



**T.C. YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE  
HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ANKARA ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ  
EVDE SAĞLIK BİRİMİNDEN HİZMET ALAN HASTALARIN  
BAKIM VEREN YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. MERVE BEŞER TUNÇ

UZMANLIK TEZİ

ANKARA,2018



**T.C. YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE  
HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ANKARA ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ  
EVDE SAĞLIK BİRİMİNDEN HİZMET ALAN HASTALARIN  
BAKIM VEREN YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. MERVE BEŞER TUNÇ

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

UZM. DR. AYLİN BAYDAR ARTANTAŞ

ANKARA,2018

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimiyle bize her zaman yol gösteren, bizlerin daha iyi bir eğitim almamız için büyük çabalar harcayan değerli hocam Prof. Dr. Mehmet Uğurlu' ya,

Eğitim sürecimizde bilgisini bizden esirgemeyen, sözleri ve tecrübesiyle ufukumuzu genişleten değerli hocam Prof. Dr. Yusuf Üstü' ye

Asistanlık eğitimimizde ve özellikle tez çalışma sürecimin tüm safhalarında bilgi, tecrübe ve akademik katkılarıyla destek olan danışmanım Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş' a,

Asistanlık eğitimi süresince bizlere bilgi ve deneyimleriyle yol göstererek iyi bir aile hekimi uzmanı olmamız için emek veren hocalarım Uzm. Dr. İrep Karataş Eray, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Keskin ve Dr. Öğr. Üyesi B. Furkan Dağcıoğlu'na,

Yaklaşık 1 yıldır tanıdığım ve benim için hepsi çok değerli olan, tez zamanımda bana çok ama çok yardımcı olan başta Ayşe Nur Uğurlu olmak üzere tüm evde sağlık ekibine,

Asistanlık eğitimim boyunca dostluk ve yardımları için tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın tüm dönemlerinde her türlü desteği, sevgi ve fedakarlığı gösteren, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim annem Ayşe Beşer, babam Ahmet Beşer, abim Burak Beşer ve kardeşim Zülal Beşer'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

<b>I. ÖNSÖZ.....</b>	<b>i</b>
<b>II. İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>ii</b>
<b>III. ÖZET.....</b>	<b>v</b>
<b>IV. ABSTRACT.....</b>	<b>vii</b>
<b>V. TABLOLAR DİZİNİ.....</b>	<b>ix</b>
<b>VI. ŞEKİLLER DİZİNİ.....</b>	<b>xi</b>
<b>VII. SİMGELER ve KISALTMALAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Evde Sağlık Hizmetleri.....	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe.....	3
2.1.2. Kapsam .....	6
2.1.3. Kimler Yararlanabilir?.....	8
2.1.4. Hizmet Sunum Süreci.....	8
2.1.5. Evde Sağlık Hizmetini Oluşturan Ögeler.....	8
2.1.6. Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri.....	9
2.2. Bakım Veren Yakınları.....	11
2.2.1. Tanım ve Özellikleri.....	11
2.2.2. Bakım Veren Gereksinimleri.....	12
2.3. Yaşam Kalitesi.....	12
2.3.1. Tanım.....	12
2.3.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Yaşam Kalitesine Katkısı.....	13
2.4. Uyku Kalitesi.....	14
2.4.1. Tanım.....	14
2.4.2. Uyku Gereksinimi ve Etkileyen Faktörler.....	15

<b>3. MATERYAL ve METOT.....</b>	<b>17</b>
3.1. Araştırmanın Türü ve Örneklem.....	17
3.2. Veri Toplama Tekniği ve Araçlar.....	17
3.2.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	17
3.2.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu.....	17
3.2.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği.....	18
3.3. İstatistiksel Analiz.....	18
3.4. Etik Kurul Onayı.....	19
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>20</b>
4.1. Hastalara Ait Bulgular.....	20
4.2. Bakım Verenlere Ait Bulgular.....	23
4.2.1. Bakım Verenlerin Genel Özellikleri.....	23
4.2.2. Bakım Verenlerin Sağlık Durumları.....	27
4.2.3. Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi ve Fagerström Bağımlılık Düzeyleri İle İlgili Bulgular.....	30
4.2.4. Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi Ölçek Skorlarının Kendilerine ve Hastalara Ait Çeşitli Özelliklerle Karşılaştırılması.....	30
4.2.5. Bakım Verenlerin Verdikleri Bakımla İlgili Düşünceleri ve Yaşadıkları Zorluklar.....	39
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>42</b>
<b>6. SONUÇ.....</b>	<b>51</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>52</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>59</b>
EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	59
EK-2: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu.....	64
EK-3: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Formu.....	66



## ÖZET

**AMAÇ:** Günümüzde tıbbın ilerlemesi neticesinde beklenen yaşam süresi uzamakta bakıma muhtaç nüfus giderek artmaktadır. Evde Sağlık Hizmetleri; bakım ihtiyacı olan bireye hastalığının akut ve kronik döneminde, ev ortamında, sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmet vermektedir. Bu araştırmada Evde Sağlık Hizmeti alan hastaların bakım veren yakınlarının yaşam kalitesinin hangi faktörlerden ve ne şekilde etkilendiğinin belirlenmesi amaçlandı.

**MATERYAL ve METOT:** Tanımlayıcı tipteki çalışmaya, 25 Ekim 2017 – 28 Şubat 2018 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Biriminden hizmet alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hasta bakım verenleri dahil edildi. Katılımcılara tanıtıcı bilgi formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği uygulandı. Analizlerde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya 141 bakım veren dahil edildi. Katılımcıların %75,9'u kadındı ve yaş ortalaması  $57,3 \pm 10,9$  yıl olarak saptandı. Bakım verenlerin %73,8'i çalışmadığı saptandı. Bakım verilen hastaların %42,5'i yatağa bağımlıydı ve yaş ortalaması  $73,3 \pm 20,1$  yıl olarak saptandı. Hastaların %42,6'sının demans tanısı mevcuttu. Çalışmadaki bakım verenlerin %35,5'i hastanın bakımını üstlenen tek kişi olduğu belirlendi. Bakım verenlerin verdikleri bakıma bağlı olarak sağlık durumunun %56,7'sinde kötü yönde değiştiği belirlendi. Bakım verenlerin DSÖ yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları; genel alanda 45,2, fiziksel alanda 50,4, psikolojik alanda 51,3, sağlık alanında 51,8 ve çevre alanda 51,1 olarak bulundu. Ayrıca Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği puan ortalaması 7,89 olarak saptandı. Yaşam kalitesi ve uyku kalitesinin; bakım verenin kronik hastalık durumu, gelir durumu, çalışma durumu ve bakım işini üstlenen tek kişi olması ile ilişkili olduğu bulundu ( $p < 0,05$ ). Ancak hastanın yatağa bağımlılık ve demans düzeyi ile ilişkisinin olmadığı saptandı. Kronik hastalığı bulunan, gelir düzeyi düşük, bir işte çalışmayan ve bakımı tek kişi üstlenen bakım verenlerin yaşam ve uyku kalitesi daha kötü olarak saptandı ( $p < 0,05$ ).

**SONUÇ:** Bu çalışmanın sonucunda evde bakım ihtiyacı olan hastalara bakım verenlerin yaşam ve uyku kalitelerinin verdikleri bakım neticesinde olumsuz olarak etkilendiğini saptandı. Özellikle kronik hastalığı olan, gelir düzeyi düşük, herhangi bir işte çalışmayan ve bakım sorumluluğunu tek kişi olarak üstlenen bakım verenlerin yaşam ve uyku kaliteleri daha düşük olduğu görülmüştür. Bu saptamalar ışığında Evde Sağlık Hizmetleri kapsamının bakım verenlerin birtakım ihtiyaçlarını göz önüne alacak şekilde düzenlenmesinin ve özellikle bakım verenlerin psiko-sosyal alanda desteklenmesinin yaşam ve uyku kalitesinin yükseltilmesine yararlı olabileceği düşünülmektedir.

**ANAHTAR KELİMELER:** Evde Sağlık Hizmeti, Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi, Bakım Veren



## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Today, due to the progress of medicine, the life expectancy is increasing and the population in need of care is increasing gradually. Home Health Care Services; provides social and psychological counseling in the home and in the acute and chronic stages of the individual's disease, which is in needs of care. In this study, it was aimed to determine the factors and the way in which the quality of life of the caregivers of the patients receiving Home Health Care services were affected.

**MATERIAL AND METHOD:** The descriptive study included patient caregivers who received services from the Ankara Atatürk Education Research Hospital Home Health Unit between October 25, 2017 and February 28, 2018 and agreed to participate in the study. Participation introductory information form, World Health Organization Quality of Life Scale-Short Form and Pittsburgh Sleep Quality Scale applied. For the analysis of the data, SPSS 23.0 package program was used.

**RESULTS:** The study included 141 caregivers. 75.9% of the participants were female and the mean age was  $57.3 \pm 10.9$  years. 73.8% of the caregivers were not working. 42.5% of the patients given care were bed dependent and the mean age was  $73.3 \pm 20.1$  years. 42.6% of the patients had dementia diagnosis. It was determined that 35.5% of the caregivers in the study were the only ones who took care of the patient. It was determined that 56.7% of the health status changed in the worst depending on the care given by the caregivers. The average score of WHO quality of life scales for caregivers; 45.2 in the general area, 50.4 in the physical area, 51.3 in the psychological area, 51.8 in the health area and 51.1 in the surrounding area. The Pittsburgh Sleep Quality Scale average score was also found to be 7.89. Quality of life and sleep quality; the caregiver was found to be associated with chronic illness status, income status, working status and being the only person undertaking care work ( $p < 0.05$ ). However, it was determined that the patient had no relation to bed dependency and dementia level. The quality of life and sleep quality of care in patients with chronic disease, low income level, who do not work in a job and take care of one person was found to be worse ( $p < 0.05$ ).

**CONCLUSION:** As a result of this study, it was found that patient caregivers who need care at home are adversely affected by the care given by their life and sleep qualities. Caregivers who have a chronic illness, a low income level, do not work at all, and who take on care responsibility as the sole person are found to have lower life and sleep qualities. In the light of these determinations, it is thought that the regulation of Home Health Care services in order to take care of some needs of caregivers and in particular the support of caregivers on the psycho-social area may be beneficial for raising the quality of life and sleep.

**KEY WORDS:** Home Care Service, Quality of Life, Quality of Sleep, Caregiver



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> Hastalara Ait Kronik Hastalık Tanıları.....	20
<b>Tablo 2:</b> Hastaların Sağlık Durumları ve İhtiyaç Duydukları Bakım Hizmeti ile İlgili Özellikleri.....	22
<b>Tablo 3:</b> Bakım Verenlerin Antropometrik Özellikleri.....	23
<b>Tablo 4:</b> Bakım Verenlerin Sosyodemografik Verileri.....	24
<b>Tablo 5:</b> Bakım Verenlere Ait Kronik Hastalık ve İlaç Kullanım Durumları.....	27
<b>Tablo 6:</b> Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi ve Fagerström Bağımlılık Düzeyleri Skorları.....	30
<b>Tablo 7:</b> Bakım Veren Cinsiyeti ile Yaşam ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	30
<b>Tablo 8:</b> Bakım Verenlerin Çalışma Durumu ile Yaşam ve Uyku Kalitesi Arasındaki Değerlendirme.....	31
<b>Tablo 9:</b> Gelir-Gider Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi İlişkisinin Değerlendirmesi .....	32
<b>Tablo 10:</b> Hastaların yatağa bağımlılık düzeyi ile bakım verenlerin yaşam ve uyku kalitelerini karşılaştırması.....	31
<b>Tablo 11:</b> Bakım Verenlerin Kronik Hastalık Durumu ile Yaşam ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	34
<b>Tablo 12:</b> Bakım Verenlerin Sigara Kullanımı ile Yaşam ve Uyku Kalitelerinin Değerlendirilmesi.....	35
<b>Tablo 13:</b> Bakım Vereninin Hastanın Bakımını Üstlenme Durumu ile Yaşam ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	36
<b>Tablo 14:</b> Hastaların Yatağa Bağımlılık Düzeyi ile Bakım Verenlerin Yaşam ve Uyku Kalitelerini Karşılaştırması .....	37

<b>Tablo 15:</b> Hastaların Demans Durumu ile Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	38
<b>Tablo 16:</b> Bakım Verenlerin Yaşam ve Uyku Kalitesi Ölçek Puanları ile Hastalara Bakım Verdikleri Süreler Arasındaki Korelasyon.....	38
<b>Tablo 17:</b> Bakım Verenlerin VKİ'leri ile Yaşam ve Uyku Kalitesi Verilerinin Korelasyonu.....	39
<b>Tablo 18:</b> Bakım Vereninin Verdiği Bakımla İlgili Düşünceleri.....	39
<b>Tablo 19:</b> Bakım veren cinsiyeti ile yaşam ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi.....	38
<b>Tablo 20:</b> Bakım verenlerin VKİ'leri ile yaşam ve uyku kalitesi verilerinin korelasyonu.....	39

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Hastaların Yatağa Bağımlılık Durumlarının Dağılımı .....	21
Şekil 2: Bakım Verenlerin Eğitim Durumu.....	25
Şekil 3: Bakım Verenlerin Meslek Dağılımı .....	25
Şekil 4: Bakım Veren Gelir Durumu Dağılımı .....	26
Şekil 5: Bakım Veren-Hasta yakınlık Derecesi Grafik Dağılımı .....	27
Şekil 6: Katılımcıların Bakım Verme Öncesi ve Sonrası Arasındaki Sağlık Durumu Değişimi.....	28

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESH: Evde Sağlık Hizmetleri

REM: Hızlı Göz Hareketli Uyku (Rapid Eye Movement)

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

TL: Türk Lirası

FCA: Family Caregiver Alliance

WHO: World Health Organization

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde tıbbın ilerlemesi neticesinde beklenen yaşam süresi uzamakta ve yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Yaşlı nüfusun artışı ile kronik hastalıklar, düşmeler, bağımlılık düzeyi, engel durumu, bakım ihtiyacı gibi durumlar da beraberinde artmaktadır. Daha önce mortal seyreden hastalıklar için yeni tedavilerin geliştirilmesiyle yaşam süresi uzamakta ancak engelli veya sürekli bakıma ihtiyaç duyan bireylerin sayısı da artmaktadır. Bu gelişmelerle birlikte birtakım ihtiyaçlar ortaya çıkmaktadır. Evde bakım hizmetleri de bu ihtiyaçları gidermek açısından önemlidir. Ancak bu süreçte hastanın bakım verenine de büyük sorumluluklar düşmektedir. Çoğu zaman bu durum bakım verenin yaşamını oldukça derinden etkilemektedir.

Ülkemizde evde sağlık hizmetleri, 01.02.2010 yılında yayınlanan yönerge ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarca verilmektedir.

Evde sağlık hizmetlerinin amacı; bakım ihtiyacı olan bireye hastalığının akut ve kronik döneminde, ev ortamında, sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmeti sunmaktır. Evde sağlık hizmetleri ekibi tarafından ziyaret edilen hastanın muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve takipleri yapılmaktadır. Bunlar neticesinde hastanın ilaç tedavisi, beslenme, yaşam tarzı, alışkanlıkları gibi konularda öneriler verilmektedir. Verilen hizmetle hastanın mevcut halini korumak ve daha iyiye getirmek planlanmaktadır. Yaşamının sonuna kadar sağlığının mümkün olduğunca iyi olabilmesi için çaba harcanmaktadır.

Evde sağlık ekibi ve bakım verenler bir ekip olarak bireyin ihtiyaçlarını karşılamaktadırlar. Ancak süreç içinde bakıma ihtiyacı olan bireylere bakım verenlerin sorumlulukları da büyük ölçüde artmaktadır. Bakım verenlerin, hastaların başarılı bir şekilde fiziksel ve psikolojik olarak desteklenmesi, iyilik halinin sağlanmasında önemli rolleri vardır. Bakım verenlerin bedensel ve ruhsal iyilik hali verdiği bakımın kalitesine de olumlu yönde yansıtacaktır, bu nedenle bakım verenler de en az bakım alanlar kadar ilgi ve alakayı hak etmektedirler.

Bu araştırmamızda evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım veren yakınlarının yaşam kalitesinin hangi faktörlerden ve ne şekilde etkilendiğini belirlemeyi amaçladık. Bu araştırma sonuçları doğrultusunda bakım verenlerin yaşam kalitesinin arttırılması için neler yapılabileceği ve Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin bu konuda nasıl faydalı olabileceği gibi ileriye dönük planlamalara katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.





## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Evde Sağlık Hizmetleri

#### 2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Evde bakım hizmetleri genel olarak; bakıma muhtaç bireyin mevcut sağlık durumunu devam ettirmek ve daha iyi duruma getirmek amacıyla profesyonel bir ekip ve aile bireyleri tarafından, yaşamakta olduğu ev ortamında sunulmasıdır. Bu hizmet ile aynı zamanda sosyal alanı da içine alarak, bireyin gereksinimi doğrultusunda yaşam kalitesini korumayı hedeflemektedir. Bir başka deyişle Evde Sağlık Hizmetleri, bireyin sağlık kurumunda alacağı sağlık hizmetlerini, hastanın yaşadığı ortamda verilmesini sağlayarak, kurum bakımının yerini alan, kurum da kalış ihtiyacını azaltan veya geciktiren hizmetler olarak tanımlanabilmektedir (1).

Genel olarak Evde Sağlık Hizmetleri; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır (2).

Özürü, yaşlı, süreğen hastalığı olan veya hastalık sonrası iyileşme dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumla bütünleşmelerini sağlamak, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadınlar üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modeli şeklinde de tanımlanabilmektedir (3).

Dünyada birçok ülkede evde sağlık hizmeti verilmektedir. Ancak tam anlamıyla evde sağlık hizmetlerinin sağlık hizmetleri kapsamına alındığı, kanun ve yönetmelikleri yapıldığı, yeterli finansmanın sağlandığı, hizmete özel personelin yetiştirildiği ve gerekli ekipmanın bulunduğu ülke sayısı sınırlıdır (4).

Evde sağlığın tarihçesi insanlık tarihinin başlangıcına kadar uzanmaktadır. Çünkü insanlık tarihinin başlangıcında tüm sağlık, bakım ve sosyal hizmetlerin kişilerin yaşam ortamında sunulduğunu görmekteyiz (5).

İlk hekimlik dönemlerinde, hekim bizzat bireyin evine giderek muayenesini yapmakta ve tedavisini düzenlemekteydi. Ancak hekimin zaman sıkıntısı, tanı işlemleri ve müdahaleler için kullanılacak olan cihazların taşınmasının zorluğu gibi nedenlerle bu uygulamadan vazgeçilmiştir. İlk hastaneler kurulmaya başlanmış ve hasta bakımı da buralarda verilmeye başlanmaktaydı. Tabii bu durum hastane enfeksiyonları, maliyet etkinliği, hastanın ev ortamını araması ve benzer sebeplerle evde bakımın önemi tekrar artmaya başlamıştır (5).

