- Göğüslerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı ya da kilo alma gibi bedensel belirtiler.
- D- Bu belirtilerin, klinik açıdan, işte, okulda, evde, toplumsal etkinliklerde, başkaları ile ilişkilerde bozulmaya neden olması.

- E- Bu bozukluk, yalnızca, yeğin depresyon bozukluğu, panik bozukluğu, süre giden depresyon bozukluğu, ya da kişilik bozukluğu gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.
- F- A tanı ölçütü, en az iki belirti döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır.
- G- Bu belirtiler bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

• **Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu- 311 (F32.8)**

- 1. Yineleyen Kısa Depresyon;** Çökkün duygudurumla birlikte depresyonun en az diğer dört belirtisinin eşzamanlı olarak, en az ardışık 12 ay boyunca, en az ayda bir kez 2-13 gün ortaya çıktığı bir kişinin içinde bulunduğu dönemdir. Bu klinik görünüm hiçbir zaman başka bir depresyon bozukluğunun ya da iki uçlu bozukluğun ya da psikoz bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamamıştır.
- 2. Kısa Süreli Depresyon Dönemi (4- 13 Gün);** Dört günden daha uzun, 14 günden daha kısa çökkün duygulanımla birlikte major depresyon döneminin diğer sekiz belirtisinin en az dördüne sahip olan, klinik açıdan belirgin bir sıkıntının ya da işlevsellikte düşmenin eşlik ettiği bir kişinin içinde bulunduğu dönemdir. Bu klinik görünüm hiçbir zaman başka bir depresyon bozukluğunun ya da iki uçlu bozukluğun ya da psikoz bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamamıştır.
- 3. Yeterli Belirtisi Olmayan Depresyon Dönemi;** En az iki hafta süre ile çökkün duygudurum ile birlikte major depresyon döneminin diğer sekiz belirtisinden en az birine sahip olan, klinik açıdan belirgin bir sıkıntının ya da işlevsellikte düşmenin eşlik ettiği bir kişinin içinde bulunduğu dönemdir. Bu klinik görünüm hiçbir zaman başka bir depresyon bozukluğunun ya da iki uçlu bozukluğun ya da psikoz bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamamıştır.

- **Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu- 311 (F32.9)**

Klinik ve toplumsal alanda belirgin bir sıkıntıya neden olan ya da işle ilgili alanlarda işlevselliğin bozulmasına sebebiyet veren, depresyon bozukluklarının belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak depresyon bozukluklarının tanı kümesindeki ölçütleri tam karşılamadığı dönemdir. Tanımlanmamış depresyon bozukluğu kategorisi, depresyon bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn; acil servislerde) kullanılır (79).

2.3. Bakım Verici ve Bakım Verme Yükü Kavramları

Türk Dil Kurumu Sözlüğünde, bakım kelimesi bakma işi, bir şeyin olumlu gelişmesi için verilen emek, birinin beslenme giyinme gibi gereksinimlerini üzerine alma ya da sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (80). Başka bir tanıma göre fiziksel ve ya ruhsal rahatsızlığı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen bireyin bakımını üstlenen kişi bakım veren olarak tanımlanmaktadır (81).

Bakım verme kavramını olumlu ve olumsuz yönleriyle ele alarak anlatmak gerekmektedir. Bakım görevini üstlenmiş kişi genellikle hastaya en yakın aile üyesi olmaktadır. Aile bir ilişkiler sistemidir. Bu sistemde yaşanan en ufak bir krizde genellikle aile üyeleri problemin çözümü için bir araya gelmektedirler. Bu durumda doğal olarak bir veya daha fazla aile üyesinin hasta olan diğer aile üyesine karşı bakım verici rolü ortaya çıkmaktadır. Bu deneyim kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, farkındalığın artması ve yaşantıdan anlam çıkarma gibi olumlu özellikleri barındırabilmektedir. Bununla beraber hastalık süreci pek çok güçlüğü de beraberinde getirmektedir (82).

Bakım verme yükü; kronik hastalığı olan ve fiziksel, ruhsal veya sosyal anlamda yetersizlik hisseden aile üyesine karşı bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi ya da bakım yükü altına girmesi ile ortaya çıkmaktadır (83). Bu durum bakım verme yükü kavramının tartışılmasına neden olmuş ve pek çok araştırmanın konusu olmuştur. Aile üyeleri bireyde gelişen fiziksel,

ruhsal, sosyal, finansal, kültürel alanlardaki yetersizlikler sonucunda yük algısı yaşamaktadırlar (84). Bakım verme yükü, hastalığı olan bireyin aile üzerindeki olumsuz etkisi demektir. Hastalık sürecinde aile üyeleri hastanın geçici ve ya kalıcı olarak bakımını üstlenerek yaşamdaki sorumluluklarını artırmaktadırlar. Bu durum onların hem ruhsal hem de fiziksel anlamda yetersizlikler yaşamalarına sebep olabilmektedir (85). Bakım veren kişilerin sıklıkla kendi aile üyelerinden birine bakıyor olmalarının bakım alan-bakım veren arasındaki duygusal yükün fazla olmasına ve bakım verenin kendi sağlık problemleri, yeterli sosyal desteği alamıyor olmaları, boş zaman, sosyal aktivite kısıtlılığı gibi sorunlara neden olacağı düşünülmektedir. Bu problemlerin bakım verenlerde depresyon ve anksiyete düzeyini artıran nedenler olduğu belirtilmektedir. Depresyon ve anksiyetenin ise bakım verenin yaşam kalitesini düşüren ve dolaylı olarak bakım alan bireyin hastalık sürecini olumsuz yönde etkileyen rahatsızlıklar olduğu ifade edilmektedir (86). Sanden ve arkadaşları çalışmalarında ruhsal hastalıkları olan bireylerin bakım vericilerinde ki bakım verme yüklerini ve üyeler üzerindeki stigmatizasyonu araştırmışlardır. Katılımcılar sosyal alanda dışlanma, zaman alıcı faaliyetlerin artmasında kaynaklanan fiziksel yorgunluk, suçlandıkları hissi gibi fiziksel ve duygusal deneyimlerini paylaşmışlardır. Migren ve depresyon hastalıkları bireylerde ciddi derecede işlevsellik kaybına neden oldukları için bakım vericilerin bakım verme yüklerini artırabilecekleri düşünülmektedir (86).

Kronik migren aile ilişkilerini etkiler ve olumsuz aile algısı yaratır. Migren ağrısı 4-72 saat kadar sürebilmekte ve bireyi yatağa hapsederek aile içi bir kriz yaşatmaktadır. Bu durumun aile üyeleri için önemli bir yük oluşturduğu düşünülmektedir. Migren atağı sırasında planlanan faaliyetler aksamakta, aile içinde kaliteli zaman geçirme algısı azalmaktadır (87).

Depresyon hastalarının verdikleri duygusal ve davranışsal tepkilerin de bakım vericilerinin yüklerini arttırabildiği düşünülmektedir. Bireyleri aileleri çaresizlik, umutsuzluk, gelecek kaygısı, belirsizlik gibi duygu ve durumları yaşamakta ve bunları ifade etmekte zorlanmaktadırlar. Eaton ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yatarak tedavi gören psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin aile üyelerinin başa çıkma stratejilerini araştırmış ve maneviyatın kullanılan en temel baş etme yöntemi olduğunu bulmuşlardır (88). Atagün ve arkadaşları çalışmalarında depresyon hastalarının bakım vericilerinde depresyon varlığını tespit etmişlerdir (23). Binbay

çalışmasında depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinde anlamlı derecede depresyon varlığı olduğunu saptamıştır (30). Bu durumda bakım vericilerin bakım verme yüklerini görmezden gelmek depresyon varlığına sebep olabilmekte ve önlem almamak zaman içerisinde başka krizlere neden olabilmektedir (89). Bakım verme sürecinde hemşirelerin önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelik bakımı, hasta, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından tam anlamı ile karşılanamayan profesyonel bir süreçtir. Bireylerin aile üyelerinden oluşan bakım vericilerinin bakım verme sürecinde güçlük yaşamaları bu konuda eğitim almış bir meslek grubunun yardımına ihtiyaçları olduğunu göstermektedir. Bakım verme konusunda profesyonel bir meslek grubu olan hemşirelerin bakım vericilere bilgi ve becerilerini aktarmalarının bakım verme güçlüğü azaltacağı düşünülmektedir (90).

2.4. Stresle Başa Çıkma Kavramı

Stres yaşamımızda sıkça kullandığımız ‘baskı’ ya da ‘gerginlik’ olarak tanımlanmaktadır. Karşılaşılan yeni durumda kişi bedensel ve ruhsal anlamda sınırlarını zorlamakta ve bu yeni duruma alışmak için organizma savaş ya da kaç tekniğini kullanmaktadır (91).

Stres anında vücut homeostatik dengeyi sağlamak için nöronal ve hormonal sistemlerin aracılığı ile harekete geçmektedir. Vücutta kan basıncı, vücut ısısı, kan şekeri düzeyi, kanın pıhtılaşması, ozmotik basınç ve doku hidrasyonu gibi faaliyetler düzenlenmektedir. Amaç stresli duruma vücudun fizyolojik adaptasyonunu sağlamaktır (92).

Selye’nin GAS olarak tanımladığı tablo üç dönemdir.

- 1- Alarm dönemi
- 2- Direnç dönemi
- 3- Tükenme Dönemi

1- Organizma stresör ile karşılaştığı zaman hipotalamo- hipofizer sistem ve otonom sempatik sistem uyarılmaktadır. Stresör çok güçlü ise birey birkaç saat/gün içinde ölebilmektedir. Alarm döneminden sonra organizma bu stresöre uyum göstermeye çalışmakta ve direnç dönemi başlamaktadır.

- 2- Alarm dönemi sırasında artmış olan doku yıkımına karşı direnç döneminde doku yapılmaktadır. Stresör varlığını sürdürmesine karşı, beden normalin üstünde dirençli göstermektedir. Direnç dönemi stresörün gücüne, bedenin adaptasyon yeteneğine ve enerjisine bağlı durumdadır. Stresör ortadan kalkarsa organizma rahatlamaktadır. Stres etmeni devam ettiği sürece adaptasyon devam etmemekte ve üçüncü dönem başlamaktadır.
- 3- Alarm reaksiyonu yeniden belirlemektedir. Adaptasyon enerjisi tamamen tükenmiş ise ölüm, değilse hastalıklar oluşmaktadır (93).

Organizma stres durumunda sadece fizyolojik değil duygusal tepkilerde vermektedir. Psikiyatride savunma mekanizmaları olarak adlandırılan bu durum bir nevi karşılaşılan engellemelere ve çatışmalara karşı benliğin bütünlüğünü korumak için gösterilen çabalar olarak ifade edilmektedir (94). Hans Selye nin kuramında ki Adaptasyon kelimesi psikiyatride ki savunma mekanizması kavramı ile, organizma kavramı benlik ile, engelleme ve çatışma kavramı ise, stresör kavramı ile eşleşmektedir. Hayatın her alanında engellemeler ve çatışmalar olduğuna göre her bireyin stresle başa çıkma stratejileri olmasının kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir (9).

Stresle başa çıkma kavramı bireyin yaşantısını tehdit edici olarak algıladığı güç bir durumda, kendisini daha iyi bir duruma getirmek için, durumu kontrol etmesini ve davranış örüntüsünü içeren çabaların tümü olarak tanımlanmaktadır (82). Bir başka tanıma göre stresle başa çıkma kavramı stres kaynaklarını değiştirmek, tolere etmek veya onlardan kaçınmak için ortaya konulan bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır (95, 96). Folkman ve Lazarus'a göre ise stresle başa çıkma kavramı, birey tarafından tehdit edici olarak algılanan ve bireysel kaynakları zorlayan belli bireysel ve çevresel gereklilikleri ve bunlar arasındaki çatışmaları kontrol altına almak, azaltmak veya tolere etmek için devamlı olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmıştır (97).

Stresle başa çıkma tarzları kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Problem çözme becerisi yüksek olan kişiler, doğrudan stres yaratan durumu anlamaya, yönetmeye ve değiştirmeye çalışmaktadırlar. Bu kişiler stres yaratan durumda en uygun stratejiyi belirleyerek stres kaynağı ile bir mücadele içerisine girmektedirler. Bu yöntem ile stres yaratan durumun ortadan kaldırılmasını ve ya etkisinin en aza indirilmesini sağlamaktadırlar. Bu yönetim kişinin stresör karşısında bilişsel

şemalarına dönerek problem çözümü için stratejik kararları alması ve onları davranışa dökme becerisi olarak tanımlanabilmektedir. Problem çözme becerisi düşük olan bireyler genellikle duygu odaklı hareket etmektedirler. Bu durumda stresörle karşılaştığı sürekli durumun yarattığı duygular ile başa çıkmaya çalışırlar. Duygu odaklı hareket etmek stresli durumu doğrudan değiştirmemekte fakat kişinin yaşantısından anlam çıkarmasına ve duygularını yeniden düzenlemesine neden olabilmektedir (97). Ruhsal ve fiziksel hastalıklar bireylerde stres oluşturabilmektedir. Bununla beraber stresle karşı karşıya gelen bireyler aile üyeleri ile bu durumu paylaşmaktadırlar. Bakım alan bireyler ve bakım vericileri hastalık sürecinde birbirleri ile etkileşim içerisindedirler. Dolayısı ile bakım vericilerinde stresle baş etme şekilleri merak konusu olmuştur.

Ruhsal hastalıklara sahip olan bireylerin ailelerinin stresle başa çıkmakta zorlandıkları ve genellikle bilgi eksikliğinden kaynaklanan anksiyete yaşadıkları düşünülmektedir. Etkisiz bireysel baş etme yöntemi kullanan kişilerin savunma mekanizmaları zamanla yetersiz kalır. Bakım vericiler zamanla ümitsizlik, çaresizlik gibi duygular yaşamakta ve depresyon sürecine adım atmaktadırlar (86). Özdemir ve arkadaşları migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan bireylerin sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında aktif başa çıkma yöntemleri daha az kullandıklarını tespit etmişlerdir (98). Aile içinde ki bireylerin birbirlerinden etkilendikleri düşünüldüğünde bu hastaların bakım vericilerinde stresle başa çıkma tarzları merak konusu olmuştur. Bireylerin stresle başa çıkma tarzlarını belirlemede ve etkin baş etme yöntemlerini kullanmalarında hemşireler önemli bir yere sahiptirler.

Hemşirelik bireyi ve çevresinden gelen sosyal desteği bir bütün olarak değerlendiren bir meslek grubu olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin hastalık sürecinin hem stres verici yaşam olaylarının oluşumunu hem de onların yarattığı sonuçları çeşitli şekillerde etkilediği düşünülmektedir. Bireyin içinde bulunduğu durum ve bu durumun anlamı bakım vericilerin gösterdikleri emosyonel ve fiziksel tepkilerde değişiklik meydana getirmektedir. Bu yüzden, bireyler ve bakım vericileri stres verici yaşam olayları ile etkili baş etme mekanizmaları geliştirmektedirler. Hemşireler birey ile birlikte bakım vericilerinin de stresle başa çıkma tarzlarını belirlenmek için gerekli eğitimi almalı, etkin baş etme yöntemlerinin olup olmadığını anlamalı, etkisiz baş etme yöntemleri olduğu durumlarda danışmanlık yapmalıdırlar (99).

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma Gülhane Askeri Tıp Akademi acil servis polikliniği ve psikiyatri polikliniğinde eylül 2014- mayıs 2015 tarihleri arasında hafta içi ve mesai saatleri 08:30 ve 16:30 saatleri arasında araştırmacı tarafından yürütülmüştür.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi 1898 yılında kurulmuş olup 1200 yatak kapasitelidir. Hastane bünyesinde 751 hemşire ve 651 doktor görev yapmaktadır. GATA acil servis polikliniğinde 24 hemşire 7 asistan hekim 5 uzman hekim görev yapmaktadır. GATA psikiyatri polikliniğinde 4 hemşire, 5 uzman hekim, 1 sosyal hizmet uzmanı 2 psikolog görev yapmaktadır. GATA acil servisi 18 yaş üzeri erişkin hastalara acil poliklinik hizmeti vermekte, yatan hastası bulunmamaktadır. GATA psikiyatri polikliniği 18 yaş üzeri erişkin hastalara ayaktan poliklinik hizmeti vermekte yatarak tedavi görmesi gereken hastaları kliniğe yönlendirmektedir.

Çalışmanın GATA da yapılmasının nedeni; acil servis ve psikiyatri polikliniklerinin olması, bu polikliniklere başvuran hasta sayısının fazla olması, hastane personelinin işbirliğine açık olması, hastane ulaşımının kolay olması, farklı sosyo-kültürel düzeyde hastaların başvurmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, 05.01.2014- 05.05.2014 tarihleri arasında GATA acil ve psikiyatri polikliniğine başvuran migren ve depresyon hastalığına sahip olan 18 yaş üzeri 3000 birey oluşturmaktadır. 3000 bireyden 102'si acil servis polikliniğine başvurmuş ve migren tanısı almış, 71'i de psikiyatri polikliniğine başvurmuş ve depresyon tanısı almıştır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmanın anakütlesi içinde migren hastalığına sahip olan bireylerin görülme oranı %3,4 (102/3000), depresyon hastalığına sahip olan bireylerin görülme oranı %2,4 (71/3000) olarak tespit edilmiştir.

Basit tesadüfî örnekleme yöntemi ile ulaşılması gereken örneklem sayısı aşağıdaki formülle hesaplanmış olup formüldeki P (anakütle oranı) migren hastalığına sahip olan bireyler için 0,034; depresyon hastalığına sahip olan bireyler için 0,024 olarak alınmıştır (100).

$$E \text{ (Hata oranı)} = \%5$$

$$Z \text{ (Standart normal değişken)} = \%95 \text{ güven düzeyinde } 1,96$$

$$N \text{ (Evren büyüklüğü)} = 3000$$

$$P \text{ [Anakütle oranı (migren hastalığına sahip olan birey)]} = \%3,4 = 0,034$$

$$P \text{ [Anakütle oranı (depresyon hastalığına sahip olan birey)]} = \%2,4 = 0,024$$

$$Q \text{ (migren hastalığına sahip olan birey)} = 1-P = 100-3,4 = 96,6$$

$$Q \text{ (depresyon hastalığına sahip olan birey)} = 1-P = 100-3,4 = 96,6$$

$$n1 = \frac{Z^2 PQ}{E^2 + \frac{Z^2 PQ}{N}} = \frac{1,96^2 * 0,034 * 96,6}{0,05^2 + \frac{1,96^2 * 0,034 * 96,6}{3000}} = 50$$

$$n2 = \frac{Z^2 PQ}{E^2 + \frac{Z^2 PQ}{N}} = \frac{1,96^2 * 0,024 * 0,976}{0,05^2 + \frac{1,96^2 * 0,024 * 0,976}{3000}} = 36$$

Bu araştırma uygulama süresince çalışmaya katılmayı kabul eden 60 migren hastalığına sahip olan bireyin bakım vericisi ve 50 depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericileri ile tamamlanmıştır. Yapılan örneklem hesabıyla her iki grup için de yeterli örneklem sayısına ulaşıldığı tespit edilmiştir.