Tarihi kökleri çok eskilere dayanmasına rağmen evde bakım hizmetleri modern olarak 1700'lü yılların sonunda kiliseler tarafından verilmeye başlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1796 yılında kurulan Boston Dispanseri, evde sağlık hizmeti sunan ilk kuruluştur (6). Daha sonra 1800'lü yıllarda tıbbın hızla ilerlemesi ve hastanelerin açılmasıyla sağlık hizmetleri hastaneler aracılığıyla verilmeye başlanmıştır. Ancak bu dönemde de farklı nedenlerle evde sağlık hizmeti alan hastalar olmuştur. Bu dönemde hemşireler tarafından gönüllülük esasına dayanarak hizmet verilmiş ve aile bireylerine eğitim verilerek bakımın kalitesi artırılmıştır (5).

Yirminci yüzyıla girerken kentleşmedeki hızlı artış, sosyal koşullardaki bozulmayı da beraberinde getirmiş, evde bakım ve desteğe olan ihtiyacı arttırmıştır. ABD'de, 1890 yılında kentlerde yaşayan nüfus %15,3 iken 1938 yılında %45,1 olmuştur (7). Bu dönemde evde sağlık eğitimi olsun olmasın birçok hemşire serbest çalışarak bakım sunmaya başlamıştır.

İngiltere'de 1859 yılında gerçek anlamda ziyaretçi hemşire hizmeti William Rathbone tarafından başlamıştır. Rathbone eşine evde bir hemşire tarafından verilen bakımdan etkilenmiş ve bundan yoksul hastaların da faydalanması için gönüllü bir ziyaretçi hemşirelik hizmeti başlatmıştır. Mary Robinson, Liverpool'da evde hasta bakım hizmeti veren ilk hemşiredir. Robinson, ev ziyaretlerinde bakım vermenin dışında aile bireylerine bakım hakkında bilgi vermiştir (7).

Evde bakım hizmetinin öncülerinden olan Florence Nightingale, hasta bakımı verecek olan hemşirelerin özel bir eğitim almasını önermiş ve bunun için bir plan hazırlamıştır. Bunun üzerine 1862 yılında, evde hasta bakımı gerçekleştirecek hemşireler yetiştirmek için bir okul açılmıştır (5).

Savaşlar, ekonomik krizler, endüstrileşme ve diğer faktörler evde bakım hizmetlerinin gelişmesine büyük katkı sağlamıştır. Çünkü bu gibi dönemlerde maddi

kaynak ve hizmet verecek eleman yetersizliği nedeniyle evde bakım hemşireliği artış göstermiştir. İkinci Dünya Savaşı sırasında hastanelerdeki imkanlar, hemşire ve diğer sağlık çalışanı gibi yetersizlikler nedeniyle birçok hasta ev ortamında tedavi edilmiştir. Bunun neticesinde evde bakım hizmetlerinde niteliksel ve niceliksel artış olmuştur (5).

Avrupa’da 1937 yılında, Danimarka’da başlatılan ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunumu için örnek bir model oluşturmuştur. Danimarka’daki ileri düzeyde gelişmiş evde bakım sistemi, evli olmayan annelerin çocuklarının ve terkedilmiş ya da öksüz/yetim kalmış, sıklıkla kötü muamele gören çocukların, özel ailelerde yetiştirilmesi uygulamasına dünya çapında bir ilginin uyandığı 19. Yüzyılın sonlarına dayanır (8).

Evde sağlık hizmetlerinin yeniden doğuşu 1955-1964 yılları arasındadır. Kronik hastalıkları ve yaşlı nüfusun artması, evde sağlık hizmetinin hastanede verilen hizmetten daha düşük maliyetli ve ev ortamının bakım için daha uygun olması eski önemini tekrar kazanmasını sağlamıştır. ABD’de bu gibi sebeplerle, evde sağlık hizmetini kapsayan sigorta düzenlemeleri yapılması konusunda baskı olmuştur. Bunun üzerine 1966 yılında; genel olarak 65 yaş üstü bireylerin sağlık harcamalarını finanse eden Medicare, evde bakım hizmetlerini sigorta kapsamına almıştır (5).

Evde sağlık bakımı 1960’lardan önce toplum hizmeti olarak düşünölmekteydi. Ziyaretçi hemşireler tarafından bu hizmet sunulmaktaydı. Ancak Medicare’ in yasalaşmasını izleyen dönemde ödeme yapılabilmesi için evde sağlık hizmeti alan bireyin hekim kontrolü ve onayından geçmesi zorunlu hale getirilmiştir. Bunun sonucunda, evde sağlık hizmeti sağlığı geliştiriciden ziyade tedavi edici bir uygulama durumuna gelmesine zemin hazırlamıştır (1).

Evde sağlık hizmetinin kapsamının 1990-1997 yıllarında genişlemesiyle (laboratuvar testleri, diş tedavisi, x-ray olanakları evde sağlık kapsamına girmiştir), ilerleyen teknoloji ve sayıları hızla artan evde sağlık kuruluşları nedeniyle çok sayıda insan evde sağlık hizmeti alabilmektedir. Evde sağlık hizmetleri sektörü, sağlık bakımı alanının en gelişen bölümü, ABD’nin ikinci hızla gelişen endüstri alanı olmuştur (1).

Ölkemizde ise geçmişte çıkarılan bazı kanun ve yönetmelikler ile evde sağlık/bakım hizmetlerine düzenlemeler getirilmiştir. Ancak bu hizmetin ölkede çapında yaygınlaşması ve sağlık sistemimizle birleşmesi gerçekleşmemiştir. Evde Sağlık Hizmetleri 1980 yılı öncesinde koruyucu sağlık hizmetleri olarak devlet tarafından

yürütülen bir hizmetti. Fakat 1980 sonrası özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından hastaların hastane sonrası tedavi ve bakımının yürütülmesi olarak işlev göstermiştir (8).

Devlet Planlama Teşkilatı'nın 2000 yılında yayınlamış olduğu kalkınma planında evde bakım modelinin geliştirilmesi önerilmiştir (9). Birçok yasa ve yönetmelikte yer alan evde sağlık hizmetleri için ilk olarak 2005 yılında özel bir yönetmelik çıkarılmıştır. Bu yönetmelik ile amacı, kapsamı ve dayanakları belirlenmiştir. Daha sonra 2010 yılında "Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" çıkarılmış olup hastanelere bağlı evde sağlık ekipleri kurularak uygulama başlatılmıştır (5). Artık günümüzde her ilimizde evde sağlık hizmeti verilmeye başlanmıştır.

### **2.1.2. Kapsam**

Evde bakım hizmetlerinde uluslararası düzeyde belirlenmiş bir standart bulunmamaktadır. Her ülke kendi toplum şartlarına uygun olarak bir hizmet şekli belirlemiştir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre uzun süreli bakımın tanımına uyan, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olarak yardıma gereksinimi olan tüm yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmelerini sağlayacak bakım üzerine vurgulama yapılmıştır (5).

Sağlık Bakanlığı'nca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'de belirtildiği üzere:

“Evde Sağlık Hizmetleri biriminin görevi hastalığın teşhisini koymak olmayıp daha önce ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde ve kişinin bulunduğu ev ortamında; muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, ilacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ve hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi ve hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar.

Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında verilebilecek diş hekimliği hizmetleri, klinik ortama taşınması mümkün ve gerekli olmayan hastalarda, hastalığın tipi ve derecesine göre ilgili uzman konsültasyonu sağlandıktan sonra; oral muayene, diş ve diş eti enfeksiyonları için tedavi, özellikle çocuk hastalarda topikal florür uygulaması gibi koruyucu uygulamalar, hasta ve hasta yakınlarına oral hijyen eğitimi verilmesi, aspirasyon riski olan, mobil diş çekimleri, detertraj, sabit restorasyon gerektirmeyen total/parsiyel protez, daha önceden yapılmış olan protez ve tedavilerin kontrollerinin yapılması, protez vuruğunun alınması, kırık tamiri ve benzeri işlemleri kapsar. Ancak hastanın genel durumu ve hastalık sınıflaması ev ortamında tedavi olmasına imkân tanımıyor ise diş tabibince değerlendirilerek mutlaka ilgili Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne nakli sağlanır ve gerekli tedavisi burada yapılır.

Lüzumu halinde ilgili dal uzmanlarının da görüşü alınarak gerekli konsültasyon sağlanır. Birim sorumlusu tabibin evde sağlık hizmeti verilen kişi ile ilgili konsültasyon ve tıbbi değerlendirme talebinin sağlık kurumunda görevli ilgili uzman tabiplerce zamanında karşılanması zorunludur. Zorunlu hallerde uzman tabibin hastayı evinde konsülte etmesi sağlanır. Bu konudaki uygulamalar uzman tabipler arasında dönüşümlü olarak sağlık kurumu amirinin belirleyeceği bir düzen içerisinde yürütülür. Gerektiğinde, stoma ve yara bakımı, diyabet eğitimi hemşiresi gibi, konularında eğitim almış hemşirelerin hizmete katılması sağlanır (10).''

Evde Sağlık Hizmeti alan bireyler yeni gelişen acil durumları kapsam dışında kalmaktadır. Bu gibi hallerde 112 Acil Sağlık Hizmetleri ya da doğrudan sağlık kurumlarının acil servislerine başvurmaları gerekmektedir. Ayrıca tıbbi gereklilik halinde sorumlu tabibin gördüğü lüzum üzerine en uygun sağlık kuruluşuna sevk edilir.

Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında; hastaların mevcut durum takibinin yapılması ve tedavisinin düzenlenmesi, rehabilitasyonu, tedavisi mümkün olmayan hastaların(son dönem kanser hastaları gibi) palyatif bakımlarının yapılması, bazı ilaçların kullanımına bağlı olarak belirli aralıklarla kan tahlili alınması, gerekli durumlarda ilgili bölüm uzman hekiminden konsültasyon istenmesi, hasta ve hasta yakınlarına eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi, beslenme takibinin yapılması, psikolojik destek sağlanması ve cihaz ekipman desteği gibi pek çok konuda hizmet verilmektedir.

### **2.1.3. Kimler Yararlanabilir?**

Evde Sağlık Hizmetlerinden ağırlıklı olarak 65 yaş üstü bakım ihtiyacı olan, kronik hastalığı olan, engelli olanlar ile bilişsel bozuklukların eşlik ettiği hastalığı olan bireyler faydalanmaktadır. Ayrıca palyatif tedavi ihtiyacı olan, enteral-parenteral gereksinimi olan son dönem kanser hastaları veya tedavisi mümkün olmayan bir hastalığa sahip olanlar, her yaştan nörolojik bir hastalık veya kas-iskelet sistemi hastalığı neticesinde bağımlı olanlar, bası ülseri gelişen hastalar, geçirilmiş bir operasyon sonrası bakım gereksinimi olan bireyler ile fototerapi ihtiyacı olan yenidoğanlar faydalanabilmektedir (8).

### **2.1.4. Hizmet Sunum Süreci**

Evde sağlık hizmetlerinin sunum süreci 19.02.2016 tarihli güncellemeyle Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'de belirtilmiştir.

Başvurular, hastalar veya hasta yakınları tarafından koordinasyon merkezine ve sağlık kurumları bünyesindeki birimlere başvuru formu ile veya telefonla müracaat edilerek yapılabilir. Ayrıca aile sağlığı merkezi veya aile hekimleri aracılığı ile de yapılabilmektedir.

Sağlık kurumlarında yatan ve taburculuğu planlanan hastalar için ilgili klinikler tarafından birim ile koordinasyon sağlanır. Bu hastalardan evde sağlık hizmeti alabilecek olanların hizmet sıklığı, türü gibi planlaması yapılır. Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Form ekine epikriz ve ev ortamında alması gereken hizmet kapsamını belirten bir belge eklenir.

Evde sağlık hizmeti birinci basamak kapsamında verilecekse tüm bilgi ver belgeler birim vasıtasıyla koordinasyon merkezine iletilir. Yapılan başvuru koordinasyon tarafından değerlendirilir ve hizmet alması uygun bulunan hasta için kayıtlı bulunduğu aile hekimine hizmetin başlatılması hakkında bildirim yapılır (10).

### **2.1.5. Evde Sağlık Hizmetlerini Oluşturan Ögeler**

Sağlık Bakanlığı'nca sunulan yönerge doğrultusunda evde sağlık hizmetlerini oluşturan 4 öge bulunmaktadır. Bunlar birim, mobil birim, komisyon ve koordinasyon merkezidir.

Birim, evde sağlık hizmeti vermek üzere bakanlığa bağlı bulunan sağlık kurum ve kuruluşlarında kurulmaktadır. Buradan hizmet vermek için gerekli personel, araç, gereç temininin yapılmakta ve idari destek sağlanmaktadır.

Mobil birim, evde sağlık hizmeti vermek üzere sağlık müdürlükleri tarafından kurulan gezici birimlerdir. Yataklı sağlık kurumu bulunmayan, evde sağlık birimi kurulmamış sağlık kuruluşu bulunan veya yataklı sağlık kuruluşunun bağlı bulunduğu belediyenin komşu alanı dışında kalan yerleşim yerlerinde hizmet vermektedir.

Koordinasyon merkezi, hasta ve hasta yakınlarının telefon ile yapmış oldukları başvuruların karşılandığı ve kayda alındığı iletişim merkezidir. Burada hastaya verilecek hizmet şekli belirlenmekte ve ilgili evde sağlık birimine bildirilmektedir.

Bir diğer evde sağlık ögesi olan komisyon, müdürlük bünyesinde evde sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sunumunu ve koordinasyonu sağlamak için oluşturulan inceleme ve değerlendirme komisyonudur.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı evde sağlık hizmetleri bünyesinde verilen hizmet; hekim, hemşire, sağlık memuru ve gerek halinde fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, tıbbi sekreter tarafından sunulmaktadır. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nde ise diş hekimi, hemşire ve teknisyen bulunmaktadır (10).

### **2.1.6. Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri**

Evde Sağlık Hizmetleri uygulaması tarihimizde ilk olarak bilinen Osmanlı İmparatorluğu döneminde Fatih Sultan Mehmet Han'ın vasiyetnamesinde bulunmaktadır. Bu belgede padişah her sokak için iki kişinin görevlendirilmesini, ayrıca 10 cerrah, 10 tabip ve 3 yara bakımıcının ayın belli günlerinde İstanbul'da evleri gezerek ihtiyacı olanların belirlenerek hizmet vermeleri istemiştir. Evlerinde tedavisi mümkün olmayan hastalar için de hiçbir karşılık beklenmeksizin Darülaceze' de tedavi edilmelerini emretmiştir (11).

Cumhuriyet döneminde ise 1930 yılında yürürlüğe koyulan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile ilk defa Evde Sağlık Hizmetleri'nden bahsedilmiştir. Bu kanuna göre bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisi ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin evde verilmesi kararlaştırılmıştır (8).

Bir başka düzenleme ise 1946 Sağlık Planı çerçevesinde kurulan Sağlık Merkezleri vasıtasıyla gezici hizmetlerin düzenlenmesidir. Buradaki kapsam daha

geniş olarak organize edilmiştir. Bu plana göre hekim, ebe, hemşire ve sağlık memurundan oluşan ekipler bir program çerçevesinde köyler ve gerektiğinde evlere giderek hizmet vermesi amaçlanmıştır. Burada esas olarak her türlü sağlık sorununun tespiti ve çözümlenmesidir (5). Daha sonra 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’ ile evde sağlık bakımının halk sağlığı hemşiresinin görevleri arasında olduğuna yer verilmiştir. Yine bu kanunla, kronik hastalığı olan hastaların bakımı ve izlenmesi ile ana-çocuk ve yaşlı sağlığının korunması sağlık ocağının sorumluluğunda olduğu bildirilmiştir (5). Birinci beş yıllık kalkınma planında 1963 yılında ‘az sayıda nüfusun faydalandığı ve maliyeti yüksek hastane tedavileri yerine evden ve ayaktan tedaviye yönelik bir sağlık teşkilatının kurulması’ gerekliliğine yer verilmiştir (12). 1980 sonrasında ise özel sağlık kuruluşları, hastanelerden taburcu olan hastaların tıbbi ihtiyaçları için evde bakım hizmeti vermeye başlamışlardır (5).

Ülkemizdeki evde sağlık hizmeti hakkında önemli gelişmelerden biri de 2004 yılından itibaren kamu hastaneleri tarafından bu hizmetin verilmeye başlanmasıdır. Bu hizmet ilk olarak Balıkesir Devlet Hastanesi tarafından başlamıştır. Günümüzde ise Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurum ve kuruluşlarca her ilimizde evde sağlık hizmeti sunulmaktadır (12).

Ülkemizde pek çok yasa ve yönetmelikte bulunan evde sağlık hizmetleri için ilk defa 2005 yılında özel bir yönetmelik çıkarılmıştır. Bu yönetmelikte verilecek olan hizmetin amacı, kapsamı ve dayanakları belirlenmiştir. Ayrıca evde sağlık hizmeti verecek olan kurum ve kuruluşlarda olması gereken esaslar da belirtilmiştir. Daha sonra 2010 yılında ‘Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’ çıkarılmıştır (5). Bu yönergeye göre ülke çapında evde sağlık hizmetinin artırılması amacıyla birimler kurulmaya başlanmış ve aile hekimlerinin de evde hasta ziyareti yapmaları sağlanmıştır. Çalışmalar neticesinde yaygın bir evde sağlık hizmeti ağı kurulmuştur (13).



## 2.2. Bakım Verenler

### 2.2.1. Tanım ve Özellikleri

Türk Dil Kurumu'na göre bakım, bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme ve benzeri gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir (14).

Bakım vermenin fiziksel, maddi, psikolojik destek gibi pek çok yönü bulunmaktadır (15). Bakım verme resmi ve resmi olmayan olmak üzere genellikle iki şekilde incelenmektedir. Resmi olarak evde bakım verenler çoğunlukla hemşire, terapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarıdır (16). Resmi olmayan ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme şeklinde ise hasta yakınları bu görevi üstlenmektedir (17). Bakıma muhtaç bireyin akut ve kronik fonksiyonel yetersizlikleri nedeniyle resmi olmayan bakım verme daha da artmaktadır. Bunlar banyo yapmasına yardım etmek, beslenmek gibi süreğen bakımının yanı sıra trakeostomi bakımı, intravenöz ilaç uygulaması gibi ileri düzeyde beceri gerektirecek uygulamaları da içermektedir (18).