3.4.1. Örneklem seçim kriterleri

Bakım verilen birey seçim kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri olmak
- İletişim kurmayı engelleyecek işitme vb. duyuşal sorunu olmamak
- GATA acil servis polikliniği başvurmak ve daha önce uzman hekim tarafından migren tanısı almış olmak
- GATA psikiyatri polikliniğine başvurmak ve daha önce uzman hekim tarafından depresyon tanısı almış olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

Bakım verici seçim kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri olmak
- İletişim kurmayı engelleyecek işitme vb. duyuşal sorunu olmamak
- GATA acil polikliniğine başvuran ve migren hastalığına sahip olan bireyin bakım vericisi olmak (anne, baba, eş, çocuk gibi birinci dereceden yakını),
- GATA psikiyatri polikliniğine başvuran depresyon hastalığına sahip olan bireyin bakım vericisi olmak (anne, baba, eş, çocuk gibi birinci dereceden yakını)
- Bakım verilen bireyle birlikte yaşamak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için çalışma ile ilgili etik kurul onayı GATA etik kurulundan, anketlerin uygulanabilirliği için gerekli anket kurulu izni anket kurulundan alınmıştır (Bkz. EK 8, 9). Araştırmanın uygulamasının yapılacağı polikliniklerden de gerekli izinler alınmıştır (Bkz. EK 6, 7). Araştırmaya katılımda

gönüllülük esas alınmış ve araştırma kapsamına alınan kişilerin istekli olmalarına dikkat edilmiştir. Bakım vericilere çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanmıştır. Araştırmayı kabul eden bakım vericilerle görüşme öncesi araştırmanın amacı, araştırmada sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman ve yapması gerekenler konusunda açıklama yapılmış olup, araştırmacılar tarafından geliştirilen gönüllü olur formu onamları alınmıştır (Bkz. EK 1).

“Zarar vermeme-yarar sağlama” ilkesine özen gösterilerek migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım ve tedavilerinde risk oluşturan durumlardan korunmaları, bakım ve tedavinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlanmıştır.

3.6. Verileri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında bakım verilen birey ve bakım vericileri Tanımlayıcı Veri Formu (EK-2), Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği, (ZBYÖ) (EK 3), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK 4) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (EK 5) kullanılmıştır.

3.6.1. Tanımlayıcı Veri Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen tanımlayıcı veri toplama formu literatüre uygun olarak (82, 83, 84, 85) hazırlanmış olup toplam 22 sorudan oluşmaktadır. Dört soru bakım verilen bireyin bireysel özelliklerini üç soru bakım vericinin bakım verme işlevi ile ilgili özelliklerini 15 soru bakım vericilerin bireysel tanımlayıcı özelliklerini saptamak amacıyla kullanılmıştır.

3.6.2. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBYÖ)

ZBYÖ, Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1990 yılında geliştirilmiş, İnci ve Erdem tarafından 2008 de Türkçe ye uyarlanmıştır (101, 102). Ölçekte yer alan 22 madde tek alt boyut altında toplanmaktadır. Ölçekte yer alan ifadelerin cevap seçenekleri “1-asla”, “2-nadiren”, “3-ara sıra”, “4-oldukça sık”, “5-neredeys her zaman” olarak sıralanmaktadır. Ölçekten en düşük 22 en yüksek 110 puan alınabilmektedir. Ölçeğin kesme noktasına ilişkin bir veri bulunmamakla birlikte elde edilen puanlar 22-46 arasında ise hafif, 47-55 arasında ise orta, 56 ve üzerinde

ise şiddetli düzeyde yük oluşturmaktadır (101). Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yöneliktir ve ölçek puanının yüksek olması, bakım veren yükünün de yüksek olduğunu göstermektedir. İnci ve Erdem' in çalışmasında ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur (101). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0,94 olarak saptanmıştır.

3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BDÖ, Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen ve Hisli tarafından 1988 yılında Türkçe'ye uyarlanan 21 maddelik bir ölçektir. BDÖ'deki her madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemeyi amaçlamaktadır. Maddeler azdan çoğa doğru giden dört derecelik kendini değerlendirme cümlesinden oluşmaktadır (103, 104). Ölçekten 0 ile 63 aralığında puan alınabilmektedir. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini göstermektedir. Ölçekten alınan 0-9 puan minimal düzeyde; 10-16 puan hafif düzeyde, 17-29 puan orta düzeyde ve 30-63 puan şiddetli düzeyde depresif belirtilerin olduğu şeklinde yorumlanabilmektedir (103). BDÖ den 17 puan ve üstü alan bir kişide psikiyatrik muayene ile depresyon saptanma olasılığı ortalama %80, depresyonu olan bir bireyin 16 ve altında puan alma olasılığı ise ortalama % 30 olarak belirlenmiştir. Hisli' nin çalışmasında cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı $\alpha=0.80$ olarak saptanmıştır (103). Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı da 0,94 olarak bulunmuştur.

3.6.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

SBTÖ, Folkman ve Lazarus tarafından 1980 yılında geliştirilen, Şahin ve Durak tarafından 2002 Türkçe'ye uyarlanmıştır (105, 106). Ölçek Kendine Güvenli Yaklaşım (8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26 numaralı sorular), Çaresiz Yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28 numaralı sorular), Boyun Eğici Yaklaşım (5, 1, 15, 17, 21 ve 24 numaralı sorular), İyimser Yaklaşım (2, 4, 6, 12 ve 18 numaralı sorular) ve Sosyal Desteğe Başvurma (1, 9, 29 ve 30 numaralı sorular) olmak üzere 30 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir maddeye katılma derecesi % 0 (hiç uygun değil) ile % 25 (biraz uygun), % 75 (uygun), % 100 (çok uygun) arasında değişmektedir. Her alt ölçeğe ait maddeler toplanarak ham puanlar elde edilmekte, böylece her 5 alt ölçeğe ait 5 ayrı puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek

oluşu, stresle başa çıkmada o alt ölçekteki yaklaşımın daha sık kullanıldığını göstermektedir.

SBTÖ 30 soru ve beş alt gurubu iki ana stresle başa çıkma tarzına dönüştürülmektedir. Ana gruplar “Probleme yönelik/aktif” ve “Duygulara yönelik/pasif” tarzlardır. Alt gruplar aktif tarzları KGY, İY ve SDA alt ölçekleri; pasif tarzları ise ÇY ve BEY alt ölçekleri göstermektedir. Puanların yüksekliği, kişinin o tarzı daha çok kullandığını göstermektedir. Toplam puan en az 30, en fazla 120 puandır. KGY için alınacak toplam puan en az yedi, en fazla 28, SDA alt grubu için toplam puan en az dört, en fazla 16, BEY için toplam puan en az altı, en fazla 24, ÇY için en az sekiz, en fazla 32, ve İY için en az beş, en fazla 20 puandır. Şahin ve Durak çalışmalarında cronbach alfa iç güvenirlilik katsayılarını İY alt boyutu için 0.49-0.68, KGY alt boyutu için 0.62-0.80, ÇY alt boyutu için 0.64-0.73, BEY alt boyutu için 0.47-0.72 ve SDB faktörü için 0.45-0.47 arasında olduğu belirlenmişlerdir (105). Bu çalışmada cronbach alpha katsayısı KGY alt boyutu için 0.87; ÇY alt boyutu için 0.75; BEY alt boyutu için 0.55; İY alt boyutu için 0.78; SD alt boyutu için 0.69 olarak saptanmıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulaması

3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Ön uygulama GATA acil servisi polikliniğine başvuran ve örneklem hacminin % 10 unu oluşturan 6 migren hastalığına sahip olan bireyin bakım vericisi ile GATA psikiyatri polikliniğine başvuran ve örneklem hacminin % 10 unu oluşturan 5 depresyon hastalığına sahip olan bireyin bakım vericisi ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama da bakım vericileri tanımlayıcı veri formu (Ek-2), Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği, (ZBYÖ) (Bkz. EK 3), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Bkz. EK 4) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (Bkz. EK 5) uygulanmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre tanımlayıcı veri formunda anlaşılmakta güçlük çekilen bazı sorularda ki anlatım bozuklukları giderilmiştir. Ön uygulamadan elde edilen veriler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.7.2. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmaya katılan bakım vericilerden Tanımlayıcı Veri Formu (Ek-2), ZBYÖ, (Bkz. EK 3), BDÖ (Bkz. EK 4) ve SBTÖ (Bkz. EK 5) kullanılarak birebir görüşme ile veriler toplanmıştır. Veriler bakım vericilerin anlamasını kolaylaştırmak ve yanlış anlamaları önlemek amacıyla soru cevap şeklinde toplanmıştır. Bunun yanında bu yöntemin seçilme sebebi maliyetinin düşük olması, katılımcılar için hiçbir tıbbi, yasal risk içermemesi ve araştırma evreninde belirlenen bakım verici birey sayısındaki kayıpların engellenmesi olarak düşünülmüştür. Bir görüşme yaklaşık 10–15 dk. sürmüştür.

3.8. Araştırma Verilerinin Analizi

Anket verilerinin analizinde istatistik paket programlarından SPSS 15 (Statistical Package for Social Science) kullanılmıştır. Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerine ait tanımlayıcı özelliklerin tespitinde frekans ve yüzde dağılımları tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılmasında Ki-Kare analizinden yararlanılmıştır. Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ puanlarının en düşüğü, en yükseği, ortalama ve standart sapması tanımlayıcı istatistik tabloları olarak gösterilmiştir.

Karşılaştırma testlerinde (değişkenlerin demografik özelliklere göre karşılaştırılmasında) parametrik veya non-parametrik testlerden hangilerinin kullanılacağını belirlemek amacıyla normallik sınaması yapılmıştır. Normallik sınamasında Kolmogorov Smirnov (örneklem büyüklüğü 50'nin altında olduğunda Shapiro Wilk) testi kullanılmıştır. Kolmogorov Smirnov testinde elde edilen istatistik değerine ait p değerinin tüm alt gruplarda (örneğin hem kadın hem de erkek örnekleme) 0,05'den büyük çıkması dağılımın normal olduğu; normal dağılımdan aşırı sapma olmadığı anlamına gelmektedir (107). Normallik varsayımının karşılanmadığı durumlarda ve grup sayılarının beşin altında olduğu durumlarda parametrik testlerin (t testi, varyans analizi vb.) alternatifi olarak non-parametrik testler (Mann Whitney U, Kruskal Wallis vb.) kullanılmaktadır (108).

Yapılan normallik sınamasında migren ve depresyon tanısı alan bireylerin bakım vericileri için ayrı ayrı olmak üzere ölçek ve alt boyut puanlarının normal

dağılım göstermediği tespit edildiğinden istatistiksel değerlendirme ikili gruplarda Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. İki'den fazla grup arasında sayısal değişkenlerin farklılıkların araştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis H testinde gruplar arasında farklılık görüldüğünde farkın hangi iki grup arasında olduğunu belirlemek amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Analizlerde güven aralığı %95 (anlamlılık düzeyi 0.05 $p<0.05$) olarak belirlenmiştir. Ayrıca bakım veren bireylerin bakım yükü, depresyon ve stresle başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ölçekler arasında korelasyon analizi yapılmıştır.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Bağımsız Değişkenler

- Bakım vericinin bakım verilen bireye yakınlık düzeyi
- Bakım verilen bireyin cinsiyeti
- Bakım verilen bireyin yaşı
- Bakım verilen bireyin eğitim durumu
- Bakım vericinin bakım verme süresi
- Bakım vericinin bakım verdiği alan
- Bakım vericinin zorlandığı bakım alanı
- Bakım vericinin cinsiyeti
- Bakım vericinin eğitim durumu
- Bakım vericinin medeni durumu
- Bakım vericinin birlikte yaşadığı kişiler
- Bakım vericinin çocuk sayısı
- Bakım vericinin yaşadığı yer
- Bakım vericinin çocukluğunu geçirdiği yer
- Bakım vericinin gelir durumu

- Bakım vericinin çalışma durumu
- Bakım vericinin çalıştığı sektör
- Bakım vericinin meslekte çalışma yılı
- Bakım vericinin haftalık çalışma süresi
- Bakım vericinin daha önce bir işte çalışma durumu
- Bakım vericinin sosyal destek durumu

3.9.2. Bağımlı Değişkenler

- ZBYÖ toplam puan ortalaması
- BDÖ toplam puan ortalaması
- SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalaması
- SBTÖ alt boyutu İY puan ortalaması
- SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalaması
- SBTÖ alt boyutu BEY puan ortalaması
- SBTÖ alt boyutu SDB puan ortalaması

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırmada maddi kaynağın yokluğu, örneklemin küçük olması, bakım verici bireylerin sorulara cevap verirken sıkılmaları ve sorulara verilen cevap süresinin uzun olduğunun gözlenmesidir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu bakım verici grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.1. Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 110).

Tanımlayıcı özellik	Bakım verilen bireyin tanısı			
	Migren (N=60)		Depresyon (N=50)	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Kadın	43	71.7	33	66.0
Erkek	17	28.3	17	34.0
	X ² =0.410; p=0.527			
Yaş				
18-31 yaş	22	36.7	22	44.0
32-45 yaş	22	36.7	13	26.0
46-59 yaş	11	18.3	10	20.0
60 yaş ve üzeri	5	8.3	5	10.0
	X ² =1.465; p=0.690			
Eğitim düzeyi				
İlköğretim	32	53.3	25	50.0
Lise	19	31.7	15	30.0
Üniversite	9	15.0	10	20.0
	X ² =0.478; p=0.788			

Tablo 4.1 de görüldüğü gibi migren hastalığına sahip olan bireylerin %71.7'si kadın, %36.7'si 18-31 yaş aralığında, %53.3'ü ilköğretim düzeyinde eğitim almış, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin %66'sı kadın, %44'ü 18-31 yaş aralığında, %50'si ilköğretim düzeyinde eğitim almış bireylerden oluşmuştur. Bu bireyler arasında tanımlayıcı özelliklere göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Bu bölümde migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.2. Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 110)

Tanımlayıcı Özellik	Bakım Verilen Bireyin Tanısı			
	Migren (N=60)		Depresyon (N=50)	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Kadın	35	58.3	31	62.0
Erkek	25	41.7	19	38.0
	$X^2=0.153$; $p=0.696$			
Medeni Durumu				
Evli	35	58.3	30	60.0
Bekar	19	31.7	13	26.0
Boşanmış/dul	6	10.0	7	14.0
	$X^2=0.683$; $p=0.711$			
Yaş				
18-31 yaş	25	41.7	18	36.0
32-45 yaş	22	36.7	19	38.0
46-59 yaş	9	15.0	7	14.0
60 yaş ve üzeri	4	6.7	6	12.0
	$X^2=1.109$; $p=0.775$			
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	18	30.0	10	20.0
Lise	14	23.3	15	30.0
Üniversite	28	46.7	25	50.0
	$X^2=1.594$; $p=0.451$			
Yakınlık Durumu				
Annesi-babası	31	51.7	21	42.0
Eşi	13	21.7	10	20.0
Çocuğu	8	13.3	10	20.0
Kardeşi	8	13.3	9	18.0
	$X^2=1.700$; $p=0.637$			
Bakım alanları				
Maddi destek sağlama	0	0.0	10	20.0
Psikolojik destek sağlama	42	70.0	8	16.0
Bütün ihtiyaçlarını karşılama	18	30.0	32	64.0
	$X^2=36.432$; $p=0.000$			
Zorlanılan Bakım Alanları				
Psikolojik destek sağlama	39	65.0	30	60.0
Bütün ihtiyaçlarını karşılama	21	35.0	20	40.0
	$X^2=0.292$; $p=0.589$			
Evde Birlikte Yaşanan Kişiler				
Sadece eşiyile	9	15.0	8	16.0
Eş ve çocuklarla	30	50.0	21	42.0
Anne ve babayla	13	21.7	6	12.0
Diğer kişilerle	8	13.3	15	30.0
	$X^2=5.493$; $p=0.139$			

Tablo 4.2 Devam. Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 110)

Tanımlayıcı Özellik	Bakım Verilen Bireyin Tanısı			
	Migren (N=60)		Depresyon (N=50)	
	n	%	n	%
Çocuk Sayısı				
Çocuğu yok	22	36.7	20	40.0
1 çocuk	14	23.3	4	8.0
2 çocuk	13	21.7	17	34.0
3 çocuk ve daha fazla	11	18.3	9	18.0
	$X^2=5.521$; $p=0.137$			
Yaşadığı Yer				
Köy/kasaba	7	11.7	7	14.0
Şehir	53	88.3	43	86.0
	$X^2=0.134$; $p=0.715$			
Çocukluğunu Geçirdiği Yer				
Köy/kasaba	32	53.3	22	44.0
Şehir	28	46.7	28	56.0
	$X^2=0.951$; $p=0.330$			
Gelir Düzeyi				
Gelir giderden az	19	31.7	15	30.0
Gelir gidere denk	34	56.7	24	48.0
Gelir giderden fazla	7	11.7	11	22.0
	$X^2=2.193$; $p=0.334$			
Çalışma Durumu				
Evet	48	80.0	30	60.0
Hayır	12	20.0	20	40.0
	$X^2=5.288$; $p=0.021$			
Çalışmakta Olduğu Sektör				
Özel/serbest	22	45.8	12	40.0
Sağlık	17	35.4	5	16.7
Kamu	9	18.8	13	43.3
	$X^2=6.401$; $p=0.041$			
Toplam Çalışma Yılı				
1 yıl ve daha az	16	26.7	24	48.0
2-5 yıl	11	18.3	5	10.0
6-9 yıl	10	16.7	5	10.0
10 yıl ve üzeri	23	38.3	16	32.0
	$X^2=5.913$; $p=0.116$			
Haftalık Çalışma Saati				
40 saatten az	4	8.3	6	20.0
40 saat	20	41.7	14	46.7
40 saatten fazla	24	50.0	10	33.3
	$X^2=3.242$; $p=0.198$			
Sosyal Destek Durumu				
Evet	29	48.3	30	60.0
Hayır	31	51.7	20	40.0
	$X^2=1.493$; $p=0.222$			

Tablo 4.2 de görüldüğü gibi migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %58.3'ünü kadın, %58.3'ünü evli, %41.7'sini 18-31 yaş aralığında, %46.7'sini üniversite düzeyinde eğitim gören, %51.7'sini bakım verilen bireyin anne ve babası olan, %65'ini psikolojik destek sağlama alanında zorlanan, %50'sini eş ve çocukları ile birlikte yaşayan, %36.7'sini çocuğu olmayan, %88.3'ünü şehirde yaşayan, %53.3 ünü çocukluğunu köy/kasabada geçiren, %56.7'sini geliri giderine denk olan, %38.3'ünü 10 yıl ve daha üzeri toplam çalışma süresi olan, %50'sini haftada 40 saatten fazla çalışan, %48.3'ünü sosyal destek alabilen bireyler oluşturmuştur. ($p>0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %62'sini kadın, %60'ını evli, %38'ini 32-45 yaş aralığında, %50'sini üniversite düzeyinde eğitim gören, %42'sini bakım verilen bireyin anne ve babası olan, %60'ını psikolojik destek sağlama alanında zorlanan, %42'sini eş ve çocukları ile birlikte yaşayan, %40'ını çocuğu olmayan, %86'sını şehirde yaşayan, %56 sını çocukluğunu şehirde geçiren, %48'ini geliri giderine denk olan, %48'ini 1 yıl ve daha az toplam çalışma süresi olan, %46.7 'sini haftada ortalama 40 saatte çalışan, %60'ını sosyal destek alabilen bireyler oluşturmuştur. Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericileri arasında bu tanımlayıcı özelliklerine göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Buna karşılık tablo 4.2 de görüldüğü gibi migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericileri arasında bakım alanlarına, çalışma durumlarına, çalışmakta oldukları sektöre, göre anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %70'i psikolojik destek, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %64'ü bütün ihtiyaçlarını karşılama alanında bakım vermektedir. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %80'i, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %60'ı şu anda bir işte çalışmaktadır. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin çalışma durumlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %45.8'i özel sektörde, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %43.3'ü kamu sektöründe çalışmaktadır. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericileri en çok özel sektörde, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericileri en çok kamu sektöründe çalışmaktadır.