Bakıma muhtaç bireyin bakımıyla ilgilenen birden fazla kişi olabilir. Ancak çoğunlukla bir kişi öncelikli olarak bu görevi üstlenmektedir. Bu kişi, sağlık kurumu dışında hastanın günlük yaşam aktivitelerinde fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasında birincil destek olmaktadır (19). Bakımda öncelikli olarak rol alan kişi genellikle profesyonel olmayan kişilerden ve aile üyelerinden oluşmaktadır. Çoğunlukla kadın cinsiyet hakimdir (20). Kadın cinsiyetin fazla olmasının sebebi; bir çok toplumda ev işlerinin ve aile hayatının planlanmasının kadınların doğal işi olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır (8). Ayrıca kadınların yaradılış gereği daha şefkatli ve hassas olmaları, samimi ve kuvvetli ilişki kurma yeteneklerinin olması ve erkeklere nazaran bakım vermenin getirdiği zorluklarla daha iyi baş edebilmeleri nedeniyle olabileceği düşünülmektedir (21).

Bakım veren kişilerin özelliklerinin bilinmesi; risk altındaki grubun belirlenmesi, destek grupların bu özelliklere göre oluşturulması, sunulacak hizmetin planlanmasında kaynakların saptanması, sağlık kurumları tarafından verilen hizmetin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması açısından önemlidir (22).

## 2.2.2. Bakım Veren Gereksinimleri

Tıbbın gelişmesiyle kronik hastalığı olan bakıma muhtaç bireylerin yaşamının uzaması bakım verenlerinde de uzun süre bakıma katılmalarını gerektirmektedir. Ancak bakım veren aile yakınlarının çoğunluğu verecekleri bakım hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. Bu sebeple kendilerini güvensiz ve hazırlıksız olarak hissedebilmektedirler. Bakım verenlerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve buna yönelik olarak sağlık ekibinin vereceği destek ile bakım verme rollerini tam olarak gerçekleştirmeleri sağlanabilecek ve böylece bireyin bakım yükü azaltılabilecektir (23).

Bakıma muhtaç bireye yapılan yardım bakım verenin sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir süreçtir. Bakım verenin yaşadığı yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik zorluklar gibi sonuçlar meydana getirmektedir. Bakım vermenin psikolojik ve fizyolojik problemlerin gelişimini etkilediği bildirilmiştir. Ayrıca bakım verenlerin bakım verme işinden dolayı sağlıklarının bozulabileceği bilinmektedir (24).

Bakım verenlerin birçoğunda bakım verme sürecinde depresyon ortaya çıkmaktadır. Bunun neticesinde; bakım verenlerin yaşam kaliteleri düşmekte, işlevsel olarak kötüleşmekte ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Bakım yükü nedeniyle meydana gelen olumsuz etkiler, kişiden kişiye değiştiği gibi, toplumlar arasında da farklılık göstermektedir (24).

## 2.3. Yaşam Kalitesi

### 2.3.1. Tanım

Yaşam kalitesi günümüzde yaygın olarak kullanılan bir terim olmakla birlikte sadece günlük konuşmada değil aynı zamanda psikoloji, sosyoloji, tıp, hemşirelik, coğrafya, ekonomi, tarih ve felsefe gibi özel uzmanlık alanlarıyla bağlantılı araştırmalarda incelenen bir kavramdır. Araştırmacılar tarafından farklı tanımları yapılan yaşam kalitesi araştırmaları 1970'lerden bu yana artmaya başlamıştır (25).

Dalkey ve Rourke tarafından 1973 yılında yaşam kalitesi, kişinin kendini iyi hissetmesi, yaşamdan doyum ya da doyumsuzluk, mutluluk ya da mutsuzluk olarak

tanımlamıştır. Shin ve Johnson ise 1978'de yaşam kalitesini; bireyin isteklerini gerçekleştirmesi, etkinliklere katılması, kişisel gelişim olanaklarından yararlanması, nitelikleri bakımından yeterli kaynaklara sahip olması ve bu kaynakların sosyal karşılaştırmalar yoluyla yeterli bulunması şeklinde ele almışlardır. Mendola ve Pellegrini de 1979'da yaşam kalitesini tanımlarken, kişinin algıladığı fiziksel kapasitesinin sınırları kapsamında doyum verici öğelerin fazlalığına temas etmişlerdir (25).

Daha sonra 1990'larda ise Hanested tarafından yaşam kalitesi; bireyin yaşam durumu, bireysel yaşam deneyimleri ve kendini iyi hissetmesi olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi yaşam koşullarını ve yaşam deneyimlerini içerir (25).

Yaşam kalitesini tanımlamada geçmişte çok farklı bakış açıları bulunmuştur. Yaşam kalitesi sağlık bakımından dinamik bir kavram olarak görülmüş ve hastalığın sosyal, psikolojik ve fiziksel etkilerini temsil ettiğini düşünülmüştür. Yine başka bir bakış açısıyla, yaşam kalitesi bireyin sosyal ilişkilerinden doyumunu olarak görülen, sosyal politikaların ve programların istenilen sonucuna bağlayan, çevresel koşulların iyiliğinin derecesi olarak değerlendirilen düşünceler de olmuştur (25).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama şekli olarak tanımlamaktadır. Bir başka ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır (26).

Yaşam kalitesinin dört alt boyutu bulunmaktadır. Bunlardan ikisinin objektif boyutlu diğer ikisinin ise bireyin yargılarına bağlı yani öznel boyutları olduğunu belirtilmektedir. Objektif boyutlar arasında genel sağlık, işlevsel durumlar ve sosyo-ekonomik düzey bulunmaktadır. Kişinin bireysel yargılarının belirlediği yani sübjektif boyutlar ise yaşam doyumunu ve benlik saygısı ile ilgili olmaktadır (25).

### **2.3.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Yaşam Kalitesine Etkisi**

Evde sağlık hizmetleri, günlük yaşam koşullarını en az etkileyerek mümkün olan tedaviyi sağlayarak hastalığın ve bağımlılığın etkilerini en aza indirmektir. Bunun neticesinde hastanın ve bakım verenin yaşam kalitesini yükselmesi beklenmektedir (4).

Evde sağlık hizmetin en önemli iki yararı, hastanın sağlık harcamalarını düşürmesi ve kendi huzurlu ortamında, bakımına olanak vererek kendisinin ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmesidir. Bunların yanında bu hizmetin faydaları, kişiye özel bir bakım sağlaması, bakım alan aileyi bir arada tutması, iyileşmeyi hızlandırması, tanıdan iyileşmeye kadar geçen süreçte devamlı kaliteli ve standart hizmet sağlaması, hasta ve bakım verenlere bakım konusunda eğitimi içermesi, zamandan tasarruf sağlamasıdır (27). Evde sağlık hizmeti; enfeksiyon riskini azaltması, hastalık sonrası düzelmeyi hızlandırması, sağlık kuruluşlarına mükerrer yatışları ve stresi azaltması, hastanın beklenen yaşam süresini uzatması, hasta ve hasta yakını memnuniyetini ve yaşam kalitesini artırması gibi faydalar sağlamaktadır (4).

Evde sağlık hizmetleri ile bakım veren üzerindeki sorumlulukların bir kısmı azalmaktadır. Böylece hem hasta hem de bakım veren daha iyi şartlarda yaşayabilmektedir. Özellikle bakım verenin yaşam kalitesinin düzelmesiyle hastasına daha faydalı olabilmektedir. Yine evde sağlık hizmetleri tarafından verilen öneriler, eğitim doğrultusunda bakım veren hastasına daha faydalı olabilmekte ve bu sayede daha güvenli, huzurlu hissetmektedir. Bu güvenin ve huzurun bakım veren yaşam kalitesini yükseltmesine önemli katkısı olmaktadır.

## **2.4. Uyku Kalitesi**

### **2.4.1. Tanım**

Uyku; vücudun dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik durumu olmasının yanında, tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan bir yenilenme periyodudur. Solunum, kardiyak fonksiyon, kas tonüsü, beden ısısı, hormon salgısı ve kan basıncında değişikliklerle birlikte, dış uyaranlara yanıt eşliğinde yüksek artışla belirli, birbirinden farklı özellikleri olan evreleri, bu evrelere giriş ve kalış süreleri ile düzenli bir ritmi olan yineleyici, kolaylıkla geri dönülebilir bir durumdur (28). İnsan bedensel, sosyal, ruhsal ve entelektüel ihtiyaçları olan bir bütündür. İnsanın bedensel ve ruhsal olarak sağlıklı bir birey olması, bu temel ihtiyaçlarının karşılanmasına bağlıdır. Bireyin bu temel ihtiyaçları karşılanmadığı takdirde iyilik hali bozulmaktadır (29).

Bütün insanların ortak ihtiyacı olan uyku, hayatımızın ortalama 1/3'ünü oluşturmaktadır. Uyku insan yaşamında temel ve vazgeçilmez gereksinimlerden biri

olup yeme, nefes alma, boşaltım kadar önemli olan fizyolojik ihtiyaçtır. Bu sebeple uyku kişinin yaşam kalitesini ve iyilik halini etkileyen, sağlığın önemli değişkeni olarak görülmektedir (30, 31).

#### **2.4.2. Uyku Gereksinimi ve Etkileyen Faktörler**

Zaman açısından bakıldığında, uyumak bütün insanlar için önemli bir yaşam faaliyetidir. Yaşlara göre uyku gereksinimlerinde değişiklikler olmaktadır (30). Genellikle yaş ilerledikçe REM (Rapid Eye Movement-Hızlı Göz Hareketli Uyku) uykusu oranı ve toplam uyku vakti azalmaktadır (32).

Yeni doğan bebekler; doğum sonrası tamamen karanlık bir ortamdan ışığa maruz kaldığı bir ortama adapte olmaya çalışmaktadırlar. Bu aşamada bebeğin uyku-uyanıklık döngüsünü belirleyen beslenme, ısı farkı, nem farkı gibi birçok etken olmaktadır. Bu bebeklerin günlük uyku süreleri 17 saate ulaşmaktadır ve uykularının %50'si REM evresinden oluşmaktadır (31, 33).

Yeni yürümeye başlayan çocuklar; günlük ortalama 10-14 saat uykuya gereksinim duymaktadırlar. Uykularının REM evresi %20-30'dur. Rüya ve kabuslar yaygındır. Okul öncesi çocukların ise günde ortalama 11 saat uykuya ihtiyaçları vardır. Uykunun %20'si REM evresidir. Okul dönemindeki çocuklarda; ortalama uyku zamanı 10 saattir. Uykunun %18,5'i REM evresidir. Bu dönemdeki çocuklar çoğunlukla sakin bir gece geçiremezler (31).

Adölesanlar ve genç yetişkinlerde; uyku gereksinimi 8-10 saat olmakla birlikte %20'lik kısmı REM evresidir. Kişisel alışkanlıklar, hamilelik, günlük faaliyetler, bedensel ve duygusal sağlık durumu gibi etkenlere göre genç yetişkinler uyku saatlerini ayarlar. Yetişkin bireylerin uyku gereksinimi ortalama 8 saattir. Gece uykusunun %20-25'ni REM döneminden oluşmaktadır. Uykunun 4. evresi kısadır. Buna karşılık REM evresi sürelerinde az bir artış olabilir (31).

Yaşlılarda; gece uykusunun süresi azalırken, gün içerisindeki uyuklamaların sayısı ve süresi artış göstermektedir. Uykunun %20-25'i REM evresidir. Uykunun derinliği azalır ve uyanmalar artmaya başlar (31).

Kötü uyku şikayetiyle başvuran kişilerin hepsinde yapılan incelemeler neticesinde uyku bozuklukları tespit edilmemiştir. Bu durum uykuyu etkileyen çeşitli

faktörlerle (yaş, cinsiyet, beslenme, fiziksel etkinlik, sağlık durumu, çevresel ortam, bireysel özellikler gibi) açıklanmıştır. Bu faktörler uykunun niteliğini ve niceliğini etkiler. Nitelik olarak uyku evrelerinin tam olarak yaşanmasını, nicelik olarak da toplam bireysel uyku süresini etkileyen etmenler; yaş, cinsiyet, hastalık, fiziksel faaliyet, emosyonel durum, ilaçlar, alkol, diyet, çevre, yaşam biçimi ve motivasyondur (30, 34).



### **3. MATERYAL ve METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Türü ve Örneklemi**

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak planlanmış olup, 25 Ekim 2017 – 28 Şubat 2018 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Biriminden hizmet alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hasta bakım verenleri dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil olma kriterleri; 18 yaş üstü olma, araştırma ölçeklerini cevaplayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olmak ve Evde Sağlık Biriminden hizmet alan hastanın bakım vereni olma olarak belirlendi.

#### **3.2. Veri Toplama Tekniği ve Araçlar**

Veriler yüz yüze görüşme tekniği yapılarak toplanmıştır. Verilerin toplanmasında aşağıdaki ölçekler kullanıldı.

##### **3.2.1. Tanıtıcı Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından hasta ve bakım veren hakkındaki sosyodemografik özellikleri değerlendirmek amacıyla literatür doğrultusunda hazırlandı. Bu forma hasta bakım verenine ait özellikler ve hastaya ait özellikler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümünde hasta bakım verenin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, hastaya yakınlık derecesi, bakım verme süresi, bakım ihtiyaçları hakkında genel bilgiler, hastalıkları, sigara kullanımı, sigara kullanan bakım verenler için Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve bakım verme konusunda onları zorlayan durum/durumlar hakkında bir açık uçlu olmak üzere 28 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde hastanın yaş, cinsiyet, hastalıkları, ilaç sayısı, bağımlılık durumu, demans durumu, beslenme şekli gibi 11 sorudan oluşmaktadır.

##### **3.2.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ölçeğin uzun ve kısa olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Eser ve ark. tarafından formun geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir (35). Kısa formunda yaşam kalitesinin değerlendirildiği 26 soru ve

buna ek olarak çalışmalar neticesinde eklenen ulusal soru ile toplamda 27 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte katılımcılar tarafından son 15 günü göz önüne alarak doldurulan alanlar bulunmaktadır. Bunlar, fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, sosyal ve çevresel alanından oluşmaktadır. Likert tipi 1-5 kadar puanlaması bulunan kapalı uçlu sorular bulunmaktadır. Ölçekte toplam bir puan olmayıp, alanların ayrı ayrı puan hesaplanması yapılmaktadır. İlk olarak 3., 4., 10., 15., 16., 17. ve 18. soruları içeren fiziksel alan; ikinci sırada 5., 6., 7., 11., 19., 26. sorularla ruhsal sağlık alanı; üçüncü sırada 20., 21., 22. soruların olduğu sosyal alan ve son olarak 8., 9., 12., 13., 14., 23., 24., 25. sorularla çevresel alan hesaplaması yapılmaktadır (36). Her bir alan için 0-100 arasında puanlama yapılmaktadır. Ölçekte herhangi bir kesme puanı bulunmamaktadır. Ne kadar yüksek puan alırsa yaşam kalitesi o kadar yüksektir. Ölçekte iç güvenilirliği değerlendirmek için Cronbach Alfa değeri kullanılmıştır. Bu değer 0,53 ile 0,83 olması ölçeğin güvenilirliğinin iyi olduğunu göstermektedir (35).

### **3.2.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Formu**

Ölçek son bir ay içerisindeki uyku kalitesi ve özellikleri hakkında bilgi vermektedir. İlk olarak Buysse ve ark. tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir (37). Türkçe'ye uyarlanmasını ise 1996 yılında Ağargün ve ark. yapmıştır (38). Ölçek uykunun birçok bileşenini değerlendiren toplam 24 sorudan oluşmaktadır. İlk 19 soru öz bildirim, diğer 5 soru ise eş veya oda arkadaşına yöneliktir. Ölçek sayesinde katılımcının; öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu değerlendirmesi yapılabilmektedir (39). Bu 7 alt kategorinin her biri 0-3 arasında puan almakta ve ölçek toplam puanı 0-21 arasında olmaktadır. Toplam puanı 5 ve altı iyi, diğer puanlamalar kötü uyku kalitesi olarak belirlenmektedir (37). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmış olup iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bildirilmiştir (38).

### **3.3. İstatistiksel Analiz**

Çalışmanın istatistiği yapılırken tanımlayıcı istatistiklerde numerik veriler ortalama ve standart sapma, kategorik veriler ise sayı ve yüzde olarak verildi. Numerik verilerin dağılımına histogram grafikleri ile bakıldı. İki ayrı grupta numerik veriler Student t testi ile analiz edildi. İki'den fazla grupta numerik veriler One Way



ANOVA ile analiz edildi. Ayrıca iki numerik verinin durumuna Pearson korelasyon analizi ile bakıldı. p anlamlılık değeri  $<0,05$  olarak kabul edildi. Analizlerde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı.

### **3.4. Etik Kurul Onayı**

Bu çalışmanın etik kurul onayı Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u tarafından 25.10.2017 tarih ve 197 sayılı olarak verilmiş ve EK-4'de sunulmuştur.



## 4. BULGULAR

Çalışmaya toplamda evde bakım hizmeti alan 141 hastanın bakım vereni dahil edildi. Aşağıda önce hastalar ait bulgular sonrasında da bakım verenlere ait bulgular sunulmaktadır.

### 4.1. Hastalara Ait Bulgular

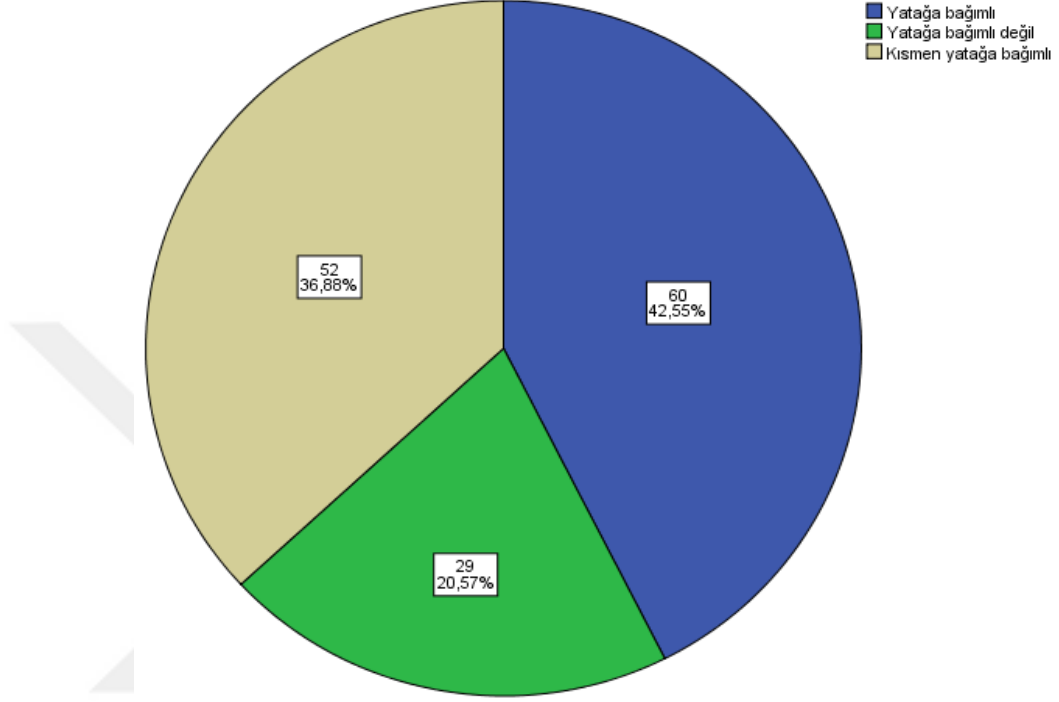
Çalışmaya katılan kişilerin bakım verdikleri 141 hastanın yaş ortalaması  $73,30 \pm 20,14$  (en düşük: 7, en yüksek: 98) yıl olarak saptandı. Bu hastaların %41,1'i (n=58) erkek, %58,9'u (n=83) kadındı. Hastaların kronik hastalıklarının sayısı ortalaması  $3,01 \pm 1,44$  (en düşük: 1, en yüksek: 7) ve kullandığı ilaç sayısı ortalaması  $5,50 \pm 3,06$  (en düşük: 1, en yüksek: 16) olarak saptandı. Çalışmamızdaki hastalarda en sık bulunan kronik hastalığın hipertansiyon olduğu belirlendi.