Bu bölümde araştırmaya katılan migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin tanılarına göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3. Bakım vericilerin bakım verilen bireylerin tanılarına göre ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

	Bakım Verilen Bireyin Tanısı		Test Sonucu	
	Migren (N=60)	Depresyon (N=50)	Z*	p
Ölçek ve Alt Boyutlar	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$		
ZBYÖ	32.91±21.31	39.64±18.20	-2.036	0.042
BDÖ	15.65±13.36	18.76±10.16	-1.997	0.046
SBTÖ				
KGY	1.99±0.69	1.70±0.70	-2.207	0.027
ÇY	1.40±0.69	1.27±0.57	-0.509	0.611
BEY	1.24±0.61	1.29±0.46	-1.061	0.289
İY	1.86±0.72	1.69±0.66	-1.052	0.293
SDB	1.91±0.67	1.78±0.80	-0.909	0.363

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ alt boyutu KGY ölçek puan ortalamalarının bakım gören bireyin tanısına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım yükü (39.64±18.20); migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım yükünden (32.91±21.31) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin depresyon düzeyi (18.76±10.16); migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin depresyon düzeyinden (15.65±13.36) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalaması (1.99±0.69); depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalamasından (1.70±0.70) anlamlı düzeyde daha yüksektir. SBTÖ alt boyutları ÇY, BEY, İY ve SDB, puan ortalamalarının bakım verilen bireyin tanısına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.3).

Bu bölümde araştırmaya katılan migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ puan ortalamalarının

bakım verilen bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.4. Bakım verilen bireyin cinsiyetine göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	Bakım Verilen Bireylerin Cinsiyetlerine göre bakım vericilerin ölçek puan ortalamaları		Test Sonucu	
		Kadın	Erkek	Z*	p
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$		
ZBYÖ	Migren	30.65±19.69	38.65±24.67	-1.395	0.163
	Depresyon	39.15±19.59	40.59±15.70	-0.102	0.918
BDÖ	Migren	13.56±12.90	20.94±13.45	-2.110	0.035
	Depresyon	16.94±9.27	22.29±11.15	-1.835	0.066
KGY	Migren	2.03±0.68	1.92±0.77	-0.436	0.663
	Depresyon	1.66±0.67	1.78±0.77	-0.412	0.681
ÇY	Migren	1.32±0.72	1.62±0.58	-1.918	0.055
	Depresyon	1.12±0.59	1.57±0.41	-2.921	0.003
BEY	Migren	1.26±0.55	1.19±0.77	-0.832	0.405
	Depresyon	1.25±0.51	1.37±0.38	-0.923	0.356
İY	Migren	1.91±0.67	1.74±0.87	-0.321	0.748
	Depresyon	1.58±0.66	1.92±0.64	-1.637	0.102
SDB	Migren	1.84±0.67	2.10±0.66	-1.744	0.081
	Depresyon	1.90±0.85	1.54±0.67	-1.692	0.091

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının bakım verilen bireyin cinsiyetine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan erkek bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamaları (20.94±13.45), kadın bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarından (13.56±12.90) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Depresyon hastalığına sahip olan erkek bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamaları (1.57±0.41), kadın bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarından (1.12±0.59) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarının, migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının bakım verilen bireyin cinsiyetine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. Migren ve depresyon hastalığına sahip

olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, BEY, İY, SDB puan ortalamalarının bakım verilen bireyin cinsiyetine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Bakım verilen bireyin yaş grubuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	Bakım Verilen Bireyin Yaşı				Test Sonucu	
		18-31	32-45	46-59	60 ve üstü	X ² *	p
ZBYÖ	Migren	35.41±24.08	33.64±23.30	28.73±16.04	28.00±06.96	0.347	0.951
	Depresyon	42.09±15.33	36.38±20.62	39.00±21.18	38.60±21.76	0.598	0.897
BDÖ	Migren	18.18±13.78	16.18±15.09	11.09±10.15	12.2±8.87	2.088	0.554
	Depresyon	22.45±10.72	17.69±11.32	14.00±6.41	14.8±5.40	7.024	0.071
KGY	Migren	1.93±0.77	1.93±0.72	2.34±0.63	1.86±0.10	3.600	0.308
	Depresyon	1.68±0.71	1.57±0.87	1.73±0.51	2.06±0.59	2.159	0.540
ÇY	Migren	1.49±0.62	1.44±0.80	1.22±0.75	1.25±0.33	1.719	0.633
	Depresyon	1.51±0.52	1.05±0.53	1.23±0.63	0.93±0.50	8.412	0.038
BEY	Migren	1.46±0.70	1.15±0.57	1.0±0.47	1.2±0.45	4.902	0.179
	Depresyon	1.27±0.45	1.35±0.60	1.3±0.43	1.2±0.34	0.789	0.852
İY	Migren	1.78±0.88	1.82±0.64	2.22±0.59	1.6±0.51	4.028	0.258
	Depresyon	1.75±0.70	1.57±0.68	1.7±0.66	1.72±0.69	0.539	0.910
SDB	Migren	2.13±0.57	1.73±0.57	1.95±0.76	1.75±1.17	5.032	0.169
	Depresyon	1.70±0.76	1.54±1.04	2.18±0.61	1.95±0.41	3.763	0.288

* Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Çalışmada depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının bakım verilen bireyin yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Mann Whitney U ikili karşılaştırma sonuçlarına göre depresyon hastalığına sahip olan 18-31 yaş arası bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamaları, 32-45 yaş arası ve 60 yaş ve üzeri bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının bakım verilen bireyin yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım verilen bireyin yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Bakım verilen bireyin eğitim düzeyine göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

		Bakım Verilenin Bireyin Eğitim Düzeyi			Test Sonucu	
		İlköğretim	Lise	Üniversite	X ² *	p
Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	X ² *	p
ZBYÖ	Migren	38.91±22.90	26.74±17.19	24.67±18.51	5.599	0.061
	Depresyon	46.48±15.09	34.73±20.68	29.90±16.03	7.324	0.026
BDÖ	Migren	18.97±14.62	9.05±8.34	17.78±13.43	6.887	0.032
	Depresyon	20.56±11.12	16.87±10.99	17.10±5.15	0.963	0.618
KGY	Migren	1.87±0.70	2.15±0.62	2.13±0.85	2.146	0.342
	Depresyon	1.62±0.80	1.86±0.62	1.67±0.57	1.257	0.533
ÇY	Migren	1.54±0.72	1.09±0.49	1.61±0.82	4.526	0.104
	Depresyon	1.35±0.58	1.29±0.54	1.05±0.60	1.638	0.441
BEY	Migren	1.39±0.69	1.08±0.40	1.07±0.61	4.777	0.092
	Depresyon	1.39±0.47	1.12±0.47	1.28±0.42	3.765	0.152
İY	Migren	1.74±0.73	2.04±0.64	1.89±0.90	2.395	0.302
	Depresyon	1.69±0.69	1.79±0.57	1.56±0.80	0.656	0.720
SDB	Migren	1.86±0.76	1.84±0.58	2.28±0.42	3.247	0.197
	Depresyon	1.64±0.93	1.78±0.67	2.13±0.60	2.928	0.231

* Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarının bakım verilen bireyin eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Mann Whitney U ikili karşılaştırma sonuçlarına göre depresyon hastalığına sahip olan ilköğretim mezunu bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamaları, üniversite mezunu bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0.008$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarının bakım verilen bireyin eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Mann Whitney U ikili karşılaştırma sonuçlarına göre migren hastalığına sahip olan ilköğretim mezunu bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamaları, lise mezunu bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0.008$).

Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarının, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ

puan ortalamalarından bakım verilen bireyin eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım verilen bireyin eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.6).

Bu bölümde araştırmaya katılan migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ puan ortalamalarının bakım vericilerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.7. Bakım vericinin cinsiyetine göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

		Bakım vericinin cinsiyeti		Test Sonucu	
		Kadın	Erkek	Z*	p
Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	Z*	p
ZBYÖ	Migren	32.71±21.67	33.20±21.25	-0.323	0.747
	Depresyon	41.45±18.13	36.68±18.44	-0.900	0.368
BDÖ	Migren	13.40±12.42	18.80±14.25	-1.553	0.120
	Depresyon	20.00±8.00	16.74±12.94	-1.921	0.055
KGY	Migren	1.89±0.73	2.15±0.64	-1.369	0.171
	Depresyon	1.67±0.64	1.75±0.81	-0.141	0.888
ÇY	Migren	1.39±0.68	1.43±0.73	-0.090	0.928
	Depresyon	1.27±0.52	1.28±0.67	-0.181	0.857
BEY	Migren	1.18±0.56	1.33±0.68	-0.444	0.657
	Depresyon	1.23±0.54	1.39±0.31	-0.547	0.585
İY	Migren	1.73±0.69	2.05±0.75	-1.929	0.054
	Depresyon	1.57±0.62	1.88±0.72	-1.486	0.137
SDB	Migren	1.96±0.61	1.85±0.76	-0.393	0.695
	Depresyon	1.83±0.78	1.70±0.86	-0.977	0.329

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım veren bireyin cinsiyetine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Bakım vericinin medeni durumuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

		Bakım Vericinin Medeni Durumu			Test Sonucu	
		Evli	Bekar	Boşanmış/ dul	X ² *	p
Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	X ² *	p
ZBYÖ	Migren	34.26±21.99	26.68±16.07	44.83±28.49	2.582	0.275
	Depresyon	38.67±17.62	40.08±21.94	43.00±15.04	0.331	0.848
BDÖ	Migren	16.20±14.27	14.68±10.32	15.50±18.34	0.166	0.920
	Depresyon	18.63±11.20	19.92±10.53	17.14±3.02	0.147	0.929
KGY	Migren	2.07±0.73	1.96±0.60	1.71±0.83	1.104	0.576
	Depresyon	1.69±0.75	1.56±0.54	2.00±0.78	1.504	0.472
ÇY	Migren	1.39±0.71	1.36±0.57	1.67±0.99	0.386	0.825
	Depresyon	1.21±0.58	1.24±0.58	1.61±0.48	2.657	0.265
BEY	Migren	1.22±0.63	1.16±0.56	1.64±0.58	2.963	0.227
	Depresyon	1.34±0.45	1.22±0.42	1.19±0.66	1.309	0.520
İY	Migren	1.89±0.71	1.86±0.81	1.70±0.63	0.556	0.757
	Depresyon	1.74±0.72	1.60±0.63	1.66±0.60	0.388	0.824
SDB	Migren	1.89±0.61	1.92±0.75	2.04±0.87	0.530	0.767
	Depresyon	1.78±0.77	1.88±0.96	1.57±0.72	0.510	0.775

* Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım vericinin medeni durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0.05), (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Bakım vericinin yaş grubuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

		Bakım Vericinin Yaşı				Test Sonucu	
		18-31	32-45	46-59	60 ve üzeri	X ² *	p
Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	X ² *	p
ZBYÖ	Migren	30.12±19.05	31.68±21.84	42.11±26.80	36.50±20.81	1.608	0.447
	Depresyon	42.83±19.22	34.47±18.19	46.71±16.78	38.17±15.90	3.056	0.217
BDÖ	Migren	14.00±11.39	15.86±13.51	19.3±19.36	16.50±11.62	0.221	0.896
	Depresyon	19.44±12.38	19.11±11.16	17.71±3.90	16.83±3.97	0.021	0.990
KGY	Migren	2.01±0.61	2.03±0.68	1.92±1.05	1.93±0.64	0.018	0.991
	Depresyon	1.62±0.64	1.81±0.84	1.86±0.64	1.40±0.46	0.839	0.657
ÇY	Migren	1.32±0.59	1.54±0.76	1.32±0.82	1.38±0.77	1.409	0.494
	Depresyon	1.4±0.63	1.24±0.63	1.21±0.33	1.08±0.40	0.815	0.665
BEY	Migren	1.19±0.59	1.27±0.66	1.26±0.69	1.42±0.32	0.564	0.754
	Depresyon	1.22±0.49	1.22±0.51	1.43±0.16	1.56±0.46	0.914	0.633
İY	Migren	1.89±0.76	1.94±0.56	1.67±1.00	1.70±0.89	0.442	0.802
	Depresyon	1.50±0.65	1.94±0.65	1.74±0.51	1.43±0.81	3.043	0.218
SDB	Migren	1.98±0.73	1.72±0.64	2.00±0.47	2.44±0.72	3.587	0.166
	Depresyon	1.94±0.87	1.54±0.76	1.75±0.98	2.08±0.41	2.016	0.365

* Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Bakım vericinin eğitim düzeyine göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

		Bakım Vericinin Eğitim Düzeyi			Test sonucu	
		İlköğretim	Lise	Üniversite	X ² *	p
Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$		
ZBYÖ	Migren	46.72±23.79	29.21±18.83	25.89±16.75	9.966	0.007
	Depresyon	43.60±14.86	42.47±15.36	36.36±20.83	1.001	0.606
BDÖ	Migren	26.50±14.57	12.29±10.53	10.36±9.50	14.714	0.001
	Depresyon	21.20±9.21	21.40±11.82	16.20±9.16	3.416	0.181
KGY	Migren	1.73±0.72	2.19±0.74	2.07±0.64	3.901	0.142
	Depresyon	1.44±0.81	1.78±0.79	1.75±0.60	1.730	0.421
ÇY	Migren	1.74±0.76	1.45±0.81	1.17±0.49	4.798	0.091
	Depresyon	1.14±0.60	1.40±0.48	1.25±0.61	1.209	0.546
BEY	Migren	1.51±0.59	1.11±0.59	1.14±0.60	5.195	0.074
	Depresyon	1.28±0.63	1.43±0.33	1.21±0.46	2.880	0.237
İY	Migren	1.56±0.74	2.11±0.64	1.93±0.72	5.119	0.077
	Depresyon	1.58±0.92	1.77±0.59	1.69±0.62	0.135	0.935
SDB	Migren	1.58±0.76	2.04±0.73	2.07±0.52	5.630	0.060
	Depresyon	1.65±0.76	1.62±0.82	1.93±0.82	1.746	0.418

* Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamalarının bakım veren bireyin eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Mann Whitney U ikili karşılaştırma sonuçlarına göre migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinden ilköğretim mezunu olanların ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları, lise mezunu ve üniversite mezunu olanların ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamalarının bakım veren bireyin eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım vericinin eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Bakım vericinin bakım verilen bireye yakınlık durumuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	Bakım Vericinin Bakım Verilen Bireye Yakınlık Durumu				Test Sonucu	
		Anne-Babası	Eşi	Çocuğu	Kardeşi	X ² *	p
ZBYÖ	Migren	26.26±17.19	40.62±22.66	53.00±24.15	26.13±16.72	10.719	0.013
	Depresyon	42.05±20.85	36.20±13.40	41.60±18.20	35.67±17.81	1.538	0.674
BDÖ	Migren	11.32±9.65	20.23±16.16	30.00±11.92	10.63±11.49	13.686	0.003
	Depresyon	19.33±12.00	18.60±10.31	19.20±10.37	17.11±5.25	0.033	0.998
KGY	Migren	2.13±0.60	1.79±0.80	1.55±0.78	2.25±0.66	5.047	0.168
	Depresyon	1.73±0.85	1.63±0.74	1.57±0.49	1.84±0.55	1.006	0.800
ÇY	Migren	1.19±0.49	1.91±0.82	1.70±0.64	1.13±0.77	9.830	0.020
	Depresyon	1.15±0.62	1.36±0.47	1.58±0.54	1.13±0.52	3.762	0.288
BEY	Migren	1.04±0.44	1.51±0.61	1.85±0.75	0.98±0.54	14.556	0.002
	Depresyon	1.27±0.56	1.45±0.25	1.27±0.51	1.19±0.38	1.704	0.636
İY	Migren	1.93±0.60	1.83±0.69	1.25±1.02	2.25±0.67	6.049	0.109
	Depresyon	1.76±0.78	1.90±0.47	1.52±0.64	1.49±0.60	2.903	0.407
SDB	Migren	1.77±0.73	1.94±0.79	2.13±0.23	2.22±0.39	3.552	0.314
	Depresyon	1.58±0.85	1.78±1.00	1.93±0.76	2.08±0.45	2.792	0.425

* Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, ÇY ve BEY puan ortalamalarının bakım vericinin bakım verilen bireye yakınlık durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır (p<0.05). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Mann Whitney U ikili karşılaştırma sonuçlarına göre migren hastalığına sahip olan bireylerin anne-babası olan bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamaları, bakım verilenin eşi ve çocuğu olanların puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür (p<0.05). Migren hastalığına sahip olan bireyin kardeşi olan bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamaları, migren hastalığına sahip olan bireyin çocuğu olan bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşüktür (p=0.036).

Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamalarının bakım vericinin bakımlı verilen yakınlık durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0.05). Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları KGY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım vericinin bakım

verilen bireye yakınlık durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Bakım vericinin bakım verdiği alana göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	Bakım Alanı			Test Sonucu	
		Maddi Destek $\bar{X}\pm SS$	Psikolojik Destek $\bar{X}\pm SS$	Bütün İhtiyaçlar $\bar{X}\pm SS$	Z* X2**	p
ZBYÖ	Migren		35.52±22.04	26.83±18.69	-1.598	0.110
	Depresyon	41.30±16.05	26.63±18.67	42.38±17.84	4.693	0.096
BDÖ	Migren		18.05±14.44	10.06±8.38	-1.986	0.047
	Depresyon	16.00±6.31	18.63±8.05	19.66±11.56	0.448	0.799
KGY	Migren		1.94±0.71	2.14±0.68	-1.060	0.289
	Depresyon	1.89±0.67	1.29±0.63	1.75±0.71	2.768	0.251
ÇY	Migren		1.52±0.70	1.13±0.62	-1.870	0.062
	Depresyon	0.95±0.53	1.16±0.58	1.40±0.55	4.602	0.100
BEY	Migren		1.30±0.65	1.10±0.50	-1.443	0.149
	Depresyon	1.45±0.42	0.90±0.54	1.34±0.42	6.186	0.045
İY	Migren		1.76±0.71	2.09±0.74	-1.459	0.145
	Depresyon	1.74±0.83	1.10±0.45	1.83±0.59	8.142	0.017
SDB	Migren		1.91±0.68	1.93±0.67	-0.414	0.679
	Depresyon	2.25±0.47	1.56±0.81	1.69±0.85	4.909	0.086

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır (Migren).

** Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır (Depresyon).

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarının bakım alanına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireye psikolojik destek veren bakım vericilerin BDÖ puan ortalamaları, bütün ihtiyaçlarını karşılayan bakım vericilerin BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarının bakım alanına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları BEY ve İY puan ortalamalarının bakım alanına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Mann Whitney U ikili karşılaştırma sonuçlarına göre depresyon hastalığına sahip olan bireye maddi destek veren ve bütün ihtiyaçlarını

karşılıyan bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu BEY puan ortalamaları, psikolojik destek veren bireylerin SBTÖ alt boyutları BEY puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerin SBTÖ alt boyutları BEY ve İY puan ortalamalarının bakım alanına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, KGY, SBTÖ alt boyutları ÇY ve SDB puan ortalamalarının bakım vericinin bakım alanına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Bakım vericinin bakım vermekte zorlandığı alana göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	Zorlanılan Bakım Alanı		Test Sonuçları	
		Psikolojik Destek	Bütün İhtiyaçlar	Z*	p
ZBYÖ	Migren	33.79±21.40	31.29±21.58	-0.395	0.693
	Depresyon	42.83±18.55	34.85±17.03	-1.645	0.100
BDÖ	Migren	15.08±13.34	16.71±13.68	-0.442	0.658
	Depresyon	19.97±11.97	16.95±6.47	-0.912	0.362
KGY	Migren	1.99±0.72	2.01±0.67	-0.023	0.981
	Depresyon	1.73±0.68	1.66±0.76	-0.338	0.735
ÇY	Migren	1.31±0.72	1.58±0.62	-1.548	0.122
	Depresyon	1.32±0.58	1.20±0.56	-0.557	0.578
BEY	Migren	1.18±0.57	1.37±0.68	-0.670	0.503
	Depresyon	1.23±0.49	1.38±0.44	-0.842	0.400
İY	Migren	1.83±0.80	1.91±0.58	-0.366	0.714
	Depresyon	1.71±0.58	1.66±0.79	-0.190	0.849
SDB	Migren	1.87±0.64	2.00±0.75	-0.882	0.378
	Depresyon	1.82±0.77	1.73±0.87	-0.389	0.697

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım vericinin zorlandığı bakım alanına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Bakım vericinin birlikte yaşadığı kişilere göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	Birlikte yaşanan kişiler				Test Sonucu	
		Sadece Eşyle	Eş ve Çocuklarla	Anne ve Babayla	Diğer Kişilerle	X ² *	p
ZBYÖ	Migren	35.44±29.43	34.8±22.34	27.31±11.71	32.13±21.33	0.581	0.901
	Depresyon	39.13±19.66	38.67±17.89	46.67±18.45	38.47±19.09	1.102	0.777
BDÖ	Migren	15.67±14.98	15.3±14.68	16.31±11.51	15.88±11.32	0.541	0.910
	Depresyon	18.75±12.83	18.19±11.07	20.67±12.37	18.8±6.88	0.416	0.937
KGY	Migren	1.97±0.61	2.07±0.77	1.89±0.67	1.93±0.64	0.811	0.847
	Depresyon	1.89±0.70	1.61±0.78	1.74±0.61	1.71±0.66	1.780	0.619
ÇY	Migren	1.42±0.54	1.36±0.73	1.55±0.65	1.31±0.83	1.582	0.664
	Depresyon	1.20±0.44	1.17±0.64	1.04±0.53	1.54±0.50	5.196	0.158
BEY	Migren	1.41±0.71	1.14±0.63	1.44±0.60	1.10±0.34	3.079	0.380
	Depresyon	1.31±0.27	1.35±0.50	1.11±0.48	1.27±0.52	1.385	0.709
İY	Migren	1.73±0.73	1.92±0.73	1.92±0.86	1.68±0.58	2.017	0.569
	Depresyon	1.58±0.49	1.76±0.79	1.80±0.47	1.61±0.67	0.908	0.823
SDB	Migren	1.94±0.69	1.88±0.59	2.04±0.92	1.81±0.61	1.793	0.616
	Depresyon	2.03±0.78	1.73±0.79	1.71±1.13	1.75±0.76	0.855	0.836

* Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım vericinin birlikte yaşadığı kişilere göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05), (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Bakım vericinin çocuk sayısına göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	Çocuk sayısı				Test Sonucu	
		Yok	1 Çocuk	2 Çocuk	3 ve Üzeri	X ² *	p
ZBYÖ	Migren	27.68±17.90	43.57±21.16	28.54±21.79	35±24.63	5.281	0.152
	Depresyon	38.05±20.13	40.25±16.74	38.94±17.28	44.22±18.31	0.658	0.883
BDÖ	Migren	13.68±10.03	16.36±14.41	15.31±12.98	19.09±18.68	0.189	0.979
	Depresyon	19.55±11.44	19.25±11.27	18.71±9.53	16.89±9.31	0.310	0.958
KGY	Migren	1.96±0.59	1.85±0.60	2.18±0.85	2.05±0.86	2.556	0.465
	Depresyon	1.64±0.60	1.46±0.43	1.82±0.72	1.71±1.00	0.810	0.847
ÇY	Migren	1.35±0.60	1.55±0.61	1.28±0.64	1.48±1.01	2.125	0.547
	Depresyon	1.32±0.58	1.78±0.33	1.21±0.55	1.07±0.61	4.698	0.195
BEY	Migren	1.24±0.55	1.27±0.67	0.96±0.67	1.53±0.50	5.738	0.125
	Depresyon	1.18±0.42	1.63±0.28	1.27±0.42	1.43±0.65	5.846	0.119
İY	Migren	1.92±0.79	1.71±0.49	1.78±0.78	2.02±0.83	1.265	0.737
	Depresyon	1.53±0.61	1.75±0.55	1.89±0.64	1.64±0.88	2.362	0.501
SDB	Migren	1.99±0.79	1.84±0.59	1.96±0.58	1.82±0.68	1.572	0.666
	Depresyon	1.94±0.89	1.69±0.52	1.84±0.63	1.36±0.97	2.455	0.483

* Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım vericinin çocuk sayısına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Bakım vericinin yaşadığı yere göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

		Yaşadığı Yer		Test Sonucu	
		Köy/Kasaba	Şehir	Z*	p
Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	Z*	p
	ZBYÖ	Migren 44±20.71	30.40±20.09 38.93±17.94	-2.430 -0.643	0.015 0.520
BDÖ	Migren 20.43±12.50	30.57±17.57 20.43±12.50	13.68±11.54 18.49±9.88	-2.593 -0.238	0.010 0.812
	KGY	Migren 1.41±0.49	1.45±0.65 2.07±0.68	-2.253 -1.124	0.024 0.261
ÇY	Migren 1.34±0.53	2.05±0.81 1.34±0.53	1.32±0.64 1.26±0.58	-2.172 -0.267	0.030 0.790
	BEY	Migren 1.40±0.23	1.71±0.66 1.18±0.58	-2.059 -0.524	0.039 0.600
İY	Migren 1.69±0.76	1.23±0.80 1.69±0.76	1.94±0.68 1.69±0.66	-2.349 -0.438	0.019 0.661
	SDB	Migren 1.61±0.90	2.07±0.73 1.90±0.67	-0.661 -0.549	0.509 0.583

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY, BEY, puan ortalamalarının yaşadığı yere göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Köy/kasabada yaşayan bireylerin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY, BEY puan ortalamaları, şehirde yaşayan bireylerin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek, SBTÖ alt boyutları İY ve SDB puan ortalamaları ise anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$).

Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SDB puan ortalamalarının yaşadıkları yere göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY ve İY puan

ortalamalarının şu an yaşadıkları yere göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Bakım vericinin çocukluğunda yaşadığı yere göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	Çocukluğunda Yaşadığı Yer		Test Sonucu	
		Köy/Kasaba	Şehir	Z*	p
ZBYÖ	Migren	41.13±23.74	23.54±13.21	-2.972	0.003
	Depresyon	43.05±17.46	36.96±18.65	-1.085	0.278
BDÖ	Migren	20.78±14.55	9.79±8.98	-3.233	0.001
	Depresyon	19.09±10.08	18.5±10.40	-0.029	0.977
KGY	Migren	1.80±0.70	2.22±0.65	-2.260	0.024
	Depresyon	1.44±0.62	1.90±0.71	-2.112	0.035
ÇY	Migren	1.50±0.76	1.29±0.61	-0.639	0.523
	Depresyon	1.19±0.56	1.34±0.58	-0.942	0.346
BEY	Migren	1.39±0.60	1.08±0.59	-1.950	0.051
	Depresyon	1.36±0.48	1.24±0.46	-0.633	0.526
İY	Migren	1.69±0.81	2.05±0.58	-1.802	0.072
	Depresyon	1.61±0.72	1.76±0.63	-0.455	0.649
SDB	Migren	1.83±0.66	2.02±0.69	-1.157	0.247
	Depresyon	1.68±0.85	1.86±0.78	-0.827	0.408

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamalarının çocukluklarında yaşadıkları yere göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Çocukluğunda köy/kasabada yaşayan bireylerin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları, çocukluğunda şehirde yaşayan bireylerin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalamalarından çocukluklarında yaşadıkları yere göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Çocukluğunda şehirde yaşayan bireylerin SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalamaları, çocukluğunda köy/kasabada yaşayan bireylerin SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarından çocukluklarında

yaşadıkları yere göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Bakım vericinin gelir durumuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

		Bakım Vericinin Gelir Durumu			Test Sonucu	
		Gelir Az	Denk	Gelir Fazla	X ² *	p
Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	X ² *	p
ZBYÖ	Migren	39.53±22.20	30.82±21.18	25.14±16.97	3.120	0.210
	Depresyon	46.47±17.37	31.38±17.74	48.36±12.69	9.710	0.008
BDÖ	Migren	22.32±13.19	13.53±13.17	7.86±6.72	8.944	0.011
	Depresyon	17.93±11.58	17.67±7.68	22.27±12.85	1.411	0.494
KGY	Migren	1.86±0.66	2.02±0.74	2.27±0.60	1.321	0.517
	Depresyon	1.73±0.89	1.69±0.58	1.68±0.74	0.113	0.945
ÇY	Migren	1.57±0.71	1.34±0.68	1.29±0.73	1.219	0.544
	Depresyon	1.37±0.74	1.23±0.44	1.23±0.61	0.799	0.671
BEY	Migren	1.37±0.57	1.18±0.67	1.21±0.37	1.494	0.474
	Depresyon	1.23±0.54	1.31±0.47	1.33±0.39	0.119	0.942
İY	Migren	1.84±0.77	1.84±0.75	2.03±0.56	0.400	0.819
	Depresyon	1.77±0.82	1.61±0.57	1.76±0.70	1.294	0.524
SDB	Migren	1.75±0.82	2.01±0.56	1.93±0.79	0.939	0.625
	Depresyon	1.58±1.06	1.79±0.54	2.02±0.91	1.565	0.457

* Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Çalışmada depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarının, migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamaları bakım vericinin gelir durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Mann Whitney U ikili karşılaştırma sonuçlarına göre depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin geliri giderinden az ve geliri giderinden fazla olanların ZBYÖ puan ortalamaları, geliri giderine denk olan bireylerin ZBYÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin geliri giderinden az olanların BDÖ puan ortalamaları, geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olanların BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım veren

bireyin gelir durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Bakım vericinin çalışma durumuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

		Çalışma Durumu		Test Sonucu	
		Evet	Hayır	Z*	p
Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	Z*	p
ZBYÖ	Migren	30.21±20.34	43.75±22.58	-1.997	0.046
	Depresyon	38.00±20.15	42.10±15.00	-0.654	0.513
BDÖ	Migren	14.69±13.90	19.50±10.63	-1.618	0.106
	Depresyon	16.50±10.10	22.15±9.50	-2.211	0.027
KGY	Migren	2.01±0.70	1.94±0.73	-0.241	0.809
	Depresyon	1.84±0.72	1.49±0.63	-1.383	0.167
ÇY	Migren	1.38±0.68	1.50±0.78	-0.343	0.732
	Depresyon	1.23±0.60	1.33±0.53	-0.448	0.654
BEY	Migren	1.18±0.61	1.50±0.56	-1.755	0.079
	Depresyon	1.35±0.39	1.20±0.56	-1.013	0.311
İY	Migren	1.83±0.65	1.98±1.01	-0.799	0.424
	Depresyon	1.89±0.64	1.40±0.62	-2.314	0.021
SDB	Migren	1.93±0.72	1.85±0.49	-0.428	0.668
	Depresyon	1.82±0.83	1.73±0.79	-0.369	0.712

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmayan bireylerin ZBYÖ puan ortalamaları, çalışan bireylerin ZBYÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarının çalışma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ve SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmayan bireylerin BDÖ puan ortalamaları, çalışan bireylerin BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek, çalışmayan bireylerin çalışanlara göre SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamalarından düşüktür ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ve SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamalarının çalışma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY ve SDB puan ortalamalarının bakım veren bireyin çalışma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Bakım vericinin çalıştığı sektöre göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	Bakım Vericinin Çalıştığı Sektör			Test Sonucu	
		Özel/Serbest	Sağlık	Kamu	X ² *	p
ZBYÖ	Migren	38.95±25.27	22.88±11.01	23.89±9.52	3.793	0.150
	Depresyon	40.83±21.07	56.60±11.08	28.23±16.65	7.884	0.019
BDÖ	Migren	22.18±15.98	7.88±6.21	10.89±9.58	10.197	0.006
	Depresyon	14.08±7.70	32.00±10.75	12.77±5.72	9.847	0.007
KGY	Migren	1.92±0.77	2.03±0.60	2.11±0.72	0.293	0.864
	Depresyon	2.15±0.73	1.31±0.71	1.75±0.61	5.236	0.073
ÇY	Migren	1.71±0.75	1.10±0.45	1.21±0.56	7.673	0.022
	Depresyon	1.18±0.65	1.48±0.57	1.19±0.59	0.534	0.766
BEY	Migren	1.39±0.72	0.88±0.50	1.20±0.23	7.248	0.027
	Depresyon	1.33±0.38	1.50±0.42	1.31±0.42	1.150	0.563
İY	Migren	1.79±0.72	1.71±0.49	2.11±0.74	2.066	0.356
	Depresyon	2.10±0.46	1.64±0.83	1.78±0.70	0.749	0.688
SDB	Migren	1.89±0.77	1.85±0.74	2.33±0.25	3.717	0.156
	Depresyon	1.73±1.08	1.70±0.69	1.94±0.64	0.375	0.829

* Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Çalışmada depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarının bakım vericinin çalıştığı sektöre göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Mann Whitney U ikili karşılaştırma sonuçlarına göre depresyon hastalığına sahip olan bireyin bakım vericilerinden sağlık sektöründe çalışanların ZBYÖ puan ortalamaları, kamu sektöründe çalışanlardan ZBYÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarının bakım vericinin çalıştığı sektöre göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Mann Whitney U ikili karşılaştırma sonuçlarına göre migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinden özel/serbest çalışanların BDÖ puan ortalamaları, sağlık ve kamu sektöründe çalışanların BDÖ puan ortalamalarından, depresyon

hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinden sağlık sektöründe çalışanların BDÖ puan ortalamaları, özel/serbest ve kamu sektöründe çalışanların BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerin SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamalarının bakım veren bireyin çalıştığı sektöre göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Mann Whitney U ikili karşılaştırma sonuçlarına göre migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinden özel/serbest sektörde çalışanların SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamaları, sağlık sektöründe çalışan bireylerin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY, her iki grup bakım vericinin SBTÖ alt boyutları KGY, İY ve SDB puan ortalamalarının çalıştıkları sektöre göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. Bakım vericinin toplam çalışma yılına göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

		Bakım Vericinin Toplam Çalışma Yılı				Test Sonucu	
		1 Yıdan Az	2-5 Yıl	6-9 Yıl	10 Yıl ve Üzeri	X2*	p
Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$		
ZBYÖ	Migren	39.38±21.73	33.55±18.09	22.30±10.71	32.74±24.88	4.286	0.232
	Depresyon	40.08±15.65	38.40±20.51	40.80±30.09	39.00±18.78	0.227	0.973
BDÖ	Migren	17.13±10.35	18.00±11.64	5.50±3.84	17.91±16.80	8.802	0.032
	Depresyon	22.79±10.66	16.20±9.39	15.40±5.03	14.56±9.06	6.853	0.077
KGY	Migren	2.04±0.69	1.92±0.58	1.91±0.65	2.04±0.81	0.956	0.812
	Depresyon	1.45±0.63	2.34±0.67	2.03±0.53	1.77±0.73	7.396	0.060
ÇY	Migren	1.41±0.74	1.70±0.69	1.24±0.27	1.33±0.77	3.164	0.367
	Depresyon	1.32±0.56	1.18±0.79	1.03±0.50	1.30±0.57	1.144	0.766
BEY	Migren	1.35±0.59	1.35±0.46	1.07±0.50	1.19±0.73	2.261	0.520
	Depresyon	1.24±0.54	1.33±0.44	1.13±0.34	1.40±0.41	2.865	0.413
İY	Migren	2.04±0.92	1.80±0.52	1.66±0.49	1.85±0.76	2.393	0.495
	Depresyon	1.36±0.65	2.12±0.52	1.92±0.33	1.99±0.60	9.005	0.029
SDB	Migren	1.75±0.69	1.64±0.78	2.13±0.54	2.08±0.63	4.707	0.195
	Depresyon	1.65±0.77	1.75±1.00	2.15±0.65	1.88±0.87	1.946	0.584

* Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamalarının bakım vericinin toplam çalışma yılına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Mann Whitney U ikili karşılaştırma sonuçlarına göre migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin toplam çalışma yılı 10 yıl ve üzeri ve 2-5 yıl olanların BDÖ puan ortalamaları, toplam çalışma yılı 6-9 yıl olan bireylerin BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ve toplam çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan bireylerinin İY puan ortalamaları, toplam çalışma yılı 1 yıldan az olan bireylerin İY puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY ve SDB puan ortalamalarının bakım veren bireyin toplam çalışma yılına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.21).

Tablo 4.22. Bakım vericinin haftalık çalışma süresine göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

		Bakım Vericinin Haftalık Çalışma Süresi				
		40 Saatten Az	40 Saat	40 Saatten Fazla	Test Sonucu	
Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	X ² *	p
ZBYÖ	Migren	17.75±9.95	21.35±10.95	39.67±23.34	8.326	0.016
	Depresyon	37.00±25.16	35.86±20.43	41.60±18.19	0.634	0.728
BDÖ	Migren	12.00±13.95	7.85±8.27	20.83±15.22	11.354	0.003
	Depresyon	18.33±10.86	15.50±10.46	16.80±10.08	0.329	0.848
KGY	Migren	2.04±1.00	2.07±0.55	1.96±0.78	0.155	0.926
	Depresyon	1.57±0.53	1.84±0.65	2.00±0.92	1.212	0.545
ÇY	Migren	0.88±0.64	1.17±0.38	1.64±0.78	6.530	0.038
	Depresyon	1.35±0.20	1.03±0.60	1.45±0.71	3.723	0.155
BEY	Migren	1.08±0.10	1.06±0.67	1.29±0.60	1.987	0.370
	Depresyon	1.28±0.44	1.30±0.40	1.47±0.37	0.918	0.632
İY	Migren	1.95±0.60	1.86±0.58	1.78±0.73	0.247	0.884
	Depresyon	1.80±0.44	1.86±0.68	1.98±0.73	0.513	0.774
SDB	Migren	1.81±0.69	2.00±0.54	1.90±0.86	0.251	0.882
	Depresyon	1.83±0.38	2.23±0.59	1.23±0.99	8.507	0.014

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ alt boyutu ÇY, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu SDB puan ortalamalarının bakım vericinin haftalık çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Mann Whitney U ikili karşılaştırma sonuçlarına göre migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinden haftada 40 saatten fazla çalışan bireylerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamaları, haftada ortalama 40 saat çalışan bireylerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının, bakım vericinin haftalık çalışma süresine göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinden haftada 40 saatten az ve haftada ortalama 40 saat çalışanların SBTÖ alt boyutu SDB puan ortalamaları, haftada 40 saatten fazla çalışanların SBTÖ alt boyutu SDB puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları KGY, BEY ve İY puan ortalamalarının bakım vericinin haftalık çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.22).