**Tablo 1. Hastalara Ait Kronik Hastalık Tanıları (n=141)**

Hastaya Ait Kronik Hastalıklar		N	%
Hipertansiyon	Var	82	58,2
	Yok	59	41,8
Diyabetes Mellitus	Var	39	27,7
	Yok	102	72,3
Kalp Hastalığı	Var	56	39,7
	Yok	85	60,3
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	Var	21	14,9
	Yok	120	85,1
Anemi	Var	15	10,6
	Yok	126	89,4
Böbrek Hastalığı	Var	11	7,8
	Yok	130	92,2
Kanser	Var	12	8,5
	Yok	129	91,5
Alzheimer Hastalığı	Var	46	32,6
	Yok	95	67,4
Depresyon	Var	23	16,3
	Yok	118	83,7
Serebrovasküler Hastalık	Var	41	29,1
	Yok	100	70,9
Mide hastalığı	Var	26	18,4
	Yok	115	81,6
Diğer*	Var	64	45,4

Diğer: Serebral Palsi, Parkinson Hastalığı, Epilepsi, Hipotiroidi, Hiperlipidemi, Benign Prostat Hipertrofisi, Glokom, Pulmoner Tromboemboli, Şizofreni vd.

Evde bakım hizmeti alan hastaların %42,5'inin (n=60) yatağa bağımlı oldukları, %36,8'inin (n=52) ise kısmen yatağa bağımlı oldukları görüldü (Şekil 1).



**Şekil 1. Hastaların Yatağa Bağımlılık Durumlarının Dağılımı (n=141)**

Evde bakım hizmeti alan hastaların sağlık durumları ve ihtiyaç duydukları bakımla ilgili diğer bilgiler Tablo 2'de gösterilmektedir.

**Tablo 2. Hastaların Sağlık Durumları ve İhtiyaç Duydukları Bakım Hizmeti ile İlgili Özellikleri (n=141)**

Hastanın Demografik Özellikleri		n	%
Yatağa Bağımlılık Durumu	Bağımlı Değil	29	20,6
	Bağımlı	60	42,6
	Kısmen Bağımlı	52	36,9
Demans(Bunama) Durumu	Yok	81	57,4
	Var	60	42,6
Beslenme Durumu	Ağızdan	117	83,0
	Özel Mama	19	13,5
	Parenteral	0	0
	Nazogastrik	0	0
	Gastrostomi	5	3,5
Kemoterapi/Radyoterapi Alma Durumu	Hayır	132	93,6
	Evet	4	2,8
	Önceden Almış	5	3,5
Diyaliz İhtiyacı	Hayır	138	97,9
	Evet	3	2,1
Sonda Kullanımı	Hayır	125	88,7
	Evet	16	11,3
Özel Tedavi Alma Durumu	Hayır	81	57,4
	Evet	60	42,6

## 4.2. Bakım Verenlere Ait Bulgular

### 4.2.1. Bakım Verenlerin Genel Özellikleri

141 bakım verenin %75,9'u (n=107) kadın, %24,1'i ise erkekti. Yaş ortalaması 57,3± 10,9 (en düşük: 30, en yüksek: 82) yıld. Katılımcıların boy, kilo, VKİ gibi antropometrik özellikleri Tablo 3' de gösterilmektedir.

**Tablo 3. Bakım Verenlerin Antropometrik Özellikleri (n=141)**

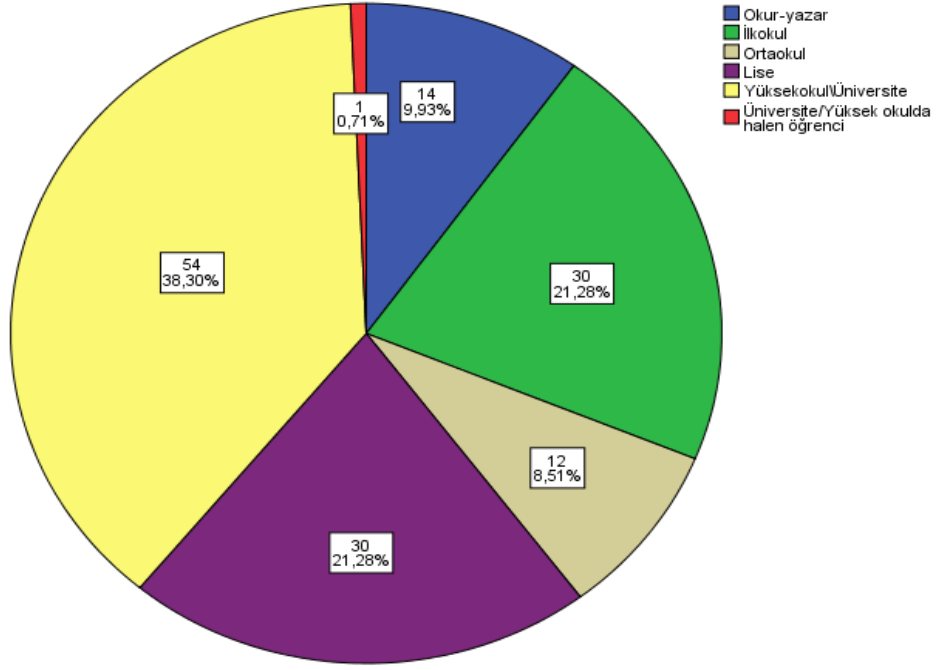
	Ortalama±Standart Sapma	En Düşük-En Yüksek
<b>Yaş (yıl)</b>	57,32±10,96	30-82
<b>Boy (cm)</b>	163,99±8,046	149-190
<b>Kilo (kg)</b>	75,66±13,07	43-110
<b>VKİ*</b>	28,16±4,69	18,37-38,67

\*VKİ: Vücut Kitle İndeksi

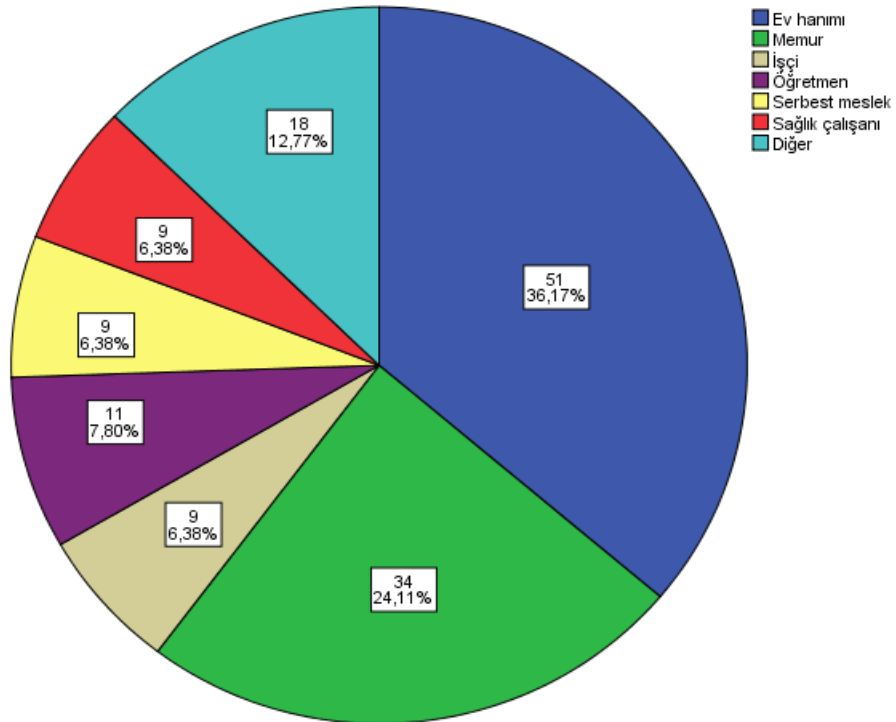
Bakım verenlerin eğitim durumu, medeni hali, meslek ve gelir durumları ve diğer sosyodemografik özelliklerine ait bilgiler Tablo 4 ve Şekil 2,3 ve 4'de gösterilmektedir.

**Tablo 4. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Verileri (n= 141)**

<b>Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	107	75,9
	<b>Erkek</b>	34	24,1
<b>Medeni Durum</b>	<b>Evli</b>	100	70,9
	<b>Bekar</b>	17	12,1
	<b>Boşanmış</b>	13	9,2
	<b>Dul (Eşi ölmüş)</b>	10	7,1
	<b>Evli, eşinden ayrı yaşıyor</b>	1	0,7
	<b>Meslek</b>	<b>Ev hanımı</b>	51
	<b>Memur</b>	45	31,9
	<b>İşçi</b>	9	6,4
	<b>Serbest</b>	9	6,4
	<b>Sağlık Çalışanı</b>	9	6,4
	<b>Diğer</b>	18	12,8
<b>Çalışma Durumu</b>	<b>Çalışmıyor</b>	104	73,8
	<b>Çalışıyor</b>	37	26,2
<b>Emeklilik Durumu</b>	<b>Evet</b>	55	39,0
	<b>Hayır</b>	86	61,0
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Okur-yazar</b>	14	9,9
	<b>İlkokul</b>	30	21,3
	<b>Ortaokul</b>	12	8,5
	<b>Lise</b>	30	21,3
	<b>Yüksekokul/Üniversite</b>	54	38,3
	<b>Üniversite/Yüksekokulda halen öğrenci</b>	1	0,7
<b>Gelir Düzeyi</b>	<b>1500 TL altında</b>	25	17,7
	<b>1500-3000 TL arası</b>	69	48,9
	<b>3000-5000 TL arası</b>	36	25,5
	<b>5000 TL ve üzeri</b>	11	7,8
<b>Çocuk durumu</b>	<b>Var</b>	116	82,3
	<b>Yok</b>	25	17,7

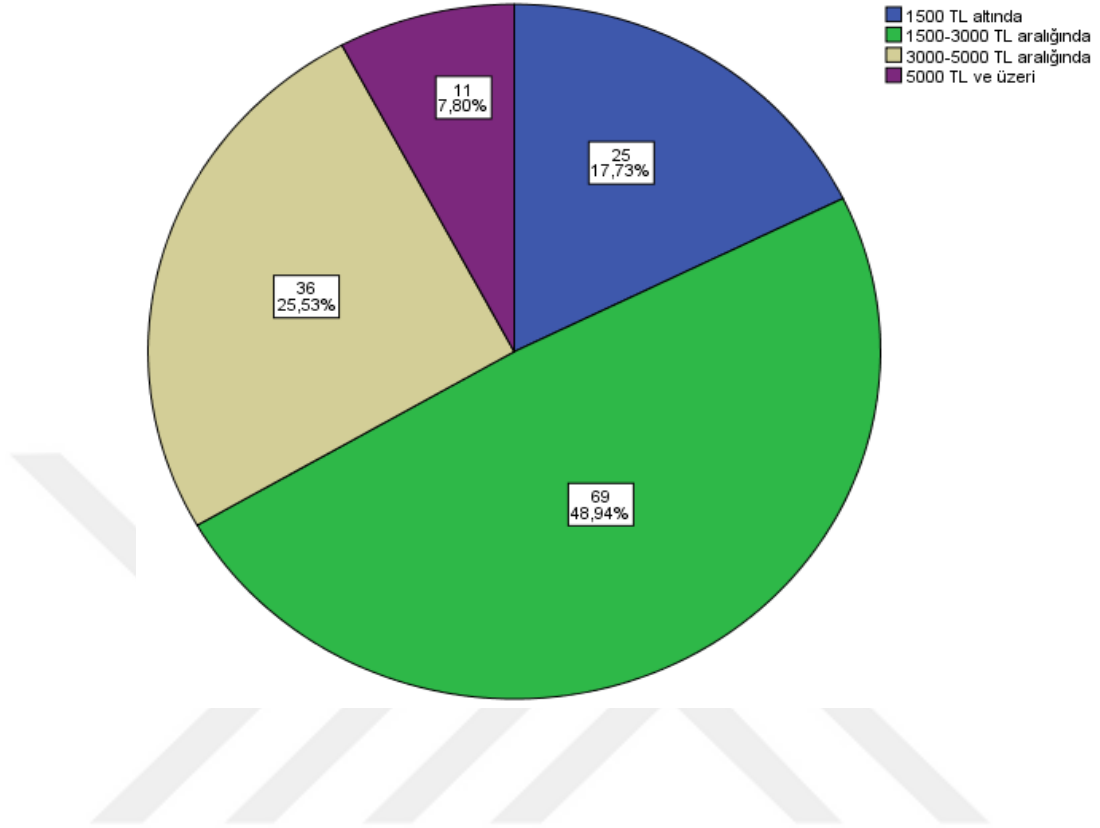


**Şekil 2. Bakım Verenlerin Eğitim Durumu (n=141)**



**Şekil 3. Bakım Verenlerin Meslek Dağılımı (n=141)**

Katılımcıların gelir durumları Şekil 4’de gösterilmektedir.

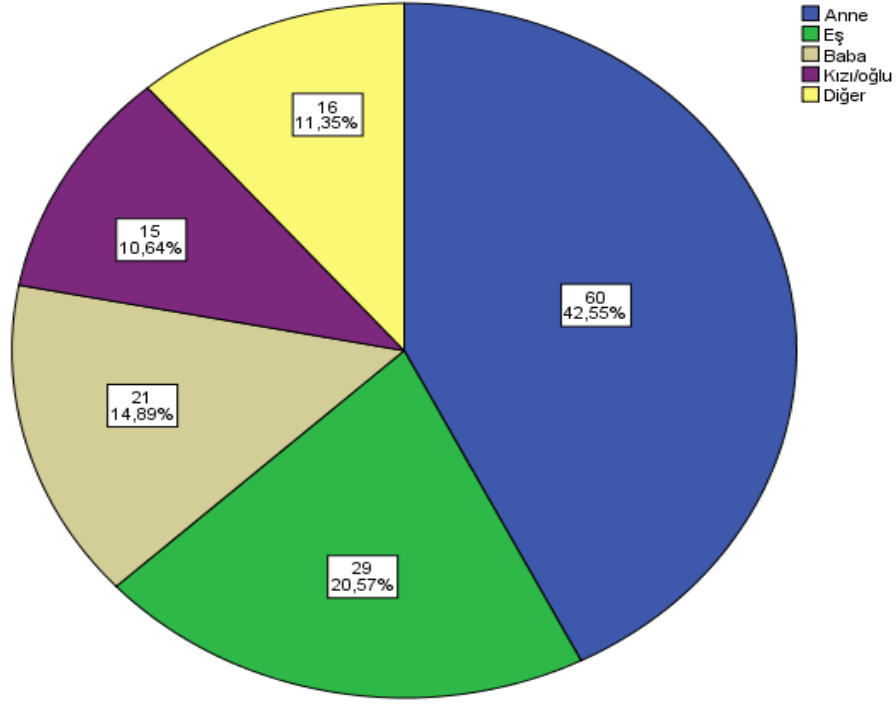


Şekil 4. Bakım Veren Gelir Durumu Dağılımı (n=141)

Bakım verenlerin sigara kullanma durumlarına baktığımızda; katılımcıların %24,8’inin (n=35) halen sigara kullandığı, %68,8’inin (n=97) hiç sigara içmediği, %6,4’ünün (n=9) ise daha önce sigara içtiği ancak bırakmış oldukları saptandı. Sigara kullanan bakım verenlerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ortalaması  $3,50 \pm 2,84$  (en düşük: 0, en yüksek: 11) olarak bulundu.

Çalışmamızda bulunan 141 hastanın bakım verene olan yakınlık derecesini incelediğimizde %42,5’nin (n=60) hastanın annesi, %20,5’nin (n=29) eşi, %14,8’nin (n=21) babası, %10,6’sının (n=15) kızı/oğlu olduğu bulundu (Şekil 5).





Diğer: kardeş, teyze, hala, dede, nine, kayınvalide, üvey anne

**Şekil 5. Bakım Veren-Hasta yakınlık Derecesi Grafik Dağılımı (n=141)**

Katılımcıların %35,5'inin (n=50) bakım verdikleri hastanın tüm bakımını tek başlarına üstlendikleri görülürken, %64,5'inin (n=91) hasta bakımında başka kişilerden destek aldıklarını belirttiler. Bakım verenlerin toplam bakım verme süresi  $8,1 \pm 8,4$  (en düşük:1 , en yüksek:51) yıldır.