Tablo 4.23. Bakım vericinin sosyal destek durumuna göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

Ölçek ve Alt Boyutları	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	Sosyal Destek Durumu		Test sonucu	
		Evet $\bar{X}\pm SS$	Hayır $\bar{X}\pm SS$	Z*	p
ZBYÖ	Migren	28.90±18.30	36.68±23.47	-1.273	0.203
	Depresyon	36.93±18.37	43.70±17.64	-1.308	0.191
BDÖ	Migren	12.21±10.95	18.87±14.75	-1.829	0.067
	Depresyon	16.97±11.03	21.45±8.24	-1.973	0.048
KGY	Migren	2.11±0.66	1.89±0.73	-1.188	0.235
	Depresyon	1.69±0.72	1.72±0.70	-0.697	0.486
ÇY	Migren	1.13±0.53	1.67±0.73	-2.702	0.007
	Depresyon	1.19±0.58	1.39±0.54	-1.283	0.200
BEY	Migren	1.14±0.63	1.33±0.58	-1.286	0.199
	Depresyon	1.33±0.44	1.23±0.51	-0.301	0.764
İY	Migren	1.97±0.77	1.75±0.68	-1.160	0.246
	Depresyon	1.68±0.71	1.71±0.62	-0.080	0.936
SDB	Migren	1.84±0.52	1.99±0.79	-1.341	0.180
	Depresyon	2.02±0.68	1.43±0.87	-2.424	0.015

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmada depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ve SBTÖ alt boyutu SDB, migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının sosyal destek durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Aile dışında akraba/dostlardan sosyal destek almayan bireylerin BDÖ ve SBTÖ alt boyutu ÇY, Aile dışında akraba/dostlardan sosyal destek alan bireylerin BDÖ ve SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarından, anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$). Aile dışında akraba/dostlardan sosyal destek alan bireylerin SBTÖ alt boyutu SDB puan ortalamaları almayan bireylerin SBTÖ alt boyutu SDB puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ve SBTÖ alt boyutu SDB puan ortalamalarından aile dışında sosyal destek veren akraba/dost varlığına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, SBTÖ alt boyutları BEY ve İY puan ortalamalarının aile dışında sosyal destek veren akraba/dost varlığına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.23).

Tablo 4.24. Bakım vericilerin bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiye ait korelasyon analizi sonuçları.

	Bakım Verilen Bireyin Tanısı	ZBYÖ	BDÖ	KGY	ÇY	BEY	İY	SDB
Migren	ZBYÖ	1						
Depresyon		1						
Migren	BDÖ	.68**	1					
Depresyon		.37**	1					
Migren	KGY	-.48**	-.44**	1				
Depresyon		-.10	-.59**	1				
Migren	ÇY	.38**	.60**	-.42**	1			
Depresyon		.04	.39**	-.30*	1			
Migren	BEY	.39**	.51**	-.26*	.46**	1		
Depresyon		.12	.08	-.13	.30*	1		
Migren	İY	-.33**	-.28*	.76**	-.29*	-.07	1	
Depresyon		.07	-.35*	.59**	-.22	.05	1	
Migren	SDB	-.13	-.17	.06	-.07	-.11	.06	1
Depresyon		.10	-.17	.13	-.09	-.01	-.08	1

* $p<0,05$ ** $p<0,001$

Çalışmada migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ile BDÖ puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30 < |r| < 0.70$), pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0.01$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ile SBTÖ alt boyutları KGY ve İY puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30 < |r| < 0.70$), negatif yönlü ($p < 0.01$) ve anlamlı, ZBYÖ ile SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamaları arasında ise orta düzeyde ($0.30 < |r| < 0.70$), pozitif yönlü ($p < 0.01$) ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ile SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY ve İY puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylere bakım veren bireylerin ZBYÖ ve SBTÖ alt boyutu SDB puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerin BDÖ ile SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30 < |r| < 0.70$), pozitif yönlü ve anlamlı ($p < 0.01$), BDÖ ile SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30 < |r| < 0.70$), negatif yönlü ($p < 0.01$) ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ile SBTÖ alt boyutu BEY puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30 < |r| < 0.70$), pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ile SBTÖ alt boyutu BEY puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($r = 0.08$; $p > 0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ile SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamaları arasında düşük düzeyde ($|r| = 0.28 < 0.30$) ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ile SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30 < |r| = 0.35 < 0.70$), negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$). Migren ve Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu BDÖ ile SBTÖ alt boyutu SDB puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalamaları ile SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30 < |r| < 0.70$), negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları KGY ile BEY puan ortalamaları arasında düşük düzeyde ($|r| < 0.30$), negatif

yönlü ve anlamlı ilişki, SBTÖ alt boyutları KGY ile İY puan ortalamaları arasında yüksek düzeyde ($|r|=0.76|>0.70$) pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=-0.26$; $p<0.01$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları KGY ile BEY puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($r=-0.13$; $p>0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları KGY ile İY puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30<|r|=0.59|<0.70$), pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları KGY ile SDB puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları ÇY ile BEY puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30<|r|<0.70$), pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$).

5. TARTIŞMA

Çalışma, migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla çalışmaya GATA Acil Servis Polikliniği' ne başvuran migren hastalığına sahip olan 60 bireyin bakım vericisi ile GATA Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran depresyon hastalığına sahip olan 50 bireyin bakım vericisi alınmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular altı başlık altında tartışılmıştır. Bunlar;

- Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımının tartışılması.
- Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımının tartışılması.
- Bakım vericilerin bakım verilen bireylerin tanılarına göre ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımının tartışılması.
- Bakım verilen bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ puan ortalamalarının dağılımının tartışılması.
- Bakım vericilerin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ puan ortalamalarının dağılımının tartışılması.
- Bakım vericilerin bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiye ait bulguların tartışılması

5.1. Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımının Tartışılması

Çalışma kapsamında yer alan migren hastalığına sahip olan bireylerin %71.7'si, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin %66'sı kadındır (Bkz Tablo 4.1). Araştırmadan elde edilen bu bulgularda migren ve depresyon hastalığına sahip olan kadın sayısının fazla olduğu görülmüştür. Benzer çalışmalarda migren ve depresyon hastalıklarının kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (11, 109, 110). Bu durum toplumda migren ve depresyon taraması planlanırken

cinsiyet farklılığının bu hastalıklara sebep olabileceğini ve tetikleyici faktör olduğu gerçeğinin göz ardı edilmemesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin %36.7'si 18-31 yaş ve %36.7'si 32-45 yaş aralığındadır. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin ise %44'ü 18-31 yaş aralığındadır (Bkz Tablo 4.1). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre genç erişkinlerde migren ve depresyon hastalıkları diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Benzer çalışmalarda da 18-31 yaş aralığında ki bireylerde migren ve depresyon hastalıklarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (14, 111). Bu bulgular aktif çalışma hayatı, yoğun iş temposu, evlilik gibi erişkin dönemde karşılaşılan stresörlerin migren ve depresyon hastalıklarına yol açabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmada migren hastalığına sahip olan bireylerin %53.3'ünün, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin ise %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (Bkz Tablo 4.1). Benzer çalışmalarda da söz edildiği gibi eğitim düzeyinin düşük olması migren ve depresyon hastalıklarına sebep olabilmektedir (112, 113). Eğitim düzeyinin yüksek olması bireylerin sorunlarını tanımlayabilmelerini, uygun çözüm yollarını bulabilmelerini, kendilerini etkin ifade etmelerini kolaylaştırabilir. Bu bağlamda elde edilen bu sonuç eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde migren ve depresyon hastalıklarının daha az görüldüğünü düşündürmektedir.

5.2. Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımının Tartışılması

Yapılan çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %58.3'ü, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ise %62'si kadındır. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %58.3'ü, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ise %60'ı evlidir (Bkz Tablo 4.2). Araştırmadan elde edilen bu bulgularda bakım verici bireylerin çoğunluğunun evli olması kadınlara hasta bakımı konusunda toplum tarafından daha fazla sorumluluk yüklendiğini ve buna bağlı olarak da bu bireylerde bakım yükünün daha fazla olduğunu göstermektedir. Özellikle evlilik durumu hem hasta bakımı hem de evde ki diğer aile üyeleri ile ilgili sorumlulukları yerine getirme konusunda zorlanan kadınlarda migren ve depresyon hastalıklarının daha fazla

görülmesi kadınlara yüklenen toplumsal rollerin erkeklerden farklı olduğunu göstermektedir. Benzer çalışmalarda da elde edilen sonuçlara göre bakım vericilerin genellikle evli bayanlardan oluştuğu görülmektedir (82, 114, 115).

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %41.7'si 18-31 yaş aralığında, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ise %38'i 32-45 yaş aralığındadır (Bkz Tablo 4.2). Çalışmadaki bu bulgulara bakıldığında migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericileri daha genç bireylerden oluşurken depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericileri ise orta yaş grubu bireylerden oluşmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında da depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericileri 32-45 yaş arası bireylerden oluşmaktadır (30). Bu durum depresyon hastalığına sahip olan bireylerin daha uzun süre bakıma gereksinimi olduğunu ve ailelerinde genellikle orta yaşlı bireylerinin bu bakımı üstlenebildiğini düşündürmektedir.

Bakım verme işlevi fiziksel, psikolojik anlamda bireyi zorlayan yaşam kalitesini etkileyen, sabır gerektiren ve kişilerin bireysel özelliklerine göre farklılıklar gösterebilecek subjektif bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Bakım yükünün subjektif bir kavram olmasına bağlı olarak farklı örneklem gruplarında demografik özelliklerin etkisi de farklı olabilmektedir (23). Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %46.7'sinin, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ise %50'sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Bkz Tablo 4.2). Literatürde bakım vericilerin eğitim durumları ile ilgili benzer sonuçlar mevcut olsa da tam tersi bulguların da olduğu görülmüştür (30, 116). Çalışmanın yürütüldüğü GATA da seçilen örneklem grubunun çoğunlukla eğitim düzeyi yüksek bir kesimi temsil etmesi nedeniyle elde edilen bu bulguları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %51.7'sinin bakım verilen bireyin anne ve babası olduğu, %50'sinin, eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı %36.7' sinin çocuğu olmayan bireylerden oluştuğu saptanmıştır. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ise %42'si bakım verilen bireyin anne ve babası olan, %42'sinin eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %40'ının çocuğu olmayan bireylerden oluştuğu saptanmıştır (Bkz Tablo 4.2). Bu durum bireylere çocukluklarından itibaren doğal bir görev olarak bakım veren anne

ve babaların erişkinlikte de bakım verme işlevlerini yürüttüklerini göstermektedir. Benzer çalışmalarda da bakım vericilerin genellikle anne ve babalardan oluştuğu görülmektedir (117, 118).

Çalışmamızda migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %65'inin psikolojik destek, %35'inin bakım verilen bireyin bütün ihtiyaçlarını karşılama, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ise %60'ının psikolojik destek sağlama, %40'ının ise bakım verilen bireyin bütün ihtiyaçlarını karşılama alanında zorluk yaşadığı saptanmıştır (Bkz Tablo 4.2). Elde edilen bu sonuç kronik hastalıklarda bakım verme işlevinin bakım vericiye ekonomik, psikolojik ve fiziksel alanda zorluk yaşattığını düşündürmektedir. Bu bulguların literatür ile uyumlu olduğu saptanmıştır (24, 118, 119).

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %88.3'ünün şehirde yaşadıkları, %53.3'ünün çocukluklarını köy/kasabada geçirdikleri, %80'inin çalıştıkları, %38.3'ünün 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip oldukları, %50'sinin haftada 40 saatten fazla çalıştıkları saptanmıştır. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %86'sının şehirde yaşadıkları, %56'sının çocukluklarını şehirde geçirdikleri, %60'ının çalıştıkları, %48'inin 1 yıl ve altında çalışma süresine sahip oldukları bulunmuştur. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin halen çalışmakta oldukları ve çalışma yılının da daha fazla olduğu görülmektedir. (Bkz Tablo 4.2). Bu sonuca göre şehirde yaşamamanın ve iş hayatında olmanın bireylerde depresyon ve migren gibi stres ile doğru orantılı olduğu saptanmış hastalıklara sebep olabileceği düşünülmektedir. Kentleşmenin stres verici yaşam olaylarını arttırdığı bilinmektedir. Yoğun çalışma hayatı, trafik, çarpık yapılanma bireylerin migren ve depresyon hastalıklarına sahip olmalarına neden olabilmektedir (120). Elde edilen bu sonuçlar şehirde yaşamamanın ve yoğun iş temposunun bakım kalitesini etkileyeceği ve bakım vericiler için ruhsal ve fiziksel hastalıklara sebep olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır. Bu kapsamda çalışmanın bulguları ile literatür bulguları arasında paralellik saptanmıştır (118, 119).

Çalışmamızda migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %48.3'ü ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %60'ı aile dışında akraba/dostlarından destek almaktadırlar. Literatürde sosyal desteğin bakım verme yükünü azalttığına dair sonuçlar elde edilmiş olması çalışmamızdaki

sonuçlarla benzerlik göstermektedir (23, 121). Bu durumda bakım vericiler için sosyal desteğin önemli olduğu düşünülmektedir.

Yukarıda tanımlayıcı özelliklere ilişkin yapılan tartışmada görülmektedir ki migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin tanımlayıcı özelliklerinin benzer olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre bakım vericilerin tanımlayıcı özelliklerinin birbirleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

5.3. Bakım Vericilerin Bakım Verilen Bireylerin Tanılarına Göre ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması.

Çalışma kapsamında ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamalarının bakım verilen bireyin tanısına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları migren hastalığına sahip olan bireylerden yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz Tablo 4.4). Literatüre göre her iki grupta da orta derecede bakım yükü olduğu söylenebilmektedir (122). Depresyonla ilişkili literatürde BDÖ ölçek kesme puanının 17 ve üzerinde olması durumunda %90'ın üzerinde bir doğruluk payı ile bireye depresyon tanısı koyulabileceği ifade edilmektedir (49, 56, 123). Çalışmamızda depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinde BDÖ ölçek toplam puan ortalamalarının 17 ve üzerinde olması depresyon varlığını göstermektedir. Benzer çalışmalarda da depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinde depresyonun varlığının tespit edildiği ifade edilmektedir (30, 23). Bu hastalığa sahip olan bireylerin bakım vericilerinde bakım verme yükünün ve depresyon düzeyinin migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinden daha yüksek çıkmasının bazı nedenleri vardır. Bu nedenler arasında depresyonun kronikleşme eğiliminin olması, belirtilerinin daha uzun süre sürmesi, aile süreçlerinde ve rol performansında daha uzun süre değişim olması olarak sıralanmaktadır. Buna karşın migren hastalığına sahip olan bireylerin tedavilerinin semptomatik olması, günlük yaşantısına daha hızlı dönebilmesi gibi nedenlere bağlı olarak bakım vericilerin bakım yükü ve depresyon puanlarının daha düşük çıktığı düşünülmektedir (79).

Depresyon ve migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verirken yaşadıkları güçlüklerin onların bakım verme yükü ve depresyon

düzeylerini artıracakları ve stresle başa çıkma tarzlarını etkileyebilecekleri düşünülmektedir. Bu nedenle bakım vericilerin stresle başa çıkma tarzlarını belirlemenin ve bakım verdikleri bireylerin tanılarına göre farklılıkları ortaya koymanın oldukça önemli olduğu varsayılarak bu çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmada migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin stresle başa çıkmada en sık kullandıkları tarzların sırasıyla kendine güvenli yaklaşım ve çaresiz yaklaşım olduğu saptanmıştır. SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalamalarının bakım verilen bireyin tanısına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalamaları depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinininkinden anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bakım vericilerin SBTÖ alt boyutları ÇY, BEY, İY, SDB puan ortalamalarının ise hastalık tanısına göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Bkz Tablo 4.4). Bu puanlar arasında anlamlı fark olmaması migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin stresle baş etme tarzlarının benzer olduğunu düşündürmektedir.. Buna göre migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalamalarının yüksek olması stresle etkin baş etme tarzları kullandıkları şeklinde yorumlanabilir. Buna karşın her iki hastalık tanısına göre bakım vericilerin SBTÖ alt boyutları ÇY, BEY, İY, SDB puan ortalamalarının farklılık göstermemesi bu bireylerin bakım vericilerinin stresle baş etme tarzlarında benzer davranışlar gösterdikleri şeklinde yorumlanmaktadır. Her iki hastalığın SBTÖ alt ölçek puan ortalamalarının benzer olması hastalığın fiziksel ya da ruhsal olması dikkate alınmaksızın bu bireylerin bakım vericilerine benzer müdahaleler yapılabileceği şeklinde yorumlanmaktadır. Bu bağlamda her iki hastalık tanısına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin tanımlayıcı özellikleri dikkate alınarak stresle baş etmede etkin yöntemlerin öğretilabileceği düşünülmektedir.

5.4. Bakım Verilen Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre migren hastalığına sahip olan erkek bireylerin bakım vericilerinin BDÖ toplam puan ortalamalarının (20.94 ± 13.45) kadın bireylerin bakım vericilerinden (13.56 ± 12.90) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu

saptanmıştır ($p>0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan erkek bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının ise (1.57 ± 0.41), bayan bireylerin bakım vericilerinden (1.12 ± 0.59) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu iki hastalığa sahip olan bireyler arasında ZBYÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, BEY, İY, SDB puan ortalamaları açısından farklılık görülmemiştir ($p>0.05$) (Bkz Tablo 4.5). Çalışmadan elde edilen bu bulgular erkek bireylerin duygularını ifade etmekte kadınlara göre daha fazla zorlandıklarını, bunun sonucunda bakım veren bireylerin çaresizlik ve depresyon yaşadıklarını düşündürmektedir. Aysan ve arkadaşları çalışmalarında kadınlarda sosyal destek arama davranışının erkeklere oranla daha fazla olduğunu saptamışlardır (124). Erkek bireylerin yardım arama davranışlarının kadınlardan daha az olmasının bakım vericilerin çaresizlik duygusu hissetmelerine neden olabileceği düşünülmektedir. Bu duygunun sonucunda bakım vericilerin stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşım tarzı geliştirdikleri ve dolayısı ile depresyon puanlarının da yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, BEY, İY, SDB puan ortalamalarının bakım verilen bireyin yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Bkz Tablo 4.6). Benzer çalışmalarda da bireylerin yaşlarının bakım verme yükü, depresyon düzeyi ve stresle başa çıkma tarzlarını etkilemediği görülmektedir (82, 83, 84, 85, 86). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının bakım verilen bireyin yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz Tablo 4.6). 18-31 yaş arası bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının, 32-45 yaş arası ve 60 yaş ve üzeri bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre bakım verilen bireyin yaşı azaldıkça SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının arttığı görülmüştür. Bu sonuç genç erişkin bireylerin stresle baş etme becerilerinin düşük olduğunu ve bu durumu bakım vericilerine yansıttıklarını onların da hastalık sürecinde çaresiz yaklaşım tarzı geliştirdiklerini düşündürmektedir.