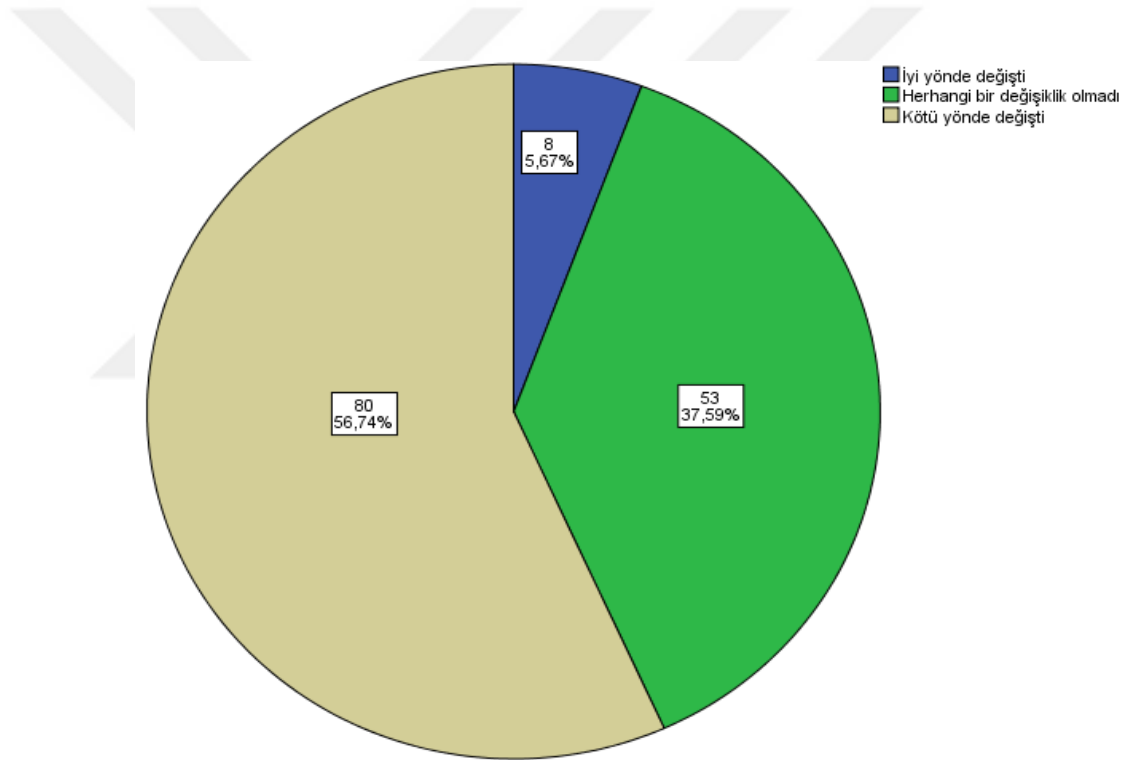
#### 4.2.2. Bakım Verenlerin Sağlık Durumları

Toplamda 141 bakım verenin %67,4'ünün (n=95) kronik bir hastalığı olduğu ve %59,6'sının (n=84) ise devamlı olarak ilaç kullandığı saptandı. Bakım veren 11 kişinin bir kronik hastalığı olmasına rağmen ilaç kullanmadığı belirlendi (Tablo 5).

**Tablo 5. Bakım Verenlere Ait Kronik Hastalık ve İlaç Kullanım Durumları (n=141)**

Bakım Veren Özellikleri		N	%
Hastalık	Var	95	67,4
	Yok	46	32,6
İlaç Kullanımı	Var	84	59,6
	Yok	57	40,4

Hastaların bakım veren yakınlarına, verdikleri bakıma bağlı olarak sağlık durumunun ne yönde değiştiğini belirtmesini istedik. Verilen cevaplar Şekil 6'de gösterilmektedir.



**Şekil 6. Katılımcıların Bakım Verme Öncesi ve Sonrası Arasındaki Sağlık Durumu Değişimi (n=141)**

Katılımcılardan sağlık durumlarının kötü yönde değiştiğini belirtenlere, bu değişiklikleri birkaç cümleyle ifade etmelerini istedik. Verilen cevaplardan örnekler aşağıda sunulmuştur:

Aynı anda 3 hastayla ilgilenen ve birinin Alzheimer hastalığı, hipertansiyon, anemi ve gastrit tanıları bulunan hastanın bakım vereni:

*‘Psikolojim bozuldu. Özgürlüğüm kısıtlandı. Yaşam sevincim bitti. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.’*

Alzheimer hastalığı, hipertansiyon, diyabetes mellitus ve kalp hastalığı tanıları olan bir hastaya bakım veren bir katılımcı sağlık durumundaki değişikliği şu şekilde açıkladı:

*‘Bel ve kol ağrıları, stres ve üzüntüden zona oldum. Zaman zaman ağlama krizleri geçiriyorum. Hastanın hastalığını bir dönem kabullenemedim. Ama şimdi ona bir şey olacak diye korkuyorum. Çünkü o benim çocuğum oldu.’*

Çalışmamızdaki bir başka bakım verenimiz ise kısa bir şekilde *‘Sabah sporlarına çıkmadığımdan sağlığım kötüleşti.’* diyerek durumunu açıkladı.

Bir bakım verenimiz ise geçirmiş olduğu trafik kazası sonrası uzun süre yoğun bakımda kalmış, yatağa bağımlı, trakeostomisi bulunan, gastrostomiden beslenen, multipl bası yaraları bulunan, epilepsi, kalp hastalığı, anemi ve pulmoner ödeme bağlı solunum yetmezliği tanıları bulunan 22 yaşındaki oğluna bakmaktaydı. Kendisinin de hipertansiyon, kalp hastalığı, anemi, gastrit ve osteoartrit tanıları bulunan bakım veren sağlığındaki değişimi şu şekilde ifade etti:

*‘Ayakta çok kalmaktan dizlerimde ödem oldu ve belim ara ara tutuluyor.’*

Hipertansiyon, kalp hastalığı, Alzheimer hastalığı ve hipotiroidi tanıları olan 85 yaşındaki annesine bakım veren sağlığındaki kötü yönde olan değişimi *‘Stres arttığı için tansiyonum yükseldi.’* diyerek anlattı.

78 yaşındaki hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık tanıları olan eşine bakım veren ise:

*‘Sağlık şikayetlerim, rahatsızlıklarım nedeniyle hastaneye gidip muayene olamıyorum.’* olarak ifade etti.

Ayrıca bir bakım veren sağlığında iyi yönde değişiklik olduğu halde bu durumu birkaç cümle ile anlatmak istedi. Kendisi 20 yaşında serebral palsy ve epilepsi tanılı oğluna bakım vermekteydi ve *‘Kendimi daha iyi hissediyorum çünkü bakım yaptığım benim evladım.’* olarak anlattı.

#### 4.2.3. Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi ve Fagerström Bağımlılık Düzeyleri İle İlgili Bulgular

Çalışmaya katılan 141 bakım verene ait bulunan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (sigara kullanan 34 birey dahildir) verileri Tablo 6’da sunulmaktadır.

**Tablo 6. Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi ve Fagerström Bağımlılık Düzeyleri Skorları**

	n	Ortalama±Standart Sapma	En Düşük-En Yüksek
Genel Yaşam Alanı	141	42,25±21,97	,0-100,0
Fiziksel Yaşam Alanı	141	50,44±22,88	,0-100,0
Psikolojik Yaşam Alanı	141	51,35±19,48	4,1-95,8
Sosyal Yaşam Alanı	141	51,82±22,31	,0-100,0
Çevre Yaşam Alanı	141	51,11±16,20	4,1-90,6
Uyku Kalitesi	141	7,89±4,76	,0-21,0
Fagerström Skoru	34	3,50±2,84	0-11

#### 4.2.4. Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi Ölçek Skorlarının Kendilerine ve Hastalara Ait Çeşitli Özelliklerle Karşılaştırılması

Bakım veren kişilerin cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi ve uyku kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması yapıldı. Sosyal ve çevre yaşam alanı dışındaki tüm yaşam kalitesi değerleri anlamlı yüksek bulunurken ve uyku kalitesi değerleri anlamlı düşük olarak saptandı (GYA  $p=0,033$  , FYA  $p<0,001$  , PYA  $p=0,026$  , UK  $p=0,002$ )(Tablo 7).

**Tablo 7. Bakım Veren Cinsiyeti ile Yaşam ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi**

	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	P
GYA	Kadın	107	43,03	22,64	<b>0,033</b>
	Erkek	34	52,21	18,33	
FYA	Kadın	107	45,88	21,74	<b>&lt;0,001</b>
	Erkek	34	64,81	20,57	
PYA	Kadın	107	49,30	19,95	<b>0,026</b>
	Erkek	34	57,80	16,56	
SYA	Kadın	107	49,77	22,59	0,052
	Erkek	34	58,30	20,41	
ÇYA	Kadın	107	50,00	16,66	0,148
	Erkek	34	54,62	14,31	
UK	Kadın	107	8,58	4,58	<b>0,002</b>
	Erkek	34	5,70	4,70	

GYA: Genel Yaşam Alanı, FYA: Fiziksel Yaşam Alanı, PYK: Psikolojik Yaşam Alanı, SYK: Sosyal Yaşam Alanı, ÇYK: Çevre Yaşam Alanı, UK: Uyku Kalitesi

Bakım verenlerden çalışanların genel, fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunurken uyku kalitesi ölçek puan ortalamaları ise anlamlı düşük bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8. Bakım Verenlerin Çalışma Durumu ile Yaşam ve Uyku Kalitesi Arasındaki Değerlendirme**

	Çalışma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	p
GYA	Çalışıyor	37	55,20	21,61	<b>0,001</b>
	Çalışmıyor	104	41,70	21,09	
FYA	Çalışıyor	37	62,33	20,29	<b>&lt;0,001</b>
	Çalışmıyor	104	46,21	22,34	
PYA	Çalışıyor	37	59,08	18,31	<b>0,005</b>
	Çalışmıyor	104	48,60	19,22	
SYA	Çalışıyor	37	60,21	20,56	<b>0,007</b>
	Çalışmıyor	104	48,84	22,24	
ÇYA	Çalışıyor	37	57,33	16,90	<b>0,006</b>
	Çalışmıyor	104	48,91	15,43	
UK	Çalışıyor	37	6,05	4,23	<b>0,006</b>
	Çalışmıyor	104	8,54	4,78	

GYA: Genel Yaşam Alanı, FYA: Fiziksel Yaşam Alanı, PYK: Psikolojik Yaşam Alanı, SYK: Sosyal Yaşam Alanı, ÇYK: Çevre Yaşam Alanı, UK: Uyku Kalitesi

Bakım verenlerin kendi görüşlerine göre belirttikleri gelir-gider durumlarına göre ölçek skorları karşılaştırıldığında gelir durumu gidere göre fazla olanların

psikolojik yaşam alanı dışındaki tüm yaşama kalitesi ölçeklerinde anlamlı olarak yüksek puan aldıkları görülürken (GYA p=0,002 , FYA p=0,016 , PYA p=0,115 , SYA p=0,004 , ÇYA p<0,001), uyku kalitesi ölçeğinde anlamlı olarak düşük puan aldıkları saptandı (p=0,004) (Tablo 9).

**Tablo 9. Gelir-Gider Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi İlişkisinin Değerlendirmesi (n=141)**

	Gelirine Göre Gider Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	P	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
GYA	Az	66	38,33	19,70	<b>0,002</b>	33,48	43,17
	Eşit	64	51,56	22,21		46,01	57,11
	Fazla	11	50,00	23,04		34,51	65,48
FYA	Az	66	44,60	22,67	<b>0,016</b>	39,03	50,18
	Eşit	64	55,82	21,70		50,40	61,24
	Fazla	11	54,19	24,49		37,73	70,64
PYA	Az	66	48,28	19,67	0,115	43,44	53,11
	Eşit	64	55,09	19,36		50,25	59,93
	Fazla	11	48,08	16,48		37,00	59,15
SYA	Az	66	46,36	19,96	<b>0,004</b>	41,45	51,27
	Eşit	64	58,56	22,46		52,95	64,17
	Fazla	11	45,43	25,92		28,02	62,85
ÇYA	Az	66	44,44	16,00	<b>&lt;0,001</b>	40,50	48,37
	Eşit	64	56,54	14,79		52,85	60,24
	Fazla	11	59,61	8,31		54,03	65,20
UK	Az	66	9,28	4,65	<b>0,004</b>	8,14	10,43
	Eşit	64	6,73	4,58		5,58	7,88
	Fazla	11	6,27	4,49		3,25	9,29

GYA: Genel Yaşam Alanı, FYA: Fiziksel Yaşam Alanı, PYK: Psikolojik Yaşam Alanı, SYK: Sosyal Yaşam Alanı, ÇYK: Çevre Yaşam Alanı, UK: Uyku Kalitesi

Çalışmadaki toplam 141 katılımcının aylık gelir düzeyi ile yaşam kalitesi ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi karşılaştırdığımızda; aylık gelir düzeyi yüksek olanların fiziksel yaşam alanı (p=0,034), çevre yaşam alanı (p<0,001) ve uyku kalitesi (p=0,009) ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir. Diğer ölçeklerden aldıkları puanlarla gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 10).

**Tablo 10. Bakım Veren Aylık Gelir Düzeyi ile Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi Değerlendirmesi (n=141)**

	Gelir Düzeyi	n	Ortalama	Standart Sapma	P	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
GYA	1500 TL altında	25	39,00	17,04	0,116	31,96	46,03
	1500-3000 TL arası	69	43,84	23,45		38,21	49,47
	3000-5000 TL arası	36	49,09	22,14		41,60	56,58
	5000 TL ve üzeri	11	55,68	17,99		43,59	67,77
FYA	1500 TL altında	25	38,66	17,49	<b>0,034</b>	31,44	45,88
	1500-3000 TL arası	69	52,02	23,10		46,47	57,57
	3000-5000 TL arası	36	53,55	25,30		44,99	62,11
	5000 TL ve üzeri	11	57,14	16,74		45,89	68,39
PYA	1500 TL altında	25	44,09	14,92	0,088	37,93	50,25
	1500-3000 TL arası	69	51,83	21,10		46,76	56,90
	3000-5000 TL arası	36	52,43	19,20		45,93	58,92
	5000 TL ve üzeri	11	61,33	14,55		51,56	71,11
SYA	1500 TL altında	25	44,96	19,54	0,070	36,89	53,03
	1500-3000 TL arası	69	51,17	22,87		45,68	56,67
	3000-5000 TL arası	36	53,55	21,75		46,19	60,91
	5000 TL ve üzeri	11	65,89	22,19		50,98	80,79
ÇYA	1500 TL altında	25	40,72	11,70	<b>&lt;0,001</b>	35,89	45,56
	1500-3000 TL arası	69	51,58	16,08		47,71	55,44
	3000-5000 TL arası	36	53,89	16,64		48,26	59,52
	5000 TL ve üzeri	11	62,74	12,98		54,02	71,46
UK	1500 TL altında	25	10,52	4,95	<b>0,009</b>	8,47	12,56
	1500-3000 TL arası	69	7,72	4,60		6,61	8,83
	3000-5000 TL arası	36	7,11	4,57		5,56	8,65
	5000 TL ve üzeri	11	5,54	4,00		2,852	8,239

GYA: Genel Yaşam Alanı, FYA: Fiziksel Yaşam Alanı, PYK: Psikolojik Yaşam Alanı, SYK: Sosyal Yaşam Alanı, ÇYK: Çevre Yaşam Alanı, UK: Uyku Kalitesi

Toplam 141 bakım verenin kronik hastalığı olması ve olmamasına göre yaşam ve uyku kalitesi karşılaştırıldı. Kronik hastalığı olması durumunda tüm yaşam kalitesi parametrelerinde anlamlı düşüklük ve uyku kalitesi parametrelerinde ise anlamlı yükseklik saptandı (GYA  $p<0,001$  , FYA  $p<0,001$  , PYA  $p<0,001$  , SYA  $p=0,009$  , ÇYA  $p=0,007$  , UK  $p<0,001$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11. Bakım Verenlerin Kronik Hastalık Durumu ile Yaşam ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

	Bakım Verenin Kronik Hastalığı	n	Ortalama	Standart Sapma	p
GYA	Var	95	38,47	19,64	<0,001
	Yok	46	59,24	19,97	
FYA	Var	95	42,97	21,00	<0,001
	Yok	46	65,88	18,61	
PYA	Var	95	46,72	17,83	<0,001
	Yok	46	60,92	19,42	
SYA	Var	95	48,43	21,34	0,009
	Yok	46	58,84	22,86	
ÇYA	Var	95	48,57	15,81	0,007
	Yok	46	56,36	15,90	
UK	Var	95	9,26	4,72	<0,001
	Yok	46	5,06	3,44	

GYA: Genel Yaşam Alanı, FYA: Fiziksel Yaşam Alanı, PYA: Psikolojik Yaşam Alanı, SYA: Sosyal Yaşam Alanı, ÇYA: Çevre Yaşam Alanı, UK: Uyku Kalitesi



Katılımcıların sigara kullanma durumları ile yaşam ve uyku kalitesi ölçek puan ortalamaları aralarında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12. Bakım Verenlerin Sigara Kullanımı ile Yaşam ve Uyku Kalitelerinin Değerlendirilmesi**

	Sigara Kullanım Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	p	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
GYA	Evet	35	46,08	22,03	0,920	38,51	53,64
	Hayır	97	44,76	22,64		40,20	49,33
	Kullanıyordum bıraktım	9	47,22	15,02		35,67	58,77
FYA	Evet	35	53,49	22,79	0,665	45,66	61,32
	Hayır	97	49,46	22,45		44,94	53,99
	Kullanıyordum bıraktım	9	49,16	29,22		26,70	71,62
PYA	Evet	35	54,01	20,80	0,543	46,86	61,15
	Hayır	97	50,82	18,97		47,00	54,65
	Kullanıyordum bıraktım	9	46,72	20,57		30,90	62,53
SYA	Evet	35	53,54	23,50	0,538	45,46	61,61
	Hayır	97	50,61	21,92		46,19	55,03
	Kullanıyordum bıraktım	9	58,30	22,82		40,75	75,84
ÇYA	Evet	35	52,42	14,99	0,846	47,27	57,57
	Hayır	97	50,59	16,37		47,29	53,89
	Kullanıyordum bıraktım	9	51,70	20,25		36,13	67,26
UK	Evet	35	8,17	5,07	0,835	6,42	9,91
	Hayır	97	7,86	4,76		6,90	8,82
	Kullanıyordum bıraktım	9	7,11	3,85		4,14	10,07

GYA: Genel Yaşam Alanı, FYA: Fiziksel Yaşam Alanı, PYK: Psikolojik Yaşam Alanı, SYK: Sosyal Yaşam Alanı, ÇYK: Çevre Yaşam Alanı, UK: Uyku Kalitesi

Bakım verenlerin hastanın bakımını üstlenen tek kişi olup olmamaları durumunun yaşam ve uyku kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; bakım veren tek kişi olduğunda sosyal yaşam alanı parametresi dışındaki diğer yaşam kalite skorlarının anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. (GYA p=0,002 , FYA p=0,001 , PYA p=0,007 , ÇYA p=0,001) Uyku kalitesi ise anlamlı yüksek bulundu (p=0,004) (Tablo 13).

**Tablo 13. Bakım Veren Hastanın Bakımını Üstlenme Durumu ile Yaşam ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi**

	Tek kişi mi	n	Ortalama	Standart Sapma	p
<b>GYA</b>	<b>Evet</b>	50	37,50	22,86	<b>0,002</b>
	<b>Hayır</b>	91	49,50	20,36	
<b>FYA</b>	<b>Evet</b>	50	42,21	24,66	<b>0,001</b>
	<b>Hayır</b>	91	54,97	20,62	
<b>PYA</b>	<b>Evet</b>	50	45,46	19,52	<b>0,007</b>
	<b>Hayır</b>	91	54,59	18,78	
<b>SYA</b>	<b>Evet</b>	50	46,96	24,03	0,055
	<b>Hayır</b>	91	54,50	20,97	
<b>ÇYA</b>	<b>Evet</b>	50	45,31	16,12	<b>0,001</b>
	<b>Hayır</b>	91	54,30	15,42	
<b>UK</b>	<b>Evet</b>	50	9,42	5,12	<b>0,004</b>
	<b>Hayır</b>	91	7,05	4,35	

GYA: Genel Yaşam Alanı, FYA: Fiziksel Yaşam Alanı, PYA: Psikolojik Yaşam Alanı, SYA: Sosyal Yaşam Alanı, ÇYA: Çevre Yaşam Alanı, UK: Uyku Kalitesi

Bakım verenlere ait yaşam ve uyku kalitesi skorları ile bakım verdikleri hastaların yatağa bağımlı olup olmamaları durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14. Hastaların Yatağa Bağımlılık Düzeyi ile Bakım Verenlerin Yaşam ve Uyku Kalitelerinin Karşılaştırması (n=141)**

		n	Ortalama	Standart Sapma	P	95% güven aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
GYA	Bağımlı	60	45,08	22,53	0,633	39,26	50,90
	Bağımlı değil	29	42,24	22,75		33,58	50,89
	Kısmen Bağımlı	52	47,12	21,09		41,24	52,99
FYA	Bağımlı	60	50,06	22,88	0,909	44,14	55,97
	Bağımlı değil	29	52,10	24,66		42,72	61,48
	Kısmen bağımlı	52	49,96	22,27		43,76	56,17
PYA	Bağımlı	60	52,53	21,48	0,591	46,98	58,08
	Bağımlı değil	29	52,87	18,50		45,84	59,91
	Kısmen bağımlı	52	49,15	17,66		44,23	54,06
SYA	Bağımlı	60	53,64	23,33	0,643	47,61	59,67
	Bağımlı değil	29	51,97	20,96		44,00	59,95
	Kısmen bağımlı	52	49,65	22,07		43,50	55,79
ÇYA	Bağımlı	60	50,73	17,11	0,639	46,31	55,15
	Bağımlı değil	29	53,62	15,84		47,59	59,65
	Kısmen bağımlı	52	50,16	15,46		45,86	54,47
UK	Bağımlı	60	7,65	4,64	0,594	6,44	8,85
	Bağımlı değil	29	7,44	5,97		5,17	9,72
	Kısmen bağımlı	52	8,42	4,14		7,26	9,57

GYA: Genel Yaşam Alanı, FYA: Fiziksel Yaşam Alanı, PYA: Psikolojik Yaşam Alanı, SYA: Sosyal Yaşam Alanı, ÇYA: Çevre Yaşam Alanı, UK: Uyku Kalitesi

Hastaların demans(bunama) durumu ile bakım verelerin yaşam kalitesi ve uyku kalitesi ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 15. Hastaların Demans Durumu ile Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması**

	Hastada Demans Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	p
GYA	Var	60	45,92	21,75	0,756
	Yok	81	44,75	22,26	
FYA	Var	60	52,56	21,90	0,347
	Yok	81	48,88	23,60	
PYA	Var	60	51,89	18,26	0,781
	Yok	81	50,96	20,43	
SYA	Var	60	51,01	21,81	0,710
	Yok	81	52,43	22,80	
ÇYA	Var	60	50,87	16,78	0,876
	Yok	81	51,30	15,86	
UK	Var	60	7,68	4,54	0,654
	Yok	81	8,04	4,94	

GYA: Genel Yaşam Alanı, FYA: Fiziksel Yaşam Alanı, PYK: Psikolojik Yaşam Alanı, SYK: Sosyal Yaşam Alanı, ÇYK: Çevre Yaşam Alanı, UK: Uyku Kalitesi

Katılımcıların hastalara bakım verme süreleri ile yaşam ve uyku kalitesi ölçek puanlarının korelasyonuna bakıldı. Aralarında anlamlı bir korelasyon saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 16).

**Tablo 16. Bakım Verenlerin Yaşam ve Uyku Kalitesi Ölçek Puanları ile Hastalara Bakım Verdikleri Süreler Arasındaki Korelasyon (p: anlamlılık değeri; r: korelasyon katsayısı)**

	<b>p</b>	<b>r</b>
<b>Genel Yaşam kalitesi</b>	0,206	-0,107
<b>Fiziksel Yaşam Kalitesi</b>	0,385	-0,74
<b>Psikolojik Yaşam Kalitesi</b>	0,606	-0,044
<b>Sosyal Yaşam Kalitesi</b>	0,291	-0,090
<b>Çevre Yaşam Kalitesi</b>	0,749	-0,027
<b>Uyku Kalitesi</b>	0,664	0,037

Çalışmamızdaki bakım verenlerin VKİ'leri ile yaşam ve uyku kalitesi puanları arasındaki korelasyonuna bakıldı. Anlamlı bir korelasyon saptanmadı (Tablo 17).

**Tablo 17. Bakım Verenlerin VKİ'leri ile Yaşam ve Uyku Kalitesi Verilerinin Korelasyonu (p: anlamlılık değeri, r: korelasyon katsayısı)**

	<b>p</b>	<b>R</b>
<b>Genel Yaşam Kalitesi</b>	0,294	-0,089
<b>Fiziksel Yaşam Kalitesi</b>	0,022	-0,193
<b>Psikolojik Yaşam Kalitesi</b>	0,117	-0,133
<b>Sosyal Yaşam Kalitesi</b>	0,711	-0,032
<b>Çevre Yaşam Kalitesi</b>	0,415	-0,069
<b>Uyku Kalitesi</b>	0,387	0,073

#### **4.2.5. Bakım Verenlerin Verdikleri Bakımla İlgili Düşünceleri ve Yaşadıkları Zorluklar**

Çalışmaya katılan 141 bakım verenin verdikleri bakım ile ilgili düşünceleri değerlendirildi. Buna göre bakım verenlerin %34'ü (n=43) kendilerini bakım konusunda yetersiz hissederken, %35,5'i (n=50) ise kısmen yeterli olduklarını belirttiler. Yine katılımcıların %90,8'i (n=128) bakım konusunda yardıma ihtiyacı olduklarını ifade ettiler (Tablo 18).

**Tablo 18. Bakım Verenin Verdiği Bakımla İlgili Düşünceleri (n=141)**

Bakım Veren Özellikleri		N	%
Hastayla İletişim Sıkıntısı Oluyor mu?	Hayır	39	27,7
	Evet	58	41,1
	Bazen	44	31,2
Kendini Bakımda Yeterli Hissetme	Yetersiz	43	34
	Yeterli	48	30,5
	Kısmen	50	35,5
Yardım İhtiyacı Duyuyor Musunuz?	Hayır	13	9,2
	Evet	128	90,8
Eğitim-Danışmanlık Gereği Duyuyor mu?	Hayır	47	33,3
	Evet	40	28,4
	Bilmiyorum	54	38,3

Bakım verenlerle yaptığımız yüz yüze görüşmede bakım konusunda kendisini en çok zorlayan durumu birkaç cümle ile anlatmasını istedik. Katılımcıların çoğu alt bezi değiştirmek, indirip kaldırmak, iletişim problemi, banyo yaptırmak, yalnız bırakmamak, saldırganlığı ile baş etmek gibi durumları en çok zorlandıkları durumlar olarak ifade ettiler. Aşağıda, bakım verenlerin kendi ifadelerinden bazı örnekler sunulmuştur.

50 yaşında yaklaşık 25 yıldır Alzheimer hastalığı tanılı annesine bakım veren kişi:

*‘Hasta ile yaşamak ölmek daha iyi olur. Hayatımı harcadım. Sonuç daha da kötü artık yapacak hiç hiçbir şeyim kalmadı. Ben bittim.’*

Birçok kronik hastalığı olan tam bağımlı annesine bakım veren 62 yaşındaki bir katılımcının verdiği yanıt:

*‘Hastama bakma hiç sorunum olmaz. Sadece şikayetlerine tıbben çözüm bulamadığım zaman çok zorlanıyorum.’*

Bazı bakım verenler kısa ama farklı şekilde yanıtlar verdi. Özellikle Alzheimer Hastalığı ve ek hastalıkları olan 99 yaşındaki babasına bakan bir bakım veren: *‘Hiçbir şey beni zorlamaz.’* olarak yanıt verdi. Geçirilmiş Serebrovasküler Hastalık nedeniyle 72 yaşında konuşamayan annesine bakım verenimiz ise *‘Konuşamaması nedeniyle iletişim sıkıntısı, onu anlayamamak.’* olarak cevapladı.

Kısmen bağımlı olan 78 yaşındaki annesine bakım veren bir katılımcı ise; *‘Babam da rahatsız bu en çok zorluyor. İletişim sıkıntısı çok fazla oluyor. Gece uyumamaları zorluyor.’* olarak yanıtladı.

Alzheimer hastalığı, hipertansiyon, kalp hastalığı ve hipotiroidi tanılarını olan annesine bakım verenin zorlama sebebini biraz farklıydı ve bunu şu cümlelerle ifade etti:

*‘Neticede annem olması yani annem kadın ve ben onun erkek evladım ona banyo yaptırmak sorun oluyor.’*

Bu zorluklar dışında katılımcılara “Bakım vermekten dolayı kendinizi ihmal ediyor musunuz?” sorusu yöneltildiğinde katılımcıların %68.8’i (n=128) bu soruyu “evet” olarak yanıtladılar.

## 5. TARTIŞMA

Evde Sağlık Hizmeti alan hasta yakınlarının yaşam kalitesi ve uyku kalitesinin durumunu ve verdikleri bakımın bunu nasıl etkilediğini belirlemeyi amaçladığımız çalışmamızda, bakım verenlerin yaşam ve uyku kalitelerinin olumsuz olarak etkilendiği bulunmuştur. Özellikle kronik hastalığı bulunan, tek kişi olarak bakımı üstlenen ve çalışan bakım verenlerin diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük yaşam ve uyku kalitesine sahip olduğu görülmektedir.

Literatürde Evde Sağlık Hizmeti alan hastalara bakım verme işinin yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili değerlendirme bulunmaktadır. Kanser hastası bakım verenleri ile yapılmış olan çalışmalarda, bakım verenlerin yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiğini belirtmiştir (40, 41). Literatürde yine birçok çalışmada bu doğrultuda sonuçlar elde edilmiştir (42-44) Yapılan çalışmalarda aile desteğinin özellikle diğer aile fertleri tarafından yapılan ziyaretler gibi kuvvetli sosyal bağın bulunmasının, bakım verenin yükünü azalttığını belirtilmişti (45, 46). Bunun neticesinde yaşam kalitesinin artması da beklenmektedir.

Literatürde yapılan pek çok çalışmada ortaya konulduğu gibi bizim çalışmamızda da bakım verenlerin büyük çoğunluğu kadınlardan oluşmaktaydı (8, 40, 42, 47-52). Toplumumuzda ailedeki kadınların bakım veren rolünü almasındaki sebepler arasında ev ile ilgili işlerin kadının doğal sorumluluğu olarak görülmesi, iş hayatında kadınların azınlıkta olması, yaradılış gereği kadınların erkeklerden daha şefkatli ve hassas olmaları, güçlü ilişki kurabilme becerilerinin olması ve erkeklere göre bakım vermenin getirdiği güçlüklerle daha iyi uğraşabilecekleri görüşü hakimdir (21, 48).

Çalışmamıza katılan bakım verenlerden kadınların erkeklere oranla yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Arguvanlı ve ark. nın çalışmasında yine benzer şekilde kadınların yaşam kalitesi erkeklerinkinden daha düşük bulunmuştur (43). Ayrıca Kızılcı ve ark. nın çalışmasında da bakım verenlerin yaşam kalitesinin cinsiyetten etkilendiğini saptanmıştır (53). Bunun yanında bakım verenlerin cinsiyetlerinin yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (44, 54). Literatürdeki bu farklılıklar bu konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Uyku kalitesi de, yaşam kalitesine paralel olarak kadınlarda erkeklerden daha kötü durumdadır. Merriles ve ark. nın demans hastası bakım verenlerine yapmış



oldukları çalışmada da benzer olarak kadınlarda uyku kalitesi daha kötü bulunmuştur (55). Başka bir çalışmada ise kadın bakım verenler ile bakım vermeyenler karşılaştırılmış ve bakım verenlerin uyku kalitesi daha düşük olduğu belirtilmiştir (56). Normal popülasyon üzerinde yapılmış çalışmalarda da cinsiyetin uyku kalitesini etkilediği gösterilmiştir (57-59).

Bizi çalışmamızda ve Dağdeviren'in çalışmasında, evde bakım hizmeti alan hastaların çoğunluğunun bakım veren kişilerin annesi olduğu saptanırken (8), literatürde bakım verenlerin eş ve ebeveynler olduğu çalışmalar da mevcuttur (40, 47, 60).

Çalışmamızda sigara kullanım durumu sorgulandığında, bakım verenlerin önemli bir kısmının hiç kullanmadığı görüldü. Salgado ve ark. nın çalışmasında benzer şekilde çoğunluğun sigara kullanmadığı saptanmıştır (61). Zhou ve ark. nın çalışmasında ise Alzheimer Hastalığı olan hastalara bakım verenlerde normal popülasyonda beklenenden daha fazla sigara içme sıklığı bulunmuştur (62).

Çalışmamızda bakım verenlerin sigara kullanımları ile yaşam ve uyku kaliteleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde özel olarak bakım verenlerin sigara kullanımı-yaşam kalitesi ile ilgili literatüre rastlanmadı. Aslan'ın 2017 yılında aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda yapmış olduğu çalışmada sigara kullanımı ile uyku kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır (57). Güney Kore'de 2009-2010 yıllarında 25 hastanede aile hekimliği polikliniğine başvuran karı-koca hastalar ile gerçekleştirilen bir çalışmada, sigara alışkanlığının uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir değişiklik yapmadığı belirtilmiştir (63).

Çalışmamızda bakım verenlerin gelir-gider dengesine baktığımızda Dağdeviren'in çalışmasına benzer olarak, geliri giderinden az olan bakım verenlerin çoğunlukta olduğu görüldü (8). Genel olarak Türkiye'de yapılmış olan çalışmalarda bakım verenlerin gelir düzeylerinin orta ve ortanın altında olduğu söylenebilir (42, 64). Yurtdışında yapılmış olan başka bir çalışmada da bakım verenlerin ekonomik güçlükler yaşadığı sonucu elde edilmiştir (65). Ekonomik güçlüklerin kaynağı hem bakım verenlerin durumuyla ilgili, hem de bakım verme durumunun getirdiği ek maliyetlerle ilgili olabilir. Her ne kadar bakım için yapılan masraflar için ülkemizde bir miktar maddi destek sağlansa da bunun çok da yeterli olmadığı görülmektedir (2). Bunun yanında çalışmamızda bakım verenlerin çoğunluğunun çalışmıyor olması

maddi sıkıntılara neden olan bir etken olsa da, bakım işinin sürekli olması sebebiyle bir mecburiyet de olabilir.

Gelir-gider durumunun yaşam kalitesi ile olan ilişkisine baktığımızda, literatürle uyumlu olarak gelir durumu kötü olanların yaşam kalitelerinin de düşük olduğu görülmektedir (18, 42, 43). Çalışmamızda yaşam kalitesine ek olarak uyku kalitesine bakılmıştır ve onun da gelir durumu gider durumundan daha düşük olanlarda daha kötü olduğu görülmüştür. Literatürde bakım verenlerin gelir-gider durumu ile uyku kalitesini değerlendiren çalışma bulunmamaktadır.

Aslında literatür genel olarak maddi desteğin bakım verenlerin yaşam kalitesine olan olumlu etkisini ortaya koymaktadır. Bu durum dikkatle incelenmelidir. Bazı şartlara bağlı olarak bir miktar maddi destek verilmekle beraber, belki her hastanın ve bakım verenin şartları özel olarak değerlendirilerek ihtiyaç duydukları maddi destek belirlenebilir. Elbette bunun için koordinasyon çok önemlidir. Burada belki sadece devlet değil, sivil toplum kuruluşlarının da hem maddi hem de insan gücü açısından katkısı olabilir.

Konuyla ilgili literatürle uyumlu olarak çalışmamızda bakım verenlerin büyük bir kısmının çalışmadığı saptandı (8, 40, 42, 43, 66). Ancak çalışmayanların da yarıdan fazlasının daha önce çalıştığı ve emekli olduğu görülmektedir. Genel olarak bakım verenlerin meslek durumu olarak en fazla ev hanımı bulundu. Bu sonuç ülkemizde yapılan önceki çalışmalarla da uyumludur. Bu çalışma bakım verenlerin yaşam ve uyku kalitelerinin çalışma durumundan etkilendiğini göstermiştir. Bu bakımdan da önemlidir. Literatürde bakım verenlerin çalışma durumu ile yaşam kalitesini değerlendiren literatür yoktur. Ancak bakım verenlerin mesleği ile yaşam kalitesi değerlendirilmiş ve aralarında bir ilişki bulunmamıştır (43, 54). Ayrıca normal popülasyonda yapılan çalışmalara baktığımızda çalışmamızla benzer olarak çalışmayanların uyku kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur (57, 58, 67)

Çalışmamızda ortalama bakım süresinin 8 yıl olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda bu süre 1-11 yıl arasında değişiklik göstermektedir (8, 43, 60). Sürelerdeki bu değişiklik çalışmaların daha kısıtlı yer ve örneklem büyüklüğüne sahip olmalarından kaynaklanmaktadır. Genellikle tek merkezli çalışmalar çoğunluktadır ve bu çalışmaların temsiliyet gücü de zayıftır. Bizim çalışmamızda da katılımcılar, tek bir hastanenin evde bakım birimine kayıtlı

hastalara bakım verenleri kapsamaktadır. Bu nedenle elde edilen sonuçlar genellenemez. Ancak farklı bölgelerde yapılmış çalışmaların bir arada değerlendirilmesi yararlı olacaktır. Bunun yanında mutlaka çok merkezli çalışmalar da yapılmalıdır.