Çalışmada migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY, İY, SDB puan ortalamalarının bakım verilen bireyin

eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin ZBYÖ puan ortalamalarının bakım verilen bireyin eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarının bakım verilen bireyin eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). İlköğretim mezunu bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarının, niversite mezunu bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin BD puan ortalamalarının bakım verilen bireyin eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Migren hastalığına sahip olan ilköğretim mezunu bireylerin bakım vericilerinin BD puan ortalamalarının, lise mezunu bireylerin bakım vericilerinin BD puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Bkz Tablo 4.7). Bakım verilen bireylerin eğitim düzeyleri düştükçe bakım vericilerin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamalarının yükselmesi eğitim ile birlikte problem zme becerisinin arttığını, kendini ifade etme yeteneğinin geliştiğini ve bakım vericilerin eğitimi bireylerin hastalık sürecine uyum sağlayabildikleri şeklinde yorumlanmaktadır. Bu durumun bakım vericilerde daha az bakım yükü oluşturduğu bu sebeple eğitimi bireylerin bakım vericilerinde depresyon düzeyinin daha düşük olduğu düşünülmektedir.

5.5. Bakım Vericilerin Tanımlayıcı zelliklerine göre Bakım Vericilerin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması.

Çalışmada migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BD, SBTÖ alt boyutları KGY, BEY, İY, SDB puan ortalamalarının bakım vericinin cinsiyetine, medeni durumuna, yaşına, zorlanılan bakım alanlarına, evde birlikte yaşadığı kişilere, ocuk sayısına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$), (Bkz Tablo 4.8, 9, 10, 14, 15, 16). Benzer çalışmalarda da bu değişkenlerin bakım yükü, depresyon düzeyi ve stresle başa çıkma tarzlarını etkilemediği görülmektedir (24, 125-128). Yaş grupları arasında farklılık saptayan çalışmalara da rastlanmıştır (129). Bu değişkenlerin farklılık göstermemesi iki grup bakım vericinin cinsiyet, medeni durum, yaş, evde

birlikte yaşadığı kişiler, çocuk sayısı gibi bireysel özelliklerinin birbirlerine benzediklerini düşündürmektedir. Özellikle zorlanılan bakım alanları konusunda fark saptanmaması migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin maddi destek sağlama, psikolojik destek sağlama ve bakım verdikleri bireylerin bütün ihtiyaçlarını karşılama konusunda benzer zorluklar yaşadıkları şeklinde yorumlanmaktadır. Bu durumda hemşirelerin migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerine baş etme stratejileri geliştirmeleri hakkında danışmanlık yapmalarının çok önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamalarının bakım vericinin eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinden ilköğretim mezunu olanların ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamalarının, lise mezunu ve üniversite mezunu olanların ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Bkz Tablo 4.11). Bu durumda migren hastalığı konusunda bilgi eksikliğinin depresyon hastalığına göre daha fazla olduğu düşünülmektedir. Literatürde de eğitim düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı ifade edilmektedir (64, 65). Bu sonuç migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerin eğitim düzeyi azaldıkça bilgi eksikliklerinin arttığı bu doğrultuda hastalık sürecinde çaresizlik ve belirsizlik yaşadıkları sonuçta daha fazla bakım yükü altına girdikleri ve depresyon düzeylerinin yükseldiği şeklinde yorumlanmaktadır. Bu bulguya göre hemşirelerin migrenin psikosomatik boyutu hakkında bakım vericileri bilgilendirmelerinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamalarının bakım vericinin yakınlık durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireyin anne-babası olan bakım vericinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamalarının, bireyin eşi ve çocuğu olanların puanlarından anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamalarının bakım vericinin yakınlık durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$), (Bkz Tablo 4.12). Bu bulgulara göre bakım vericilerin anne-baba olmalarının bakım

verilen bireylerin tedavi süreci açısından olumlu olduğu düşünülmektedir. Bakım vericinin çoğu zaman bakım verme işlevi için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmadığı ifade edilmektedir (82). Anne ve babaların doğal bir görevi olan bakım verme işlevinin bireylerin bakıma ihtiyaç duydukları çocukluk dönemi kadar sağlık problemleri yaşadıkları yetişkinlik döneminde de devam etmekte olduğu düşünülmektedir. Elde edilen sonuçlar hastalık sürecinde anne ve babaların diğer bakım vericilere göre daha sabırlı ve özverili oldukları şeklinde yorumlanmaktadır. Bu durumda sağlık ekibi üyelerinin diğer bakım vericilere daha fazla rehberlik yapmalarının bakım verme işlevini geliştirmelerine, daha az kaygı hissetmelerine sonuçta bakım yüklerinin azalmasına olanak sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarının bakım alanına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.13). Migren hastalığına sahip olan bireylere psikolojik destek veren bakım vericilerin BDÖ puan ortalamaları, bütün ihtiyaçlarını karşılayan bireylerin BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Baş ağrısı olan hastalarla ilgili yapılan bir çalışmada %35 oranında umutsuzluk saptanmıştır (130). Kıvrak ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Migren tedavisinde ilaçlara ek olarak depresyon tedavisinde olduğu gibi davranışçı terapiler de kullanılmaya başlanmıştır (131). Migren hastalığının iş ilişkileri, sosyal ilişkiler ve aile ilişkileri üzerinde negatif etkileri olduğu düşünülmektedir. Bu negatif etkilerin fiziksel, sosyal ve psikolojik yönleri ile sadece bireyi değil bireyin çevresinde ona yakın olan kişileri de etkilediği düşünülmektedir. Bu sebeple hasta yakınlarının kendilerini fiziksel, duygusal ve sosyal alanda yük altında hissedebildikleri ifade edilmektedir (132). Bu yükün bireylerin depresyon düzeylerini belirleyebildiği düşünülmektedir. Çalışmamızda psikolojik desteğin bakım vericilerde daha fazla yük oluşturduğu görülmüştür. Bu sonucun migrenin psikosomatik boyutu ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlanmakta ve bakım vericilerin bakım verme konusunda çaresizlik yaşadıkları düşünülmektedir.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamalarının yaşadıkları yere göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Köy/kasabada yaşayan bakım vericilerin bakım yükü puanlarının, şehirde

yaşayanların ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Bkz Tablo 4.17). Benzer çalışmalarda da bizim çalışmamızla uyumlu sonuçların elde edildiği görülmektedir (133-135). Bu sonuçların eğitim düzeyi ve bilgi eksikliği ile ters orantılı olduğu düşünülmektedir. Köyde ve kasabada yaşayan bireylerin şehirde yaşayanlara oranla eğitim düzeylerinin daha düşük olduğunun düşünülmesi bakım vericilerin hastalık sürecinde bilgi eksikliğine bağlı kaygı yaşadıkları, bakım yükleri ve depresyon düzeylerinin arttığı, stresle başa çıkma tarzlarının etkisiz olabildiği şeklinde yorumlanmaktadır. Bu durumda hemşirelerin vereceği iyi bir danışmanlık hizmetinin bakım vericilerin kaygılarının azalması, etkili baş etme yöntemlerinin geliştirmesi açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarının bakım vericinin gelir durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireye bakım vericilerinden ve geliri giderinden az olanların depresyon puan ortalamalarından, geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olanların depresyon puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz Tablo 4.19). Hastalık sürecinin hem birey hem de aile için psikolojik, sosyal ve ekonomik problemler oluşturabildiği düşünülmektedir. Bireylere verilecek sağlık hizmeti için ekonomik desteğin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu durumda bakım vericiler maddi yük altına girmektedirler. Çalışmada da bu durumu destekler bir sonuç elde edilmiştir. Benzer çalışmalarda da bizim çalışmamızı destekler sonuçlar elde edilmiştir (136, 137).

Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Çalışmayan bakım vericilerin ZBYÖ puan ortalamalarının, çalışan bireylerin ZBYÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmayan bakım vericilerin BDÖ puan ortalamalarının, çalışanların kinden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamalarının çalışma durumuna göre

anlamli düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Çalışan bakım vericilerin SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamalarının, çalışmayanların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Bkz Tablo 4.20). Sağlıklı bir iş hayatının bireylerin sosyal ilişkilerini geliştirdiği ve problem çözme becerilerini arttırdığı düşünülmektedir. Çalışmada bireylerin çalışıp çalışmaması arasında ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ alt boyutu İY puanları açısından anlamlı fark saptanmıştır. Çalışan bireylerin çalışmayanlara göre ZBYÖ, BDÖ puanlarının düşük SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamalarının yüksek olması, kişilerin iş yaşantısı içerisinde problem çözme becerilerinin geliştiği şeklinde yorumlanmaktadır. Benzer çalışmalarda da çalışmamıza uyumlu sonuçlar elde edilmiştir (112, 135).

Çalışmada depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarının bakım vericinin çalıştığı sektöre göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinden sağlık sektöründe çalışanların ZBYÖ puan ortalamaları, kamu sektöründe çalışanların ZBYÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.005$), (Bkz. Tablo 4.21). Sağlık çalışanlarının iş hayatlarının oldukça stresli olduğu düşünülmektedir. Çalışmada bakım verici rolünde olan sağlık çalışanlarının diğer sektörlerde çalışanlara göre depresyon düzeyleri yüksek çıkmıştır. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve depresyon ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır (136-138). Bireylerin hem sağlık çalışanı hem de bakım verici rolünde olmalarının ise depresyon düzeyini daha da arttırdığı düşünülmektedir. Bu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmada depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarının aile dışında sosyal destek veren akraba/dost varlığına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Aile dışında akraba/dostlardan sosyal destek almayan bakım vericilerin BDÖ puan ortalamalarının, aile dışında akraba/dostlardan sosyal destek alan bakım vericilerin BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarından aile dışında sosyal destek veren akraba/dost varlığına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Aile dışında akraba/dostlardan sosyal destek almayan bakım vericilerin SBTÖ alt boyutu

ÇY puan ortalamalarından, aile dışında akraba/dostlardan sosyal destek alan bakım vericilerin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu SDB puan ortalamalarının aile dışında sosyal destek veren akraba/dost varlığına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Aile dışında akraba/dostlardan sosyal destek alan bakım vericilerin SBTÖ alt boyutu SDB puan ortalamalarının, aile dışında akraba/dostlardan sosyal destek almayan bakım vericilerin sosyal desteğe başvurma puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Bkz. Tablo. 4.24). Bakım verme işlevi yürütülürken sosyal desteğin varlığı çok önemli olduğu ifade edilmektedir (23). Bakım vericilerin hastalık sürecinde ekonomik, psikolojik ve fiziksel olarak zorlandıkları düşünülmektedir. Lipton ve arkadaşları, migren hastalığının aile üzerine etkisini araştırdıkları bir çalışmada, ailenin sosyal faaliyetler, çocuk bakımı, ev işleri, boş zaman faaliyetleri gibi konularda yaşadıkları zorlukları araştırmışlardır. Bu çalışmada migren hastalığına sahip olan bireyler ile beraber yaşayan 389 kişinin %85 i migren atağı gelir korkusu ile planlar yapmaktan, %32 si eğlenceli faaliyetlerden, %45 i ev işlerinden kaçındıklarını belirtilmektedir. Bakım vericilerin %50-52 si bakım verilen bireylerin atak dönemlerinde çocukları ile tartıştıklarını ve %20-60 oranında ev içi ilişkilerinin bozuk olduğunu ifade etmişlerdir (7). Bakım verme işlevinin bakım vericinin hem aile içi diğer sorumluluklarını aksatmasına hem de iş yaşantısında problemler yaşamasına neden olabileceği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da bakım vericilerin sosyal desteklerinin olmaması depresyon düzeylerini artırmış ve çaresiz yaklaşım tarzı geliştirmelerine neden olmuştur. Bu durumda hemşirelerin sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık hizmeti ekip üyeleri ile beraber çalışarak bakım vericilere yol göstermelerinin, sosyal desteklerini artıracak yöntemleri birlikte belirleyerek onlara danışmanlık yapmalarının çok önemli olduğu düşünülmektedir.

5.6. Bakım Vericilerin Bakım Verme Yükleri, Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmada migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamaları ile BDÖ puan ortalamaları arasında orta

düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ve BDÖ ile SBTÖ alt boyutları KGY ve İY puan ortalamaları arasında orta düzeyde, negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ve BDÖ ile SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Elde edilen bulgular bu hastalıklara sahip olan bireylerin çevrelerini ve özellikle ailelerini etkiledikleri, aile üyelerinin bakım verici rollerinde zorlandıkları, zorlanma ile birlikte stresle baş etme becerilerinin zayıfladığı ve bunun sonucunda depresyon gelişebildiği şeklinde yorumlanmaktadır.

Sağlık ekibi içerisinde bulunan ve bireylerin aileleri ile daha yakın iletişim halinde olan hemşirelerin tüm bu sonuçları gözden geçirmelerinin, bakım vericiler ile iş birliği içerisinde olmalarının ve etkili danışmanlık hizmeti vermelerinin bakımın kalitesini artıracakı düşünülmektedir. Ayrıca bu danışmanlığın bakım vericilerin bakım verme yüklerini ve depresyon düzeylerini azaltacakı ve etkili stresle baş etme tarzları geliştirmelerine yardım edeceğı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma GATA Psikiyatri ve Acil Servis Polikliniklerinde migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.

6.1. Araştırma Sonuçları

1. Araştırmaya migren hastalığına sahip olan 60 bireyin bakım vericisi ve depresyon hastalığına sahip olan 50 bireyin bakım vericisi olmak üzere 110 bakım verici katılmıştır. Migren hastalığına sahip olan bireylerin %71.7'sinin kadın, %36.7'sinin 18-31 yaş ve %36.7'sinin 32-45 yaş aralığında olduğu, %53.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin %66'sının kadın, %44'ünün 18-31 yaş aralığında, %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (Bkz Tablo 4.1).
2. Çalışmaya katılan migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %58.3'ünü kadın, %58.3'ünü evli, %41.7'sini 18-31 yaş aralığında, %46.7'sini üniversite düzeyinde eğitim gören, %51.7'sini bakım verilen bireyin anne ve babası olan, bireyler oluşturmuştur. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin %62'sini kadın, %60'ını evli, %38'ini 32-45 yaş aralığında, %50'sini üniversite düzeyinde eğitim gören, %42'sini bakım verilen bireyin anne ve babası olan, bireyler oluşturmuştur. Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericileri arasında bu tanımlayıcı özelliklerine göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$), (Bkz Tablo 4.2).
3. Çalışmada ki migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericileri arasında bakım alanlarına, çalışma durumlarına, çalışmakta oldukları sektöre göre anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$), (Bkz Tablo 4.2).

4. Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ alt boyutu KGY ölçek puan ortalamalarının bakım verilen bireyin tanısına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ve BDÖ toplam puan ortalamaları migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinden anlamlı düzeyde daha yüksektir. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalaması depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalamasında anlamlı düzeyde daha yüksektir. SBTÖ alt boyutları ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım verilen bireyin tanısına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Bkz Tablo 4.3).
5. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının bakım verilen bireyin cinsiyetine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan erkek bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamaları, kadın bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Depresyon hastalığına sahip olan erkek bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamaları, kadın bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, BEY, İY, SDB puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Bkz Tablo 4.4).
6. Çalışmada depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının bakım verilen bireyin yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının bakım verilen bireyin yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$), (Bkz Tablo 4.5).

7. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarının bakım verilen bireyin eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan ilköğretim mezunu bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamaları, üniversite mezunu bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0.008$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarının bakım verilen bireyin eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım verilen bireyin eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Bkz Tablo 4.6).
8. Çalışmada migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım vericinin cinsiyetine, medeni durumuna, yaşına, zorlandığı bakım alanına, birlikte yaşadığı kişilere, çocuk sayısına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Bkz Tablo 4.7, 4.8, 4.9, 4.13, 4.14, 4.15).
9. Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamalarının bakım vericinin eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamalarının bakım vericinin eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları KGY, ÇY, BEY, İY ve SDB puan ortalamalarının bakım vericinin eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Bkz Tablo 4.10).
10. Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamalarının bakım vericinin bakım verilen bireye yakınlık durumuna göre anlamlı

düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireyin kardeşi olan bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamaları, migren hastalığına sahip olan bireyin çocuğu olan bakım vericilerin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p=0.036$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY ve BEY puan ortalamalarından bakım vericinin bakım verilene yakınlık durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Bkz Tablo 4.11).

11. Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarından bakım alanına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireye psikolojik destek veren bakım vericilerin BDÖ puan ortalamaları, bütün ihtiyaçlarını karşılayan bakım vericilerin BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BEY ve İY puanlarının bakım alanına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$), (Bkz Tablo 4.12).
12. Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY, BEY, puan ortalamalarının yaşadığı yere göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Köy/kasabada yaşayan bireylerin ZBYÖ, BDÖ, SBTÖ alt boyutları ÇY, BEY puan ortalamaları, şehirde yaşayan bireylerin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek, SBTÖ alt boyutları İY ve SDB ise anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$), (Bkz Tablo 4.16).
13. Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmayan bireylerin ZBYÖ puan ortalamaları, çalışan bireylerin ZBYÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ve SBTÖ alt boyutu İY puan

ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Çalışmayan bireylerin BDÖ puan ortalamaları, çalışan bireylerin BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek, SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamalarından düşüktür ($p<0.05$), (Bkz Tablo 4.19).

14. Çalışmada depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ puan ortalamalarının bakım vericinin çalıştığı sektöre göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon hastalığına sahip olan bireyin bakım vericilerinden sağlık sektöründe çalışanların ZBYÖ puan ortalamaları, kamu sektöründe çalışanların ZBYÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ puan ortalamalarının bakım vericinin çalıştığı sektöre göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz Tablo 4.20).
15. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamalarının bakım vericinin toplam çalışma yılına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin toplam çalışma yılı 10 yıl ve üzeri ve 2-5 yıl olanların BDÖ puan ortalamaları, toplam çalışma yılı 6-9 yıl olan bireylerin BDÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ve toplam çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan bireylerinin SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamaları, toplam çalışma yılı 1 yıldan az olan bireylerin SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$) (Bkz Tablo 4.21). Çalışmada migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ, BDÖ ve SBTÖ alt boyutu ÇY, depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu SDB puan ortalamalarının bakım vericinin haftalık çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinden haftada 40 saatten az ve haftada ortalama

40 saat çalışanların SDB puanları, haftada 40 saatten fazla çalışanların SDB puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$), (Bkz Tablo 4.22).

16. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ve SBTÖ alt boyutu SDB, migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarının sosyal destek durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Aile dışında akraba/dostlardan sosyal destek almayan bireylerin BDÖ ve SBTÖ alt boyutu ÇY, Aile dışında akraba/dostlardan sosyal destek alan bireylerin BDÖ ve SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamalarından, anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$), (Bkz Tablo 4.23).
17. Çalışmada migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ile BDÖ puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30<|r|<0.70$), pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.01$) Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin ZBYÖ ile KGY ve SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30<|r|<0.70$), negatif yönlü ($p<0.01$) ve anlamlı, ZBYÖ ile SBTÖ alt boyutu ÇY ve BEY puan ortalamaları arasında ise orta düzeyde ($0.30<|r|<0.70$), pozitif yönlü ($p<0.01$) ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ile SBTÖ alt boyutu ÇY puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30<|r|<0.70$), pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0.01$), BDÖ ile SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30<|r|<0.70$), negatif yönlü ($p<0.01$) ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ile SBTÖ alt boyutu BEY puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30<|r|<0.70$), pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ile SBTÖ alt boyutu BEY puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($r=0.08$; $p>0.05$). Migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ile SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamaları arasında düşük düzeyde ($|r|=0.28|<0.30$) ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ ile SBTÖ alt boyutu İY puan ortalamaları arasında

orta düzeyde ($0.30 < |r| = 0.35 < 0.70$), negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$). Migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları ÇY ile BEY puan ortalamaları arasında orta düzeyde ($0.30 < |r| < 0.70$), pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$) (Bkz Tablo 4.24).