Çalışmamızda şimdiye kadarki literatürlerden farklı olarak bakım verme süresi ile yaşam kalitesi ve uyku kalitesi arasında bir ilişki saptanmadı. KOAH hastasına bakım verenler üzerinde yapılmış bir çalışmada bakım verme süresi fazla olanların yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (44). Aronson ve ark. nın yaptığı çalışmada ise bakım verme süresi de dahil olmak üzere hastalığın seyri, şiddeti, süresi, cinsiyet gibi faktörlerin yaşam kalitesini negatif etkileyebileceği gösterilmiştir (68). Şimdiye kadar olan literatürde bakım verme süresi arttıkça uyku kalitesinin daha kötü olduğu gösterilmiştir (8, 66). Çalışmamızda da bakım süresinin yaşam ve uyku kalitesinin kötü yönde etkilediği ancak anlamlı düzeyde olmamasının nedeni; alınan örneklem büyüklüğünün yetersizliği olabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin yaklaşık üçte birinin kendisini bakım verme konusunda yeterli, yine üçte birinin de kısmen yeterli olarak gördüğü saptandı. Daha önce ülkemizde yapılmış başka bir çalışmayla benzer katılımcıların çoğu kendini kısmen de olsa bakım konusunda yeterli bulmakta ancak eğitim ve danışmanlığa ihtiyaç duyduğunu belirtmektedir (8). Yapılan çalışmaların çoğunluğunda da bakım verenlerin maalesef bakım konusunda eğitim almadıkları görülmektedir (69-71). 1970'li yılların sonlarında Kaliforniya'da kurulan Family Caregiver Alliance (FCA), ailelerin ihtiyaçlarını karşılamak ve ihtiyacı olanlara evde uzun süreli bakım sağlamak için ABD'deki ilk toplum tabanlı sivil toplum kuruluşudur. FCA'nın sunduğu hizmetler, eğitim programları ve kaynaklar, bakıcıların ihtiyaçları göz önünde bulundurularak tasarlanmıştır ve bakım, karmaşık bilgi ve karmaşık bakım taleplerini yönetmek için araçlar sunar. FCA verilerine göre ise bakım verenlerin büyük bir kısmı bakım verme konusunda yetersiz bilgi-beceri sahibi olduğunu düşündüğü görülmektedir (72). Ulusal ve uluslar arası çalışmalar arasındaki bu fark kültürel farklılıktan kaynaklanabilir. Şöyle ki nispeten geleneksel aile yapısının hakim olduğu Türkiye gibi ülkelerde bakım verenler, bakım verme konusunda yetersiz olduklarını söylemelerinin bakım verme işini yapmak istemiyorlar şeklinde algılanmasından endişe duyuyor olabilirler. Bir başka neden de bakım konusunda bilmeleri gerekenleri bilmediklerinden kendi durumlarını net bir şekilde değerlendirememeleri olabilir.

Özellikle aile hekimleri bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde önemli bir role sahip olabilirler. Bakım verenlerin sağlığının bozulması açısından yüksek riskli olanlar için bütüncül yaklaşım ile değerlendirerek, onlara bu zorlu görevin birçok evresinde yardımcı olabilirler (8).

Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunluğunun en az bir kronik hastalığı ve sürekli kullandığı ilacı vardır. Bakım verenlerin herhangi bir hastalığının olması hastaya verdiği bakımı ve kendi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Çetinkaya çalışmasında bakım verenlerin en az bir hastalığının olduğunu bulmuştur (73). Benzer çalışmalarda da bu sonuç bulunmuştur (8, 48, 74, 75).

Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda, bakım verenlerden en az bir tanı konulmuş hastalığı olanların olmayanlara göre tüm alanlarda yaşam kalitesi daha düşüktür. Hacıoğlu ve ark. nın yapmış olduğu çalışmada kronik hastalığı olan bakım verenlerin yaşam kalitesinin tüm alanlarda düştüğü görülmüştür (76). Yapılan başka bir çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunda depresyon semptomlarının saptandığı ve yaşam kalitesinde azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (74). Bu durumun sebepleri, verdikleri bakım nedeniyle gerek fiziksel gerek psikolojik birçok yönden etkilenmeleri, kendine ve sağlık kontrollerine yeterince vakit ayıramamaları, yoğun stres altında olmaları olabilir.

Uyku kalitesi konusunda da kronik bir hastalığı olan bakım verenlerin olmayanlara kıyasla uyku kaliteleri daha düşük olduğu bulundu. Dağdeviren'in çalışmasında bakım verenlerin subjektif değerlendirmesi neticesinde çoğunluğun uyku kalitesinin düşük olduğu belirtilmiştir (8). Aslan'ın yaptığı çalışmada da benzer şekilde kronik bir hastalığı olan kişilerin uyku kalitesinin anlamlı düzeyde değiştiği anlaşılmıştır (57). Kalp yetmezliği olan hastalarla gerçekleştirilen bir çalışmada uyku kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır (77). Başka bir çalışmada da diğer çalışmalarla uyumlu olarak uyku kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur (78).

Vücut kitle indeksinin (VKİ) 25 kg/m<sup>2</sup> üstünde olması pek çok kronik hastalığın risk faktörleri arasındadır. Gerçekleştirdiğimiz çalışmada bakım verenlerin VKİ ortalaması 28.1 yani fazla kilolu olarak bulundu. Bakım verenlerin VKİ'leri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Literatürde bakım verenlerin yaşam kalitesi ile VKİ hakkında bir değerlendirme yoktur. Göçgeldi ve ark. nın hipertansiyon hastalığı olanlarda yaptığı çalışmada, VKİ yüksek olan hastalar genel yaşam alanı

dışındaki tüm yaşam kalitesi alanlarında daha düşük puanlar elde etmişlerdir (79). Bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

Yine uyku kalitesi ile VKİ arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Aslan'ın normal popülasyon üzerinde yapmış olduğu çalışmada da aynı sonuç elde edilmiştir (57). Patel ve ark. nın çalışmasında VKİ arttıkça uyku sürelerinin azaldığı saptanmıştır (80). Diğer bir çalışmada ise uyku bozukluğu ile VKİ arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (81). Sonucun bu şekilde olmasının nedeni; VKİ değeri düşük olan katılımcıların sayısının az olması, toplumumuzda genel yapı olarak fazla kilolu bireylerden oluşması ve bu durumun kabullenilmiş olmasına bağlı olabilir. Daha fazla sayıda katılımcı ile daha ayrıntılı bir çalışma yapılabilir.

Çalışmamızda şimdiye kadarki literatürle aynı doğrultuda olarak bakım verenlerin sağlık durumunun hastaya bakım vermeye başlamadan önce ve başladıktan sonra şeklinde karşılaştırıldığında, bakım vermeye başladıktan sonra kötü yönde değiştiği görülmektedir. Tuna ve Olgun'un yaptığı çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun sağlık durumlarının olumsuz etkilendiği bulunmuştur (82). Yine Kekeç'in 2011 yılında yaptığı çalışmada bakım verenlerin verdikleri bakıma bağlı sağlık sorunları yaşadığını ve bel ağrısı, psikolojik sıkıntılardan yakındığı belirtilmiştir (83). Diğer çalışmalarda da bakım verenler sağlıklarının kötüye gittiğini (84, 85) ve sağlığındaki düşüşün hastaya verdiği bakımı etkileyeceği belirtilmiştir (86).

Literatürde bakım verenlerin sağlık durumlarını diğer kişilere oranla daha kötü şekilde gördükleri belirtilmiş (87), bunun sadece algı boyutunda değil, gerçekte de bu durumda olabileceği düşünülmüştür. Bakım verenlerde immün sistemin normal kişilere kıyasla daha yavaşlamış olduğu ve viral enfeksiyonların kontrol grubuna göre daha uzun sürdüğü bulunmuştur (88).

Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunluğunun bakım işini paylaştığı, 1/3'ünün ise bakım işini tek başına üstlendiği görülmektedir. Bu konuda literatürde farklı sonuçlar vardır. Bazı çalışmalarda çoğunluğun bakımı üstlenen tek kişi olduğu sonucu bulunurken (8, 40, 42, 64), Çetinkaya'nın yaptığı çalışmada bakım verenlerin yarısından fazlasının bakım işini paylaştığı bildirilmiştir (73). Literatürler arasındaki farklılıkların sebebi örneklem büyüklüğündeki ve bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerindeki farklılıklar olabilir.

Bakım verme işini tek kişinin üstlenmiş olmasının sosyal yaşam alanı hariç diğer yaşam kalitesi alanlarında anlamlı olarak düşük olduğu görülmektedir. Tek kişi bakım verme ve yardım olarak bakım vermenin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini araştırmasıyla ilgili literatürde benzer çalışma yoktur.

Çalışmamızda uyku kalitesi de yaşam kalitesi gibi tek kişi bakım verenlerde anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Şimdiye kadarki yayınlarda bakım verenlerin uyku kalitesi değerlendirilmiş ve kötü olduğu bulunmuştur (66, 89-92). Ancak bakım verenlerin tek başına olması durumu ile ilgili bir inceleme yoktur.

Tek başına bakım vermek kişinin kendine zaman ayırmasını engellemektedir. Bunun neticesinde de bedensel ve ruhsal sağlığı ve dolayısıyla yaşam kalitesi bozulmaktadır. Çalışmamızdaki bakım verenlerin büyük bir kısmının yardıma gereksinim duyduğu ve yine büyük bir kısmının da bakım verme işinden dolayı kendini ihmal ettiği görülmektedir. Arguvanlı ve Taşçı' nın yaptığı çalışmada bakım vermenin aile ilişkilerini negatif etkilediği gösterilmiştir (43). Başka bir çalışmada ise bakım verenlerin aile ilişkilerinde zorluklar yaşadıklarını bildirmiştir (42). Yine Aldrich'in çalışmasında bakım verenlerin çoğunun aile ve arkadaşlarına zaman ayıramadıklarını, artmış duygusal stres hissettiklerini, sağlıklı kaliteli uyku, beslenme ve egzersiz gibi kişisel ihtiyaçlarını ihmal ettiklerini belirtmiştir (86). Tüm bu sonuçlar gösteriyor ki bakım verenlere sosyal açıdan büyük destek verilmesi gerekmektedir. Bu sayede hem kendi yaşam kaliteleri hem de bakım verdikleri hastaların yaşam kalitesinde yükselme olacaktır.

Pek çok çalışmada gösterildiği gibi çalışmamızda da bakım verenlerin hastayla iletişim sıkıntısı yaşadıkları görülmektedir (8, 22). Bu durum büyük oranda hastaların yaşlanmaya bağlı olarak kognitif fonksiyonlarında gerileme nedeniyle yaşanmaktadır. Bu konu özel olarak ele alınmalı, böyle sorunları olan hastalara bakım verenlere destek olunmalıdır. Evde sağlık hizmetleri ve aile hekimleri tarafından bu tür iletişim kurmanın zor olduğu hastalara bakım verenlere iletişim sorunlarını çözme ve bu durumlarla baş etmeleri konusunda danışmanlık hizmeti verilebilir.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların birçoğu bunama durumu olan, gece uyanan, amaçsız evde dolaşma gibi durumları olması uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Çalışmamızda hastaların yarısından biraz azında bunama vardı. Ancak bunama durumunun bakım verenlerin yaşam ve uyku kalitesine etkisine baktığımızda

herhangi bir etkisinin olmadığı görüldü. Dağdeviren'in yapmış olduğu çalışmada da hastaların çoğunluğunda bunama olduğu saptanmış ve bunama durumu arttıkça uyku kalitesinin bozulduğu ve uyku ilacı kullanma ihtiyacında da artış olduğu bulunmuştur (8). Yine başka bir çalışmada, bunaması olan hastaya bakım vermenin diğer bir kronik hastalığı olan bir hastaya göre daha fazla stres yarattığı belirtilmiştir (93). Araştırma sonuçları arasındaki farklılıklar çalışmaya alınan gruplardaki bölgelerin ve örneklem büyüklüklerinin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Yaptığımız çalışmada hastaların çoğunluğu yatağa bağımlı olarak bulundu. Önder ve ark. nın evde bakım hastaları ile yapmış olduğu çalışmada hastaların çoğunluğunun bağımlı olduğu belirtilmiştir (94). Dağdeviren'in çalışmasında da yine benzer olarak hastaların çoğunluğu yatağa bağımlı olarak bulunmuştur (8). Zaybak ve ark. nın yapmış olduğu çalışmada ise hastaların çoğunluğu orta düzeyde yani kısmen bağımlı olarak bulunmuştur (52).

Çalışmamızda hastaların yatağa bağımlılık düzeyleri ile bakım verenlerin yaşam ve uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Figved ve ark. nın yapmış olduğu çalışmada hastanın fiziksel bozukluğunun bakım verenler ile ilişkili olmasına rağmen bakım verenlerin yaşam kalitesini etkilemediğini bildirmiştir (95). Başka bir çalışmada daha yüksek engelli multipl skleroz hastasına bakım verenlerin yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (60). Yine bir araştırmada, bakım verenlerin %52'sinde depresyon bulguları bulunduğu ve yaşam kalitesinde azalma olduğu, bakım yükünün hasta kişinin bağımlı olduğu seviyeye orantılı olarak arttığı sonucuna varmışlardır (74). Araştırma sonuçları arasındaki farklılıklar örneklemdeki hastaların özellikleri, örneklem büyüklükleri ve bölgesel farklar ile ilgili olabilir.

Kanser tanısı olan hastaların bakım verenlerinin incelendiği 29 randomize kontrollü çalışmayı içeren 2010 yılında yapılmış bir metaanalizde ise, psikolojik eğitim, beceri eğitimi ve tedavi konusunda danışma girişimlerinin bakım verenin yükünü hafiflettiği ve bakım verenin özyeterlilik düzeyinin, yaşam kalitesini ve başa çıkma becerilerini arttırmada orta seviyede etkisinin olduğu bildirilmiştir (96).

Bu çalışmanın tek merkezli olması ve örneklem büyüklüğünün bununla paralel olarak küçük olması çalışmanın kısıtlılığı olarak kabul edilebilir. Ancak bakım verenlerle görüşmelerin yüz yüze yapılması ve yaşanan zorluklarla ilgili olarak açık

uçlu sorular yöneltmesi, elde edilen veriler ve bunların yorumlanması açısından çok değerlidir.

Türk toplumu olarak aile içi bağlara önem verilen, geleneksel bir anlayışın olması sebebiyle hasta bakımı halen takdir edilen, onur veren, bakım veren bireylerin vicdanlarının rahatlamasından duyulan bir sorumluluktur (97). Bunun yanında bakım verenlerin mutlaka desteklenmesi gerekmektedir. Hem hastasının ihtiyaç duyduğu bakımla ilgili teorik ve pratik eğitim ihtiyacı giderilmeli hem de bakım veren kişilerin psikolojik durumlarının kötüleşmemesi için gerekli önlemler alınmalıdır. Burada hem evde sağlık hizmeti sunan ekibe, hem de aile hekimlerine sorumluluk düşmektedir. Belli aralıklarla yapılan ziyaretlerde bakım hizmetinin yanında bakım veren kişilerin hem eğitimleri hem de mevcut ruhsal sağlık durumları değerlendirilerek gerekli planlamalar yapılmalıdır. Bakım verenlerin mevcut hastalıklarının takibi yapılmasa da en azından gerekli yönlendirmelerde bulunulmalı. Bu kişilerin bakım verme durumu gibi özel bir duruma sahip oldukları göz önünde bulundurularak yaşam-uyku kalitesi değerlendirmeleri, bunu yanında anksiyete-depresyon taramaları belli aralıklarla yapılmalıdır.



## 6.SONUÇ

Bu çalışma evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin verdikleri bakımın yaşam kalitesi ve uyku kalitesi üzerine ne yönde bir etkisi olduğunu ve hastanın ve bakım verenin hangi özelliklerinin etkili olduğunu saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda genel olarak bakım verenlerin yaşam ve uyku kalitesinin olumsuz olarak etkilendiği saptanmıştır. Özellikle kronik hastalığı olan, gelir düzeyi düşük, herhangi bir işte çalışmayan ve bakım verme işi tek kişiye ait olan bakım verenlerin yaşam kalitesi ve uyku kalitesi anlamlı olarak daha kötü olarak etkilenmiştir buna karşın hastaların yatağa bağımlılık ve demans durumunun bakım verenlerin yaşam ve uyku kalitesi üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda evde sağlık hizmetleri kapsamının bakım verenlerin birtakım ihtiyaçlarını göz önüne alacak şekilde düzenlenmesinin ve özellikle psiko-sosyal alanda desteklenmesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesine yararlı olabileceği düşünölmektedir.

Elde edilen sonuçlara yönelik iyileştirici müdahalelerde bulunulmalıdır. Bu konuda hem Sağlık Bakanlığı hem de sivil toplum kuruluşları ve belediyeler ortaklaşa çalışabilirler. Bunun yanında konunun daha detaylı ele alınması için daha çok sayıda katılımcının olduğu ve çok merkezli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Physicians AMA-AAoHC. Medical Management of the Home Care Patient, Guidelines for Physicians. 2007.
2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.www. mevzuat.gov.tr. (Erişim Tarihi: 05.11.2016 )
3. Danış M. Toplum temelli bakım anlayışı. Ankara: TC Başbakanlık Özürlüler İdaresi Yayını Öz-veri Dergisi 2005a. 2006;21:445-59.
4. Coşkun N. Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti(tez). İstanbul. 2011.
5. Ünlüoğlu İ, Saatçi E. Aile Hekimliğinde Evde Bakım. İstanbul2015.
6. Cimete G. Birinci Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı. Marmara Üniversitesi, İstanbul1998. 1-41 p.
7. Çoban M, Esatoğlu AE. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History. 2004;12(2):109-20.
8. Dağdeviren TS. Evde Bakım Hizmeti Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Bakım Yükünün Değerlendirilmesi(tez). Ankara2017.
9. Teşkilatı DP. Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık(2000-2005) Kalkınma Planı. 2000.
10. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. www.saglik.gov.tr. (Erişim Tarihi: 19.02.2016)
11. Fatih Sultan Mehmet Han'ın Vakıf Hassasiyeti. www.vgm.gov.tr. (Erişim Tarihi: 13.02.2018)
12. Kurulu EBDY. Evde Bakım Tanımı, Kapsamı, Temel Kavramlar ve Ülkemizde Mevcut Durum. İstanbul2010.
13. Yorulmaz M, Özata M, Küçükkendirci H, Demirkiran M. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Uygulaması: Konya İli İle İç Anadolu Bölgesi Ve Türkiye Geneli Verilerinin Karşılaştırılması. Visionary E-Journal/Vizyoner Dergisi. 2013;4(8).
14. Bakım Tanımı www.tdk.gov.tr. (Erişim Tarihi: 27.03.2018)
15. Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. Turkish Journal of Geriatrics. 2007;10(2):100-8.

16. Boyoğlu BUR, Oktay S. Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Ve Sunumu. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2002;12(49).
17. Gözüm S, Tan M. Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgi Görüş Ve Uygulamaları.
18. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, et al. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. Canadian Medical Association Journal. 2004;170(12):1795-801.
19. Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. CA: a cancer journal for clinicians. 2001;51(4):213-31.
20. Akça K, Taşçı S. yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005;14:30-6.
21. Bilgili N. Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Karşılaştıkları Sorunların Belirlenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2000.
22. Yaşar E, Temel B. Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir. 2009.
23. Sherwood PR, Given CW, Given BA, Von Eye A. Caregiver burden and depressive symptoms: Analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. Journal of Aging and Health. 2005;17(2):125-47.
24. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yüğü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(3).
25. Annak BB. Sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu: Duygu-durum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan kişiler ve düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalar açısından bir karşılaştırma. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi) Mersin Üniversitesi, Mersin. 2005.
26. Group W, Group W, editors. What quality of life. World health forum; 1996.
27. US NC. Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2014;17(1).
28. Akça Ay F. İlaç uygulamaları. Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar. I. Baskı İstanbul İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd Şti. 2007:309-92.
29. Velioglu P. Hemsirelikte Kavram ve Kuramlar (Concepts and Theories in Nursing). İstanbul, Alas Ofset Printing. 1999.
30. Lafçı D. Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adana, Türkiye. 2009.

31. Öçal Ö. Acıbadem Maslak Hastanesi beslenme ve diyet polikliniğine başvuran 20-64 yaş arası bireylerde besin tüketimi ile Pittsburgh Uyku Kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
32. Potter PA, Perry AG. Basic nursing: Essentials for practice: Mosby Incorporated; 2003.
33. Çakırcalı E. Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar: Güven & Nobel Tıp Kitabevleri; 2000.
34. Eröksüz R, Karadağ M. Sağlıklı uyku Erişim:([http://uykubozuklugu uludag edu tr/uykupoliklinik htm](http://uykubozuklugu.uludag.edu.tr/uykupoliklinik.htm)) Erişim tarihi. 2016;31.
35. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi. 1999;7(Suppl 2):23-40.
36. Telatar T. Sanayide çalışan 20-24 yaş grubu erkeklerin yaşam kalitesi ve riskli davranışlarının belirlenmesi (Assessing the quality of life and risky behaviors of 20-24 years old males working in industrial estates). Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye; 2007.
37. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry research. 1989;28(2):193-213.
38. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. The validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Turk Psikiyatri Derg. 1996;7(2):107-15.
39. Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. Adolesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi. 2015;13(2):93-104.
40. Rha SY, Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. European Journal of Oncology Nursing. 2015;19(4):376-82.
41. Bergelt C, Koch U, Petersen C. Quality of life in partners of patients with cancer. Quality of Life Research. 2008;17(5):653-63.
42. Deniz H, Inci F. The burden of care and quality of life of caregivers of leukemia and lymphoma patients following peripheric stem cell transplantation. Journal of psychosocial oncology. 2015;33(3):250-62.
43. Coban SA, Özkan B, Medik K, Saraç B. Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakımverenlerinin yaşam kalitesi. Journal of Psychiatric Nursing. 2013;4(2):61-6.
44. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. Care burden and quality of life among the caregivers of patients with COPD. Turkish Thoracic Journal. 2012;13(3):87-92.

45. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*. 1980;20(6):649-55.
46. Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*. 1998;51(1 Suppl 1):S53-S60.
47. Quah S. Caring for persons with schizophrenia at home: Examining the link between family caregivers' role distress and quality of life. *Sociology of health & illness*. 2014;36(4):596-612.
48. Akyar AGİ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2009;16(3):032-49.
49. Altın M. Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete. TC Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi (Tez Danışmanı: Uzm Dr Figen Atalay) İstanbul. 2006.
50. Erdem M. Yaşlıya Bakım Verme. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2005;8(3).
51. Öner Ö. Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi. 2012.
52. Zaybak A, Güneş ÜY, İsmailoğlu EG, Ülker E. Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2012;15(1).
53. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1999;3(2):18-26.
54. Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gulhane Medical Journal*. 2011;53(4).
55. Merrilees J, Hubbard E, Mastick J, Miller BL, Dowling GA. Sleep in persons with frontotemporal dementia and their family caregivers. *Nursing research*. 2014;63(2):129.
56. Castro CM, Lee KA, Bliwise DL, Urizar GG, Woodward SH, King AC. Sleep patterns and sleep-related factors between caregiving and non-caregiving women. *Behavioral Sleep Medicine*. 2009;7(3):164-79.
57. Aslan SA. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuran Hastaların Uyku Kalitesinin ve Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. 2017.

58. Gureje O, Kola L, Ademola A, Olley BO. Profile, comorbidity and impact of insomnia in the Ibadan study of ageing. *International journal of geriatric psychiatry*. 2009;24(7):686-93.
59. Hajak Go, Group SS. Epidemiology of severe insomnia and its consequences in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2001;251(2):49-56.
60. Ertekin Ö, Özakbaş S, İdiman E. Caregiver burden, quality of life and walking ability in different disability levels of multiple sclerosis. *NeuroRehabilitation*. 2014;34(2):313-21.
61. Salgado-García FI, Zuber JK, Graney MJ, Nichols LO, Martindale-Adams JL, Andrasik F. Smoking and smoking increase in caregivers of Alzheimer's patients. *The Gerontologist*. 2013;55(5):780-92.
62. Zhou X, Xu J, Zhao Y. Risk factors of distress in Alzheimer's patients. *ANNALS-ACADEMY OF MEDICINE SINGAPORE*. 2007;36(4):253.
63. Kang JM, Lee JA, Jang JW, Kim YS, Sunwoo S. Factors associated with poor sleep quality in primary care. *Korean J Fam Med*. 2013;34(2):107-14.
64. F K. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir. 2014.
65. Larsen LS. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 1998;36(8):26-32.
66. Karabulutlu EY, Akyıl R, Karaman S, Karaca M. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2013;28(1):1-9.
67. Allaert F-A, Urbinelli R. Sociodemographic profile of insomniac patients across national surveys. *CNS drugs*. 2004;18(1):3-7.
68. Aronson KJ. Quality of life among persons with multiple sclerosis and their caregivers. *Neurology*. 1997;48(1):74-80.
69. Kalav S. İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Mersin. 2011.
70. Çelik A. İnmeli Hastalarda Fonksiyonel Durumun Bakım Verenlerin Bakım Yüküne ve Yaşam Kalitesine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü. 2014.
71. Dramalı A, Demir F, Yavuz M. Evde kronik hastaya bakım veren hasta yakınlarının karşılaştıkları sorunlar. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul. 1998.

72. Alliance FC. Family caregiving: State of the art, future trends. Report from a National Conference. San Francisco, CA: Author; 2007.
73. Çetinkaya F. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2008.
74. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing*. 2003;32(2):218-23.
75. Alpteker H. yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Yüksek Lisans tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
76. Hacialioglu N, Özer N, Erdem N, Erci B. The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2010;14(3):211-7.
77. Gökçe S, Mert H. Kalp yetmezliği olan hastaların uyku kalitesi ve ilişkili etmenlerin incelenmesi. 2015.
78. Salepci BM, Fidan A, Kıral N, Parmaksız ET, Saraç G, Cömert SŞ, et al. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda KOAH ile Astım Sıklığı ve Bu Hastalıkların Obstrüktif Uyku Apne Sendromunun Şiddeti ile Uyku Kalitesine Etkisi. *Solunum Dergisi*. 2012;14:141-7.
79. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açıklı CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008;50(3):172-9.
80. Patel SR, Blackwell T, Redline S, Ancoli-Israel S, Cauley JA, Hillier TA, et al. The association between sleep duration and obesity in older adults. *International journal of obesity*. 2008;32(12):1825.
81. Gangwisch JE, Malaspina D, Boden-Albala B, Heymsfield SB. Inadequate sleep as a risk factor for obesity: analyses of the NHANES I. *Sleep*. 2005;28(10):1289-96.
82. Tuna HM, Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2010;17(1):041-52.
83. Kekeç M. Hemodiyaliz Tedavisi Alanlara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. 2011.
84. Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2007.

85. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, Emiroğlu O, Erefe İ, Görak G, et al. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. Erefe İ, editor. 2002;3.
86. Aldrich N. CDC seeks to protect health of family caregivers. National Association of Chronic Disease (CDC). 2011.
87. Grafström M, Fratiglioni L, Sandman P-O, Winblad B. Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly. A population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1992;45(8):861-70.
88. Kiecolt-Glaser JK, Dura JR, Speicher CE, Trask OJ, Glaser R. Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic medicine*. 1991;53(4):345-62.
89. Chang EW, Tsai YY, Chang TW, Tsao CJ. Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psychooncology*. 2007;16(10):950-5.
90. Görgülü Ü, Akdemir N. İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2010;20(4).
91. Aslan Ö, Sanisoglu Y, Akyol M, Yetkin S. Quality of sleep in Turkish family caregivers of cancer patients. *Cancer Nursing*. 2009;32(5):370-7.
92. Sarı D, Eşer İ, Khorshid L. Kanser hastalarına bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2010;26(1):1-10.
93. Clipp EC, George LK. Dementia and cancer: a comparison of spouse caregivers. *The Gerontologist*. 1993;33(4):534-41.
94. Önder T, Anuk T, Kahramanca Ş, Yıldırım AC. Evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumlarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2015;42(3).
95. Figved N, Myhr K-M, Larsen J-P, Aarsland D. Caregiver burden in multiple sclerosis: the impact of neuropsychiatric symptoms. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2007;78(10):1097-102.
96. Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2010;60(5):317-39.
97. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi*. 2012;9(3):22-9.



## 8. EKLER

### EK-1

#### ANKARA ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ EVDE SAĞLIK BİRİMİNDEN HİZMET ALAN HASTALARIN BAKIM VEREN YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın katılımcı;

Bu çalışma, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Biriminden Hizmet Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu amaçla size sosyodemografik veriler ile ilgili bir anket, yaşam ve uyku kalitesi düzeylerini değerlendirmek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) Yaşam Kalitesi ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçekleri uygulanacaktır. Veriler tez çalışması için kullanılacak ve bilgiler gizli tutulacaktır. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Size ait bilgilerin gizli kalacağını ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağını belirtir, katılımınız için teşekkür ederiz.

**Araştırmacı:** Dr. Merve Beşer Tunç  
merve5er@hotmail.com

**Sorumlu Araştırmacı:** Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş  
[draylinbaydar@yahoo.com](mailto:draylinbaydar@yahoo.com)

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Aile Hekimliği Kliniği

(Boşluk bırakılan yerlerde sizin için en uygun olan ifadenin yanına işaret koyunuz)

#### **BAKIM VERENE AİT ÖZELLİKLER**

**1.Doğum tarihiniz nedir? (Yıl olarak kaydediniz) .....**

**2.Cinsiyetinizi belirtiniz:** 1. Kadın  2. Erkek

**3.Boyunuz: .....cm Kilonuz: .....kg**

**4.Medeni durumunuz nedir?**

1. Evli  2. Bekâr  3. Boşanmış

4. Dul (Eşi ölmüş)  5. Evli,eşimden ayrı yaşıyorum

**5.Eğitim durumunuz nedir?**

1.Okur-yazar  4.Lise mezunu

2.İlkokul mezunu  5.Üniversite/Yüksek okul mezunu

3.Ortaokul mezunu  6.Üniversite/Yüksek okulda halen öğrenciyim

**6.Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?**

1.Evet  2.Hayır → (Lütfen 8. soruya geçiniz)

**7.Mesleğiniz nedir?(Lütfen belirtiniz) .....**

**8.Herhangi bir işten emekli oldunuz mu?** 1. Evet  2. Hayır

**9.Aylık gelir durumunuz :**

1. 1500 TL altında  3. 3000-5000 TL aralığında   
2. 1500-3000 TL aralığında  4. 5000 TL ve üzeri

**10.Gelir durumunuzu nasıl tarif edersiniz?**

- 1.Gelir giderden az  2.Gelir gidere eşit  3.Gelirgiderden fazla

**11.Evinizde kiminle birlikte yaşıyorsunuz?**

- 1.Eşimle  2.Ailemle  3.Hastayla   
4.Yalnız  5.Diğer  (Lütfen belirtiniz) .....

**12.Hastaya olan yakınlık dereceniz nedir? .....**

**13.Çocuğunuz var mıdır?** 1.Yok  2.Var  (Lütfen kaç çocuğunuz olduğunu belirtiniz)....

**14.Hastaya bakma nedeniniz nedir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1.Ailevi sorumluluk  2.Sevdiğim için   
3.Bakacak kimse olmaması  4.Ekonomik nedenler   
5.Diğer:.....

**15.Kaç yıldır bakım veriyorsunuz?(Bir yıldan az ise ay olarak belirtiniz).....**

**16.Kendinizi bakımda yeterli hissediyor musunuz?**

- 1.Evet  2.Hayır  3.Kısmen

**17.Bakımla ilgili Eğitim-danışmanlık gereksinimi duyuyor musunuz?**

- 1.Evet  2.Hayır  3.Bazen

**18.Hastayla iletişim sıkıntısı yaşıyor musunuz?**

- 1.Evet  2.Hayır  3.Bazen

**19.Hastanın bakımını üstlenen tek kişi siz misiniz?**

- 1.Evet  (21.soruya geçiniz) 2.Hayır

**20.Hasta bakımında kim/kimler yardımcı olmaktadır? .....**

**21.Yardım gereksinimi duyuyor musunuz?**

- 1.Evet  2.Hayır

**22.Bakım sebebiyle kendinizi ihmal ettiğiniz oluyor mu?**

- 1.Evet  2.Hayır  3.Bazen

**23. Hekim tarafından tanı konulmuş süreğen(kronik) bir hastalığınız var mı?**

- 1.Var  2.Yok  (25.soruya geçiniz)

**24. Böyle bir hastalığınız varsa nedir/nelerdir?**

**(Lütfen mevcut olan hastalıklarınızın karşısına “X” işareti koyunuz.)**

Hastalıklar	Hastalıklar
1. Hipertansiyon(Yüksek tansiyon)	8. Osteoartrit (Kireçlenme)
2. Diyabetes Mellitus (Şeker hastalığı)	9. Depresyon
3. Kalp Hastalığı	10. Serebrovasküler Hastalık (geçirilmiş inme, felç)
4. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	11. Mide rahatsızlıkları (gastrit, reflü, ülser)
5. Anemi(Kansızlık)	12. Diğer(Lütfen yazınız)
6. Böbrek hastalığı	.....
7. Kanser	.....
	.....

**25. Sürekli kullandığınız ilaç(lar) var mı?**

1.Evet  (Lütfen kaç adet olduğunu belirtiniz)..... 2.Hayır

**26. Bakım öncesi dönem ve sonrası dönem arasında sağlık durumunuz sizce nasıl seyretti?**

1. İyi yönde değişti   
2. Herhangi bir değişiklik olmadı   
3. Kötü yönde değişti  (Sağlığınızda ne gibi kötü değişiklikler oldu?  
Birkaç cümleyle anlatabilir misiniz?)

.....  
.....  
.....

**27. Sigara kullanıyor musunuz?**

1.Evet  2.Hayır  (28.soruya geçiniz) 3.Kullanıyordum bıraktım  (28.soruya geçiniz)

1a. İlk sigaranızı sabah uandıktan ne kadar sonra içersiniz?

a) İlk 5 dakika içinde b) 6-30 dakika içinde  
c) 31-60 dakika içinde d) 1 saatten fazla

1b. Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

1c. İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

a) Sabah içtiğim ilk sigara b) Diğer herhangi biri

1d. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

a) 10 adet ve daha az b) 11-20 adet c) 21-30 puan d) 31 ve daha fazlası

1e. Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?

a) Evet b) Hayır

1f. Günün büyük bölümünü yatakta geçirirkenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

a)Evet b)Hayır

**28.Bakım verme konusunda sizi en çok zorlayan hangi konular olmaktadır?  
Birkaç cümle ile anlatabilir misiniz?**

.....  
.....  
.....  
.....

ANKET BİTTİ. KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER



## HASTAYA AİT ÖZELLİKLER

1.Hastanın doğum tarihi nedir?(Yıl olarak kaydediniz) .....

2.Hastanın cinsiyetini nedir? 1. Kadın  2. Erkek

3.Hastanın hastalıkları nedir/nelerdir?

Hastalıklar	Hastalıklar
1. Hipertansiyon(Yüksek tansiyon)	8. Alzheimer Hastalığı
2. Diyabetes Mellitus (Şeker hastalığı)	9. Depresyon
3. Kalp Hastalığı	10. Serebrovasküler Hastalık (geçirilmiş inme, felç)
4. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	11. Mide rahatsızlıkları (gastrit, reflü, ülser)
5. Anemi(Kansızlık)	12. Diğer(Lütfen yazınız)
6. Böbrek hastalığı	.....
7. Kanser	.....

4.Hastanın yatağa bağımlılık durumu nasıldır?

- 1.Yatağa bağımlı
- 2.Yatağa bağımlı değil
- 3.Kısmen yatağa bağımlı (destekle tuvalete gidebiliyor vs.)

5.Hastanın demans(bunama) durumu var mıdır? 1.Var  2.Yok

6.Hastanın beslenme durumu nasıldır?

- 1.Ağızdan alabiliyor
- 2.Özel mama ile besleniyor
- 3.Gastrostomi ile besleniyor
- 4.Damardan besleniyor
- 5.N/G ile besleniyor

7.Hastanın kullandığı ilaç sayısı kaçtır? .....

8.Hasta kemoterapi/radyoterapi alıyor mu?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Önceden almıştı

9.Hasta diyalize giriyor mu?

- 1.Evet
- 2.Hayır

10.Hastanın sondası (idrar sondası, nazogastrik sonda) var mı?

- 1.Evet
- 2.Hayır

11.Hastanın özel tedavi gereksinimi oluyor mu? (pansuman,enjeksiyon gibi)

- 1.Evet
- 2.Hayır

## EK-2

### DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ-KISA FORMU

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır.

Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

	1	2	3	4	5
1.Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?					
2.Sağlığınızdaki ne kadar hoşnutsunuz?					
3.Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?					
4.Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?					
5.Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?					
6.Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?					
7.Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?					
8.Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?					
9.Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?					
10.Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?					
11.Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?					
12.İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?					
13.Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?					
14.Boş zamanları değerlendirme uğraşları					

için ne ölçüde fırsatınız olur?					
15.Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?					
16.Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?					
17.Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
18.İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?					
19.Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
20.Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
21.Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
22.Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?					
23.Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?					
24.Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
25.Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
26. Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?					
27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?					

### EK-3

## PİTTSBURGH UYKU KALİTE ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.

Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? .....
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?.....
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?.....
4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz? (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir).....saat
5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

Haftada	Hiç	1' den az	1-2 kez	3' den çok
a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız				
b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız				
c. Tuvalete gittiniz				
d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz				
e. Aşırı derecede üşüdünüz				
f. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
g. Ağrı duydunuz				
h. Kötü rüyalar gördünüz				
i. Diğer nedenler				
j. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

Çok iyi     Oldukça iyi     Oldukça kötü     Çok kötü



7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- Hiç  1'den az  1 - 2 kez  3'den Çok

8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- Hiç  1'den az  1 - 2 kez  3'den Çok

9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- Hiç problem oluşturmadı  Yalnızca çok az bir problem oluşturdu  
 Bir dereceye kadar problem oluşturdu  Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

- Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok  
 Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil  
 Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var  
 Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.

	Hiç	1' den az	1-2 kez	3' den çok
Gürültülü horlama				
Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar				
Uykuda bacaklarda seğirme veya sıçrama				
Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık				
Diğer huzursuzluklarınız				

ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 200

25.10/2017

KONU : 25.10.2017 Tarih ve 197 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Uzm Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ  
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Aile Hekimliği

Sorumlu Araştırmacılığını yapmış olduğunuz “Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Biriminden Hizmet Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” isimli Dr. Merve BEŞER TUNÇ’ un tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 25/10/2017 tarih ve 197 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Halil KARA  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul  
Başkanı