6.2. Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler

- Migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım alanları, çalışma durumları ve çalıştıkları sektörler gibi farklılık olan tanımlayıcı özelliklerin bakım sürecinde dikkate alınması,
- Bakım vericiler için bakım verme yükü, depresyon düzeyi ve stresle başa çıkma tarzları açısından risk faktörlerinin bilmesi (öğrenim düzeyi, bakım vericinin bakım verilene yakınlık düzeyi, bakım alanı, şu an yaşanılan yer, çocuklukta yaşanılan yer, gelir durumu, çalışma durumu, çalışılan sektör, toplam çalışma süresi, haftalık çalışma saati, sosyal destek varlığı, çocuklukta ilgi ve serbestlik düzeyi, yetiştirilme biçiminden memnuniyet düzeyi) ve hemşirelerin bakım alanlarını bunlara göre belirlemeleri,
- Bireylerin ve bakım vericilerinin tanımlayıcı özelliklerinin bakım verme yükü, depresyon düzeyi ve stresle başa çıkma tarzlarına olan etkilerinin bilinmesi, hemşirelerin bireylere ve bakım vericilere danışmanlık hizmeti vermeleri,
- Hemşirelerin depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin BDÖ, ZBYÖ ve SBTÖ alt boyutu KGY puan ortalamalarının migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinden yüksek çıkmasının nedenlerini araştırmaları,
- Bakım sürecinde depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verme yükü ve depresyon düzeylerinin migren hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerine göre farklı yaklaşımlarla değerlendirilmeleri,
- Elde edilen sonuçlara göre migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin SBTÖ alt boyutları İY, ÇY, BEY ve SDB

puan ortalamalarının benzer çıkması nedeni ile hemşirelerin bu baş etme tarzları arasındaki ilişkileri fark etmeleri, tedavi sürecinde ve sonrasında bakım vericilere stresle baş etme tarzları hakkında bilgi vermeleri ve benzer yaklaşımlar kullanmaları,

- Hemşirelerin farklı araştırmalarla migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkileri belirleyerek bireylerin ruhsal, fiziksel ve sosyal anlamda çevresi ile bütüncül olarak değerlendirmeleri,
- Bu konuya yönelik çalışmaların arttırılması önerilmektedir.

Çalışma sonuçlarına göre migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verme yükü, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemenin mevcut ruh sağlığı sorunlarını değerlendirmede, baş etme stratejileri geliştirmede, gelecekte ki hastalıkları önlemede doğru ve etkili tedaviye yönlendirmede oldukça önemli olduğu görüşüne varılmıştır. Çalışmamızda kullanılan ölçeklerle literatürde farklı hasta gruplarında yapılmış çalışmalar mevcut olmakla beraber, migren ve depresyon hastalığına sahip olan bireylerin bakım vericilerinde yapılmış karşılaştırmalı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu yönüyle önemli bir çalışma olmakla beraber, en önemli kısıtlılığın örneklem sayısı olduğu görülmüştür. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda evreni genişletilmenin ve kontrol grubu ile çalışmanın yararlı olabileceği düşünülmektedir. Çalışma hastalıkların önlenmesi açısından bir erken tarama niteliğinde olup kişilerin bireysel baş etme stratejileri geliştirmesi için bir fırsattır. Bu sebeple gelecekte yapılacak bilimsel çalışmalara da ışık tutacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Aydın F. Migrenlilerde nörolojik ve psikiyatrik komorbidite, *Journal of Medical Sciences*, 2013, 33(1):59-66.
2. Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL. *Emergency Medicine*, 4th ed. China, Mc Graw Hill Medical Press, 2010:1008-1009.
3. Yeşilbaş D. Major Depresyon Tanısı Konulan Kişilerin Depresyonlarını İfade Etme Biçimleri, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tıpta uzmanlık alan tezi, İstanbul: Bakırköy Prof, Dr, Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2008.
4. Senaratne R, Van AM, Mancini C, Patterson B, Bennett M. The prevalence of migraine headaches in an anxiety disorders clinic sample. *The Journal of Headache and Pain*, 2010, 16(2):76-82.
5. Antonaci F, Nappi G, Galli F, Manzoni GC, Calabresi P, Costa A. Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings, *The Journal of Headache and Pain*, 2011, 12(2):115-125.
6. Frediani F, Villani V. Migraine and depression, *Neurological Sciences*, 2007, 28:161- 165.
7. Lipton RB, Bigal ME, Kolodner K, Stewart WF, Liberman JN, Steiner TJ. The family impact of migraine: population-based studies in the USA and UK, *J.Cephalalgia*, 2003, 23(6):429-440.
8. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*, 11. Baskı. Ankara, Tuna Matbaacılık Ltd. Şti., 2011:342-347.
9. Angst J. Epidemiology of depression, *Psychopharmacology*, 1992, 106(1):71-74.
10. Bromet E, Helena L, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G. Cross-national epidemiology of DSM-4 Major Depressive Episode.

http://scholar.harvard.edu/files/davidrwilliams/files/2011-cross-national_epidemiology-williams.pdf?m=1360043285. 9 Mayıs 2015.

11. Türkiye psikiyatri derneği. Depresyon görülme sıklığı. <http://www.guncelforum.net/saglik/-74766-depresyon-gorulme-sikligi-kadinlarda-fazla.html>. 10 Haziran 2015.
12. Eaton MP, Davis BL, Hammond PV, Condon EH, McGee ZT. Coping strategies of family members of hospitalized psychiatric patients. <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/392705>. 5 Nisan 2014.
13. Uysal Tan F, Erberk Özen N, Kazezoğlu Ş, Boratay C. Depression and anxiety in patients with migraine and tension-type headache. *Gazi Medical Journal*, 2005, 2:16.
14. Yaşar H, Balıbey H, Alay S, Tekeli H, Türker T, Bayar N. Migren hastalarında anksiyete, depresyon ve obsesif-kompulsif belirti düzeyleri. *Journal of Mood Disorders Volume*, 2013, 4:156-161.
15. Roose SP, Glassman AH, Dalack GW. Depression, heart disease, and tricyclic antidepressants, *The Journal of clinical psychiatry*, 1989, 50:6-12.
16. Erol Z. Depresyon ve aile. <http://www.e-psikiyatri.com/depresyon-ve-aile-25776>. 10 Mart 2015.
17. Çelik DB, Arkar H, İdiman F. Migren baş ağrısı hastalarının öfke tarzları ile mizaç ve karakter özellikleri, *Klinik Psikiyatri*, 2010, 13:23-25.
18. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character, *Arch Gen Psychiatry*, 1993, 50:975-990.
19. Beck AT. Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis, *Journal of abnormal psychology*, 1987, 96(3):179.
20. Kıvrak Y, Özen S, Yücel Y. Migren ve gerilim baş ağrısı olan hastalarda anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri, *Dicle Tıp Dergisi*, 2008, 36:173-177.

21. Tütüncü R, Günay H. Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon, *Dicle Tıp Dergisi*, 2011, 2:38.
22. Hutchinson M. Healing The Whole Person: The Spiritual Dimension Of Holistic Care. http://members.tripod.com/~Marg_Hutchison/nurse-4.html. 11 Haziran 2015
23. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3:513-552.
24. Tosun AS. Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi, *J. Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2015, 18(1):9-16
25. Sarıkoç G, Demiralp M, Özşahin A, Açıkel CH. Ruhsal hastalıklarda yardım arama: hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma, *Balıkesir Sağ. Bil. Derg.*, 2015, 4(1):32-38.
26. Toseland RW, Smith G, McCallion P. *Family Caregivers of frail elderly*, 2nd ed. New York, Colombia University Press, 2001:548-581.
27. Silver JH, Wellman NS. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102:831-836.
28. Zarit SH, Reeve KE, Bach J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 1980, 20:649-655.
29. Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar H. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2012, 25:330-337.
30. Binbay Z. Major Depresyonu Olan Hastaların Birinci Dereceden Yakınlarında Depresyon Varlığının Araştırılması, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Mizaç ve

Karakter Özellikleri. Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Tıpta uzmanlık alan tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2011.

31. Dawn B, Dodick D, Manack A. Perception of the family burden of chronic migraine: results of the cameo (chronic migraine epidemiology & outcomes) study, *J.Neurology*, 2015, 84(14):39.
32. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2004, 8(1):37-45
33. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık Ltd. Şti., 2010:1-36.
34. Dawn C, Buse D, Marcia FT, Rupnow D, Richard B, Lipton MD. Assessing and managing all aspects of migraine: migraine attacks, migraine-related functional impairment, common comorbidities, and quality of life, *Mayo Clinic Proceedings*, 2009, 84:422-435.
35. Dahlem MA, Schneider FM, Schöll E. Failure of feedback as a putative common mechanism of spreading depolarizations in migraine and stroke, *An Interdisciplinary Journal of Nonlinear Science*, 2008, 18:2.
36. Baykan B, İdrisoğlu HA. Baş ağrısı. <http://www.itfnoroloji.org/basagrasi/basagrasi.htm>. 15 Mayıs 2015.
37. Liddell HG, Scott R. A Greek-English Lexicon. <http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus%3Atext%3A1999.04.0057%3Aentry%3Dh%28mikrani%2Fa>. on Perseus. 17 Nisan 2015.
38. Miller N. Walsh and Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology. <http://books.google.ca/books?id=9RA2ZOPRuhgC&pg=PA1275>. 17 Nisan 2015.
39. Borsook D. The Migraine Brain: Imaging, Structure, and Function. http://books.google.ca/books?id=5GVVJS_fCAkC&pg=PA3&lpg=PA3. 17 Nisan 2015.

40. Waldman, SD. Pain Management.
<http://books.google.ca/books?id=O6AojTbeXoEC&pg=PT2122&lpg=PT2122>.
17 Nisan 2015.
41. Demirkaya M. Migrenli Kadın Hastalarda Atak Sırasında Ve Ataklar Arası Dönemde Seks Hormon Düzeyleri, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2006.
42. Uruyar E, Migrenli Hastalarda Vertigo, Gerçek Vertigo Özelliği Taşımayan Baş Dönmesi ve Migrenöz Vertigo Prevalansı, Meram Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, Tıpta uzmanlık alan tezi, Konya: Selçuk üniversitesi, 2010.
43. Richard B, Lipton RB, Marcelo E, Bigal MD. Migraine: Epidemiology, impact, and risk factors for progression, *The Journal of Head and Face Pain*, 2005, 45:3-13.
44. Mustelin L, Raevuori A, Kaprio J, Rahkonen A. Association between eating disorders and migraine may be explained by major depression, *International Journal of Eating Disorders*, 2014, 47:884-887.
45. Adams RD, Victor M. Principles of neurology, *Mc Graw Hill International Editions*, 2001, 7:10.
46. Welch KM. Relationship of stroke and migraine, *Neurology*, 1994, 44:33-36.
47. Rowland LP. *Merritt's Textbook of Neurology*. 9th ed. Philadelphia, Williams & Wilkins Press, 1995: 839.
48. Aygül R, Deniz O, Koçak N, Orhan A, Ulvi H. The clinical properties of a migrainous population in eastern Turkey-Erzurum. *Southern Medica Journal*. 2005, 98(1):23-27.
49. Eren F. Sivas İli İlköğretim Çocuklarında Migren Sıklığının Ve Migrenli Öğrencilerde Protrombotik Risk Faktörlerinin Araştırılması. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tıpta uzmanlık alan tezi, Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, 2008.

50. Öztürk M, Öngel B, Öztürk Y, Soy D, Altunkaynak Y. Sözmen V, Baybaş S. Migren ve gerilim tipi baş ağrılarında ağrı ve sosyoekonomik özellikler, *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2001, 14:48-52.
51. Nahariani P, Affandi İA. Hubungan perubahan pola tidur dengan kejadian migren pada mahasiswa tingkat iv semester viii prodi s1 keperawatan di stikes pemkab jombang, *Jurnal Metabolisme Vol.*, 2015, 2(1):2-4.
52. Dodick DW, Gargus JJ. Why migraines strike?, *Sci. Am.*, 2008, 299(2):56-63.
53. Bartleson JD, Cutrer FM. Migraine update diagnosis and treatment, *Minn. Med.*, 2010, 93(5):36-41.
54. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain, *Cephalalgia* 8 (suppl 7). http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation/02_teil1/02.99.00_tension.html. 17 Nisan 2015.
55. International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. http://ihs-classification.org/_downloads/mixed/ihc_II_main_no_print.pdf. 17 Nisan 2015.
56. Türk Nöroloji Derneği. Baş Ağrısı Tanı ve Tedavi Rehberi 2011 Güncelleştirilmiş Şekli. <http://www.noroloji.org.tr/html/file/Basagrısı%20tedavi%20rehberi.pdf>. 17 Nisan 2015.
57. Louter MA, Wardenaar KJ, Veen G, Oosterhoud WPJ, Zitman FG, Ferrari MD, Terwindt GM. Allodynia is associated with a higher prevalence of depression in migraine patients, *Clinical Neurology*, 2014, 32:194.
58. Diamond S. Migraine headaches, *The Medical Clinics of North America*, 1991, 75(3): 545- 566.
59. Wolff HG. Personality features and reactions of subjects with migraine, *Archives of Neurology & Psychiatry*, 1937, 37(4):895-921.

60. Leigh D. The form complete: The present state of psychosomatic medicine, *Proceedings Of The Royal Society Of Medicine*, 1968, 61(4):371- 384.
61. Karşiyaka S, Kavakçı Ö, Kuğu N, Güler SA. Migren hastalarında travma sonrası stres bozukluğu: migren, travma ve aleksitimi, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2013, 50:263-268.
62. Güleç M. Psikosomatik hastalıklarda mizaç ve karakter, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009, 1:201-214.
63. Ligthart L, Vries B, Smith A, Ikram A, Amin N, Hottenga J, Koelewijn S, Kattenberg V, Moor M, Janssens AC, Aulchenko Y, Oostra B, Geus E, Smit J, Zitman F, Uitterlinden A, Hofman A, Willemsen G, Nyholt D, Montgomery G, Terwindt G, Gudnason V, Penninx B, Breteler M, Ferrari M, Launer L, Duijn C, Maagdenberg A, Boomsma D. Meta-analysis of genome-wide association for migraine in six population-based European cohorts, *European Journal of Human Genetics*, 2011, 19:901-907.
64. Lirng F, Chen H, Fuh J, Tsai C, Liang J, Wang S. Increased myo-inositol level in dorsolateral prefrontal cortex in migraine patients with major depression, *Clinical Neurology*, 2014, 32:194.
65. Kocabaş Z, Çelebi A. Migren ve gerilim baş ağrısında anksiyete, depresyon ve nörotik eğilim düzeyleri, *Düşünen Adam*, 1997, 10 (3):17-21.
66. Selekler M. Uyarıcı belirtiler, duygu ve düşünce bozuklukları. <http://www.kocaelimigren.com/migren-hastalarinda-depresyon-ve-anksiyete/uyarici-belirtiller-duygu-ve-dusunce-bozukluklari>. 12 Haziran 2015.
67. Engin B. Depresyon nedenleri, belirtileri, tanısı ve tedavisi, <http://www.saglik.net/depresyon.html>. 12 Haziran 2015.
68. Yetkin S, Özgen F. Tarihsel bakış içinde depresyon, *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2007, 3(47):1-5.

69. Uğur M. Duygudurum bozuklukları, Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 2008, *Sempozyum Kitabı*:59-84.
70. Şimşek Aybar ŞS. Özel Eğitim Merkezinde Tedavi Edilen Çocukların Anne ve Babalarında Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Analizi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2014.
71. Ürün Ö. Major depresyon tanısı alan olgularda intihar düşünce ve davranışının bağlanma biçimi ve aile özellikleri ile ilişkisi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık tezi, İstanbul: Bakırköy Prof, Dr, Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2012.
72. Beck AT, Brown G, Steer RA, Eidelson JI, Riskind JH. Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis, *Journal of abnormal psychology*, 1987, 96(3):179.
73. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression, *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156,6:837-841.
74. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psychiatry*, 1994, 51:8-19.
75. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003, 4:208-18.
76. Gökdağ C, Arkar H. Psikobiyolojik kişilik modeli ve bilişsel kuram arasındaki ilişkilerin majör depresyon tanılı hastalarda ve sağlıklı bireylerde incelenmesi. <http://www.turkpsikiyatri.com/Data/UnpublishedArticles/0845b1.pdf>. 10 Temmuz 2015.

77. Varcarolis EM, People who depend upon substances abuse, Foundations of psychiatric mental health nursing, 3rd ed Philadelphia: W,B, Saunders; 1998, p, 751-91.
78. Richter J, Eisemann M, Richter G. Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients, *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 2000, 250,1:40-47.
79. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM- 5), Tanı ölçütleri başvuru el kitabından çev, Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013:91-112.
80. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük. <http://www.tdk.gov.tr/>. 01 ocak 2015.
81. Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlılara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması, *Müşbed*, 2013, 3:1-7,
82. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu E-Dergi*, 2011, 4(3):125-130.
83. Erdem M. Yaşlıya bakım verme, *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2005, 8:3.
84. Gururaj GP, Math SB, Reddy JYC, Chandrashekar CR. Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: An Indian perspective, *Journal of Postgraduate Medicine*, 2008, 54(2):91.
85. Weimand B, Hedelin B, Sällström C, Hall-Lord ML. Burden and health in relatives of persons with severe mental illness: a Norwegian cross-sectional study, *Issues in mental health nursing*, 2010, 31(12):804-815.
86. Sanden VDR, Stutterheim SE, Pryor JB, Kok G, Bos A ER. Coping with stigma by association and family burden among family members of people with mental illness, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2014, 202(10):1-9.

87. Buse DC, Dodick DW, Adams AM. Migraineur perception regarding family burden from chronic migraine: results of the CAMEO (chronic migraine epidemiology & outcomes) study, *The journal of headache and pain*, 2014, 15:1.
88. Eaton MP, Davis BL, Hammond PV, Condon EH, McGee ZT. Coping strategies of family members of hospitalized psychiatric patients, <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/392705>, 5 Nisan 2014.
89. Şahin ZA. Kronik obstrüktif akciğer hastalarına (koah) bakım veren bireylerin bakım yükü ve depresyon düzeyleri, *Türkiye Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2014, 12(3):113-119.
90. Görüş S. Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler, *Journal of Psychiatric Nursing*, 2014, 5(3):137-142.
91. Selye H. The story of the adaptation syndrome, *The American Journal of the Medical Sciences*, 1952, 224,6:711.
92. Selye H. The physiology and pathology of exposure to stress, *England: Acta, Inc*, 1950, 822:203.
93. Yurdakoş E. Stres Fizyolojisi. http://194,27,141,99/dosya_depo/stek/pdfs/47/4711.pdf. 01 Ocak 2015.
94. Dindo L, Recober A, Marchman J, Hara MW, Turvey C. One-day behavioral intervention in depressed migraine patients: effects on headache, *The Journal of Headache and Pain*, 2014, 54:528-538.
95. Dressler WU. The cognitive perspective of "naturalist" linguistic models, *Cognitive Linguistics (includes Cognitive Linguistic Bibliography)*, 1990, 1,1:75-98.
96. Ergin, A, Uzun SU, Bozkurt Aİ. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Bu Yöntemlerin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, *Fırat Tıp Dergisi*, 2014, 19,1:031-037.

97. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research, *Social science & medicine*, 1988, 26,3:309-317.
98. Algın AK. Migren veya baş ağrılarımızın kaderiniz olduğunu mu düşünüyorsunuz ?, *Ayrıntı Dergisi*, 2014, 1:11.
99. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik, *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2006, 9(2):68-75.
100. İslamoğlu AH. *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, 1. Baskı. İzmit, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., 2009:171.
101. İnci FH. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11(4):85-94
102. Zarit SH, Zarit JM. The Memory and Behavior Problems Checklist and The Burden Interview, *University Park*, Pennsylvania State University Gerontology Center, 1990.
103. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma, *Psikoloji Dergisi*, 1988, 6(22):118–122.
104. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961, 4:561-571.
105. Batıgün A, Şahin N. İş stresi ve sağlık psikolojisi araştırmaları için iki ölçek: A-tipi kişilik ve iş doyumunu." *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006, 17(1):32-45.
106. Folkman S, Lazarus RS, Shetter C, Delongis A, Gruen RJ. Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, 50:992-1003.
107. Şener Büyüköztürk, *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı* (14. Baskı), PEGEM Akademi, Ankara, 2011, s.42.

108. Büyüköztürk Ş. *Veri Analiz El Kitabı*, 21. Baskı. Ankara, Pagem A Yayıncılık, 2003:145.
109. Uludağ A. Migraine prevalence and related factors in western anatolia migraine prevalence, *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 2015, 9(1):16-22.
110. Engin B. Migren nedenleri belirlileri tanısı ve tedavisi. <http://www.sağlık.net/migren.html>. 10 Mayıs 2015
111. Aktaş E. Anestezi ve Dahili Klinik Çalışanlarında Depresyon ve Tükenmişlik Sendromu Açısından Karşılaştırılması, Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tıpta uzmanlık tezi, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi, 2015.
112. Saygın MZ. Aurasız migren ile epizodik gerilim tipi başağrısı: psikiyatrik morbidite ve ayırt edici diğer özelliklerin araştırılması, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2005, 3:22-26.
113. Eskin M. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008, 19(4):382-389.
114. Kaya M. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007, 18(2):137-146.
115. İzci F. Aleksitimik olan ve olmayan major depresif bozukluk hastalarında intihar girişimi, intihar düşüncesi ve umutsuzluk düzeyleri, *Düşünen Adam Dergisi*, 2015, 28(1):27.
116. Gülseren L. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21:203-212.
117. Üneri ÖŞ, Şenbil N, Turgut S. Migrenli ergenlerde yaşam kalitesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2009, 10(2):137-141.
118. Küçük D. Kanserli Çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi, *Yeni Tıp Dergisi*, 2009, 26(3):153.

119. Akyar A, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2009, 16(3):32-49.
120. Bıyık A. Kadınların stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları, *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2006, 9(2):1-12.
121. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 2002, 10(1):11-18.
122. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Şıpka Y, Tireli H. Parkinson hastalığında bakıcı yükü, *Parkinson Hastalıkları Hareket Bozukluğu Dergisi*, 2007, 10(1-2):26-34.
123. Şenkal İ, Işıklı S. Çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma biçiminin depresyon belirtileri ile ilişkisi: aleksitiminin aracı rolü, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2015, 26:1-7.
124. Aysan F, Bozkurt N. Bir grup üniversite öğrencisinin kullandığı başa çıkma stratejileri ile depresif eğilimleri ve olumsuz otomatik düşünceleri arasındaki ilişki. <http://dspace.marmara.edu.tr/handle/11424/3358?show=full>. 10 Mart 2015.
125. Gülpak M, Kocaöz S. The care burden and the affecting factors of individuals receiving hemodialysis treatment, *J. TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2014, 13(2):99-108.
126. Gater A. Assessing the Impact of caring for a person with schizophrenia: development of the schizophrenia caregiver questionnaire, *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 2015, 1:14.
127. Gökmen E. Migren hakkında yanlış bildiklerimiz. <http://www.milliyet.com.tr/migren-hakkinda-yanlis-bildiklerimiz-pembenar-yazardetay-guzellik-1920607/>. 12 Nisan 2015

128. Yalçıntaş A. Depression and perceived burden in caregivers of dialysis patients, *Turkish J. Family Practice*, 2011, 15(1):17-23.
129. Letizia B, Speciali J, Junior FR. Depressive and anxiety disorders in migraine and chronic migraine, *J.Neurology*, 2015, 84-14:319.
130. Filippis S, Erbuto D, Gentili F. Mental turmoil, suicide risk, illness perception, and temperament, and their impact on quality of life in chronic daily headache, *J. Headache Pain*, 2008, 9:349-357.
131. Kıvrak Y, Özen Ş, Yücel Y. Migren ve gerilim baş ağrısı olan hastalarda anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri, *Dicle Tıp Dergisi*, 2009, 36(3):173-177.
132. Ruiz de Velasco I, Gonzalez N, Etxeberria Y, Garcia-Monco J, Quality of life in migraine patients: a qualitative study, *J.Cephalalgia*, 2003, 23(9):892-900.
133. Özdemir O, Aykan F, Özdemir P. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan bayan hastalarda kişilik özellikleri ve baş etme yöntemleri, *J. Mood Disorders*, 2014, 4(2):59-65.
134. Özeren A, Dinçer A, Helvacı M. Hastane çalışanlarında premenstrüel sendrom ve depresyon ile ilişkisi, *Tepecik Eğt. Hast. Derg.*, 2013, 23(1):25-33.
135. Spain D. Cognitive behaviour therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: A review, *J. Research in Autism Spectrum Disorders*, 2015, 151-162.
136. Yıldız S, Yıldız SE. Bullying ve depresyon arasındaki ilişki: Kars ilindeki sağlık çalışanlarında bir araştırma, *Istanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2009, 15:133-150.
137. Selvi Y. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2010, 23(4):238-243.
138. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler, *Journal of Psychiatric nursing*, 2011, 2(2):61-68.

8. EKLER

EK- 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı; Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yükleri, Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi'dir.

Araştırmanın amacı, migren ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin yaşadıkları duygusal, düşünsel ve davranışsal tepkileri ölçmek, bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemektir.

Araştırmada size, tanımlayıcı veri formu, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği uygulanacaktır.

Araştırmada yer almanız öngörülen süre 10-15 dakika olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 110'dur.

Araştırma ile ilgili olarak soruları eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurmak sizin sorumluluklarınızdır.

Araştırma siz ve hastanız için herhangi tıbbi bir risk içermemektedir. Araştırma hastanızın tedavisini etkilemeyecektir.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için 304 37 57 no lu telefonda Yüksek Hemşire Merve Tuğrul' a başvurabilirsiniz.

Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırma Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi tarafından desteklenmektedir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da

araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanrsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve szli olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve szli olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Sayın Katılımcı;

Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulanan bu anket, migreni ve depresyon hastalıklarına sahip olan bireylerin bakım vericilerinin bakım verme yükleri, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Verilen bilgiler istatistiksel olarak değerlendirilecek ve bilimsel amaç için kullanılacaktır. Elde edilecek sonuçlar bundan sonraki çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Ankete katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kabul eden katılımcılardan soruları içtenlikle yanıtlamaları rica edilmektedir. Ankete katılmayı kabul ediyor musunuz?

Evet

Hayır(neden?).....

Araştırmacı: Merve TUĞRUL

GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.

merve.tugrul@mynet.com

TEL: 304 37 57

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

EK-2. TANIMLAYICI VERİ FORMU

Bakım verilen bireyin tanımlayıcı özellikleri ile ilgili sorular;

1. Bakım verdiğiniz bireye yakınlık düzeyiniz nedir?
 - a) Annesi- babası
 - b) Eşi
 - c) Çocuğu
 - d) Kardeşi

2. Bakım verdiğiniz bireyin cinsiyeti nedir?
 - a) Kadın
 - b) Erkek

3. Bakım verdiğiniz bireyin yaşı nedir?
 - a) 18-31
 - b) 32-45
 - c) 46-59
 - d) 60 üzeri

4. Bakım verdiğiniz bireyin eğitim durumu nedir?
 - a) Okuryazar değil
 - b) İlköğretim
 - c) Lise
 - d) Ön lisans-lisans
 - e) Lisansüstü

Bakım verme işlevi ile ilgili sorular;

5. Bakım verme süresiniz ne kadardır?
 - a) 1-6 ay
 - b) 7 ay ve üzeri

6. Bakım verdiğiniz alan nedir?
- a) Maddi destek sağlama
 - b) Psikolojik destek sağlama
 - c) Bütün ihtiyaçlarını karşılama

7. Zorlandığınız bakım alanı nedir?
- a) Maddi destek sağlama
 - b) Psikolojik destek sağlama
 - c) Bütün ihtiyaçlarını karşılama

Bakım vericinin tanımlayıcı özellikleri ile ilgili sorular;

8. Doğum tarihinizi gün, ay ve yıl olarak yazınız

9. Cinsiyetiniz?

- a) Kadın
- b) Erkek

10. Eğitim düzeyiniz nedir?

- a) İlköğretim
- b) Lise
- c) Yüksek okul veya üniversite
- d) Diğer.....belirtiniz.

11. Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Boşanmış
- d) Eşinden ayrı yaşıyor
- e) Dul

12. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

- a) Yalnız
- b) Sadece eşinizle
- c) Eş ve çocuklar
- d) Anne ve baba
- e) Diğer

13. Sahip olduğunuz çocuk sayısı? (çocuğunuz yok ise '0' yazınız).....

14. Şu an yaşadığınız yer neresidir?

a) Köy b) Kasaba c) Şehir d) Diğer.....belirtiniz.

15. Çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer neresidir ?

a) Köy b) Kasaba c) Şehir d) Diğer.....belirtiniz

16. Gelir düzeyiniz nasıldır ?

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

17. Yapmakta olduğunuz bir işiniz var mı?

a) Evet b) Hayır

Bu soruya cevabınız evetse 18, 19 ve 20. soruları cevaplayınız.

18. Çalışmakta olduğunuz birim\ üniteyi lütfen belirtiniz.....

19. Meslekte çalıştığınız süre nedir?.....

20. Haftalık çalıştığınız süre ne kadar?

a) 40 saat altı b) Ortalama 40 saat c) 40 saat üstü

21. Daha önce hiçbir işte çalıştınız mı?

a) Evet, ise belirtiniz..... b) Hayır

22. Aileniz dışında sosyal desteğini hissettiğiniz akrabalarınız veya dostlarınız var mı?

a) Evet b) Hayır

EK-3. ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin (asla nadiren, ara sıra, oldukça sık, neredeyse her zaman şeklinde). Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça sık	Neredeyse her zaman
1-Yakınınızın ihtiyacı olandan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
2-Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
3-Yakınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
4-Yakınınızın davranışlarından utanır mısınız?	1	2	3	4	5
5-Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
6-Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
7-Yakınınızın geleceği ile ilgili korkuyor musunuz?	1	2	3	4	5
8-Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
9-Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
10-Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11-Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
12-Yakınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
13-Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
14-Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi sizden ona bakmanızı beklediğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
15-Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınına bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
16-Yakınına artık daha fazla bakamayacağınızı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
17-Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
18-Yakınınızın bakımını biraz da başkalarına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
19-Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
20-Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
21-Yakınınızın bakımı ile ilgili daha iyisini yapabiliyordum diye düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
22-Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

EK- 4. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form son bir hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1- (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum

4- (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

5- (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 6-** (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
- 7-** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 8-** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9-** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10-** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11-** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

- 12-** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13-** (0) Her zamankinden farklı görüdüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14-** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15-** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16-** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17-** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18- (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
- (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
- (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19- (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.

20- (0) Cinselliğe karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

- (1) Eskisine oranla cinselliğe ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21- (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

- (1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirim diye düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) Cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK-5. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ve stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama yada size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse %0'ın altındaki parantezin içine (X) işreti koyun. Çok uygun ise %100'ün altını işaretleyin. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA;

Sizi ne kadar tanımlıyor, size ne kadar uygun

%0 %25 %75 %100

	%0	%25	%75	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem.				
2- İyimser olmaya çalışırım.				
3- Bir mucize olmasını beklerim.				
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.				
8- Olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.				
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13- İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15- Problemin çözümü için adak adarım.				
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				

17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18-Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19- Her şeyin isteğim gibi olamayacağına inanırım.				
20- Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21- Mücadeleden vazgeçerim.				
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24- Olaylar karşısında 'kaderim buymuş' derim.				
25- 'Keşke daha güçlü bir insan olsaydım' diye düşünürüm.				
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.				
27- 'Benim suçum ne?' diye düşünürüm.				
28- ' Hep benim yüzümden oldu' diye düşünürüm.				
29- Sorunumun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığı beni rahatlatır.				

EK-6. İLGİLİ KLİNİKTEN ALINAN İZİN BELGESİ -1

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI VE EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI
ANKARA

ACİL TIP AD. : 50687469-3700 - 714 -14 /1577

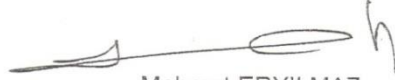
30 Eylül 2014

KONU : Etik Kurul Başvurusu

ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA

Svl.Me.(Hmş.)Merve GÜLEŞEN(G-2007-69) Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği bölümün de yüksek lisans eğitimini yapmakta olup; "Migren veya depresyon hastalıklarına sahip olan hastaların bakım vericilerini aile yükü, depresyon ve stres düzeylerinin karşılaştırılması" isimli yüksek lisans tez çalışmasını GATF Acil Tıp AD. Başkanlığında yapmasının uygun olduğu değerlendirilmiştir.

Arz Ederim.



Mehmet ERYILMAZ
Doç.Tbp.Kd.Alb.
GATF Acil Tıp AD. Bşk.V.

HİZMETE ÖZEL

Bağlantı Noktası: Doç.Tbp.Bnb.M.DURUSU Tel :3010

EK-7. İLGİLİ KLİNİKTEN ALINAN İZİN BELGESİ-2

TASNİF DIŞI

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI VE EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI
ANKARA

RUH SAĞ.VE HST.AD.: 50687469-1000-14/1553-175

23 Eylül 2014

KONU : Araştırma

İLGİLİ ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA

İLGİ: 19 Ağustos 2011 tarih ve 28030 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik.

1. Bu onay yazısı ilgili klinik araştırmanın etik kurul başvurusunda kullanılmak üzere sorumlu araştırmacının talebi ile hazırlanmıştır.
2. Sorumlu araştırmacısı Svl.Me. (Hemşire) Merve GÜLEŞEN (G-2007-69) tarafından hazırlanan "Migren veya Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Hastaların Bakım Vericilerinin Aile Yüku, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması" başlıklı çalışmanın GATF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında akademik amaçlı olarak yürütülmesi uygundur.

Arz ederim.

Ali DORUK
Doçent Tabip Alim
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanı Vekili

TASNİF DIŞI

Bağlantı noktası: 1N.Tbb.Üno.T.ÖZNER 4545

EK-8. ETİK KURUL RAPORU

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA

EĞT.ÖĞT. : 50687469-1491 -582 - 14/1648.4- 2003 20 Ekim 2014
KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

Svl.Me.(Hemş.) Merve GÜLEŞEN'e

İLGİ : GATA K.İğınının 19 Ağustos 2014 tarihli, HRK.EĞT.:50687469-1280-2190-14/Eğt.Öğt.(3) 1511-2913 sayılı ve "GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu Üye Görevlendirmesi" konulu yazısı.

1. GATA Etik Kurulu'nun 14 Ekim 2014 günü yapılan 44'nci GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.Bşk.lığında görevli Svl.Me.(Hemş.) Merve GÜLEŞEN'in sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Migren veya Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Hastaların Bakım Vericilerinin Aile Yükü, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması " başlıklı, tek merkezli, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı araştırma olan araştırma dosyası ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.
2. Anket uygulaması yapılacak tüm çalışmalar ilgi emir gereği GATA Anket Kurulundan onay almak şartıyla araştırmalarını uygulayabileceklerdir.

Rica ederim.



Orhan KOZAK
Profesör Hava Tabip Tuğgeneral
GATA Etik Kurulu Başkanı

EKİ :
EK-A (1 Adet Etik Kurul Raporu)

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası : Svl.Me.F.ÇİĞDEM (Tel : 2298)

EK-9. ANKET DÜZENLEME KURULU RAPORU

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI ve EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI
ANKARA

İÇ HST. BD. : 50687469-3730-576-14/1601-576

29 Aralık 2014

KONU : Araştırma İzin Talebi

GATA KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞINA
(DOSYA)

İLGİ : GATA Komutan Bilimsel Yrdc.lığının 12 Kasım 2014 tarihli, EĞT.ÖĞT.: 50687469-3730
1548-14/Mzn.Son.(4)(1648-2169) sayılı ve "Araştırma İzin Talebi" konulu emri.

İlgi emir ile gönderilen, anket yapma talebinde bulunan personelin anket dosyaları
Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu tarafından incelenerek, sonucu EK' te
gönderilmiştir.

Arz ederim.


Kenan SAĞLAM
Profesör Tabip Tuğgeneral
İç Hastalıkları BD Başkanı

EKİ :
EK-A (Anket Değerlendirme Kurulu Raporu)
EK-B (2 Adet Değerlendirme Formu ve Yapılan Düzeltmeler)

HİZMETE ÖZEL

Bağlantı Noktası: Svl.Me. (VHK) Ö. GÜŞEN (407)

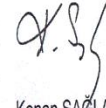
HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

EK-A

ARAŞTIRMA AMAÇLI ANKETLERİ DEĞERLENDİRME KURURLU RAPORU

S. NO.	ARAŞTIRMACININ KİMLİĞİ	GÖREV YERİ	ARAŞTIRMANIN KONUSU	ARAŞTIRMANIN DURUMU
1	Svl.Me.Hem. Hande DEMİRTAŞ	GATF Ruh Sağ.AD	Yaşlılarda Üriner İnkontinans Geriatrik Depresyon ve Yalnızlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	Anket Kurulu tarafından uygun bulunmuştur. Ve düzeltmeleri Ek'te gönderilmiştir.
2	Svl.Me.Hem. Merve GÜLEŞEN	GATF Ruh Sağ.AD	Migren veya Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Hastaların Bakım Vericilerinin Aile Yüğü, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması	Anket Kurulu tarafından uygun bulunmuştur. . Ve düzeltmeleri Ek'te gönderilmiştir.



Kenan SAÇLAM
Profesör Tabip Tuğgeneral
İç Hastalıkları BD Başkanı

HİZMETE ÖZEL

Bağlantı Noktası: Svl.Me. (VHKİ) Ö. GÜŞEN (4007)

EK-10. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Merve TUĞRUL
Doğum Tarihi : 28. 10. 1985
Doğum Yeri : Ankara
Medeni Hali : Bekar
Uyruğu : T.C
Adres : Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Ana Bilim Dalı, Ankara
Tel : 0312 304 37 57
Fax :
E-mail : Merve.tugrul@mynet.com

EĞİTİM

Lise : Yahya Kemal Beyatlı Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi
Lisans : Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu
Yüksek Lisans : Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi