



**TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİNE BAŞVURAN FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON
HASTALARINA BAKIM VEREN REFAKATÇİLERİN BAKIM YÜKLERİ, DEPRESYON
DURUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Ramazan Cihad YILMAZ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ

Yüksek Lisans Tezi – 2019

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

**TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİNE BAŞVURAN FİZİK TEDAVİ VE
REHABİLİTASYON HASTALARINA BAKIM VEREN REFAKATÇİLERİN
BAKIM YÜKLERİ, DEPRESYON DURUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Ramazan Cihad YILMAZ

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ**

MALATYA

2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Ramazan Cihad YILMAZ**'ın "**Turgut Özal Tıp Merkezine Başvuran Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastalarına Bakım Veren Refakatçilerin Bakım Yükleri, Depresyon Durumları ve İlişkili Faktörler**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28/06/2019

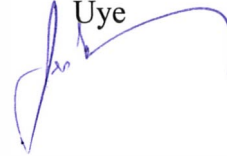
Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı



Prof. Dr. Ali ÖZER
İnönü Üniversitesi
Üye



Prof. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL
Fırat Üniversitesi
Üye



ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2019 tarih ve 2019/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLOLAR DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Hastalıklar.....	3
2.1.1. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğine En Çok Başvuran Kronik Hastalıklar.....	4
2.1.1.1. Hemipleji	5
2.1.1.2. Serebral Palsi	6
2.1.1.3. Parapleji / Tetrapleji.....	7
2.1.1.4. Parkinson Hastalığı.....	8
2.1.1.5. Musküler Distrofi.....	9
2.1.1.6. Multiple Skleroz	10
2.1.1.7. Yaşlılar (Geriatric Hastalar)	11
2.1.1.8. Gullian Barre Sendromu	11
2.1.1.9. Ankilozan spondilit.....	12
2.2. Hasta Bakımı ve Bakım Verme	12
2.3. Bakım Verici.....	14
2.4. Bakım Verme Yükü	16
2.5. Bakım Veren Hasta Yakınlarındaki Bakım Yükü ve Depresyon	18
2.6. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri.....	18
2.7. Bakım Verme Yükünün Boyutları	19
2.8. Bakım Verme Yükünün Ölçülmesi.....	20
2.9. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler	21
2.9.1. Bakım Verenlere Ait Faktörler	22
2.9.2. Hastaya Ait Faktörler.....	22
2.10. Bakım Vermenin Pozitif Ve Negatif Yönleri	22
2.11. Egzersiz.....	23
2.11.1. Ev Egzersizi	24
2.12. Bakım Yükü İle İlgili Literatürdeki Çalışmaların Bulguları	25

3. MATERYAL VE METOT	27
3.1. Araştırmanın Amacı.....	27
3.2. Araştırmanın Tipi.....	27
3.3. Evren ve Örneklem	27
3.4. Veri Toplama	28
3.5. Veri Toplama Araçları	28
3.5.1. Hasta Bilgi Formu.....	28
3.5.2. Bakım Verici Bilgi Formu	28
3.5.3. Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği (Zarit Caregiver Burden Scale -ZBYÖ).....	29
3.5.4. Beck Depresyon Ölçeği	29
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
3.7. Sayılıtlar.....	30
3.8. Etik Kurul Onayı.....	30
3.9. Araştırmada Verilerin Değerlendirilmesi	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Bakım Alan Hastalara İlişkin Özellikler.....	31
4.2. Bakım Veren Refakatçilere İlişkin Özellikler	35
4.3. Hastalara Ait Özelliklerin ZBYÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	41
4.3.1. Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Karşılaştırma Sonuçları.....	41
4.3.2. Hastalık Türünün Bakım Veren Birey Üzerindeki Karşılaştırma Sonuçları	42
4.3.3. Hastaların Tedavi Alma Şekli ve Yardımcı Araç Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları	43
4.3.4. Hastaların BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırma Sonuçları	44
4.3.5. Hastaların Bakımdan Memnun Olma Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları	45
4.3.6. Hastaların Var Olan Sorunlarına Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	45
4.4. Bakım Veren Refakatçilere Ait Özelliklerin ZBYÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
4.4.1. Cinsiyete Göre Karşılaştırma Sonuçları	47
4.4.2. Yaşa Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	47
4.4.3. Medeni Duruma Göre Karşılaştırma Sonuçları	48
4.4.4. Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	48
4.4.5. Hasta ile Yakınlık Derecesine Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	49
4.4.6. Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırma Sonuçları	49
4.4.7. Çalışma Duruma Göre Karşılaştırma Sonuçları	50

4.4.8. Hastaya Bakım Verme Zaman Dilimine Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	51
4.4.9. Başkasından Yardım Alma Duruma Göre Karşılaştırma Sonuçları	51
4.4.10. Hasta ile Birlikte Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları	52
4.4.11. Bakım Vermeye Ara Verip Vermeme Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları	52
4.4.12. Bakım Sırasında Maddi Sıkıntı Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları ..	53
4.4.13. Bakım Sırasında Hastanız Dışında Bakmakla Yükümlü Olunan Bireylerin Varlığı İle İlgili Karşılaştırma Sonuçları.....	53
4.4.14. Bakım Veren Hastası Dışında Kimlere Bakım Verdiğine İlişkin Karşılaştırma Sonuçları.....	54
4.4.15. Hasta Bakımı Konusunda Deneyim Yaşama Durumuna İlişkin Karşılaştırma Sonuçları.....	55
4.4.16. Bakım Sırasında Yardıma İhtiyaç Duyma Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	55
4.4.17. Bakım Verenlerin Hastanın Memnuniyetini Tahmin Etme Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları	56
4.4.18. Bakım Sırasında Devletten Maddi Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	56
4.4.19. Bakım Sırasında Gösterilen Ev Egzersizlerini Yaptırma Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları	57
4.4.20. Bakım Sırasında Gösterilen Ev Egzersizlerini Yaptırma Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları	58
4.4.21. Bakım Verici Olarak Kronik Rahatsızlığın Olması Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları	58
4.4.22. Bakım Vericinin Kronik Rahatsızlığının Türüne Göre Karşılaştırma Sonuçları	59
4.4.23. Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Depresyon Puan Ortalamaları.....	60
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
KAYNAKLAR	76
EKLER.....	90
EK 1. Özgeçmiş	90
EK 2. Hastaya İlişkin Bilgiler	91
EK 3. Bakım Veren Kişiye Ait Bilgiler	94
EK 4. ZBYÖ Ölçeği.....	99
EK 5. Beck Depresyon Ölçeği.....	101

EK 6. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinden Alınan İzin Belgesi	105
EK 7. Etik Kurul Onay Belgesi	109



TEŐEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren

çok değerli danışmanım;

Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ' e,

Yüksek Lisans eğitimim döneminde bilgi ve deneyimleri ile katkıda bulunan

değerli hocalarım;

Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN, Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ ve Prof. Dr. Ali ÖZER' e,

Desteğini her daim yanımda gördüğüm sevgili eşim;

Fatmanur YILMAZ' a

Bu yolun başından beri hayatımda olan canım oğlum;

Mehmet Yusuf YILMAZ' a

Her zaman yanımda olan canlarım;

annem **Mine YILMAZ**, babam **Prof. Dr. Mehmet YILMAZ**, kardeşim **Muhammed Emin YILMAZ'a**

ve

Araştırmaya katılmayı kabul eden herkese,

En içten duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ramazan Cihad YILMAZ

ÖZET

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİNE BAŞVURAN FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HASTALARINA BAKIM VEREN REFAKATÇİLERİN BAKIM YÜKLERİ, DEPRESYON DURUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Amaç: Araştırma, fizik tedavi gören kronik hastalara bakım veren refakatçilerin bakım yükleri, depresyon durumları ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma; İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde 1 Mart 2018 - 1 Mart 2019 tarihleri arasında kesitsel tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Örneklem power analizi ile 129 kişi olarak hesaplandı. Veriler; araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Bilgi Formu, Bakım Veren Kişisel Bilgi Formu, Zarit Bakım Yükü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirmesinde, yüzdelik dağılım, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalaması 38.48 ± 12.68 , depresyon puan ortalaması 13.68 ± 9.41 olarak bulunmuştur. ZBYÖ'den alınan puanlar ile BDÖ'den alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r: 0.782$, $p < 0.001$). Araştırmada yaş, medeni durum, yakınlık derecesi, gelir düzeyi, bakım verme zaman dilimi, yardım alma durumu, bakıma ara verme durumu vb. faktörlerin bakım yükünü etkiledikleri saptanmıştır. Cinsiyet, medeni durum, yakınlık derecesi, gelir düzeyi, çalışma durumu, bakım verme zaman dilimi, yardım alma durumu, hasta ile birlikte yaşama durumu, bakıma ara verme durumu, bakım vericinin kronik hastalığının varlığı vb. faktörlerin depresyon düzeyini etkiledikleri saptanmıştır. Hastanın uykusuzluk, yürüyememe, idrar/gaita sorunu, bakımdan memnun olma hali, tedavi alış şekli ve yardımcı araç kullanımı gibi faktörlerin de bakım yükü ve depresyon puanlarını etkilediği görülmüştür.

Sonuç: Bakım yükü arttıkça depresyon düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bakım yükü ile depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bakım veren refakatçilerin yaşadıkları sorunlarla baş etmelerine yönelik eğitim ve danışmanlık programlarının düzenlenmesi ve belli aralıklarla bakım verenlerin izlenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Bakım yükü, depresyon, bakım verici, fizik tedavi

ABSTRACT

CAREGIVING BURDENS, DEPRESSION LEVELS, AND RELATED FACTORS OF ATTENDANTS WHO CARE PHYSICAL TREATMENT AND REHABILITATION PATIENTS WHO APPLIED TO TURGUT OZAL MEDICAL CENTER

Objective: The aim of this study was to evaluate the caregiving burden, depression and related factors of the caregivers of chronic patients who received physical therapy.

Materials and Methods: Research was conducted as a cross-sectional descriptor between 1 March 2018 and 1 March 2019 at Turgut Ozal Medical Center, Inonu University. The sample was calculated as 129 people with power analysis. Data was collected by using The Patient Information Form, Personal Care Form, Zarit Care Burden Scale, and Beck Depression Scale, which were prepared by the researcher. In the evaluation of the data, percentage distribution, mean, t test in independent groups, one way variance analysis, and pearson correlation analysis were used.

Results: The mean of the caregiving burden was found to be as 38.48 ± 12.68 , and the mean depression score as 13.68 ± 9.41 . There was a significant positive correlation between the scores obtained from ZBYÖ and the scores obtained from BDÖ ($r:0.782$, $p<0.001$). In the study, it was determined that factors such as age, marital status, degree of proximity, income level, caregiving period, getting help, caregiving break etc. affect the caregiving burden. The factors such as gender, marital status, degree of proximity, income level, working status, caregiving period, getting help, living with the patient, caregiving break, the presence of chronic disease of the caregiver etc. affect the depression level. The factors such as the patient's insomnia, inability to walk, urine/stool problem, satisfaction with the caregiving, the way of treatment and the use of assistive tools were found to affect the caregiving burden and depression scores.

Conclusion: The level of depression increased as the caregiving burden increased. A positive relationship was found between the caregiving burden and depression. It is advisable to arrange training and consultancy programs for caregivers to deal with the problems they face and to monitor caregivers at regular intervals.

Key Words: Caregiving burden, depression, caregiver, physical therapy

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AS	: Ankilozan Spondilit
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GBS	: Gullian Barre Sendromu
Maks.	: Maksimum
Min.	: Minimum
MS	: Multipl Skleroz
Ort.	: Ortalama
r	: Korelasyon katsayısı
SP	: Serebral Palsi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
ss	: Standart Sapma
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF/United Nations)
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
x	: Ortalama
ZBYÖ	: Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo No.	Sayfa No.
Tablo 2.1. Bakım Verme Yükünü Belirlemek İçin Kullanılan Bazı Ölçüm Araçları ...	21
Tablo 2.2. Bakım Vermenin Negatif ve Pozitif Etkileri	23
Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Giren Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	31
Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık Tiplerine Ait Bulgular	32
Tablo 4.3. Araştırmaya Katılan Hastaların Beden Kitle İndeksine (BKİ) Ait Bulgular	33
Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Var Olan Sorunlarına Ait Bulgular	33
Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Hastalarla İlgili Diğer Bulgular	34
Tablo 4.6. Araştırmaya Katılan Bakım Veren Refakatçilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulgular	35
Tablo 4.7. Araştırmaya Katılan Bakım Veren Refakatçilerin Hastaya Bakım Verme Zaman Dilimine Ait Bulgular	36
Tablo 4.8. Araştırmaya Katılan Bakım Veren Refakatçilere Ait Diğer Bulgular	37
Tablo 4.9. Araştırmaya Katılan Bakım Veren Refakatçilerin Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Kişilerin Varlığına Ait Bulgular	38
Tablo 4.10. Bakım Veren Bireylerin Kronik Hastalılığının Olma Durumuna Ait Bulgular	39
Tablo 4.11. Bakım Veren Bireylerin Kronik Hastalılığının Türüne Ait Bulgular	39
Tablo 4.12. Bakım Veren Bireylerin Hastanın Memnuniyetini Tahmin Etme Durumuna Ait Bulgular	39
Tablo 4.13. Bakım Veren Bireylerin Ev Egzersizlerini Yaptıramama Nedenlerine Ait Bulgular	40
Tablo 4.14. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verirken Hangi Konuda Zorlandıklarına İlişkin Bulgular	40
Tablo 4.15. Bakım Veren Bireylerin Hastaya Bakma Nedenlerine İlişkin Bulgular	41
Tablo 4.16. Hastaların Yaş, Cinsiyet ve Gelir Düzeyine İlişkin Özelliklerin Bakım Veren Bireylerin ZBYÖ ve BDÖ Puan Ortalamaları	42

Tablo 4.17. Hastalıklara Göre Bakım Veren Bireylerin ZBYÖ ve BDÖ Puan Ortalamaları	43
Tablo 4.18. Hastaların Tedavi Alma Şekli ve Yardımcı Araç Kullanma Durumuna İlişkin Bakım Veren Bireylerin ZBYÖ ve BDÖ Puan Ortalamaları	44
Tablo 4.19. Hastaların BKİ Değerlerinin Bakım Veren Birey Üzerindeki Etkisi Olarak ZBYÖ ve BDÖ Puanları	44
Tablo 4.20. Hastaların Bakımdan Memnun Olma Durumuna İlişkin Olarak Bakım Veren Bireylerin ZBYÖ ve BDÖ Puanları	45
Tablo 4.21. Hastaların Var Olan Sorunlarına Göre Bakım Veren Bireylerin ZBYÖ ve BDÖ Puanları	46
Tablo 4.22. Bakım Veren Bireyin Cinsiyetine Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları	47
Tablo 4.23. Bakım Veren Bireyin Yaşına Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları	47
Tablo 4.25. Bakım Veren Bireyin Eğitim Duruma Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları.....	48
Tablo 4.26. Bakım Veren Bireyin Hasta ile Yakınlık Derecesine Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları.....	49
Tablo 4.27. Bakım Veren Bireyin Gelir Düzeyine Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları	50
Tablo 4.28. Bakım Veren Bireyin Çalışma Duruma Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları	50
Tablo 4.29. Hastaya Bakım Verme Zaman Dilimine Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları ...	51
Tablo 4.30. Başka Birinden Yardım Alma Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları.....	51
Tablo 4.31. Hasta ile Birlikte Yaşama Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları.....	52
Tablo 4.32. Bakım Vermeye Ara Verip Vermeme Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları.....	52
Tablo 4.33. Bakım Sırasında Maddi Sıkıntı Yaşama Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları.....	53
Tablo 4.34. Bakmakla Yükümlü Başka Kişinin Varlığına Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları	54
Tablo 4.35. Bakım Veren Hastası Dışında Kimlere Bakım Verdiğine İlişkin ZBYÖ ve BDÖ Puanları	54
Tablo 4.36. Bakım Veren Bireyin Hasta Bakımı Konusunda Deneyim Yaşama Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları	55
Tablo 4.37. Bakım Sırasında Yardıma İhtiyaç Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları	55
Tablo 4.38. Bakım Verenlerin Hastanın Memnuniyetini Tahmin Etme Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları	56

Tablo 4.39. Bakım Sırasında Devletten Maddi Destek Alma Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları	57
Tablo 4.40. Bakım Sırasında Ev Egzersizlerini Yaptırma Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları	57
Tablo 4.41. Bakım Vericinin Ev Egzersizlerini Yaptırma Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları	58
Tablo 4.42. Bakım Verici Olarak Kronik Rahatsızlığın Olması Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları	59
Tablo 4.43. Bakım Vericinin Kronik Rahatsızlığının Tipine Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları.....	59
Tablo 4.44. Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	60
Tablo 4.45. Bakım Veren Bireylerin Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımı	60
Tablo 4.46. ZBYÖ ve BDÖ Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi.....	60

1. GİRİŞ

Bilim ve teknolojideki baş döndürücü gelişmelerin yaşandığı günümüzde insan sağlığı ile uğraşan bir bilim dalı olan tıp alanında önemli ilerlemeler kaydedilmektedir. Tıp alanında yaşanan bu gelişmeler yaşam standartlarının yükselmesini sağlamıştır. Erken teşhis ve tedavi yöntemlerinde meydana gelen ilerlemeler sayesinde, hastalıklara bağlı ölümler azalmış ve doğuştan beklenen yaşam süresi uzamıştır. Yaşam süresinin uzaması ile kronik hastalıkların görülme sıklığı artmış ve önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmıştır. Bunun sonucu olarak gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde kronik hastalığı olan bireylerin sayısında artış görülmüş bu da beraberinde hayat boyu tedavi ve bakım gereksinimini ortaya çıkarmıştır (1).

Bakım verme bakımı üstlenen kişi için fiziksel, maddi ve duygusal olarak külfet oluşturan bir iştir. Bu durum ise bakım veren kişi üzerinde olumsuz bir takım zihinsel ve fiziksel sağlık bozukluklarına yol açabilmektedir. Asıl önemli olan durum ise bakım verici üzerindeki olumsuzlukların bakım alan bireye olan olumsuz yansımasıdır (2).

Bakım verme, sağlık kuruluşlarında sunulan tedavi sürecindeki bakım ile tedavi sonrası evde devam eden bir görevi içermektedir. Oldukça uzun ve zorlu bir süreci kapsamaktadır. Evde ve hastanede verilen bakım görevi, bakım verene fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik birçok yük getirmektedir. Bakım vermek, içerdiği zorluklar nedeniyle bakım verenin yaşamını kısıtlarken sosyal ve psikolojik sorunlara yol açmakta, hastanın depresif semptomlar göstermesine yol açmaktadır. Hasta bakım yükü ile ilgili araştırmalar, bakım verenin ve hastanın demografik özelliklerinin, hastalığın niteliğinin ve çeşitli faktörlerin bakım yüküne etki ettiğini göstermektedir (3).

Son yıllarda artmakta olan bakım yükü ile ilgili çalışmalar kalça kırıkları, kas iskelet sistemi bozuklukları, alzheimer hastalığı, kalp hastalığı, inme gibi uzun süre bakım gerektiren hastalara bakım veren bireylerin bakım sunarken ciddi bir yük yaşadıkları iddiasını desteklemektedir (4-8)

Refakatçilik görevi, bakıma muhtaç hastanın ister kendi doğasından isterse çevre koşullarından kaynaklansın, iyi durumda olmama ya da kendi bireysel çabası ile ihtiyaçlarını karşılama hususunda yeterli olamadığında bu eksikliklerin giderilmesi adına önem kazanır. Hastanın fiziksel, psikolojik ve mental rahatsızlıkların sonuçları ile birlikte

kaliteli yaşamasına yardımcı olmak, hastalığın getirmiş olduğu olumsuz koşullardan görülecek etkilerin minimum düzeyde hissedilmesine katkıda bulunur (9).

Fizik tedavi ve rehabilitasyonun uygulama alanına giren bu hastalıkların iyileşme süreci oldukça uzun soluklu bir yolculuktur. Bu yolculukta bakım veren bireyler rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastaları için karmaşık ve zorlayıcı bakım görevlerini üstlenmek zorunda kalır. Bu beklenmedik görevler bakım verende stres oluşturabilir. Bu stres, bakıcının günlük sorunları çözme ve bunlarla baş etme konusunda iç ve dış kaynaklarını kullanma becerisini sınırlayabilir. Bundan dolayı bakım verenleri olumsuz etkileyecek faktörlerin bilinmesi ve üzerlerinde oluşan yükün tespit edilmesi, alınabilecek bir takım önlemler ile hasta ve bakım verenin hayat kalitesinin iyileştirilmesi adına katkı sunabilecektir.

Konuyla ilgili yaptığımız literatür çalışmasında, gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde, hasta bakımında yaşanan bakım yükünün ve stres düzeyinin artmasının yaygın olduğu görülmüştür. Bu tespitten hareketle çalışmanın hipotezi, hastaya refakat edenlerin bakım yükünün arttığı ve stres yaşadıkları iddiasını sınamaya yöneliktir. Hipotezin sınanması açısından araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastaların refakatçileri oluşturmuştur. Araştırma hipotezinin sınanacağı örneklem grubu hastanede ücretsiz bakım hizmeti veren refakatçilerle sınırlandırılmış, elde edilen veriler literatürle karşılaştırıldıktan sonra örneklemin yeterliliğine karar verilmiştir.

Araştırma, Malatya ili Turgut Özal Tıp Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümünde tedavi alan bireylere bakım veren refakatçilerin hasta bakımı sırasında yaşadıkları bakım yükü, depresyon durumları ve bunlarla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın cevap aradığı sorular aşağıda verilmiştir:

1. Hasta ve hasta bakımından sorumlu bakım verici kişilerin tanıtıcı özellikleri nelerdir?
2. Bakım yükünü ve depresyon durumunu etkileyen faktörler nelerdir?
3. Bakım verenlerin “bakım verme yükü” ölçeği puan ortalaması nedir?
4. Bakım verenlerin “depresyon” ölçeği puan ortalaması nedir?
5. Bakım yükü ölçeği ve depresyon ölçeği arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıklar

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kronik hastalıkları; kalıcı hasar bırakan, telafisi mümkün olmayan patolojik değişikliklerin olduğu, hastanın tedavisi için özel rehabilitasyon programlarının yer aldığı, uzun dönem takip ve bakım gerektiren sürekli hastalıklar olarak tanımlamıştır. (10). Kronik hastalıkların daha çok orta yaşlarda ortaya çıkmaya başladığı ve yaşam sonuna kadar sürdüğü bilinmektedir. Ölümle sonuçlanma olasılığı yüksek olan kronik hastalıklar, hastaların yaşamsal fonksiyonlarında yeti yitimine sebep olmaktadır. Günlük yaşam faaliyetlerinde bağımlı hale gelen hastalar bakıma muhtaç hale gelebilmektedir. Başta hastanede sonrasında ise evde bakım veren bir kişinin yardımına ihtiyaç duyulmaktadır (11).

Geçtiğimiz yüzyıldaki demografik olarak meydana gelen değişimler dünyamızda yaşlı nüfusunun hızla arttığını göstermektedir. Yaşlı nüfusunun artmasının yanında hastalıkların ortaya çıkmasında önemli paya sahip çevresel ve sosyal faktörlerinde etkisi ile kronik hastalıkların görülme sıklığı artma yönünde eğilim göstermiştir. Dünya ile birlikte ülkemizde de yaşlı nüfusunun artması, kronik hastalıklarla daha fazla karşı karşıya gelmemize sebebiyet vermiştir. Eskiden bulaşıcı hastalıklar ve aşırı doğum ile ilgili önlemler alınırken, günümüzde ise kronik hastalıklar ve dejeneratif hastalıklar konusunda korunma ve önlem alma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Kronik hastalıklar hastanın uzun süreli yaşamını etkilediğinden hastaların sayısı zaman içinde birikerek artmaya devam etmektedir. Bu durumda olan yaşlı ve kronik hastalığa sahip bireyler yaşamlarını hastalıkları ile birlikte sürdürmeye çalışırlar hatta kendilerine yardım edecek bir kişiye ihtiyaç duyarlar. Kronik hastalıklar akut hastalıklar gibi kısa süre içerisinde iyileşme ya da ölümle karşı karşıya kalma gibi sonuçlar doğurmaz. Sürecin sonunda hastalığın gündemden çıkması kronik hastalıkta söz konusu değildir. Hastalık uzun sürer ve kişide oluşturduğu yetersizlikler hasta ve çevresini bu duruma uyarlamak zorunda bırakır. Özellikle kronik hastalığa sahip bireyler yaşamın bir evresinde bazı fonksiyonlarını kaybetme ile karşı karşıya kalırlar. Nihayetinde morbidite, mortalite ve sakatlık bakımından eskiye göre daha fazla önem kazandığı aşikârdır. Eğer ki koşullar böyle sürerse ilerleyen senelerde daha da fazla önem kazanacağı öngörülebilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri konusunda planlama yapılırken bu konunun dikkate alınması

ve özellikle fonksiyonel kayıplar sonucu ihtiyaç duyulan bakım konusunda iyileştirmeler yapılması gerekmektedir (12).

Teknolojik gelişmeler ile birlikte küreselleşme, endüstrileşme, kırsal bölgelerden kentsel bölgelere olan göç ailelerin küçülmesine neden olmuş, iş yaşamına bir ailede katılan birey sayısı artmış, bu nedenle kronik hastalığa sahip olan bireylerin bakımını üstlenecek kişi sayısı azalmıştır. Bu ise devlet tarafından bakıma ayrılacak maddi kaynakların artmasına neden olacaktır. Kronik hastalıklar daha çok gelişmiş ülkelerde gözükmür ancak devletlerin ve toplumların fakirleşmesine sebebiyet verecek kadar da büyük yük getirmektedir. Kronik hastalıkların yol açtığı bu olumsuz sonuçlar bakım konusunu daha da önemli kılacak gözükmektedir (13).

2.1.1. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğine En Çok Başvuran Kronik Hastalıklar

İnsan yaşamının kalitesini düşüren, iş ve performans kayıplarına yol açan bazı kronik hastalıklar insanı bakıma muhtaç hale getirebilmektedir. Fizik tedavi ve rehabilitasyon alan hastaların önemli bir bölümü bakım almaktadır. Bakım konusunun önemi doğrultusunda bu bölümde fizik tedavi uygulanan bütün hastalıklar değil araştırmanın amaç ve kapsamına uygun olarak bakım verilen hastaların olduğu aşağıdaki hastalıklar hakkında bilgi verilecektir;

- a) Hemipleji,
- b) Serebral Palsi
- c) Parapleji/Tetrapleji
- d) Parkinson
- e) Muskuler Distrofi
- f) Multiple Skleroz
- g) Gullian Barre Sendromu
- h) Geriatrik Hastalar
- ı) Ankilozan Spondilit

2.1.1.1. Hemipleji

WHO, hemipleji terimini “ ani gelişen, 24 saat veya daha uzun süren, ölüme yol açabilen damarsal kökenli, fokal veya global serebral fonksiyon bozukluğu ile oluşan klinik bulgular” olarak tanımlamıştır (14). Serebrovasküler olay olarak da adlandırılan hemipleji algılamada, motor ve duyuusal fonksiyonlarda, konuşmada ve mental yeteneklerde azalmaya neden olan hastalıktır. Zarar gören beyin hemisferinin karşı taraf alt ve üst ekstremitesinde fonksiyonel kayıp meydana gelir. Hareket ve duyu kaybının yanında, vücutta denge ve algısal problemler kendini gösterir. Fonksiyonel bağımsızlık hususunda olumsuz etkilenen hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik yaşamaktadırlar (15).

Hemipleji geçiren hastalar aşağıda verilen bir takım aktivite kısıtlılıkları ile karşı karşıya kalır (16).

- Banyo yapma
- İletişim kurma
- Giyinme
- Yeme - içme
- Katılım kısıtlılıkları (örn. işe dönme)
- Psikolojik sorunlar
- Seksüel bozukluklar
- Öz bakım aktiviteleri
- Transferler
- Üriner fekal inkontinans
- Yürüme ve hareket kabiliyeti

Farklı boyutlarda bağımlı hale gelen bu hastalar akut dönemden itibaren bakım verici yakınlarının yardımına ihtiyaç duymaktadırlar. Hemipleji geçiren hastalar, kendi özbakım ihtiyaçlarını gidermede sıkıntıya neden olan çeşitli derecelerde işlev bozukluğuna sahiptir. Bu nedenle, bakım veren kişiler tarafından uzun süreli bakıma ihtiyaçları vardır. Ve bu durum bakım verenlerin normal yaşamının ve çalışmalarının bir dereceye kadar bozulmasına sebep olacaktır (17). Yapılan araştırmalarda, hemiplejik

hastaların bakım verenlerinin yaşam kalitesinin azalmasına yol açan yüksek yük, endişe ve depresyon durumunda olduğu belirtilmiştir (18, 19).

2.1.1.2. Serebral Palsi

Serebral Palsi (CP), dünya çapında 1000 canlı doğumda yaklaşık 2 bireyde görülen, çocukluk çağında fiziksel engelliliğin önde gelen nedenlerinden biridir (20). Gelişmekte olan fetal ve bebek beyinde meydana gelen ilerleyici olmayan rahatsızlıklara atfedilen aktivite sınırlamasına sebep olan hareket ve postüral gelişim bozukluklarının bir grubunu ifade eden spesifik olmayan bir terimdir (21). CP tanım gereği aslında ilerleyici olmamasından kaynaklı statik bir durumu ifade etsede, sekonder olarak kas iskelet sistemi patolojisi ilerleyici olmaktadır. Çünkü CP'li çocuk büyüdükçe ve geliştikçe kas güçsüzlüğü artar bu durumun sonucu olarak kas-iskelet sistemi adaptif değişiklikler geçirir (22, 23).

Kas güçsüzlüğü CP'de görülen majör bir bozukluktur ve yürüme işlevine büyük ölçüde zarar vermektedir. Orta ve şiddetli fiziksel yetersizliğe sahip olan çocuklar, daha sonra artan kas sertliği, kontraktür nedeniyle, muhtemelen 7 yaşından itibaren mevcut motor fonksiyonlarını kaybetme riski altındadırlar (24). CP'li bebeklerin anne ve babaları, bebeklerinin doğumunu ve tıbbi öyküsünü ilgilendiren olaylarla ilgili travma ve devam eden depresyon yaşayabilirler. Depresyon ya da anksiyete geçiren ebeveynlerine kanıta dayalı müdahaleler önerilmesi önerilir çünkü yetersiz ebeveyn ruh sağlığı da bebekler için olumsuz sonuçlar doğurabilir (25). Çocuklarının kalıcı bir sakatlığı olduğu haberini almak, travmatize edici olarak tanımlanmıştır. Bu durumda ki ebeveynler, üzüntü ve kayıp yaşadığını bildirmiştir. İlerleyen yılların meydana getirmiş olduğu yük ise yaşanan depresyonun artmasına neden olabilmektedir (26).

Günümüzde tedavi yaklaşımlarındaki gelişmelerden dolayı kronik hastalığı olan çocuklarda sağ kalım oranı artmıştır. Ancak bu çocuklarda prognoz, yaşam beklentisi ve yaşam kalitesi belirsizliğini korumaktadır. Çocuklara bakmak ebeveynlerin rutin bir rolü olsa da, bir çocuk fonksiyonel sınırlamalar ve uzun süreli bağımlılık yaşadığında, bu rol daha fazla ortaya çıkar. Bakım verme ile ilgili sorunların etkin yönetimi, ilgili ebeveynlerin yaşadıkları ana sorunlardan biridir. Bazı durumlarda, bu tür bir bakımın sağlanması bir yandan ebeveynlerin fiziksel ve psikolojik sağlığına zarar verebilir ve diğer yandan tüm aile işlevini olumsuz etkileyebilir. Genel olarak, bakım veren ailelerin kronik hastalıklardan biri olan CP'li hastaların hastalığını yönetmek için zaman içinde

önemli ve çok boyutlu sorumluluklar üstlenirler (27). Hasta çocuklara bakım hizmeti vermek, bakım veren bireylerin enerjisini azaltır, onları fiziksel ve duygusal sorunlara maruz kalma riskini artırır. Hatta bu durum hayal kırıklığı, çaresizlik, sıkıntı, utanç ve intihar düşünceleri ile sonuçlanabilir (28).

2.1.1.3. Parapleji / Tetrapleji

Omurilik kanalı içerisindeki sinirsel yapıların travmatik veya travmatik olmayan bir nedenle omuriliğin geçici ya da kalıcı bir şekilde hasara uğraması sonucu bu yapının normal motor, duyuşal ya da otonomik işlevlerini yerine getirememesinin adı omurilik yaralanması olarak adlandırılır. Bu şekilde bir yaralanma omuriliğin servikal segmentlerinde olmuşsa kollar da dâhil olmak üzere gövde, bacaklar ve pelvik organlarda fonksiyon bozukluğu oluşur. Bu fonksiyonel kayıp tetrapleji olarak adlandırılır. Yaralanma omuriliğin torasik, lomber veya sakral segmentlerinde meydana gelmişse de ortaya çıkan klinik tablo parapleji olarak adlandırılır. Paraplejik hastalarda üst ekstremitenin nörolojik işlevleri korunmuştur (29).

Spinal kord yaralanması sonucu paraplejik ve tetraplejik olan hastaların hareket yetenekleri azalır ve mobilizasyonu sağlamakta yetersiz kalırlar. Sağlıklı yaşamın önemli bir parametresi olan hareket yeteneğinin kaybolması sonucu bireyin yaşamında olumsuz etkiler olmaktadır (30). Temel ihtiyaçlarını karşılayamayan hastalar çevrelerinden destek olarak yaşamlarını sürdürmeye çalışırlar. Onlar için bakım verici desteği hayati öneme sahiptir. Hastaların ihtiyaçları ve diğer taraftan o ihtiyaçların giderilmesinde kilit rol oynayan destekçilerin ihtiyaçları göz ardı edilmemelidir. Çünkü yaşanacak sıkıntılar karşılıklı olarak olumsuz sürecin pekiştirilmesi anlamına gelebilecektir.

Yaralanma seviyesine bağlı olarak, spinal kord yaralanması yaşayan insanlar yüksek düzeyde bağımlılığa sahip olabilir; bu nedenle, bakım verenler onlar için hayati öneme sahiptir. Bakım verenler tarafından verilen yardım, hastanın sağlık durumu, refahı, toplum içindeki statülerini korumak için oldukça önemlidir. Her iki taraf için de beklenmedik bir durum olan bu olay iki taraflı ciddi psikolojik sıkıntı yaratabilir ve bakım verme rolünü üstlenmeye hazır olmayan bakıcılar üzerinde önemli bir yük yaratabilir. İsteyerek kabul edilen bakıcılık pozisyonu, rolü üstlendiklerinde çok az destek aldıklarını fark ettikleri zaman, belirgin düzeyde sıkıntı ve yük yaşatabilir (31).

2.1.1.4. Parkinson Hastalığı

Parkinson hastalığı substantia nigra'da bulunan dopamin içeren nöronların azalması ve kaybıyla sonuçlanan ilerleyici bir nörodejeneratif hastalıktır. Bradikinezi, rijidite, tremor ve postüral instabilite gibi belirtileri vardır. Hastalığın klinik belirtilerinin ağırlaşması ile birlikte hastanın günlük yaşam fonksiyonlarında bozulma meydana gelir. Uygulanan tedavi yöntemleri ile oluşabilecek semptomlar azaltılmaya çalışılır ve komplikasyonlar önlenmesi sağlanır. Medikal tedavilerin yanında uygulanacak fizyoterapi yaklaşımları da önemli bir yer tutmaktadır. Fizyoterapi yaklaşımı ile birlikte hastanın ihtiyacına uygun egzersiz programları yaptırılır. Bu egzersizler ile azalan fonksiyonel yetersizlikler azaltılmaya çalışılır (32).

Egzersiz yaklaşımının Parkinson üzerindeki etkileri (32);

- Oluşan kısıtlılıkları ve yetersizlikleri en aza indirmek,
- Hastanın maksimal bağımsızlığa ulaşmasını sağlamak,
- Yaşam kalitesini artırmak,
- Hastanın mobilizasyonunu koruma ve artırma,
- Kas kuvvetini artırma ve esnekliği sağlamak,
- Dengenin sağlanması ve buna bağlı düşmelerin önlenmesi,
- Postüral kontrolün sağlanması,
- Solunum kapasitesinin artırılması.

Egzersizler hastaya özel olmalıdır. Hastalığın şiddeti, etkilenme derecesi, hastanın üzerinde görülen sonuçlara göre egzersizler çeşitlilik göstermelidir (33). Egzersizler olabildiğince erken dönemde başlanmalıdır. Erken dönemde başlanan egzersizlerin daha faydalı olduğu bilinmektedir. Egzersizlerin süreklilik içermesi de erken başlaması kadar önemlidir (34). Literatürde özellikle parkinson hastalarının ev egzersiz programını uygulamasının hastanın yaşam kalitesini yükselttiği, hastanın fonksiyonel aktivite puanlarında önemli boyutlarda iyileşme sağladığı tespit edilmiştir. Ev egzersiz programı gevşeme egzersizleri, solunum egzersizleri, postür egzersizleri, denge ve yürüme

egzersizleri, koordinasyon egzersizleri ve günlük yaşam aktivitelerini kapsamaktadır (35).

Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde yer alma yeteneğini önemli ölçüde sınırlayan Parkinson hastalığı, hastanın sosyal ve rekreasyonel ilgi alanlarına katılması için bakım veren bir kişiye ihtiyaç duymasına yol açar. Bakım veren kişinin varlığı ve bu görevin kalitesi hastanın yaşam kalitesinde önemli derecede rol oynar. Parkinson hastalarına bakım veren bireyler, hastalık sürecinin üzerlerinde oluşturduğu etkiler dolayısıyla olumsuz etkilenebilmektedirler (36).

2.1.1.5. Musküler Distrofi

Kas distrofileri, iskelet kaslarının ilerleyen tahribatı ile karakterize kalıtsal bir hastalık grubudur. Belirtileri arasında genellikle ilerleyici kas güçsüzlüğü, eklem kontraktürü, omurga deformitesi, azalmış kardiyopulmoner fonksiyon bulunur. Kas distrofileri birden fazla hastalıktan oluşmaktadır. En fazla görülen tipleri Duchenne ve Becker musküler distrofidir. Bu hastalıklardan etkilenen bireylerin aileler ve toplum üzerindeki etkileri dikkat çekici şekilde önemlidir. Herhangi bir tedavinin olmaması bu hastaların tedavisinin palyatif bir şekilde ele alınmasına neden olmuştur. Tıbbi takip ve bu hastaların bakımındaki gelişmeler nedeniyle, yaşam beklentisi önemli ölçüde artmıştır. Doğal olarak, bu hastaların bakım vericilerine olan bağımlılık süresi de uzamıştır. Yüksek düzeyde bağımlılığa rağmen, çoğu zaman akraba olan “gayri resmi” bakıcılar sayesinde kas distrofisi olan birçok kişi evde yaşar. Bu hastaların bakımı genellikle bir aile üyesinin varlığı ile gerçekleştirilir. Bakım verenin sosyal ve fiziksel olarak bu durumdan etkilenmesi kaçınılmaz olmaktadır. Bakım veren kişinin çeşitli faktörlerden etkilenmesi onların algılanan sağlıksızlık ve sağlıkla ilgili kötü yaşam kalitesi açısından büyük bir risk taşıdığını gösterir (37, 38).

Kas distrofisi olan hastaların bakıcılarının yaşam kalitesini artırmak için, bakıcı/hasta arasındaki etkileşimler oldukça önemlidir. Genel bir bakım protokolü oluşturulmasında, bakıcının yaşadığı yükü etkileyen çevresel veya insan faktörlerini tanımlayabilmek önemlidir. Çevresel ya da duygusal olsun, bakım veren bireyin ve hastanın yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin iyi tespit edilmesi gerekir. Kas distrofisi olan kişilerin evde bakımını kolaylaştıracak, aynı zamanda bakım veren için tükenme noktasına ulaşmalarını engelleyecek şekilde kritik durumların vurgulanması gerekir (37).

2.1.1.6. Multiple Skleroz

Multiple skleroz (MS), büyük ölçüde öngörülemeyen semptomlar ile karakterize, iyileştirici tedavinin tam olarak bulunamadığı kronik bir nörodejeneratif hastalıktır. Hastalığın yol açtığı sakatlıklar arasında yorgunluk, hareket kabiliyetinde azalma, mesane ve barsak fonksiyon bozukluğu, depresyon ve bilişsel bozulma sayılabilir. Bu sakatlıklar aile hayatı, iş ve eğlence etkinliklerine engel olmakta, hastaların ve ailelerinin yaşam tarzı değişikliklerine ve kısıtlamalarına uyum göstermelerini gerektirmektedir. Bu nedenle MS, fiziksel bozuklukların yanı sıra, hem etkilenen kişilere hem de bakıcılarına bir dizi psikolojik, davranışsal ve sosyal zorluklar ortaya koymaktadır. MS hastalarının yarısı hastalığın başlamasından sonraki 15 yıl içinde yardımsız yürüyemez ve 10 yıl içinde işsiz kalır. MS hastalarının yaklaşık % 30' unun evde yardıma ihtiyacı vardır ve vakaların yaklaşık % 80'inde bu yardım gayri resmi bakıcılar tarafından, genellikle çoğunlukla eşlerini oluşturan aile üyeleri tarafından sağlanır (39-41).

Gayri resmi bakıcılar tarafından sağlanan yardımlar kişisel bakım, ev temizliği, mobilite ve eğlence etkinlikleri gibi çok çeşitli hizmetleri kapsar (42). Bakım verenler ayrıca, hastanın ciddi bir şekilde sakatlanma olasılığı dahil olmak üzere, MS'in öngörülemeyen seyri ve prognozuyla başa çıkmak zorundadır (43).

MS tedavisinde bütüncül ve çok boyutlu bir yaklaşım göstermek oldukça önemlidir. Egzersiz eğitimi, MS hastalarına ve bakım verenlerine verilen hastanın fonksiyonel kapasite kaybını minimize eden, ilerlemesini yavaşlatan terapatik bir yaklaşımdır. Yapılan çalışmalar egzersiz eğitiminin MS'li hastalarda fiziksel kapasiteyi artırdığını, yorgunluk miktarını azalttığını, yaşam kalitesini ve psikolojik durumda iyileştirme meydana getirdiğini göstermektedir (44).

Yapılan bir çalışmada MS hastalarına verilen ev egzersiz programlarının yaşam kalitesi, fonksiyonel durum ve denge faktörleri üzerinde pozitif katkı yaptığını ortaya koymuştur (45). Çünkü fiziksel aktivite, özellikle egzersiz eğitimi, kapsamlı MS yönetimi için en iyi rehabilitasyon stratejilerinden biridir. Bununla birlikte, MS'li kişilerin çoğu, sağlık durumlarının faydası için gerekli yeterli fiziksel aktivite yapmadıkları görülmüştür (46).

2.1.1.7. Yaşlılar (Geriatrik Hastalar)

Yaşlanma; organizmanın yapısında bulunan hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesi ile meydana gelen, geriye dönüşümsüz, yapısal ve işlevsel değişiklikleri ifade etmektedir. Dünya nüfusu ile birlikte Türkiye nüfusu da hızlı bir şekilde yaşlanmaktadır. 2008-2040 yıllarını kapsayan süreçte Türkiye'nin yaşlı nüfusunda % 201'lik artış olacağı tahmin edilmektedir. Yaşlanmanın sonucu olarak bir takım fonksiyonel kayıplar oluşmaktadır. Bunun nedeni ise vücutta meydana gelen fizyolojik ve anatomik değişikliklerdir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte vücut işlevlerinde negatif değişimler meydana gelir. Bu daima takvim yaşıyla eşit şekilde ilerleme eğilimi göstermez. Bu nedenle benzer yaşlardaki kişilerin fiziksel durumları aynı olmayabilir. Bu durum bize artan yaşın meydana getirdiği fonksiyonel değişikliklerin seyrinin kontrol edilebilir olduğunu ön plana çıkarmaktadır (47).

Yaşlanan bireyler azalan vücut fonksiyonları ile birlikte hastalıklara daha açık hale gelmekte ve kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Vücutta ortaya çıkan olumsuzlukların en aza indirilmesi ve fonksiyonel zayıflamanın artırılması için fizik tedavi yaklaşımının önemli bir parçası olan egzersizin önemi oldukça fazladır. Egzersiz ile birlikte yaşam kalitesinin artması sağlanır ve yaşlanan bireyin hareket kabiliyeti geliştirilmek istenir (48).

Yaşlanmayla beraber görülen kronik hastalıklar sebebiyle yaşlı bireyler ihtiyaçlarını yerine getirmede zorlandıklarından, yardıma gereksinim duymaktadır. Bu yüzden diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi yaşlı hastalarda da bakım veren bireyler önemli rol oynamaktadır (49).

2.1.1.8. Guillain Barre Sendromu

Guillain-Barre sendromu (GBS) akut bir enflamatuvar periferik nöropatidir. Nadirdir, ancak bir kez geliştiğinde, hastaların bir kısmında ciddi bir klinik seyir eşlik eder. Klinik özellikleri arasında simetrik ekstremite güçsüzlüğü/felci, derin tendon reflekslerinin yokluğu, kraniyal sinir felçleri, otonom sinir sistemi bozuklukları, ağrı ve paraestezi bulunmaktadır. Birçok hasta semptomun başlamasından sonraki aylarda iyi bir iyileşme sağlar. Ancak ciddi vakalarda hastalar aylarca yoğun bakımda kalabilir ve kalıcı şiddetli güçsüzlük, duyuusal rahatsızlık ve ağrı görülebilir. GBS tedavisi genel tıbbi bakım ve immünolojik tedaviden oluşan multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Oluşabilecek komplikasyonları önlemek için uygulanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon programı da

ayrıca önemlidir. Fizik tedavi ile birlikte kas esnekliğini korumak ve gücü artırmak amaçlanır (50, 51).

GBS’de teşhis konulduktan hemen sonra tedavi başlatılmalıdır, çünkü gecikmiş tedavi artan sinir hasarı ile ilişkilidir. Tedavi gecikirse, iyileşme gecikir veya tamamlanmaz. Hastanın günlük yaşam aktiviteleri ve kas fonksiyonlarındaki bozulma hasta bireyi bağımlı hale getirebilir. Bu durumda destekleyici bakım görevi hastanın ihtiyaçları dolayısıyla daha önemli bir durum haline alır. Bu bağımlılık sonuç olarak bakım veren bireyin önemini artırır. Bakım vericinin sağlığı bu durumdan olumsuz etkilenebilir. Bu nedenle GBS'li hastaların, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını kazanması için rehabilitasyon tedavisi görmeleri önemlidir. GBS’li hastanın bağımsızlığını kazanması bakım veren kişinin de sağlığı açısından önem kazanır (52).

2.1.1.9. Ankilozan spondilit

Ankilozan spondilit (AS), etyolojisi bilinmemekle birlikte omurga ve sakroiliak eklemin artritine yol açan ve nihayetinde ankiloz olarak adlandırılan vertebral füzyonla sonuçlanan kronik ilerleyici bir sistemik hastalıktır. Romatizmal hastalıklardan biri olan AS hastanın yaşam tarzını olumsuz etkilemektedir. Omurganın hareketinin kısıtlanması sonucu zeminden elbise giyme, yük kaldırma, hareket etme, rafa ulaşma, araba kullanma ve aynı zamanda bir sandalyeden veya zeminden kalkma gibi çeşitli aktiviteleri gerçekleştirilmeyi zorlaştırır. Oluşan bu sorunların devam etmesi hastanın fonksiyonel kayba uğradığının bir sonucudur ve hasta bireyi yakın çevreden insanların yardımına yüksek bağımlılık oluşturur. Oluşan bu durum hem hasta hem de ailesi için muazzam bir duygusal yük getirir. Bu sadece hastalığın neden olduğu zorluklardan değil, hastalığın seyrinin öngörülememesi nedeniyle oluşmaktadır (53).

Omurganın ankilozu, spinal mobilite kaybına neden olduğu için kişinin yaşam kalitesini önemli derecede bozar. Meydana gelen sertleşme ile birlikte spinal mobilitenin korunması ve kötüye gidişatın engellenmesi gerekir. Bunun için bu probleme yönelik rehabilitasyon, AS hastalarının yönetiminde önemli bir bileşendir (54).

2.2. Hasta Bakımı ve Bakım Verme

Hasta ve bakıma muhtaç kişilerin bakımı ülkemizde çoğunlukla aileleri tarafından yapılmaktadır. Bakım verme işi genellikle aile içi sorumluluğun bir neticesi olarak görülmektedir. Bakımı üstlenen kişi durumunda olmak bireyin herhangi bir seçimi ya da

planlaması olmadan gerçekleşen bir durumdur. Bu nedenden dolayı bakım verenin bu göreve uyum sağlaması hastalık ortaya çıktıktan sonra gerçekleşmektedir (1, 55).

Bakım verme eylemi sırasında bakımı üstlenen kişinin yaşamında geniş ve ciddi boyutta olumsuz etkiler olmaktadır. Bakım verme olayının getirmiş olduğu ihtiyaçlar dolayısıyla bireyin günlük yaşam alanlarındaki rolleri ile bakım vermeden kaynaklı üstlenmiş olduğu rolleri arasında bir uyumsuzluk oluşmaktadır (56).

Hastalığı dolayısıyla yeti yitimine uğrayan insanlar günlük yaşam faaliyetlerini yerine getirirken büyük ölçüde bakım verenlerine bağılırlar. Bu bağımlılık aile rutin işlerinde bozulmaya neden olur ve aile planlarının yeniden düzenlenmesini gerekli kılar (57). Bakım veren bireyler günlük yaşamın temel faaliyetlerine destek olma (transferler, yemek hazırlama, temizlik, giyinme, yeme ve tuvalet ihtiyacını giderme vb.), duygusal ve sosyal destek gibi yardımların yanı sıra resmi sağlık hizmetlerini yönetme, organize etme ile ilgili görevleri üstlenirler. Bu ek görevler bakım veren kişi de yük oluşmasına neden olmaktadır (58-60).

Hastalığın ortaya çıkması ile birlikte vücut fonksiyonlarında meydana gelen bozulma sonucu bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve temel ihtiyaçlarını karşılamada sorunlar ortaya çıkmakta, bu da bireyi başkalarına bağımlı hale getirmektedir. Bağımlı olmak hasta bireyi zorlu bir sürecin içerisine düşürmektedir. Bu süreç yalnız hastayı değil aynı zaman da bakım veren kişi üzerinde de olumsuz etkiler oluşturmaktadır (61).

Dünya'nın birçok yerinde bakım veren bireylerin desteği ile yaşayan kronik seyirli hastalığa sahip hastalar bulunmaktadır. Türkiye gibi aile yapısının sağlam olduğu ülkelerde uzun süren bakım süreci bakım veren bireylerin günlük hayattaki rollerini değiştirmektedir. Hem maddi hem manevi olarak olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bu sürecin bakım veren bireyler üzerinde psikojik, sosyal, fiziksel açıdan olumsuz etkileri olduğu açıktır (62).

Literatürde hastalığın ileriki evrelerinde bakım verenlerin yükünün erken evrelerine göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (63, 64). Uzun süreli bakımın yorgunluk ve fiziksel güç kaybının birikimsel olarak artması sonucu bakım veren kişide yüksek derecede fiziksel yüke sebep olabilir (65). Oluşan yük aynı zamanda bakım alan kişi üzerinde de olumsuz etkiler oluşturabilir. Bakım yükü yüksek olan bakım verenlerin etkilediği bakım alıcıların, hastaneye daha sık yattığı, daha düşük yaşam kalitesine sahip

olduğu ve daha yüksek mortalite oranlarına sahip olduğu görülmüştür. Bu yüzden bakım yükünün azaltılmasına yönelik her adım, hem bakım vericinin hem de hastanın yaşam kalitesinin artmasına neden olacaktır (66).

Bakım vermenin çoğunlukla olumsuz yönlerinden bahsedilmekle beraber olumlu yönlerinin olduğuna da dikkat çekmek önem arz etmektedir. Bakım vermenin olumlu yönleri bakım sırasında kazanılan deneyimler ve yardım etmeden kaynaklı bakım vericide oluşan memnuniyet hissi olarak görülmektedir (67).

Bakım verme sırasında stres oluşturan etmenler; rolde meydana gelen değişiklikler, maddi oluşan sıkıntılar, günlük yaşam görevlerindeki ek sorumluluklar ve bakım alan hastalarda meydana gelen davranışsal problemler olarak sıralanabilir (68). Kişi bakıcı rolünü üstlenmesiyle birlikte hayatını tekrardan şekillendirmek zorunda kalır. Günlük yaşamdaki rolleri kısmen ya da tamamen etkilenebilir. Bu durum ise bakım vericinin sağlığını ve iyi olma halini olumsuz etkileyebilir (69).

Bakım vermenin aile üyelerine önemli sıkıntıya neden olduğu yadsınamaz. Gerilim, stres, kaygı, kırgınlık, umutsuzluk ve güçsüzlük duyguları ile depresyon, sıkıntı hissi, aile yaşamında aksaklıklar, maddi zorluklar, bedensel hastalıklar, sosyal ve boş zaman aktivitelerdeki kısıtlanmalar ve yaşam kalitesinde genel bir azalma yükün unsurları olarak sayılabilir (70).

2.3. Bakım Verici

Doğuştan ya da sonradan herhangi bir nedene bağlı olarak gelişen fiziksel ve zihinsel rahatsızlıklar hastaların günlük yaşam fonksiyonlarının kısıtlanmasına yol açmakta ve bireyi bağımlı hale getirmektedir. Özellikle hastalıkların sağ kalım süresi ve ortalama yaşam süresinin uzamasından kaynaklı bakıma ihtiyaç duyan bireylerin sayısı artmıştır. Bu gelişmeler ile birlikte yaşam fonksiyonlarını yerine getirmede yetersiz kalan hastaların bakımına yardımcı olacak bakım veren bireylerin önemi daha da artırmıştır (71).

Hastalık sonucu günlük yaşamında ve faaliyetlerinde yetersizlikler hisseden hastanın bakımında ana vazifeyi üstlenen ve bu durumun takipçisi olan kişi bakım verici olarak nitelendirilmektedir. İhtiyaçların çeşitli olmasından ötürü bakım verici çok boyutlu bir görevi üstlenir ve deneyim kazanır. Bu sırada hasta ile karşılıklı sevgi paylaşımı artar, bakım verenin kendini değerli hissetmesine yol açar. Karşılıklı birçok olumlu

paylaşımların olmasının yanında bir takım güçlüklerin yaşanması da kaçınılmaz olur. Çünkü hastalık hem hasta hem de bakım veren birey üzerinde birçok yük oluşturmaktadır (49).

Bakım verme işi iki şekilde gerçekleşebilmektedir. Birincisi formal bakım olarak adlandırılan ‘evde ya da sağlık kuruluşunda sağlık bakımı hizmetlerini yerine getiren meslek grupları tarafından verilen bakım’, ikincisi informal bakım olarak adlandırılan ‘ücret alınmadan aile üyeleri veya diğer arkadaşlar tarafından evde verilen bakım’dır. İnfomal bakım, hasta bireyin hastalığından kaynaklı yerine getiremediği ya da zorlandığı günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olma; ilaçların alınması ve tedavinin takip edilmesi; gerektiği zamanda hastanın ilgili tıbbi kuruma ulaşımının sağlanması; sosyal, duygusal ve maddi ihtiyaçlarının giderilmesini içermektedir (72, 73).

Resmi olmayan bakım vericiler olarak adlandırılan informal bakım vericiler, tıbbi bir hastalığa sahip aile ferdi ya da yakını için ücretsiz bakım sağlayan kişi olarak adlandırılmaktadır. Resmi olmayan bakım vericiler üstlenmiş oldukları bu rol için yeterli bilgiye sahip değildirler. Ancak bu onların yaptıkları işi değersiz kılmaz. Hatta sağlamış oldukları bakım çoğu durumda hasta için oldukça önemli olabilmektedir. Bakım işini sadece pratik manada destek olarak görmek yeterli olmamaktadır. Ayrıca duygusal manada destek olmayı içermektedir. Resmi olmayan bakım vericiler bu rolü üstlenmekle birlikte hasta ve kendi hayatında önemli düzenlemeler yapmayı zorunlu hale getirmektedir. İlave görevler dahil olmak üzere günlük yaşam aktiviteleri, hijyen, ulaşım, egzersiz gibi faaliyetler bakım konusunda yardım kapsamı içerisinde yer almaktadır (74).

Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sorun yaşayan hastaları maddi, manevi ve sosyal yönden destekleyen en önemli kurum aile kurumudur. Özellikle Türkiye gibi aile bağlarının sağlam olduğu ülkelerde bakım verme konusunda aile fertlerine büyük görevler düşmektedir. Toplumsal baskı da bakım verme işini ailenin yapması yönünde zorlamaktadır. Her ne kadar aile fertlerine bakım verme konusunda görev düşsede bu sorumluluk genelde eşit olarak paylaşılmaz. Kronik hastalara bakım verenlere bakıldığında ağırlıklı olarak eşlerin bu görevi üstlendiği görülmektedir (49, 75). Kadınların bakım verme işinde erkeklere göre daha etkin olduğu görülmektedir. Bunun altında geleneksel anlayışın kadınlara ev düzeninin ve bunla ilgili sorumlulukların kadının yapması anlayışı yönünde olmasından dolayı süregelmektedir. Toplumsal anlayış

kadınlardan bakım konusunda daha çok şey bekler bu da onlar üzerinde daha fazla stres oluşturur (56, 76).

Kadınların bakım sorumluluğunu doğal rollerinin devamı olarak görmesi özellikle kadın eş ve kız evlatların bakım verme konusunda sayılarının fazla olduğu bilinmektedir. Son yıllarda değişmekte olan yaşam tarzı ile birlikte kadınların iş yaşamına daha aktif katılımı bakım veren erkeklerin sayılarında gözle görülür bir artış olmuştur (75).

2.4. Bakım Verme Yükü

1960'lı yıllarda Grad ve Sainburg tarafından bakım konusunun öneminin artması dolayısıyla bu konunun önemine dikkat çekerek bakım yükünü tanımlamışlardır (77). Bakım verme olayı sunulurken bakım veren bireyin maruz kalmış olduğu olduğu fiziksel, psikososyal ve maddi tepkileri anlatırken bakım verme yükü kavramı kullanılmaktadır (78).

Depresif semptomların sebebi olarak görülen bakım verme olayı oldukça meşakkatli ve zor bir iştir. Bakım verme esnasında bakımı üstlenen kişi duygusal ve fiziksel olarak etkilenecek kendini baskı altında hissedecektir. Özellikle bakım olayının getirdiği görevler ile günlük yaşamın görevleri arasındaki çatışma, bakımı sağlayan bireyi çıkmaza sürükleyecektir. Bakım veren bireyin üzerinde oluşan bu olumsuz etkilere dikkat çeken araştırmacılar "Yük" kavramını tanımlamışlardır (79).

Bakıcı yükü, bakıcı sağlığının önemli bir göstergesi olarak kabul edilir ve bakım verenlerin tipik olarak bakım görevlerinden aldıkları baskı olarak tanımlanmıştır. Bu genellikle sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek fiziksel, zihinsel, finansal ve sosyal baskıları içerir (80). Birçok çalışma, bakıcı olmayanlara kıyasla, bakım verenlerin yüksek stres, anksiyete, uyku bozuklukları ve depresyon düzeylerinin yanı sıra hipertansiyon, kardiyovasküler bozukluklar ve obezite gibi daha fazla psikosomatik bozukluk yaşadıklarını bulmuştur (81-83).

Hasta bakımı esnasında bakım veren kişilerin maruz kalmış olduğu yükü Hoenig ve Hamilton (1966), nesnel ve öznel yük olarak iki boyutlu olduğunu belirtmişlerdir. Hastanın olumsuzluk içeren davranışları, hastalıktan kaynaklı meydana gelen kısıtlanmalar, bakım sırasında harcanan zaman, finansal kaynaklarda meydana gelen azalma gibi etkilerin nesnel yük oluşturduğunu belirtmişler. Öznel yükü ise hasta bakım

görevinin neden olduğu olumsuz etkilerin aile bireylerini hangi oranda etkilediğini belirtmek için kullanmışlardır (84, 85).

Nesnel yükü meydana getiren faktörler (56);

- Bakım sunan kişinin ailesinde rutin işleyişin bozulması,
- Davranışın kontrol edilmesinde yaşanan zorluklar,
- Hastanın ekonomik olarak bağımlı hale gelmesi,
- Bakımdan dolayı karşılaşılan maddi zorluklar,
- Tedavi hizmetini sunan sağlık personeli ile yapılan görüşmeler,
- Ailevi görevlerin sekteye uğraması,
- Sosyal faaliyetlerin yerine getirilememesi,
- İş hayatında oluşan düzensizlik ve aksaklıklar,
- Bakım verilecek uygun bir ortamın bulunamaması.

Bakım yükü sadece evde bakım verilen hastaların bakıcıları için değil aynı zamanda hastanede günlük yaşam faaliyetlerinin yerine getiremeyen hastalara bakım veren refakatçilerde de önemli bir sorun olarak görülmektedir. Türkiye’de bakım odaklı hizmetlerin hastanelerde sınırlı olması sebebiyle gündelik faaliyetlerini sürdürmede bağımlı olan hastaların ihtiyaçları aile bireylerinden bir ya da daha fazla refakatçisi ile sağlanmaktadır. Bu refakatçiler hastanedeki tedavi sürecinden taburcu oluncaya kadar ve gerekirse evde de devam edecek şekilde hastaya bakım hizmeti vermektedirler. Özellikle kronik hastalara bakım verme esnasında refakatçiler hastaları ile birlikte uzun günler aynı odayı paylaşma durumunda kalmaktadırlar. Bu durumdan dolayı literatürde bu refakatçilerden ‘unutulmuş insanlar’ olarak bahsedilmektedir. Hastaların ve sağlık profesyonellerinin haklarının önemi ne kadar önemliyse bakım vericilerin hakları da bir o kadar değerlidir. Bu yüzden hasta bakımını üstlenen bakım vericilerinde hakları ve ihtiyaçları göz ardı edilmemelidir (86).

2.5. Bakım Veren Hasta Yakınlarındaki Bakım Yüğü ve Depresyon

“Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durumu içinde bireyin düşünce, konuşma ve hareketlerinde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, isteksizlik, karamsarlık ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtiler yaşadığı bir sendromdur” (87). Bakım verirken depresyon belirtisi ile karşı karşıya kalan bakım verici bakım görevinin sağlığı üzerindeki olumsuz tesirleri ile baş etmekte yetersiz kalmakta ve ciddi duygusal sıkıntılar yaşayabilmektedir. Bu durum ise verilmekte olan bakımın kalitesini olumsuz şekilde etki etmektedir (88).

Hastalıkları dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede ve kişisel bakımını sağlamada oldukça zor bir sürece giren hastalar, yaşamış oldukları bu zor süreci bakım verenlerin desteğı ile daha kolay geçirmeye çalışırlar. Bu hastalar için kolaylık sağlayacaktır fakat bakım veren kişileri zorlu bir sürecin içine sokacaktır (89).

Günümüz toplumunda ailelerin geniş aileden çekirdek aile tipine geçiş yaptığı, kadınların iş yaşamında daha aktif şekilde katıldığı görülmektedir. Kadının annelik ve eş olma rolünün yanında iş hayatına aktif şekilde katılımı ile birlikte birçok sorumluluğı aynı anda yerine getirdiğine şahit olunmaktadır. Bu durumu üstlenen kadınların daha fazla bakım yükü ve stresi yaşadığı, kendi bireysel ihtiyaçlarını ise oluşan bu durumdan dolayı dengelemek zorunda kaldığı görülmektedir (90, 91).

2.6. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri

Kronik hastalığa sahip olan bireylerin bakım hizmetleri ve zorlu tedavi süreci, bakım vericinin desteğini zorunlu hale getirmektedir. Teknolojideki ve bunun tıp alanındaki yansımaları çok güzel gelişmeleri beraberinde getirmiş, hastalıkların sağ kalım süresinin artmasına neden olmuştur. Bunun sonucu olarak bakım verenlerin bakıma daha uzun süre ile katılımı zorunlu hale gelmiştir. Bu sürece hazırlıksız yakalanan bakım vericiler hastanın uzun soluklu bakımında yeterli derecede bilgiye sahip olamamaktadırlar. Hazırlıksız yakalanma ve güvensizlikle sonuçlanan bu durum bakım vericinin üzerindeki yükü artırmaktadır. Bakım verenlerin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaca yönelik sağlık profesyonellerince verilen destek ile bu yükün azalması sağlanabilecektir (91, 92).

Ortaya çıkan kronik hastalık sonucu hasta bireye bakım vermek zorunda kalan aile fertlerinde önemli ve uzun süreli dengesizlikler oluşmaktadır. Yaşanan bu değişimler

bakım veren kişinin gereksinimlerini daha da ön plana çıkmasını sağlamaktadır. Uzun süreli bakımın refah üzerindeki muhtemel etkisi ve toplumların ihtiyaçları dikkate alındığında bakım üzerine yapılan araştırmaların sürekli arttığı görölmektedir (93).

2.7. Bakım Verme Yöünün Boyutları

Hastaya bakım verme sürecinde bakım veren kişi birbirinden farklı görevleri üstlenmektedir. Bu birbirinden farklı nitelikteki görevler çeşitli alt boyutlarda incelenmektedir. Hastanın hijyenini sağlama, ihtiyaç duyduğu egzersizleri yapma, hastalık belirtilerinin takibi ve yönetilmesi, finansal yönetim, hastanın medikal ihtiyaçlarının giderilmesi vb. birden fazla görevi içermektedir. Bakım görevinin faaliyetleri olarak görölen bu görevler yapılan araştırmalarda genel kabul olarak 4 farklı açıdan ele alınmaktadır. Bu açıdan bakıldığında bakım yükünün boyutları şu şekilde ele alınmaktadır (60, 94);

- **Hasta bakımı ile ilgili olan primer işler:** Hastalığın hasta bireyde oluşturduğu etkilenme derecesi, o oranda hasta bireyi bakıma ihtiyaç duyacak hale getirir. Bu etkilenmeden kaynaklı sağlanacak yardımlar bakım yükünün primer önemli kısmını oluşturur.
- **Doğrudan hastalıkla alakalı olmayan diğer işler:** Hastalık ortaya çıkmadan önce kişinin rutin olarak yaptığı işlerin aksamaması için bakım veren bireyin yürüttüğu işler bu kapsama girmektedir. İşyeri olan bir kişinin hastalandıktan sonra bu görevini bakım veren kişinin üstlenmesi buna örnek olarak gösterilebilir.
- **Hastalık dolaysıyla meydana gelen duygusal gereksinimler:** Hazırlıksız gelen misafir gibi bir anda gelen hastalık hem hastayı hem de bakım vereni duygusal olarak yıpratır. Bu durumdan bakım veren çok fazla etkilenmiş olsada hasta bu süreçte daha fazla etkilenir. Açığa çıkan duygusal ihtiyaçların karşılanması da bakım veren kişi tarafından yapılır. Hastanın kaygıları ve sıkıntılarının giderilemeye çalışılması, moral ve motivasyon verilmesi buna örnek olarak verilebilir.
- **Bakım sunma görevinin diğer rutin işlerle olan çatışması:** Hastaya bakım vermenin getirmiş olduğu ek sorumluluk, günlük rutin işlerin aksamasına

neden olacaktır. Bundan dolayı bakım görevini üstlenmek, bakım verenin rutin işlerinin aksamasına neden olacaktır.

2.8. Bakım Verme Yükünün Ölçülmesi

Bakım verme yükü çok yönlü bir durum olması sebebiyle ölçülmesi zorluklar içermektedir. Oluşturulmuş olan değerlendirme ölçekleri her ne kadar farklılık gösterse de ilişkili konuların karşılaştırılmasına ve bu konular hakkında bilgiler vermesine olanak sağlamaktadır (79).

Bakım veren yükünü ölçebilecek birçok ölçüm aracı bulunmakla birlikte bunlardan en yaygın kullanılanı 1980’de Zarit ve çalışma ekibi tarafından oluşturulan bakım verme yükü ölçeğidir (56, 95). Bu ölçek, bakım verme görevini üstlenen kişilerin üstlendikleri görevin yaşamı üstündeki etkilerini tespit etmek amacıyla 22 sorudan oluşmaktadır. Bu sorularda hasta ve bakım veren arasındaki etkileşimin etkileri, bakım görevini üstlenen kişinin sağlık durumu, psikolojik sonuçları, sosyal ve ekonomik etkileri ölçmektedir. Puanlamanın en üst sınırı 88 olmakla birlikte puanın artması hastaya bakım vermenin bakım yükünün artırdığına işaret etmektedir (96). En çok kullanılan bakım yükü ölçme araçları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Bakım Verme Yükünü Belirlemek İçin Kullanılan Bazı Ölçüm Araçları (97)

Ölçek	Yazar-Yıl	Etkileyen Faktörler ve Boyutları	Madde Sayısı	Derecelendirme Yöntemi
Bakım Verme Yükü Ölçeği (Zarit Burden Inventory)	Zarit ve ark., 1980	Sağlık, psikolojik iyilik, finansal durum, sosyal yaşam, hastayla olan ilişkiler	22	Beş dereceli ölçüm: “0” (asla), “4” (her zaman)
Caregiver Strain Index	Robinson, 1983	Çalışma durumu, finansal durum, fiziksel, sosyal ve zaman durumu	13	“Evet” ya da “Hayır”
Caregiver Reaction Assessment	Given ve ark., 1992; Stommel ve ark., 1992	Bireysel iyilik, aile desteğinden yoksunluk, finansal durum ve sağlık üzerine etkileri	24	Beş dereceli ölçüm: “1” (kesinlikle katılıyorum), “5” (kesinlikle katılmıyorum)
Caregiver Demands Scale	Stetz, 1987	Hijyen bakımı, hareket ve konfor, tedavileri, denetlemesi, dinlenmesi, yeni becerilerin elde edilmesinin	46	Beş dereceli ölçüm, “1” (hiçbiri zor değil), “5” (çok zor)
Appraisal of Caregiving Scale	Oberst ve ark., 1989	Zarar, kayıp, tehdit, mücadele ve yararına ilişkin yük	72	Beş dereceli ölçüm: “1” (hiç doğru değil), “5” (çok doğru)

2.9. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım veren bireylerin bakım verme yükleri birbirinden farklılıklar göstermektedir. Bakım verme konusunda zorluk yaşayanlar olduğu gibi bu konuda daha az zorluk yaşayanların olduğu da bilinmektedir. Bu açıdan bakıldığında bakım yükünü birçok faktör etki etmektedir. Bu faktörler hasta kaynaklı olduğu gibi bakım veren bireyden de kaynaklanabilir (98).

Nijboer ve ark. bakım yükünü etkileyen faktörleri bakım veren kişiye ait faktörler (yaş,cinsiyet, kişilik özellikleri, dini inancı, ...), bakım sunulan kişiye ait faktörler (hastalığı, psikolojik durumu, ...) ve bakıma ilişkin faktörler (bakım süresi, bakımın içeriği, yoğunluğu, ...) olarak incelemiştir (99).

2.9.1. Bakım Verenlere Ait Faktörler

Bakım verenlere ait faktörlerden bazıları aşağıda verilmiştir (100, 101):

- Bakım vericinin eğitim durumu
- Bakım verenin sosyo-ekonomik durumu
- Bakım verenin yaşı ve kronik hastalığının olup olmaması
- Bakım verenin hasta ile yakınlık derecesi
- Bakım ile ilgili baş edebilme yeteneği
- İçinde bulunduğu toplumun kültürel özellikleri
- Bakım verirken ne derece gönüllü olduğu ve motivasyon durumu
- Hastalık ile ilgili bilgi düzeyi
- İnançla ilgili değerler

2.9.2. Hastaya Ait Faktörler

Bakım verenin yükünü etkileyen bir diğer önemli faktör ise hasta kaynaklı faktörlerdir. Hasta kaynaklı faktörlerden bazıları aşağıda verilmiştir (3, 100, 102, 103):

- Hastanın genel durumu ve hastalıktan etkilenme derecesi,
- Hastanın mobilite derecesi ve günlük yaşam faaliyetlerindeki durumu,
- Hastanın bakım verenle olan ilişkisi ,
- Hastanın bakım verenin yaşamına ve verdiği bakıma müdahale etmesi,
- Hastanın yaş, cinsiyet, eğitim gibi demografik özellikleri,
- Hastanın yatağa bağımlı olup olmaması,
- Bakıma ihtiyacı olan hastanın idrar ve gaita problemlerinin varlığı,
- Pediyatrik veya ileri yaşlarda olan hastalara bakım verilmesi,
- Bakım alan hastanın ihtiyacının çok boyutlu olması

2.10. Bakım Vermenin Pozitif Ve Negatif Yönleri

Yapılan araştırmalar bakım vermenin bakım veren kişi üzerinde hem pozitif hemde negatif etkilerin olduğunu söylemektedir (97, 104, 105). Bu etkiler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 2.2. Bakım Vermenin Negatif ve Pozitif Etkileri

Bakım Vermenin Negatif Etkileri	Bakım Vermenin Pozitif Etkileri
Bakım Verici Tükenmişliği	Bakım Verici Saygısı
Bakım Vermede Telaş/Koşturmaca	Bakım Verici Yüceliği
Bakım Verici Rolünde Zorlanma	Bakım Verici Memnuniyeti
Bakım Verici Stresi	Bakım Vermede Anlam Bulma
Bakım Verici Yüğü	Bakım Verme Deneyiminden Kazanım

2.11. Egzersiz

Sağlığın önemli bir bileşeni olan egzersiz, planlı bir şekilde ortaya konan ve gerekli görüldüğü yerlerde yapılandırılan tekrarlı hareket olarak tanımlanır. Egzersiz hem sağlıklı birey hem de hasta bireyde bir takım değişiklikler meydana getirir. Kişinin iyi olma hali artar ve yaşam kalitesinde pozitif değişimler meydana gelir (47).

Bireyin sağlıklı olduğunu işaret eden en önemli göstergelerden biri hareket aktivitesidir. Hareket aktivitesi bireyin bağımlı ya da bağımsız olmasını gösteren önemli bir parametredir. Sağlıklı bir birey hareket yeteneğini uygun bir şekilde kullanarak günlük yaşam aktivitelerini sorunsuz bir şekilde yerine getirebilmektedir. Hastalığın sonucu olarak hareket yeteneğini kaybeden hastalar bu fonksiyonlarını tekrar kazanmak için egzersiz yapmaya ihtiyaç duyarlar. Egzersiz ile kaybettiği fonksiyonlarını tekrar kazanmaya çalışırlar. Hareketsizlik sonucu vücutta meydana gelen kas atrofisi, eklem kontraktürleri, kemik erimesi, bası yaraları, solunum problemleri, idrar problemleri, uyku sorunları ve depresyon gibi sorunlar ile karşı karşıya kalabilirler. Bu sorunlar yapılan egzersiz programları ile hastanın hareket yeteneği artırılmaya çalışılır. Görülen fiziksel iyileşme süreci hastanın psikolojik ve sosyal yönden de iyileşmesine katkı sağlayabilmektedir (106).

Egzersiz yapmanın olumlu sonuçları arasında solunum ve kardiyovasküler semptomlarda azalma, fonksiyonel kapasitede artma ve oluşan limitasyonların azalması gösterilebilmektedir. Özellikle hastalığın erken dönemlerinde başlanan egzersiz programları hastalığın seyri açısından daha faydalı olabilmektedir. Hastanın yetersizlikleri göz önüne alınarak belirlenen egzersiz programları hastalığın tipine, hastalıktan etkilenme derecesine ve fonksiyonel bağımsızlık gibi durumlar göz önüne alınarak birbirinden farklılık gösterebilmektedir. Uygulanan egzersizler hastanın yaşam

kalitesinin artmasına, fonksiyonel aktivite durumunda iyileşme olmasına katkı sağlayabilmektedir (107).

İnsan sağlığını koruma ve geliştirmede fizik tedavi ve rehabilitasyonun önemli bir parçası olan egzersizin önemli bir yeri vardır. Hastaların gereksinimine göre belirlenen egzersiz programlarının ulaşmak istediği amaçları vardır.

Egzersiz programlarının amaçları:

- Ağrının azaltılması
- Kasları kuvvetlendirmek
- Kontraktür oluşumunu önlemek
- Fiziksel durumun iyileştirilmesi
- Mobilizasyonun sağlanması

Özellikle hastaya ve refakatçisine gösterilen egzersiz programlarının açık bir şekilde anlatılması gerekmektedir. Uygulanabilir olması egzersizlerin uzun süre yapılması için önemlidir. Gösterilen egzersizlerin yoğunluğu artan şekilde olmalı ve bunlar önerilirken uygulamalı olarak gösterilmelidir (108).

2.11.1. Ev Egzersizi

Hasta bireylerin bozulan sağlık durumlarını iyileştirmeleri ve sağlıklarını tekrar kazanmalarını sağlamaları, sağlıklı bireylerin de sağlıklarını korumak için alanında uzman sağlık personellerinin göstermesi ile bireyin evinde yapması için hazırlanmış olan egzersiz programıdır. Ev egzersiz programları ile hastanede kalma süresi azaltılır, ilaç masraflarında düşüş meydana gelir ve hastanedeki sınırlı olan tedavi sürecinin devamlılığı sağlanmış olur. Bireylerin gösterilen ev egzersiz programından maksimum fayda sağlamaları açısından egzersizler ayrıntılı şekilde anlatılmalı, gerektiğinde uygulamalı olarak gösterilmeli ve hatırlatma ve eksiklikleri giderme açısından görsel, işitsel materyaller verilmelidir (109).

Ev egzersiz programları verilirken hastanın tıbbi öyküsü ve fiziksel kapasitesi dikkate alınır. Ev egzersizleri maliyetinin düşük olması ve sürdürülebilirlik gibi özelliklere sahip olmasından dolayı pratiklik içermektedir. Hastalar için zorluk içermemesine dikkat edilerek verilen ev egzersiz programları özel bir beceri ya da ekipman gerektirmezler (110).

2.12. Bakım Yüğü İle İlgili Literatürdeki Çalışmaların Bulguları

Araştırmanın bu bölümünde bakım verme yüğü hakkında yapılmış çeşitli çalışmaların bulguları ortaya konmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde birbirinden farklı tipte çok sayıda hastalık ile ilgili sonuçlar görülmektedir. Her araştırmanın sonuçları kendi bütünlüğü içerisinde ortaya konmuş; okuyucuya bakım yüğü, bakım yükünü etkileyen sosyal ve demografik faktörler, hastayla ilgili faktörler gibi çeşitli perspektiflerden değerlendirme fırsatı sunulmuştur.

Yılmaz 2017 yılında İstanbul Üniversitesi Hastanesinde yatarak tedavi gören hastaların refakatçilerinin bakım yükünün belirlenmesine ilişkin bir yüksek lisans tez çalışması yapmıştır. Araştırmada hasta bakımının getirdiği yükler Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (ZBYÖ) kullanılarak ölçülmüştür. Araştırma sonucunda bakım yüğü ve depresyon puanının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Demografik faktörlerin bakım yüğü ve depresyon puanına etki ettiği ve ayrıca eğitim düzeyi ve bakma süresi etkenlerinde anlamlı sonuçlar bulunmuştur (3).

Bodur ve Cingil'in (2006) çalışmalarında aile içi primer bakım verenlerin büyük çoğunluğu kadın (% 93.8), % 71'i evli, % 35'i öğrenim görmemiş ve % 33.3'nün sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır (111). Koyuncu Yaşar'ın (2009) çalışmasında ise yaşlıya bakım verenlerin % 40'ı 40-49 yaş grubunda, % 84.5'i evli, % 93.3'ü kadın, % 99.3'ü en az bir çocuğa sahip, % 78.7'si yaşlının gelini olduğu bulunmuştur (112).

Bir bireyde ortaya çıkan hastalığın ilerleyen evrelerine bakıldığında genellikle hastayı yatağa bağımlı hale getirdiği görülmektedir. Hastaların yatağa bağımlı hale gelmesi ile birlikte oluşan immobilizasyon durumu, hastanın bireysel ihtiyaçlarının bakım veren kişilerce yerine getirilmesini ve bu ihtiyaçlara destek olunmasını daha da gerekli kılmaktadır. Bu ihtiyaçların karşılanmasından kaynaklı oluşan bakım verici üzerindeki yük hem artmakta hem de beraberinde depresif belirtilerin oluşmasını ortaya çıkarmaktadır. Bakım veren bireylere baktığımız zaman kadın bakım vericilerin erkeklere göre kıyaslandığında bakım yükünün arttığı ve depresif özelliklerin daha fazla olduğu görülmektedir. Bakım vericinin hasta ile geçirdiği zaman arttıkça da bakım yükünün arttığı görülmektedir (113).

Günümüzde sayıları azımsanmayacak kadar çok olan engelli bireylerin yaşamları göz önüne getirildiğinde bu bireylerin bakımını üstlenen aile bireyleri zamanlarının büyük bir çoğunluğunda engelli yakınlarının bakımlarını gerçekleştirdiği ve bu durumun

onlar üzerinde çok yıpratıcı etkileri olduğu gör÷lmektedir. Aile bireyleri bu durumu ailevi sorumluluk duygusunun bir getirisi olarak algılamaktadır. Bu sorumluluk onlara engelli yakınlarının bakım hizmetini üstlenme görevini sağlamaktadır. Oldukça zorlu bir süreç olan engelli bireye bakım verme olayı bakım veren ve hem de aile üzerinde psikojik, maddi ve sosyal olarak zorlukları beraberinde getirmektedir. Ailelerin en çok zorlandığı hastalıkların arasında serebral palsi ve geriartik hastalıklar gelmektedir. Bu tür hastalara bakım veren aile bireylerinin birçoğunda depresif belirtilerin ileri düzeyde olduğu gör÷lmektedir (71).

Yaşlanmanın getirmiş olduğu hassasiyet ve engeller ile yaşlı bakım verenlerin kendileri bakım verenlerle ilgilenirken genç bakım vericilere göre daha fazla zorluklarla karşılaşabilirler ve daha fazla bakım desteğine ihtiyaç duyarlar (114).

Peyrovi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmanın sonucu inme geçirmiş hastalara bakım verenlerin % 40' ının depresyon yaşadığı ve bakım yükünün depresyonu artırdığını söylemektedir (115).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma; Turgut Özal Tıp Merkezine başvuran fizik tedavi ve rehabilitasyon hastalarına bakım veren refakatçilerin bakım yükleri, depresyon durumları ve ilişkili faktörlerini belirlemek amacıyla olarak yapılmıştır. Bu amaçla araştırmada şu sorulara cevap aranmıştır.

1. Bakım alan hastalara ve bakım veren refakatçilere ilişkin tanımlayıcı bulguları sunmak
2. Bakım verenlerin bakım yükünü ve ilişkili faktörleri saptamak
3. Bakım verenlerin depresyon durumunu ve ilişkili faktörleri saptamak
4. Bakım yükü ile depresyon arasındaki ilişkiyi saptamak

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı-kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Turgut Özal Tıp Merkezine başvuran fizik tedavi ve rehabilitasyon hastalarına bakım vermekte olan, görüşmeyi kabul eden, 18 yaşından büyük, 65 yaşından küçük hastanın bakımından doğrudan sorumlu olan bakım veren kişiler oluşturmuştur. Bakım verenlerin hasta yakını olması göz önünde bulundurulmuş, ücretli bakım verenler araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın örneklemine, araştırmacı tarafından belirlenen, araştırmaya katılma kriterlerine uyan, 1 Mart 2018-1 Mart 2019 tarihleri arasında Turgut Özal Tıp Merkezine başvuran fizik tedavi ve rehabilitasyon hastalarına bakım veren 129 kişi alınmıştır. Örneklem oluşturulmasında aşağıdaki kriterler esas alınmıştır;

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri şunlardır:

- Ayaktan veya yatılı fizik tedavi uygulanmakta olan hastası olan refakatçiler,
- Hastanın bakımından birinci dereceden sorumlu olan refakatçiler,
- En az 18 en fazla 65 yaşında olan refakatçiler,

- 1 yıl ve daha yakın bir zamanda aileden birisini ya da özel değer verdiği birisini kaybetmemiş olan refakatçiler,
- Bakım sunmayı ücretsiz olarak yerine getiren refakatçiler,

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- 18 yaşın altında olma
- Bilişsel ve duyuşsal fonksiyonlarının araştırmada kullanılacak, veri toplama formlarını yanıtlamayı engelleyecek düzeyde olma
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmama

Örneklemin oluşturulmasında bakım veren kişilerin sağık problemlerinin az olmasına özen gösterilmiştir. Çünkü ağır ve kronik sağık sorunu olan, ruhsal problemleri olan bakım verenlerin hissettikleri yükün ne kadarının bakım verme hizmetinden ne kadarının kendi özel durumlarından kaynaklandığını tespit etmek ayrı bir güçlük doğuracaktır. Araştırma sonuçlarının daha net ölçülebilmesi için imkanlar dahilinde sağıklı bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Veri Toplama

Olgu seçim kriterlerine uyan hastalara ve yakınlarına, araştırmacı tarafından, yüz yüze görüşme yöntemi ile formlar uygulandı. Hastalara sosyo-demografik veriler için hasta bilgi formu; hasta yakınlarına ise bakım verici bilgi formu, Zarit Bakım Verici Yüku Ölçeğı (ZBYÖ), Beck Depresyon Ölçeğı (BDÖ) uygulandı.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Hastaların sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan 16 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular yaş, kilo, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, gelir düzeyi, hastalığı vb. soruları içermektedir.

3.5.2. Bakım Verici Bilgi Formu

Hastaların bakım vericilerinin sosyo-demografik özellikleri, yaşanılan ortama ilişkin özellikler ve hastanın bakımına ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

3.5.3. Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği (Zarit Caregiver Burden Scale - ZBYÖ)

İlk kez 1985 yılında Zarit ve arkadaşları tarafından geliştirilen Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği bakım verici / hasta ilişkisi, bakım vericinin sağlık durumu, psikolojik rahatlığı, sosyal hayatı ve ekonomik yükünün derecesini belirlemek için yaygın olarak kullanılan bir değerlendirme skalasıdır. Ölçek bakım vericinin kendisinin yanıtladığı 22 sorudan oluşmaktadır. Her soru için olumludan olumsuzu doğru 0-4 arasında puan verilen bu ölçekte bakım vericinin alabileceği maksimum puan 88'dir. Elde edilen puanlar (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) hafif/orta derecede yük, (41-60) orta/ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmiştir (96, 116). Bakım verme yüğü ölçeğinin geçerlilik çalışması İnci tarafından 2006 yılında yapılmış olup, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,87-0,94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği 0,71 ve alpha değeri 0,79 olarak belirlenmiştir (117). Bu çalışmanın alpha değeri ise, 0,87 olarak hesaplanmıştır.

3.5.4. Beck Depresyon Ölçeği

1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından 21 soru kullanılarak oluşturulan bir envanterdir. Ölçümü 4'lü likert tipten oluşmakla birlikte, sorular 0 ile 3 arasında puanlandırılır. Puan değeri sıfırı(0) gösteriyorsa depresyonun olmadığını, üç(3) ise depresyon düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu ölçek sonuçları 0 ile 63 puan arasında değer ifade etmektedir. Sonuç 17'den çok puan gösteriyorsa depresyon varlığından söz edilir. Türkçe geçerliliğini ve güvenilirliği 1989 yılında Hisli tarafından yapılmıştır (118).

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın tek bir merkezde gerçekleştirilmiş olması sonuçların genellenebilmesini sınırlamaktadır.
- Çalışmanın süre sınırı olduğundan, hasta ve bakım vericilerin bir kez değerlendirilmesi nedeniyle, yük kavramının hastalıkların çeşitli aşamalarında gösterdiği farklılıkları izleme fırsatı olamamıştır.
- Hasta yakınlarının depresyon düzeyine ilişkin sonuçlar, Beck Depresyon Ölçeği'nin ölçtüğü özelliklerle sınırlı kalmaktadır.

- Hasta yakınlarının bakım yüküne ilişkin veriler, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin ölçtüğü özelliklerle sınırlı kalmaktadır.

3.7. Sayıtlar

Araştırmaya aşağıda belirtilen temel sayıtlardan hareket edilmiştir.

1. Ölçme araçlarının oluşturduğu soruların bakım vericiler tarafından doğru olarak yanıtladıkları varsayılmıştır.
2. Ankete katılan kişilerin hepsinin soruları aynı şekilde anladıkları varsayılmıştır.
3. Ankete katılan bakım vericilerin görüşlerinin yeterli olduğu varsayılmıştır.
4. Bu araştırmada kullanılan anketin konuyu ortaya koyacak düzeyde olduğu varsayılmıştır.
5. Anket prosedürü doğru olarak uygulanmıştır.

3.8. Etik Kurul Onayı

Bu çalışmanın etik kurul onayı İnönü Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u tarafından 13.02.2018 tarih ve 2018/4-8 sayılı olarak alınmış ve EK-7'de sunulmuştur.

3.9. Araştırmada Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada toplanılan bilgiler bilgisayar sistemine aktarılarak ilk etapta verilerin kontrolü yapılmış ve hatalı veriler düzeltilmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin analizleri ise SPSS-22 paket program kullanılarak yapılmıştır. SPSS programı sonucunda elde edilen analizlerin açıklanması için elde edilen verilerin frekans dağılımları, aritmetik ortalamaları, standart sapmaları alınmış, Student-T testi, tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. ZBYÖ ve BDÖ ölçeği puanları kolmogorov smirnof testiyle normal dağılıma uygunluk testi yapıldı. Normal dağılıma uygun bulundu. İkili gruplar için Student-T testi, üçlü ve daha fazla gruplar için tek yönlü ANOVA testi yapıldı. ANOVA'da farkı yaratan gruplar için LSD testi yapıldı.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde ZBYÖ ve BDÖ ölçeği kullanılarak 129 katılımcıdan oluşturulan verilerin istatistiksel analizleriyle ulaşılan sonuçlar gösterilmiştir. Elde edilen bulgular 4 başlıkta toplanmıştır.

1. Bakım Alan Hastalara İlişkin Özellikler
2. Bakım Veren Refakatçilere İlişkin Özellikler
3. Hastalara Ait Özelliklerin ZBYÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması
4. Bakım Veren Refakatçilere Ait Özelliklerin ZBYÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

4.1. Bakım Alan Hastalara İlişkin Özellikler

Hasta bireylere ilişkin özelliklerin dağılımı frekans analizi ile yapılmıştır.

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Giren Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişken	n	%	Değişken	n	%
Yaş(Ort:48.14±21.85)			Gelir Düzeyi		
18 ve altı	18	14.0	Fazla	12	9.3
19-64	77	59.7	Orta	64	49.6
65 ve üstü	34	26.3	Düşük	53	41.1
Cinsiyet			Yaşadığı Yer		
Kadın	60	46.5	Köy	11	8.5
Erkek	69	53.5	İlçe	30	23.3
Eğitim Durumu			İl	88	68.2
İlkokul altı	33	25.6	Aile yapısı		
İlkokul-ortaokul	43	33.3	Çekirdek	84	65.1
Lise ve üzeri	53	41.1	Geniş	45	34.9
Medeni durumu					
Evli	88	68.2			
Bekar	41	31.8			
Toplam	129	100		129	100

Tablo 4.1.'de araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu hastaların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması 48,14±21,85 (Min.=6/Maks.=91), % 14'ü 18 yaş ve altı, % 59.7'si 19-64 yaş, % 26.3'ü 65 yaş ve üstü yaş olduğu görülmektedir. % 46.5'i kadın, % 68.2'si evli, % 34.9'unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu görülmektedir.

Hasta bireylerin eğitim durumuna bakıldığında % 25.6'sı ilkokul altı, % 33.3'ü ilkokul-ortaokul, % 41.1'i lise ve üzeri olduğu görülmektedir. Gelir seviyesi incelendiğinde ise % 9.3'ünün geliri fazla, % 49.6'sının gelir gider dengesinin eşit olduğu % 41.1'inin ise gelir seviyesinin düşük olduğu tespit edilmiştir.

Hasta bireylerin ise % 8.5'inin köyde, % 23.3 'ünün ilçede, % 68.2 sinin ise yaşamını ilde sürdürdüğü görülmektedir.

Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık Tiplerine Ait Bulgular

Değişken	n	%
Hemipleji	35	27.1
Serebral Palsi	17	13.2
Parapleji/Tetrapleji	21	16.3
Parkinson	10	7.8
Musküler Distrofi	11	8.5
Multiple Skleroz	13	10.1
Gullian Barre Sendromu	4	3.1
Geriatrik Hastalıklar	13	10.1
Ankilozan Spondilit	5	3.9
Toplam	129	100

Bakım veren bireylerin bakım verdikleri hasta gruplarına bakıldığında % 27.1'i hemipleji, % 13.2 'si serebral palsi, % 16.3'ü parapleji/tetrapleji, % 7.8'i parkinson, % 8.5'i musküler distrofi, % 10.1'i multiple skleroz, % 3.1'i gullian barre sendromu, % 10.1'i geriatrik hastalıklar, % 3.9'u ankilozan spondilit olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3. Araştırmaya Katılan Hastaların Beden Kitle İndeksine (BKİ) Ait Bulgular

Değişken	n	%
BKİ		
Zayıf	14	10.9
Normal	54	41.9
Kilolu	42	32.6
Obez	19	14.2
Toplam	129	100

Çalışma kapsamına alınan hasta bireylerin Beden Kitle İndeksi (BKİ) sonucu % 10.9'u zayıf, % 41.9' u normal, % 32.6'sı kilolu, % 14.7' sinin ise obez olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Var Olan Sorunlarına Ait Bulgular

Değişken	n	%
Hastaların Var Olan Sorunları*	7	5.5
İletişim	6	4.7
Beslenme	88	68.2
Yürüyememe	98	76
Denge Kaybı	50	38.8
İdrar Kaçırma	50	38.8
Gaita (Büyük abdest kaçırma)	39	30.2
Uykusuzluk	129	100
Kuvvet kaybı	7	5.5

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Çalışma kapsamına alınan hasta bireylerin tamamının kuvvet kaybı, % 76'sının denge kaybı, % 68.2'sinin yürüme kaybı, % 38.8'inin idrar-gaita sorunu, % 30.2'sinin uykusuzluk, % 5.5'inin iletişim sorunu, % 4.7'sinin ise beslenme sorunu yaşadığı görülmüştür.

Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Hastalarla İlgili Diğer Bulgular

Değişken	n	%
Tedavi Alış Şekli		
Ayaktan	53	41.1
Yatılı	76	58.9
Yardımcı araç kullanıp kullanmama durumu (Walker, tripod, tekerlekli sandalye, kanadyen vs.)		
Evet	93	72.1
Hayır	36	27.9
Bakımdan memnun olma durumu		
0-6 puan	10	7.8
7-8 puan	41	31.7
9-10 puan	78	60.5
Toplam	129	100

Çalışma kapsamına alınan hasta bireylerin % 58.9'unun yatılı, % 41.1'inin ayaktan tedavi aldığı görülmüştür. Geçirmiş olduğu hastalık dolayısıyla yardımcı araç kullanan hastaların % 72.1 olduğu görülmüştür. 129 hastanın memnuniyet düzeylerine bakıldığında % 60.5'inin 10 üzerinden 9-10 puan, % 31.7'sinin 10 üzerinden 7-8 puan, % 7.8'inin 10 üzerinden 0-6 puan olduğu görülmüştür. Hastaların bakımdan memnun olma durumlarına göre 0 ile 10 arasında bir puan vermeleri istendiğinde vermiş oldukları puan ortalaması 8.86 ± 1.38 (Min:5, Maks:10) olarak saptandı.

4.2. Bakım Veren Refakatçilere İlişkin Özellikler

Tablo 4.6. Araştırmaya Katılan Bakım Veren Refakatçilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Değişken	n	%	Değişken	n	%
Yaş(Ort:48.14±21.85)			Gelir Düzeyi		
30'un altı	20	15.5	Fazla	14	10.9
30-39	23	17.8	Orta	71	55.0
40-49	38	29.5	Düşük	44	34.1
50-59	34	26.4			
60+	14	10.9			
Cinsiyet			Hasta ile yakınlık derecesi		
Kadın	87	67.4	Eşi	40	31.00
Erkek	42	32.6	Annesi	25	19.40
Eğitim Durumu			Kızı	25	19.40
İlkokul altı	4	3.1	Oğlu	15	11.60
İlkokul-ortaokul	60	46.5	Kız Kardeşi	11	8.50
Lise ve üzeri	65	50.4	Erkek kardeşi	7	5.40
Medeni durumu			Diğer (Gelini, torunu, bakıcısı)	6	4.70
Evli	99	76.7	Çalışma Durumu		
Bekar	30	23.3	Evet	17	13.2
			Hayır	112	86.8
Toplam	129	100		129	100

Tablo 4.6.'da hastaların yaş ortalaması 44.17±12.51 (Min.=18/Maks.=65), % 15.5'i 30 yaş altı, % 17.8'i 30-39 yaş, % 29.5'i 40-49 yaş, % 26.4'ü 50-59 yaş, % 10.9'u 60 yaş ve üstü bireylerden oluşmaktadır. % 67.4 ile kadın bakım verenlerin sayısı erkeklerden fazladır. Bakım veren bireylerin % 50.4'ü lise ve üzeri, % 46.5'i ilkokul-ortaokul, % 3.1'i ise ilkokul altı eğitim seviyesine sahiptir. Bakım verenlerin % 76.7'si evli oldukları görülmektedir. Bakım görevini üstlenen bireylerin % 55'inin gelir seviyesi orta, % 34.1'i düşük, % 10.9'unun ise gelir seviyesinin yüksek olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin % 31' inin hastanın eşi, % 19.4' ünün hastanın annesi, % 19.4' ünün

hastanın kızı, % 11.60'nın hastanın oğlu, % 8.5' inin hastanın kız kardeşi, % 5.4'ünün hastanın erkek kardeşi, % 4.7'sinin ise gelin-torun ve bakıcısından oluğuğu gürmektedir.

Tablo 4.7. Araştırmaya Katılan Bakım Veren Refakatçilerin Hastaya Bakım Verme Zaman Dilimine Ait Bulgular

Değişken	n	%
Hastaya Bakım Verme Zaman Dilimi		
24 Saat	77	59.7
Sadece Gündüz	29	22.5
Sadece Gece	5	3.9
Hafta Sonu	2	1.6
Haftanın Belli Günleri	16	12.4
Toplam	129	100

Araştırma kapsamına giren bakım vericilerin hastaya bakım verme zaman dilimi incelendiğinde % 59.7'sinin 24 saat, % 22.5'inin sadece gündüz, % 12.4'ünün haftanın belli günleri, % 3.9'unun sadece gece, % 1.6'sının hafta sonu bakım verdikleri gürmüştür.

Tablo 4.8. Araştırmaya Katılan Bakım Veren Refakatçilere Ait Diğer Bulgular

Değişken	n	%
Başka Birinden Yardım Alma Durumu		
Evet	82	63.6
Hayır	47	36.4
Hastanız İle Birlikte Yaşama Durumu		
Evet	107	82.9
Hayır	22	17.1
Bakıma Ara Verme Durumu		
Evet	20	15.5
Hayır	109	84.5
Maddi Sıkıntı Yaşıyor Musunuz?		
Evet	58	45.0
Hayır	71	55.0
Hasta Bakımı İle İlgili Devletten Maddi Destek Alıyor Musunuz?		
Evet	43	33.3
Hayır	86	66.7
Fizyoterapist Tarafından Verilen Ev Egzersizlerini Yapılabiliyor Musunuz?		
Evet	37	28.7
Hayır	92	71.3
Ev Egzersizleri Eğitici mi?		
Evet	100	77.8
Hayır	29	22.5
Daha Önce Bakım Konusunda Deneyim Yaşadınız mı?		
Evet	32	24.8
Hayır	97	75.2
Bakım Konusunda Yardıma İhtiyacınız Var mı?		
Evet	76	58.9
Hayır	53	41.1
Toplam	129	100

Araştırma kapsamına giren bakım vericilerin % 63.6'sının bakım verirken başka birinden yardım aldığı görülmüştür. Bakım verenlerin % 82.9'u hastası ile birlikte yaşarken, % 84.5'inin bakım verirken bakıma ara vermediği görülmüştür.

Bakım veren bireylerin % 45'inin maddi sıkıntı yaşadığı, % 33.3'ünün devletten maddi destek aldığı görülmüştür.

Hastalara yaptırılmak üzere fizyoterapist tarafından gösterilen ev egzersiz programlarının bakım veren bireylerin sadece % 28.7'si tarafından yaptırıldığı görülmüştür. Bakım veren bireylerin % 77.5'i gösterilen ev egzersizlerini eğitici bulmuştur.

Bakım veren bireylerin sadece % 24.8'inin daha önce hasta bakımı konusunda deneyim yaşadığı görülmüştür. % 58.9 bakım veren birey ise bakım verirken yardıma ihtiyaç duyduğu ifade etmiştir.

Tablo 4.9. Araştırmaya Katılan Bakım Veren Refakatçilerin Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Kişilerin Varlığına Ait Bulgular

Değişken	n	%
Hastanız Dışında Bakmakla Yükümlü Olduğunuz Kişiler Var Mı?		
Evet	48	37.2
Hayır	81	62.8
Cevabınız Evet İse Kimlere Bakıyorsunuz?		
Çocuk	24	18.6
Eş	12	9.3
Anne/Baba	9	7.0
Akraba	3	2.3

Bakım veren bireylerin % 62.8'inin hastası dışında bakım verdiği kimsenin olmadığı görülmektedir. Hasta dışında bakım verilen bireylerin yakınlık derecesine bakıldığında % 18.6'sının çocuk, % 9.3'ünün eş, % 7'sinin anne/baba, % 2.3'ünün ise akraba olduğu görülmüştür.

Tablo 4.10. Bakım Veren Bireylerin Kronik Hastalılığının Olma Durumuna Ait Bulgular

Değişken	n	%
Bakım Verici Olarak Kronik Rahatsızlığınız Var mı?		
Evet	47	36.4
Hayır	81	63.6
Toplam	129	100

Araştırma kapsamına giren bakım verenlerin % 36.4'ünün kronik hastalığı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.11. Bakım Veren Bireylerin Kronik Hastalılığının Türüne Ait Bulgular

Değişken	n	%
Hastalığınız Var İse Hastalığın Türü		
Kalp Damar Rahatsızlığı	15	11.6
Şeker Hastalığı	11	8.5
Hipotansiyon/Hipertansiyon	16	12.4
Diğer (Ortopedik, psikiyatrik)	5	3.9

Araştırma kapsamına giren bakım verenlerin kronik hastalıklarına bakıldığında en çok % 12.4 ile tansiyon problemleri, %11.6 ile kalp damar rahatsızlıkları, % 8.5 ile şeker hastalığı görülmektedir.

Tablo 4.12. Bakım Veren Bireylerin Hastanın Memnuniyetini Tahmin Etme Durumuna Ait Bulgular

Değişken	n	%
Hastaların Bakımdan Memnun Olma Durumu		
0-6 puan	7	5.4
7-8 puan	40	31
9-10 puan	82	63.6
Toplam	129	100

Bakım veren bireylerin, hastaların memnuniyet durumları 0 ile 10 arasında bir puan vermeleri istendiğinde vermiş oldukları puan ortalaması 8.89 ± 1.42 (Min:3,

Maks:10) olarak saptandı. 0-6 arasında puan verenler % 5.4, 7-8 arasında puan verenler % 31, 9-10 arasında puan verenler % 63.6 olarak görülmüştür.

Tablo 4.13. Bakım Veren Bireylerin Ev Egzersizlerini Yaptıramama Nedenlerine Ait Bulgular

Değişken	n	%
Ev Egzersizlerini Yaptıramama Nedeni		
Hasta Reddediyor	34	26.4
Egzersizleri Yaptırmak Zor Geliyor	24	18.6
Nasıl Yaptırılacağını Unutuyorum	5	3.9
Hastanın Bakımından Egzersize Vakit Kalmıyor	14	10.9
Hasta Egzersizlerin Sadece Fizyoterapist Tarafından Yapılmasını İstiyor	16	12.4

Araştırma kapsamına giren bakım verenlerin, ev egzersizlerini yaptıramama nedenlerine bakıldığında % 26.4'ünün hastanın reddetmesinden, % 18.6'sının egzersizleri yaptırmamanın zor olduğundan, % 12.4'ünün hastanın sadece fizyoterapist tarafından egzersizlerin yapılmasını istediğinden, % 10.9'unun hastanın bakımından dolayı vakti kalmadığından, % 3.9'unun ise egzersizleri nasıl yaptıracağını unuttuğundan dolayı egzersizleri yaptıramadığı görüldü.

Tablo 4.14. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verirken Hangi Konuda Zorlandıklarına İlişkin Bulgular

Değişken	n	%
En Çok Hangi Konularda Zorlanıyorsunuz?*		
Zorlanmıyorum	15	11.6
Hijyen Uygulamaları	52	40.3
Psikolojik Destek	80	62.0
Egzersiz Yaptırma	89	69.0
Maddi Destek	48	37.2
Beslenme	7	5.4
Hastanın Transferi	79	61.2

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin en çok % 69'unun egzersiz yaptırmada, % 62'sinin psikolojik destek sağlamada % 61.2'sinin hastanın transferini gerçekleştirmede zorluk yaşadığı görülmüştür. Bakım veren bireylerin 40.3'ünün hastanın hijyenini sağlamada zorluk çektiği, % 37.2'sinin maddi destek sunmada, % 5.4'ünün hastanın beslenmesini gerçekleştirmede zorluk yaşadığı görülmüştür. Bakım veren bireylerin % 11.6'sı ise bakım sunarken hiçbir konuda zorlanmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.15. Bakım Veren Bireylerin Hastaya Bakma Nedenlerine İlişkin Bulgular

Değişken	n	%
Hastaya Bakma Nedeniniz*		
Ailevi Sorumluluk	124	96.1
Sevdiğim İçin	120	93.0
Bakacak Kimse Olmadığı İçin	14	10.9
Evde Bakım Hizmetleri Olmadığı İçin	44	34.1

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin, bakım verme işini % 96.1 ile ailevi sorumluluktan, % 93 ile sevdiği için, % 10.9'inin bakacak başka kimsesi olmadığı için, % 44'ünün ise evde bakım hizmetlerinden faydalanmadığından dolayı hastaya baktığı görülmüştür.

4.3. Hastalara Ait Özelliklerin ZBYÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

4.3.1. Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Karşılaştırma Sonuçları

Bakım verilen hastaların demografik özelliklerine ilişkin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı yönündeki sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Hastaların Yaş, Cinsiyet ve Gelir Düzeyine İlişkin Özelliklerin Bakım Veren Bireylerin ZBYÖ ve BDÖ Puan Ortalamaları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Yaş						
18 ve altı yaş	33.38	± 17.20		13.44	± 9.36	
19-64 yaş	38.02	± 16.41	0.123*	15.14	± 9.85	
65 ve üstü yaş	31.38	± 15.88		10.52	± 7.73	
Cinsiyet						
Kadın	34.06	± 15.10	0.314**	12.45	± 8.32	
Erkek	36.98	± 17.67		14.76	± 10.20	
Gelir düzeyi						
Fazla	31.41	± 17.60	0.019*	13.41	± 9.37	
Orta	32.39	± 15.62		11.71	± 8.37	
Düşük	40.49	± 16.43		16.13	± 10.18	

*ANOVA

** Student t testi

Hastaların yaş ve cinsiyeti, bakım veren bireylerin ZBYÖ ve BDÖ puanları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p>0.05$). Hastaların gelir düzeyi incelendiğinde ise bakım verenlerin ZBYÖ ve BDÖ puanları üzerinde anlamlı bir fark yaratmıştır ($p<0.05$). Başka şekilde ifade edilirse gelir düzeyi düşük olan hastalara bakım verenlerin, bakım yükü ve depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur.

4.3.2. Hastalık Türünün Bakım Veren Birey Üzerindeki Karşılaştırma Sonuçları

Bakım verilen hastaların hastalık türünün bakım veren birey üzerindeki ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığının tespitine ilişkin sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.17. Hastalıklara Göre Bakım Veren Bireylerin ZBYÖ ve BDÖ Puan Ortalamaları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Hastanın Hastalığına Göre						
Hemipleji	38.60	± 16.02		14.54	± 9.10	
Serebral Palsi	31.64	± 15.92		11.88	± 9.04	
Parapleji / Tetrapleji	39.47	± 17.25		15.28	± 8.84	
Parkinson	28.80	± 17.79		10.60	± 9.66	
Musküler Distrofi	36.90	± 17.21	0.211	15.63	± 9.71	0.378
Multiple Skleroz	41.69	± 15.81		17.69	± 11.95	
Gullian Barre Sendromu	34.25	± 6.75		9.75	± 4.42	
Geriatrik	26.92	± 13.69		9.61	± 7.34	
Ankilozan Spondilit	31.00	± 22.74		12.40	± 13.14	

Analiz sonuçlarına göre hastalık türlerinin bakım veren bireylerin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastalıkların, bakım veren bireylerin bakım yükü ve depresyon puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmasa da, multiple skleroz, parapleji/tetrapleji, hemipleji hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.3.3. Hastaların Tedavi Alma Şekli ve Yardımcı Araç Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

Hastaların tedavi alış şekli ve yardımcı araç kullanma durumuna ilişkin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığının sonuçları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.18. Hastaların Tedavi Alma Şekli ve Yardımcı Araç Kullanma Durumuna İlişkin Bakım Veren Bireylerin ZBYÖ ve BDÖ Puan Ortalamaları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Tedavi Alış Şekli						
Ayaktan	31.73	± 17.16	0.028	11.56	± 9.22	0.032
Yatılı	38.34	± 15.62		15.17	± 9.32	
Yardımcı Araç Kullanma Durumu (Walker, tripod, tekerlekli sandalye, kanadyen vs.)						
Evet	37.34	± 16.95	0.045	14.89	± 9.55	0.014
Hayır	31.19	± 14.69		10.58	± 8.40	

Tedavi alış şekli ve yardımcı araç kullanma durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Yani yatan hastalara ve yardımcı araç kullanan hastalara bakım veren bireylerin daha fazla bakım yükü ve depresyon yaşadıkları görülmektedir.

4.3.4. Hastaların BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırma Sonuçları

Hastaların BKİ değerlerinin durumuna ilişkin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.19. Hastaların BKİ Değerlerinin Bakım Veren Birey Üzerindeki Etkisi Olarak ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
BKİ (Beden Kitle İndeksi)						
Zayıf	42.87	± 9.58	0.341	12.75	± 7.92	0.965
Normal	33.27	± 16.59		13.36	± 9.03	
Kilolu	36.09	± 16.42		14.16	± 9.28	
Obez	38.55	± 18.32		14.00	± 11.72	

Hastaların BKİ değerlerinin durumuna ilişkin ZBYÖ ve BDÖ arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Yani hastaların BKİ değerlerinin bakım yükü ve depresyon üzerinde etkisi bulunmamıştır.

4.3.5. Hastaların Bakımdan Memnun Olma Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

Hastaların bakımdan memnun olma durumuna ilişkin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.20. Hastaların Bakımdan Memnun Olma Durumuna İlişkin Olarak Bakım Veren Bireylerin ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		P	Depresyon		P
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Size Verilen Bakımdan Memnun Musunuz?						
0-6 puan	42.87	± 9.58		12.75	± 7.92	
7-8 puan	33.27	± 16.59	0.001	13.36	± 9.03	0.005
9-10 puan	36.09	± 16.42		14.16	± 9.28	

Hastaların bakımdan memnun olma durumuna göre bakım veren bireylerin ZBYÖ ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yani hastaların bakımdan memnuniyeti arttıkça bakım verenlerin bakım yükü ve depresyon durumlarının azaldığı görülmüştür.

4.3.6. Hastaların Var Olan Sorunlarına Göre Karşılaştırma Sonuçları

Hastaların yaşamış olduğu sorunlara göre bakım veren bireyin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.21. Hastaların Var Olan Sorunlarına Göre Bakım Veren Bireylerin ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		P	Depresyon		P
	Ort	± SS		Ort	± SS	
İletişim Sorunu						
Var	36.42	± 10.92	0.852	16.00	± 7.09	0.413
Yok	35.58	± 16.82		13.55	± 9.53	
Beslenme Sorunu						
Var	34.00	± 19.87	0.844	14.66	± 9.81	0.812
Yok	35.70	± 16.44		13.64	± 9.43	
Yürüme Sorunu						
Var	38.97	± 16.24	0.001	15.01	± 9.42	0.017
Yok	28.43	± 14.91		10.85	± 8.87	
Denge Kaybı Sorunu						
Var	36.80	± 16.54	0.150	14.23	± 9.42	0.246
Yok	31.90	± 16.18		11.96	± 9.34	
İdrar/Gaita Sorunu						
Var	43.28	± 16.36	0.001	17.72	± 9.77	0.001
Yok	30.78	± 14.79		11.13	± 8.27	
Uyku Sorunu						
Var	40.33	± 17.11	0.040	17.07	± 9.99	0.011
Yok	33.58	± 15.93		12.22	± 8.81	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları incelendiğinde yürüme sorunu, idrar/gaita sorunu ve uyku sorunu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yani yürüyemeyen, idrar/gaita problemi yaşayan ve uyku sorunu olan hastalara bakım veren bireylerin, bu sorunları yaşamayan hastalara bakım veren bireylerden daha fazla bakım yükü ve depresyon yaşadıkları görülmüştür.

4.4. Bakım Veren Refakatçilere Ait Özelliklerin ZBYÖ ve BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

4.4.1. Cinsiyete Göre Karşılaştırma Sonuçları

Bakım veren bireylerin cinsiyete göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı sonuç olup olmadığının tespitine yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.22. Bakım Veren Bireyin Cinsiyetine Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Cinsiyet						
Kadın	36.85	± 17.62	0.191	15.28	± 9.97	0.002
Erkek	33.09	± 13.84		10.38	± 7.16	

Sonuçlar incelendiği zaman ZBYÖ puanı, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). BDÖ puanı incelendiği zaman ise cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yani hastalara bakım veren kadınların depresyonu erkeklere kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir.

4.4.2. Yaşa Göre Karşılaştırma Sonuçları

Yaşa göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki anlamlı bir farkın olup olmadığının tespitine yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.23. Bakım Veren Bireyin Yaşına Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Yaş						
30'un altı	26.90	± 13.66	0.026	10.00	± 7.27	0.148
30-39	37.26	± 16.98		14.78	± 10.53	
40-49	34.78	± 17.28		13.47	± 10.48	
50-59	36.58	± 15.15		13.47	± 8.32	
60+	45.35	± 16.34*		18.28	± 8.54	

*Farkı yaratan değişken

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ puanı yaşa göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken ($p < 0.05$), BDÖ puanı incelendiğinde yaşa göre anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). ZBYÖ puanı incelendiğinde farkı yaratan değişkenin 60 yaş ve üstü grubun oluşturduğu görülmektedir.

4.4.3. Medeni Duruma Göre Karşılaştırma Sonuçları

Medeni duruma göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.24. Bakım Veren Bireyin Medeni Duruma Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Medeni Durum						
Evli	38.13	± 16.42	0.002	15.17	± 9.80	0.001
Bekar	27.36	± 14.20		8.80	± 5.83	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu sonuç evli bakım verenlerin bakım yüklerinin ve depresyon durumlarının evli olmayan bakım verenlere göre daha yüksek olduğunu söylemektedir.

4.4.4. Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

Eğitim durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.25. Bakım Veren Bireyin Eğitim Duruma Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Eğitim Durumu						
İlkokul altı	30.36	± 15.66	0.053	12.21	± 9.39	0.533
İlkokul-ortaokul	39.60	± 16.17		14.65	± 8.99	
Lise üzeri	35.67	± 16.72		13.83	± 9.82	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Yani farklı eğitim durumunda olan bakım verenlerin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları benzer düzeydedir denilebilir.

4.4.5. Hasta ile Yakınlık Derecesine Göre Karşılaştırma Sonuçları

Hasta ile yakınlık derecesine göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.26. Bakım Veren Bireyin Hasta ile Yakınlık Derecesine Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Hasta İle Yakınlık Derecesi						
Eşi	44.65	± 16.48*		19.62	± 10.04*	
Annesi	35.68	± 14.86		13.04	± 8.11	
Kızı	27.24	± 14.89		10.56	± 8.93	
Oğlu	31.66	± 14.63	0.001	9.40	± 5.80	0.001
Kız Kardeşi	32.90	± 18.36		11.90	± 8.82	
Erkek Kardeşi	27.71	± 13.68		10.28	± 5.52	
Diğer (Gelini, Torunu, Bakıcısı)	34.33	± 9.75		7.83	± 6.70	

*Farkı yaratan değişken

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları yakınlık derecesine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0.05$). ZBYÖ ve BDÖ puanlarına göre anlamlı olan farkın hangi gruptan kaynakladığı incelendiğinde eşin diğer gruplara göre fark yarattığı görülmüştür.

4.4.6. Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırma Sonuçları

Gelir düzeyine göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.27. Bakım Veren Bireyin Gelir Düzeyine Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Gelir Düzeyi						
Fazla	29.07	± 18.26		11.57	± 9.69	
Orta	32.91	± 15.31	0.004	12.36	± 8.45	0.048
Düşük	42.09	± 16.18*		16.50	± 10.32*	

*Farkı yaratan değişken

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları gelir düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Başka bir ifadeyle söylenirse gelir seviyesi düşük olan bakım veren bireylerin hem bakım yüklerinin hem de depresyon durumlarının fazla olduğu görülmektedir. ZBYÖ ve BDÖ puanlarına göre incelendiğinde farkı yaratan değişkenin düşük gelir düzeyine sahip kişiler olduğu görülmüştür.

4.4.7. Çalışma Duruma Göre Karşılaştırma Sonuçları

Çalışma duruma göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığının tespitine yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.28. Bakım Veren Bireyin Çalışma Duruma Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Çalışma Durumu						
Evet	33.88	± 12.77	0.570	9.17	± 5.07	0.002
Hayır	35.89	± 17.05		14.37	± 9.74	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ puanı çalışma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermezken ($p > 0.05$), BDÖ puanı incelendiğinde çalışma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Başka bir ifade ile herhangi bir işte çalışmayan bakım veren bireylerin depresyon durumları çalışanlara göre daha yüksek düzeydedir.

4.4.8. Hastaya Bakım Verme Zaman Dilimine Göre Karşılaştırma Sonuçları

Hastaya bakım verme zaman dilimine göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.29. Hastaya Bakım Verme Zaman Dilimine Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Hastaya Bakım Verme Zaman Dilimi						
24 saat	39.18	± 16.86*		16.07	± 9.60*	
Sadece gündüz	29.93	± 15.18	0.004	10.93	± 7.76	0.004
Gece ve Hafta sonları	41.14	± 6.71*		10.85	± 7.90*	
Haftanın belli günleri	26.43	± 14.50		8.43	± 8.65	

*Farkı yaratan değişken

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları hastaya bakım verme zaman dilimine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Zaman verme dilimine göre farkı yaratan değişkenlerin 24 saat bakım verenler ve gece-haftasonu bakım verenler olduğu görülmüştür.

4.4.9. Başkasından Yardım Alma Duruma Göre Karşılaştırma Sonuçları

Başka birinden yardım alma duruma göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.30. Başka Birinden Yardım Alma Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Başka birinden yardım alıyor musunuz?						
Evet	33.14	± 5.70	0.028	12.31	± 8.93	0.033
Hayır	39.95	± 17.20		16.08	± 9.84	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları başka birinden yardım alma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Bu sonuç başka

birinden yardım almayan bakım veren bireylerin bakım yüklerinin ve depresyon durumlarının yardım alanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

4.4.10. Hasta ile Birlikte Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

Hasta ile birlikte yaşama durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.31. Hasta ile Birlikte Yaşama Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Birlikte mi yaşıyorsunuz?						
Evet	36.64	± 16.66	0.110	14.40	± 9.54	0.040
Hayır	30.68	± 15.27		10.22	± 8.11	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ puan ortalaması hasta ile birlikte yaşama durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). BDÖ puan ortalaması ise anlamlı derecede farklılık bulunduğunu göstermektedir ($p<0.05$). Başka bir ifadeyle hasta ile birlikte yaşayan bakım verenlerin depresyon durumları daha yüksek çıkarken, bakım yüklerinin ise benzer düzeyde olduğu görülmektedir.

4.4.11. Bakım Vermeye Ara Verip Vermeme Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

Hastaya bakım vermeye ara verme durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.32. Bakım Vermeye Ara Verip Vermeme Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Bakıma ara verdiğiniz oluyor mu?						
Evet	28.00	± 14.31	0.017	7.80	± 6.34	0.001
Hayır	37.02	± 16.58		14.77	± 9.50	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları bakıma ara verme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Başka bir şekilde ifade edilmek gerekirse, bakım verme sırasında bakıma ara vermeyenlerin ara verenlere göre hem bakım yüklerinin hem de depresyon durumlarının fazla olduğu anlaşılmıştır.

4.4.12. Bakım Sırasında Maddi Sıkıntı Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

Hastaya bakım verme sırasında maddi sıkıntı yaşama durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.33. Bakım Sırasında Maddi Sıkıntı Yaşama Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Bakım sırasında maddi sıkıntı yaşıyor musunuz?						
Evet	42.58	± 15.47	0.001	16.56	± 10.44	0.002
Hayır	29.94	± 15.22		11.33	± 7.79	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları bakım sırasında maddi sıkıntı yaşama durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Başka bir şekilde ifade edilirse bakım verme sırasında maddi sıkıntı yaşayanların bakım yükleri ve depresyon durumları maddi sıkıntı yaşamayanlara göre fazla bulunmuştur.

4.4.13. Bakım Sırasında Hastanız Dışında Bakmakla Yükümlü Olunan Bireylerin Varlığı İle İlgili Karşılaştırma Sonuçları

Hastaya bakım verme sırasında hasta dışında bakmakla yükümlü olma durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.34. Bakmakla Yükümlü Başka Kişinin Varlığına Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Hastanız Dışında Bakmakla Yükümlü Olduğunuz Başka Kişi Var Mı?						
Evet	37.16	± 16.61	0.414	15.42	± 10.18	0.105
Hayır	34.68	± 16.61		12.54	± 8.83	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları bakım sırasında hastanın dışında bakım verilen başka birinin olup olmaması durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Başka bir şekilde ifade edilirse, bakım veren bireylerin, hastası dışında bakmakla yükümlü başka kişilerin varlığının olup olmaması bakım yükü ve depresyon durumu üzerinde etkili olmamıştır.

4.4.14. Bakım Veren Hastası Dışında Kimlere Bakım Verdiğine İlişkin Karşılaştırma Sonuçları

Bakım veren hastası dışında baktığı bireylere göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.35. Bakım Veren Hastası Dışında Kimlere Bakım Verdiğine İlişkin ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Hastanız Dışında Bakmakla Yükümlü Olduğunuz Kişiler						
Çocuk	34.83	± 16.90	0.805	13.45	± 9.95	0.324
Eş	38.08	± 16.38		14.41	± 8.27	
Anne/Baba	41.22	± 19.62		18.33	± 11.96	
Akraba	36.66	± 11.59		23.33	± 13.05	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları bakım sırasında hastanın dışında bakım verilen başka birinin kim olduğu durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Başka bir şekilde ifade edilirse, bakım veren bireylerin hastası dışında bakmakla yükümlü başka kişilerin kim olduğunun bakım yükü ve depresyon durumu üzerinde etkisi bulunmamıştır.

4.4.15. Hasta Bakımı Konusunda Deneyim Yaşama Durumuna İlişkin Karşılaştırma Sonuçları

Bakım veren bireyin hasta bakımı konusunda deneyim yaşama durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.36. Bakım Veren Bireyin Hasta Bakımı Konusunda Deneyim Yaşama Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Daha Önce Hasta Bakımı Konusunda Deneyim Yaşadınız Mı?						
Evet	38.00	± 16.58	0.351	15.18	± 10.66	0.301
Hayır	34.84	± 16.52		13.19	± 8.97	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları bakım vericinin hasta bakımı konusunda daha önce deneyimi olup olmama durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Başka bir şekilde ifade edilirse, bakım veren bireylerin bakım konusunda deneyim yaşayıp yaşamaması bakım yükü ve depresyon durumu üzerinde etkili olmamıştır.

4.4.16. Bakım Sırasında Yardıma İhtiyaç Duyma Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

Hastaya bakım verme sırasında yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.37. Bakım Sırasında Yardıma İhtiyaç Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Bakım sırasında yardıma ihtiyacınız var mı?						
Evet	41.96	± 16.36	0.001	16.17	± 9.61	0.001
Hayır	26.54	± 11.98		10.13	± 7.94	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları bakım verenlerin bakım sırasında yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Başka bir şekilde ifade edilirse bakım verme sırasında yardıma ihtiyaç duyan bireylerin duymayanlara göre bakım yükleri ve depresyon durumları fazla bulunmuştur.

4.4.17. Bakım Verenlerin Hastanın Memnuniyetini Tahmin Etme Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

Hastanın bakımdan memnuniyetini tahmin etme durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.38. Bakım Verenlerin Hastanın Memnuniyetini Tahmin Etme Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Hastanız Kendisine Verilen Bakımdan Memnun Mu?						
0-6 puan	45.57	± 19.82		19.28	± 9.34	
7-8 puan	43.85	± 16.12	0.001	16.97	± 10.29	0.003
9-10 puan	30.76	± 14.54*		11.60	± 8.37*	

* Farkı yaratan değişken

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları bakım verenlerin hastanın bakımdan memnun olma durumunu tahmin etme sonuçlarına göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım veren bireylerden 0-6 puan arasında değer verenlerin ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Başka bir şekilde ifade edilirse, hastanın bakımdan memnun olmadığını düşünen bakım vericilerin daha fazla bakım yükü ve depresyon yaşadıkları görülmüştür.

4.4.18. Bakım Sırasında Devletten Maddi Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

Hastaya bakım verme sırasında devletten maddi destek alma durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.39. Bakım Sırasında Devletten Maddi Destek Alma Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Devletten maddi destek alıyor musunuz?						
Evet	39.60	± 17.43	0.063	16.95	± 11.30	0.013
Hayır	33.63	± 15.78		12.05	± 7.89	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ puan ortalaması bakım verenlerin bakım sırasında maddi destek alma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). BDÖ puan ortalaması ise anlamlı derecede fark bulunmuştur ($p<0.05$). Başka bir şekilde ifade edilirse bakım verme sırasında maddi destek alan bireylerin bakım yükleri benzer şekildedir. Ancak maddi destek alanların depresyon durumları almayanlara göre fazla bulunmuştur.

4.4.19. Bakım Sırasında Gösterilen Ev Egzersizlerini Yaptırma Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

Hastaya bakım verme sırasında ev egzersizlerini yaptırma durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.40. Bakım Sırasında Ev Egzersizlerini Yaptırma Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Bakım Vericinin Egzersizleri Yaptıramama Nedeni						
Hasta Reddediyor	35.73	± 17.17	0.672	14.41	± 10.22	0.601
Egzersizleri Yaptırmak Zor Geliyor	40.62	± 16.60		15.79	± 10.13	
Nasıl Yaptırılacağını Unutuyorum	32.00	± 14.62		9.75	± 7.08	
Hastanın Bakımından Egzersize Vakit Kalmıyor	33.71	± 13.87		12.21	± 7.50	
Hasta Egzersizlerin Sadece Fizyoterapist Tarafından Yapılmasını Tarafından Yapılmasını	35.75	± 16.29		12.06	± 9.71	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalaması bakım verenlerin ev egzersizlerini yaptırma göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Başka bir şekilde ifade edilirse bakım verme sırasında ev egzersizlerini yaptıranlar ve yaptırmayanların bakım yükleri ve depresyon durumları benzer şekildedir.

4.4.20. Bakım Sırasında Gösterilen Ev Egzersizlerini Yaptırma Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

Bakım vericinin ev egzersizlerini yaptırma durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.41. Bakım Vericinin Ev Egzersizlerini Yaptırma Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Ev Egzersizlerini Yaptırma Durumu						
Evet	36.24	± 16.22	0.461	13.99	± 9.32	0.518
Hayır	33.51	± 17.68		12.65	± 9.83	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları bakım vericinin egzersizleri yaptıramama nedenine göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Başka bir ifadeyle bakım veren bireylerin ev egzersizleri yaptırmayanların nedenleri bakım vericilerin bakım yükleri ve depresyon durumları üzerinde etkili olmamıştır.

4.4.21. Bakım Verici Olarak Kronik Rahatsızlığın Olması Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

Bakım verici olarak kronik rahatsızlığın olup olmaması durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.42. Bakım Verici Olarak Kronik Rahatsızlığın Olması Durumuna Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Bakım verici olarak kronik rahatsızlığınız var mı?						
Evet	41.51	± 17.17	0.003	18.29	± 10.21	0.001
Hayır	32.25	± 15.25		11.04	± 7.83	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları, bakım verici olarak kronik rahatsızlığın olup olmaması durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Başka bir ifadeyle bakım veren bireylerden kronik rahatsızlığı olanların olmayanlara göre hem bakım yükleri hem de depresyon durumları fazla bulunmuştur.

4.4.22. Bakım Vericinin Kronik Rahatsızlığının Türüne Göre Karşılaştırma Sonuçları

Bakım vericinin kronik hastalığının türüne göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasında anlamlı bir farkın olup olmadığına yönelik sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.43. Bakım Vericinin Kronik Rahatsızlığının Tipine Göre ZBYÖ ve BDÖ Puanları

Değişken	Zarit Puan		p	Depresyon		p
	Ort	± SS		Ort	± SS	
Bakım vericinin kronik rahatsızlığının türü						
Psikiyatrik	45.60	± 21.09	0.383	21.00	± 15.41	0.378
Kalp-Damar Rahatsızlığı	40.13	± 17.12		16.06	± 8.07	
Şeker Hastalığı	39.63	± 18.42		19.27	± 12.09	
Hipotansiyon/ Hipertansiyon	44.37	± 16.01		19.31	± 9.26	
Diğer (Ortopedik, Nörolojik)	19.00	± 9.89		5.50	± 7.77	

Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları bakım vericinin kronik rahatsızlığının türüne göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Başka bir ifadeyle bakım veren bireylerin kronik rahatsızlığının türü bakım yükleri ve depresyon durumları üzerinde etkili olmamıştır.

4.4.23. Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Depresyon Puan Ortalamaları

Tablo 4.44. Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Puan dağılımı	n	%
0-20 puan / Az ya da hiç yük olmaması	29	22.5
21-40 puan / Hafif/orta derecede yük	55	42.6
41-60 puan / Orta/ileri derecede yük	33	26.4
61-88 puan / Aşırı bakım yükü	11	8.5
Bakım yükü ölçeği toplam puan ortalaması	35.62 ±16.53	

Bu çalışmada hastalara bakım verenlerin Zarit Bakım Yükü Ölçeği toplam puan ortalamasının 35.62±16.53 olduğu, % 42.6'sının hafif / orta bakım yükü, % 26.4'ünün orta / ileri bakım yükü ve % 8.5'inin ağır bakım yükü yaşadıkları görülmektedir.

Tablo 4.45. Bakım Veren Bireylerin Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımı

Puan dağılımı	n	%
0-9 puan / Minimal Depresyon	52	40.3
10-16 puan / Hafif Depresyon	35	27.1
17-29 puan / Orta Depresyon	32	24.8
30-63 puan / Şiddetli Depresyon	10	7.8
Depresyon ölçeği toplam puan ortalaması	13.68 ± 9.41	

Bu çalışmada hastalara bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamasının 13.68±9.41 olduğu görüldü. Bakım veren bireylerin % 40.3'ünün minimal depresyon, % 27.1'inin hafif depresyon, % 24.8'inin orta depresyon, % 7.8'inin de şiddetli depresyon yaşadıkları görüldü.

Tablo 4.46. ZBYÖ ve BDÖ Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi

Değişken	r	p
Korelasyon	0.782	0.001

ZBYÖ ve BDÖ arasında korelasyon incelendiğinde r: 0.782, p: 0.001 bulunmuştur. Bakım yükü arttıkça depresyon puanının da arttığı görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Fonksiyonel kayba uğramış, fizik tedavi ve rehabilitasyon gereksinimi bulunan hastalara bakım vermek oldukça zorlu bir iştir. Bu durum bakım veren kişide yük oluşturabilir ve depresyon riskini artırabilir. Bu çalışmada, geçirmiş olduğu hastalık nedeniyle fizik tedavi polikliniğine başvurmuş ve tedavi görmeye olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının, depresyon düzeyi, bakım yükü ve bunlarla ilişkili faktörleri araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Bakım verilen hastaların hastalık tanılarına bakıldığında en çok hemipleji, SP, parapleji/tetrapleji, parkinson, musküler distrofi, MS, GBS, geriatric hastalıklar, AS görülmektedir. Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin yaşadığı yükü inceleyen bir çalışmada hastalık tanıları incelendiğinde en sık serebrovasküler hastalıklar, ALS, SP, MS, pleji olma durumunu kapsayan nörolojik hastalıklar, alzheimer hastalığı, kardiyovasküler hastalıklar ve KOAH bulunmaktadır (1).

Çalışma kapsamına alınan hastaların % 46.5'inin kadın, % 68.2'sinin evli ve ilde yaşadığı, % 41.1'inin düşük gelire sahip olduğu, % 65.1'inin aile yapısının çekirdek aile olduğu görülmüştür. Ayrıca hastaların yarısına yakınının kilolu ve obez oldukları görüldü. Bakımdan memnun olma durumu 0 ile 10 arasında sorulduğunda % 88.4'ünün 7 ve üstü puan verdiği görüldü. Genelde memnuniyet düzeyi yüksekti.

Bu araştırmanın bulgularına göre, bakım veren bireylerin yaş ortalaması 44.17 ± 12.51 bulundu. Bu ortalama, literatür kapsamındaki çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (119, 120). Bakım verilen hastaların yaş ortalaması ise 48.14 ± 21.85 bulundu. Bakım verenlerin yaş ortalaması, hastaların yaş ortalamasından daha düşük bulundu. Bakım veren bireylerin yaş ortalamasının, bakım verdikleri hastaların yaş ortalamasından düşük olması literatürle benzerlik göstermektedir (37, 38).

ZBYÖ puan ortalaması bu çalışmada 35.62 ± 16.53 bulunmuştur. Şirzai ve arkadaşları, bakım vermenin güçlüklerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ZBYÖ puan ortalamasını 29.74 ± 15.29 olarak bulmuşlardır (121). Erkan'ın evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirdiği çalışmada, bakım yükü ortalamasını 38.48 ± 12.68 ile hafif/orta düzeyde olduğu bulunmuştur (1). Özellikle toplumsal yapımızın sağlamış olduğu birliktelik ve dayanışma duygusunun, bakım verme

işinin doğrudan yük olarak görülmemesinde pozitif bir etken olarak karşımıza çıktığı söylenebilir. Bakım verme görevinin, bakım veren kişiye sağlamış olduğu pozitif yönlerinin bakım yükünün çok fazla çıkmamasında etkili olduğu düşünülebilir. Bakım yükü çok yüksek çıkmış olmasada, bakım veren birey bu sonuçtan etkilenebilir ve yaşam kalitesinde ciddi kayıplara neden olabilir.

Bu çalışmanın analiz sonuçlarına göre ZBYÖ bakım veren kişinin yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken ($p<0.05$), BDÖ puanı incelendiğinde yaşa göre anlamlı bir fark göstermemiştir ($p>0.05$). Bu çalışmada 60 yaş ve üstü yaş grubundaki bakım verenlerin ZBYÖ puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre fark yaratmıştır. Bakım veren bireyin yaşı bakım yükünü etkileyebilmektedir. Literatürde bakım verme yükünün bakıcı yaşı ile birlikte arttığına dair kanıtlar vardır (8, 122, 123). Bu durum bu çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir. Özellikle bu çalışmada olduğu gibi emeklilik döneminde bulunan bireylerin çalışmıyor olması, fizyolojik ve fiziksel olarak genç yaşlara göre dezavantajlı grup olmasından dolayı bakım yüklerini etkilediği düşünülebilir. İleriki yaşların getirmiş olduğu maddi yetersizlikler, kişinin bedenen daha yetersiz olması, sosyal açıdan yaşanan kısıtlanmalar ve bunların üstüne gelen bakım görevinin ekstra sorumlulukları bireyin üzerindeki yükü daha da artırdığı söylenebilir.

Bu çalışmada bakım veren bireylerin % 67.4'ü kadın bakım vericilerden oluşmaktadır. Elde edilen verilere göre bakımı üstlenen kişilerin çoğunlukla hastanın eşi, annesi ya da kız çocukları olduğu görülmektedir. Literatürdeki birçok araştırmaya bakıldığı zaman da kadın bakım vericilerin daha fazla olduğu görülmüştür (124, 125). Yılmaz'ın yapmış olduğu çalışmada primer bakım vericilerin çoğunlukla hastanın eşi, yetişkin çocuklardan daha çok kızlarının bakım verdiği görülmektedir. Kronik hastalıkların sonucu olarak üstlenilen bakım görevinin daha çok kadınlar tarafından yapıldığı sonucuna ulaşılır (126). Bu çalışmanın sonucu literatürde yapılan çalışmalarla uyum göstermektedir. Kadınların ZBYÖ puanı anlamlı çıkmasada ($p>0.05$), kadınların erkeklere göre daha fazla bakım yükü yaşadığı görülmüştür. BDÖ puan ortalaması ise anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kadın bakım vericilerin erkeklere göre daha fazla depresyon yaşadıkları görülmüştür. Kadınların erkeklere kıyasla bakım görevini daha çok üstlenmesinin belli başlı nedenleri olabilmektedir. Geleneksel aile yapımızın kadınlara yüklediği özel görevler, kadınlara bakım görevinin sanki bir zorunlulukmuş gibi görülmesi, kadınların daha duygusal olması ve annelik görevi itibariyle daha şefkatli olması onların bakım görevinde daha aktif rol almasının mantıklı bir sebebi olarak

görülebilmektedir. Bu nedenle bakım yükü ve stresin oluşturduğu olumsuz etkileri azaltmak için özellikle kadın bakım vericiler üzerinde alınabilecek tedbirlerle daha önem gösterilmesi yerinde olacaktır.

Bu çalışmada bakım veren bireylerin % 76.7'sinin evli olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde de bakım verenlerin çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir (7, 124, 127). Bu çalışmada bakım veren bireylerin evli ve bekâr olması açısından ZBYÖ ve BDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur ($p<0.05$). Evli olanların ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan yaşlılara bakım veren bireylerdeki bakım yükünün ve etkileyen etmenlerin araştırıldığı bir başka çalışmada da evli olanların bakım yükü, bekâr bakım vericilerin bakım yükünden daha yüksek bulunmuştur (128) Bakım yükünün ve depresyon seviyesinin evlilerde daha fazla çıkması, genellikle kadın ve evli olan bakım vericilerin aile içi sorumlulukların daha fazla olmasından dolayı, beklenmedik görevlerinde eklenmesiyle birlikte kendilerini zor bir durumun içerisinde bulmalarından kaynaklanıyor olabilir. Bu durumun onlar üzerinde bir yük oluşturması ve bundan kaynaklı psikolojik etkiler oluşturması gayet beklenen bir sonuçtur.

Bakım veren kişinin eğitim durumu ZBYÖ ve BDÖ puanları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p>0.05$). Ancak ilkököl-ortaokul eğitim seviyesine sahip bakım verenlerin, lise ve üzeri bakım verenlere göre daha yüksek bakım yükü ve depresyon yaşadıkları görülmüştür. Literatürde, eğitim seviyesi düştükçe bakım yükünün arttığı yönünde bulgular mevcuttur (129, 130). Bakım verme görevi ile alakalı olarak düşük eğitimli bakım vericilerin ortaya çıkacak problemlerle etkin bir şekilde baş edebilmeleri, bilgiye sınırlı erişim ve düşük maddi statüden kaynaklı olarak daha sınırlı olduğu düşünülebilir. Çünkü eğitim seviyesinin artması genelde bilgi kaynaklarına ulaşımı ve maddi bağımsızlığı artırdığından dolayı bakım sorumluluğunun ortaya çıkardığı olumsuz etkilerle baş etmeyi kolaylaştırdığı düşünülebilir.

Literatürdeki çeşitli araştırmalara bakıldığında zaman, bakım veren bireylerin yükünü etkileyen diğer değişkenlerden biri de gelir düzeyidir. Gelir seviyesinin düşmesi ile bakım yükünün arttığı yönünde sonuçlar mevcuttur (123, 131). Bu çalışmanın sonuçları da literatür bulgularını destekler niteliktedir. Gelir seviyesinin yüksek olduğu bakım veren bireylerin daha az bakım yükü ve depresyon yaşadığı görülmüştür. Bu durum gayet beklenen bir sonuçtur. Çünkü bakım sırasında bireyin işten uzak kalması ve bakım verilen

hastanın ihtiyaçlarını gidermek için gerekli ekstra giderlerin oluşması gibi faktörler bakım veren kişi üzerinde istenmeyen bir etki oluşturacaktır. Bu durumların oluşturduğu etki kişinin psikolojik olarak olumsuz etkilenmesini sağlayacak ve depresyona giden bir yol olacaktır.

Bu çalışmanın analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları bakım sırasında maddi sıkıntı yaşama durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım verme sırasında maddi sıkıntı yaşayanların bakım yükleri ve depresyon durumları daha fazla bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ puan ortalaması bakım verenlerin bakım sırasında maddi destek alma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). BDÖ puan ortalaması ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturmuştur ($p<0.05$). Başka bir şekilde ifade edilirse bakım verme sırasında maddi destek alan bireylerin bakım yükleri anlamlı bir fark oluşturmasada, devletten maddi destek alanların bakım yüklerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Maddi destek alanların depresyon durumları almayanlara göre fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım veren kişilerin yaşadıkları maddi sıkıntının devlet tarafından karşılanabildiği bilinmektedir. Bakım sırasında maddi sıkıntı yaşayanların, devlet tarafından bu sorunun çözümüne yönelik adımlar attığının farkına varmaları sağlanabilir. Bu da bakım yükü ve depresyonu etkileyen bir faktör olan düşük gelir seviyesinin oluşturduğu negatif etkileri azaltabilir

Bu araştırmada bakım verenlerin % 86,8'i bakım verme dışında başka bir işte çalışmamaktadır. Bu çalışmada çalışmayan bakım verenlerin ZBYÖ puanı anlamlı bulunmamasına rağmen ($p>0.05$), çalışmayanların ZBYÖ puanı daha yüksek çıkmıştır. Bakım sırasında çalışmayan bakım verenlerin BDÖ puanı ise anlamlı bir fark oluşturmuştur ($p<0.05$). Kişinin çalışmıyor olması depresyon durumunu artırmıştır. Bu sonuca göre çalışan bakım vericilerin bakım verirken zorunluluk gereği başka kişilerden yardım aldığı, ekonomik açıdan daha rahat bir durumda olması ve bakım verme süresinin, çalışmayan bakım vericilere göre daha az olmasından dolayı depresyon durumlarının daha düşük olduğu söylenebilir. Herhangi bir işte çalışmayan bakım vericilerin hastanın bakımı için daha fazla zaman ayırdıkları düşünülürse daha fazla bakım yükü yaşamaları daha yüksek bir ihtimal olarak görülebilir. Raina ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da engelli bir çocuğa bakmanın özellikle tam zamanlı çalışma olasılığını azalttığı ve ekonomik istikrarı sağlamak için risk oluşturduğu yönündeki yorumla uyum sağlamaktadır (132, 133). Bodur ve Cingil'in yaptığı çalışmada da bakım veren bireylerin herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür (111).

Bu çalışmada bakım verme zaman dilimi ile bakım yükü ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım süresi ile bakım yükü arasında pozitif bir ilişki olduğu literatürde bildirilmiştir (134). Bugge ve arkadaşları, bakım süresinin uzunluğunun bakım verenin zihinsel durumunu etkileyen önemli bir faktör olduğuna vurgu yapmıştır (135). Bambauer ve arkadaşları, kaygı ve depresyon gibi olumsuz duyguların uzun süreli bakım süresi ile ortaya çıkma ihtimalinin daha yüksek ihtimal olduğunu bildirmişlerdir (136). Literatür çalışmaları ve bu çalışmanın bulguları görüldüğü gibi benzerlik göstermektedir. Bu çalışma kapsamına alınan hastalara gece ve hafta sonu bakım verenlerin, sonrasında 24 saat bakım veren kişilerin bakım yüklerinin ve depresyon durumlarının fazla olduğu görülmüştür. Bunun nedeni bakım süresinin artmasına bağlı olarak bakım verenlerin hasta ile çok fazla zaman geçirmesi, bu nedenle kendilerine ayırmaları gereken zamanın azalması olabilir. Uzun süreli bakım verenlerin fiziksel, duygusal, sosyal ve maddi yönden etkilenmelerinin birikimsel olarak artmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Literatürde yapılan bir çalışmada, SP'li bireylere bakım veren ebeveynlerin günde yaklaşık 14-15 saat bakım verdikleri görüldü. Bu sonuç, ebeveynlerin zamanlarının büyük kısmını SP'li bireyleri desteklemek için geçirdiklerini göstermektedir. Hatta onların SP'li bireyleri destekleme konusunda tek kişi olduklarını göstermektedir. Bu kişilerin destek yükünü tüm aile üyeleri arasında uygun şekilde dağıtmadıkları görülmüştür. Ortaya çıkan sonuç bakım verenler için istenen bir durum değildir. SP'li bireylere bakım veren ebeveynlerin yaşadığı pratik zorlukları azaltmak için, hem duygusal hem de pratik destek sunabilecek (aile, akraba ve komşu vs.) bir destek sistemi oluşturmak oldukça önemlidir (137). Bu çalışmada da SP dahil olmak üzere bakıma ihtiyacı olan çeşitli kronik hastalıklara bakım verenlerin büyük kısmının bakım sırasında başka birinden yardım aldığı görülmüştür. Bakım sırasında yardım almayan bakım vericilerin yardım alanlara göre ZBYÖ ve BDÖ puanları daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç başka birinden yardım almayan bakım veren bireylerin bakım yüklerinin ve depresyon durumlarının yardım alanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bakım veren bireylerin bakım sırasında desteğe ihtiyaç duyduğu bu sonuçlar doğrultusunda ifade edilebilir. Başka birinden yardım almak, bakım verenin yaşamış olduğu sıkıntıları belli ölçüde azaltabilir. Bakımı üstlenen kişinin ihtiyaçlarının tespit edilip, alınacak önlemler doğrultusunda destek olunması halinde bakım yükü ve depresyon seviyesi belli bir ölçüde azaltılabilir.

Bu araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin, bakım sundukları hasta ile birlikte yaşayanların % 82.9 olduğu belirlenmiştir. Bu durum, bakım verenlerin hastanın eşi, annesi ya da kızı olmasından kaynaklanabilir. Yıldırım ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada bakım verenler ile hastaların büyük bir kısmının (% 80.0) birlikte yaşadıkları görülmüştür (8). Hasta ile birlikte yaşama durumuna göre elde edilen bulgularda, hasta ile birlikte yaşayan bakım verenlerin BDÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Hasta ile birlikte yaşayanların depresyon durumlarının daha yüksek çıkması, bakım sürekliliğinin getirdiği sorumlulukların insanın psikolojisini daha fazla yıpratmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada bakım verenlerin % 84.5'inin bakım sırasında ara vermediği görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları bakıma ara verme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Başka bir şekilde ifade edilmek gerekirse, bakım verme sırasında bakıma ara vermeyenlerin ara verene göre hem bakım yüklerinin hem de depresyon durumlarının fazla olduğu anlaşılmıştır. Bunların yanında, ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları bakım verenlerin bakım sırasında yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Yani, bakım verme sırasında yardıma ihtiyaç duyan bireylerin duymayanlara göre bakım yükleri ve depresyon durumları fazla bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda bakım veren bireyin yaşadığı sorunların tespiti ve bu doğrultuda bakım verenlere profesyonel destek verilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır (127).

Bu çalışmada bakım verenlerin büyük kısmı hastaya bakma nedeni olarak, ailevi sorumluluk ve sevdiğinden kaynaklı olarak bakım verdiğini ifade etmiştir. % 34.1'i evde bakım hizmetleri olmadığı için, % 10.9'u ise bakacak kimse olmadığı için hastaya bakım verdiklerini ifade etmiştir. Bu bulgular doğrultusunda bakım veren bireylerin çoğunluğunun bakım görevini ailevi sorumluluk olarak düşünmesi, bakım işinin bir zorunlulukmuş gibi algılanmasına yol açabilir. Bakım veren birey eğer ki bu sorumluluğu yerine getirmediği takdirde kendisini suçluluk duygusuna yenik düşürebilecektir. Bu durum bakım veren kişinin yükünü artırabilen bir faktör olarak karşımıza çıkabilir. Bu faktörlerin bakım sırasında aileden birine bakım veren bakım vericilerin desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Bunlar bakım veren bireylerin yaşamış oldukları sıkıntıların giderilmesi adına profesyonel evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve iyileştirilmesi gerekliliğine vurgu yapmaktadır (9, 127).

Bu çalışmada bakım verenlerin % 88.4'ünün, hastaya bakım verirken çeşitli nedenlerden dolayı zorlandıkları görülmüştür. Bakım verenlerin % 75.2'sinin ise hasta bakımı konusunda daha önce bir deneyim yaşamadıkları görülmüştür. Mollaoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada bakım veren bireylerin %42,3'ü hastasının tüm ihtiyaçlarında, %19,2'si hijyen ihtiyacını gidermede, %38,5'i de maddi olanaklarda destek sağlama açısından zorluk çektikleri sonucuna varmışlardır (138) Bu çalışmada da diğer çalışmalarda olduğu gibi bakım verenlerin bakım esnasında büyük kısmının zorluk yaşadıkları görülmüştür. Fizik tedavi ve rehabilitasyon gören kronik hastalar genellikle bağımlıdırlar. Öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalan bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılamak bakım verenlerin görevi haline gelebilmektedir. Bunun için bakım veren bireylere zorluk yaşadıkları konularda destek verilmesi yaşamış oldukları sıkıntıların azaltılması adına katkı sağlayabilecektir. Bakım verme konusunda deneyim sahibi olmanın bakım yükü ve depresyonu azaltılacağı tahmin edilmiş olmasına rağmen aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bu çalışmada bakım verenlerin % 38'inin bakım verdiği hasta dışında bakmakla yükümlü olduğu başka bir bireyin olduğu görülmüştür. Bakım veren bireylerin hastası dışında bakmakla yükümlü olduğu kişilerin % 18.6'sının bakım verenin çocuğu, % 9.3'ünün bakım verenin eşi, % 9'unun bakım verenin anne/babası olduğu, % 2.3'ünün ise diğer akrabalar olduğu görülmüştür. Bakım veren bireylerin bakmakla yükümlü olduğu başka kişilerin varlığı ve kim olduğu durumu ile bakım verme yükü ve depresyon puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde hastası dışında bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olduğu çalışmalar mevcuttur (138, 139). Sonuçlar bu çalışmadaki bulgular ile paralellik göstermektedir. Bakılacak ikinci kişinin varlığı bakım yükünü etkilememiştir. Sayı olarak ikinci kişilere bakım veren bireylerin az olmasından dolayı bu durumun anlamlı çıkmadığı düşünülebilir.

Bu çalışmada bakım verenlerin ev egzersizlerini yaptırıp yaptırmadığı sorulduğunda, % 71.3'ünün ev egzersizlerini yaptırmadığı görüldü. Bakım verenlerin genellikle kadın olduğu düşünülürse, genellikle fiziksel güç gerektiren bir iş olan egzersizin bakım sorumluluğuna ek ağır bir görev olduğu düşünülebilir. Gösterilen ev egzersizlerinin bakım verenlerin % 82.2'sinin eğitici olduğunu söylemesine rağmen uygulamıyor olmaları, egzersiz görevinin ağırlığından kaynaklandığı düşünülebilir. Ev egzersizlerini yaptırma durumu ZBYÖ puanı ve BDÖ puanı açısından anlamlı

bulunmamıştır ($p>0.05$). Ev egzersizleri yaptırmak kuvvet gerektiren bir iş olduğundan bakım yükünü etkileyen bir faktör olarak düşünülmesine rağmen anlamlı bir sonuç bulunamadı. Bakım veren bireylerin büyük kısmının egzersizleri yaptıramamasının nedeni egzersiz yaptırmamanın zorluğu ile ilgili olduğu söylenebilir.

Taşdelen ve Ateş'in yapmış olduğu çalışmada bakıcıların yarısının kronik bir hastalığı olduğu bulunmuştur (140). Özmen tarafından yapılan bir diğer çalışmada, bakım verenlerin çoğunun bir hastalığı olduğunu göstermiştir (124). Bu çalışmada bakım verenlerin bir kısmının (% 36.4) kronik hastalığa sahip olduğu görüldü. Çalışmaya dahil olan bakım verenler arasında, herhangi bir kronik hastalığı olanların bakım yükü ve depresyon ortalama puanları sağlıklı bakım verenlerden daha yüksekti ve bu da anlamlı bir fark oluşturdu ($p<0.05$). Bakım verenler kendilerini bakım görevine adadıklarından dolayı kendi hastalıklarını ve tedavilerini ihmal etmiş olabilecekleri söylenebilir. Sonuç olarak, başkasına özen göstermek ve bakım görevinin getirdiği ek sorumluluklar, bakım vericilerin kendi sağlık sorunlarına yük getirebilir. Bakım veren bireyin kendi hastalığının, vücudunda oluşturduğu olumsuz etkiler hastaya bakım verme konusunda zorluk yaşamasına sebebiyet verebilir. Bu durum ise bakım yükünün ve depresyonun artmasına sebep olabilir.

Karin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada bakım görevlerinin sayısı fazlaştıkça anksiyete ve bakım yükünün arttığı görülmüştür. Fakat hastalık türüne bağlı olarak yemek yeme, banyo yapma, alışveriş gibi diğer hizmetlerin çeşitlenmesine rağmen farklılığın çıkmaması dikkat çekicidir. Hastanın hastalığı ne olursa olsun, bakım verende bakım yükü artmakta ve yaşam kalitesinin düşmekte olduğu görülmektedir (141). Bu çalışmada farklı hastalıkların ele alınması sonucu bakım yükü ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Çalışma kapsamına alınan hastaların tümünün klinik açıdan seyrinin ağır olmasından dolayı, bakım verenlerin sorumlulukları artmakta ve bunun da bakım yükü ve depresyonun artması yönünde sonuç çıkardığı düşünülebilir. Bu yüzden hastalıkların çeşitliliğinden ziyade, meydana getirmiş oldukları fonksiyonel kayıpların benzer ve ağır olmasından dolayı bakım yükü ve depresyon puanı üzerinde hastalık çeşidinin etkili olmadığı söylenebilir.

Literatürdeki çalışmalar, bakım yükü ve depresyon arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Pinquart ve Sorensen bakım yükünün depresyon, subjektif refah ve stres ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu bildirmiştir (142). Bir araştırma da,

bakım verenlerin yaklaşık dörtte birinin, bakım verme rollerinde depresyon gelişme riski altında olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, bu gruba, bakım verme rolü üstlenmeden önce hiçbir zaman depresyon tanısı almadığı da özellikle vurgulanmıştır (143). Bu çalışmada BDÖ puan ortalaması 13.68 ± 9.41 bulunmuştur. Bakım veren bireylerin hafif depresyon yaşadıkları görülmüştür. Bakım yükü ve depresyon arasındaki ilişkisellik bu çalışmada da sorgulanmıştır. Bu araştırmada elde edilen bulgular, literatürdeki çalışmaların birçoğunda olduğu gibi bakım verenlerin stres ve depresyon düzeyini ifade eden BDÖ puanı ile bakım yükü algısını ifade eden ZBYÖ arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bakım yükü arttıkça depresyon durumunun arttığı görülmüştür ($r=0.782$, $p<0.001$). Çoğu durumda bakım veren kişiler, rutin işleri de dahil olmak üzere sosyal faaliyetlerini sınırlandırmak zorunda kalabilmektedir. Bu nedenle kronik hastalıklar doğası gereği zahmetli olduğu için, bu hastalara bakım verme olayı strese ve endişeye yol açabilir. Eğer ki bu duruma zamanında müdahale edilmezse bakım verenler depresyona girebilir ve zamanla durum daha da ciddi boyutlara ulaşabilir. İstenilmeyen bir durum olan bu sonuç hem bakım vereni hem hastayı hem de bu kişilerle yaşamını birlikte sürdüren insanları olumsuz bir şekilde etkileyebilir.

Kişinin doğuştan ya da sonradan vücudunda oluşan fonksiyonel kayıp o kişinin günlük yaşam faaliyetlerinde başka bir bireye bağımlı olma durumunu etkileyen önemli bir etken olduğu düşünülebilir. Kişinin bağımsızlığını kaybetmesi sonucu bakım veren kişiye ihtiyaç duyma gereksinimi ortaya çıkar. Bu çalışmada herhangi bir nedenle fonksiyonel kayba uğrayan hastaların iletişim, beslenme, yürüme, denge, idrar-gaita, uyku ve kuvvet problemleri ile karşı karşıya kaldıkları görülmüş ve bu problemleri gidermek için başka bir kişinin bakım ve yardımına ihtiyacı oldukları gözlemlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre hastaların yaşamış olduğu sorunların ZBYÖ puan ve BDÖ puan ortalamaları incelendiğinde yürüme sorunu, idrar/gaita sorunu ve uyku sorunu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yani yürüyemeyen, idrar/gaita problemi yaşayan ve uyku sorunu olan hastalara bakım veren bireylerin, bu sorunları yaşamayan hastalara bakım veren bireylerden daha fazla bakım yükü ve depresyon yaşadıkları görülmüştür. Işık'ın yapmış olduğu çalışmada yaşlıların % 43.1'inin banyo yaparken, % 40.0'inin giyinirken, % 40.6'sının tuvalete giderken, % 39.4'ünün hareket durumunda, % 40.0'inin kontinans ve % 31.9'unun beslenme durumlarında bakım veren kişilere bağımlı oldukları görülmüştür (144). Yürüyememe, idrar-gaita problemleri ve uyku sorunu yaşayan hastaların bakımını üstlenmek daha zor olduğundan bu hastalara bakım verenlerin daha

fazla yük ve depresyon yaşayacağı düşünülebilir. Bu yetersizliğe sahip hastalara bakım veren bireylerin özellikle fiziksel açıdan daha fazla yorulduğu sonucuna ulaşılabilir.

Kronik hastalığa sahip olan insanlar, kişisel hareketlilik ve giyinme gibi bazı günlük aktiviteleri gerçekleştirmek için sınırlı fonksiyonel kapasiteye sahiptirler. Bu durum, yardımcı teknoloji gibi çeşitli destek kaynaklarına olan talebin artmasına sebep olur. Her ne kadar fiziksel tedavi, bir rehabilitasyon planının önemli bir parçası olsa da, kişisel otonomiye korumak için yardımcı cihaz desteği önemlidir. Hastaların günlük yaşama başarılı bir şekilde entegrasyonu için tekerlekli sandalye, tripod, baston, walker vb. yardımcı cihazlar bağımlılığını bir nebze azaltmak isteyen hastalar için oldukça fayda sağlayabilir (145). Yardımcı cihaz kullanımı hastalar için kolaylık sağladığı düşünülse de bu cihazların hasta ile uyumunu sağlamaya çalışmak bakım veren kişiyi olumsuz etkileyebilir. Çünkü kendisini bir yardımcı cihaza bağımlı gören hastalar, bağımlılık duygusunun yarattığı olumsuz etkiyi kendisine bakım veren kişiye yansıtabileceğinden bakım vericiyi olumsuz şekilde etkilediği söylenebilir.

Bu çalışmada bakım verilen hastanın tedavi alış şekli ve yardımcı araç kullanma durumu bakım yükü ve depresyon üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yardımcı araç kullanan ve yatan hastalara bakım veren bireylerin, ayaktan hastalara bakım veren bireylerden daha fazla bakım yükü ve depresyon yaşamaları beklenen bir sonuçtur. Çünkü ayaktan tedavi alan bireylerin daha az bağımlı oldukları bilinmektedir. Yatan hastaya bakım veren bireyler, bütün günlerini hastanede hastasına bakım vermekle geçirirler. Bu durum onlar üzerinde daha fazla baskı oluşturabilir. Hastane ortamında psikolojik olarak daha fazla etkilenebilirler. Hastane ortamında bakım veren bireylerin alınacak önlemlerle yaşadıkları olumsuz deneyimler bir nebze azaltılabilir.

Yapılan bir çalışmada hastalığın neden olduğu yeni bir durumu kabul etmek ve adapte olmak kolay değildir, çünkü oluşan yeni duruma hastaların kendi olasılıklarını ve sınırlamalarını bilmelerini gerektirir (146). Antonovsky, kronik bir hastalıkta iç dengeyi korumanın, sağlık yanlısı eylemleri almayı ve sürdürmeyi etkileyen yüksek bir tutarlılık duygusuyla mümkün olabileceğini söylemektedir. İşlevsel anlamda genel tutarlılık duygusu hastayı yeni zorluklarla başa çıkmaya motive eder. Ayrıca yeteneklerinin kullanımını yönetmede yardımcı olur. Bu yüzden hasta için zorlu olan bir dönem ister istemez o hastanın bakımını üstlenen kişi içinde zorlu bir dönem olacaktır. Hastanın

kendini ve sınırlarını bilmesinin yanında, o hastaya bakım veren kişinin de bu tutarlılıkla hareket etmesi önemli olacaktır. Çünkü hastanın ve bakım veren bireyin karşılıklı motive edici etkileşimi, bu sürecin daha kolay geçmesini sağlayabilir. Bu ise hem tedavi sürecine pozitif katkı sağlar hem de bakım veren kişinin yük ve depresyon seviyesinde anlamlı bir katkı sağlayabilir (147).

Bu çalışmanın sonuçlarına göre bakım veren kişiler, hastanın bakımdan memnun olma halini 0 ile 10 arasında tahmin etmeleri istenmiş ve sonuç yüksek çıkmıştır (Ort: 8.89 ± 1.42 , Min:3, Maks:10). Hastalara bakımdan memnun musunuz diye sorulduğunda ortalamanın yine yüksek çıktığı görülmüştür (Ort: 8.8 ± 1.39 , Min:5, Maks:10). Hastaların bakımdan memnun olma durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Yani hastaların bakımdan memnuniyeti arttıkça bakım verenlerin, bakım yükü ve depresyon durumlarının azaldığı görülmüştür. Benzer şekilde bakım veren bireylerin hastasının bakımdan memnun olma halini tahmin etme durumuna göre ZBYÖ ve BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Yani hastasının bakımdan memnun olduğunu düşünen bakım vericilerin bakım yükü ve depresyon düzeyi düşük çıkmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Geçirmiş olduğu hastalık nedeniyle fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü, depresyon durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin % 67.4'ü kadın bakım vericilerden oluşmaktadır. Kadınların erkeklere göre daha fazla depresyon yaşadıkları görülmüştür.
- 60 yaş ve üstü bakım vericilerin bakım yükünün daha fazla olduğu görülmüştür.
- Çalışma kapsamında bakım veren kişilerin % 76.7'si evliydi. Evli olanların daha fazla bakım yükü ve depresyon yaşadıkları saptanmıştır.
- Bakım veren bireylerin % 31'i eşi, % 25'i anne, % 25'i de kızı olduğu belirlenmiştir. Bakım verici olarak eşlerin bakım yükü ve depresyon durumları en yüksek bulunmuştur. Erkek kardeş, gelin, bakıcı ve torun bakım vericilerin ise bakım yükü ve depresyon durumları en düşük bulunmuştur.
- Geliri giderinden fazla olan bakım veren bireylerin daha az bakım yükü ve depresyon yaşadıkları tespit edilmiştir. Maddi sıkıntı yaşayanların bakım yükü ve depresyon durumu daha fazla bulunmuştur.
- Bakım veren bireylerin çalışma durumuna bakıldığında % 86.8'inin herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür. Çalışmayan bakım vericilerin depresyon durumlarının çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür.
- 24 saat, geceleri ve hafta sonları bakım verenlerin bakım yükleri ve depresyon durumları fazla bulunmuştur.
- Bakım sırasında başka birinden yardım almayanların alanlardan daha fazla bakım yükü ve depresyon yaşadıkları görülmüştür.
- Hastası ile birlikte yaşayanların depresyon durumları birlikte yaşamayanlara göre fazla bulunmuştur.

- Bakım verme sırasında bakıma ara vermeyenlerin ara verenlere göre hem bakım yüklerinin hem de depresyon durumlarının fazla olduğu anlaşılmıştır.
- Bakım sırasında yardıma ihtiyacı olduğunu ifade eden bireylerin yardıma ihtiyacı olmadığını ifade eden bireylerden daha fazla bakım yükü ve depresyon yaşadıkları tespit edilmiştir.
- Hastanın bakımdan memnun olma hali ve bakım vericinin hastasının bakımdan memnuniyetini tahmin etme durumu bakım yükü ve depresyon seviyesini etkilediği görülmüştür.
- Bakım veren bireylerin kronik hastalığının olması bakım yükünü ve depresyon durumunu artırmaktadır.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların % 58.9'unun yatarak tedavi gördüğü ve yatarak tedavi gören hastalara bakım verenlerin bakım yükleri ve depresyon durumları daha fazla bulunmuştur.
- Hastaların % 72.1'inin yardımcı araç (Walker, tripod, tekerlekli sandalye, kanadyen vb.) kullandığı tespit edilmiştir. Yardımcı araç kullanan hastalara bakım veren bireylerin depresyon durumları daha fazla bulunmuştur.
- Eğitim seviyesi düşük olan bakım veren bireylerin bakım verme yükü ve depresyon durumları arasında anlamlı fark olmasa da yakın düzeyde bir ilişki vardır. Eğitim seviyesinin düşmesi bakım yükünü ve depresyon durumunu artırmaktadır.
- Ev egzersiz programının bakım yükü ve depresyon durumu üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığı görüldü.
- Çalışmamızda bakım veren bireylerin bakım yükü ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bakım yükü fazla olan bakım vericilerin yaşadıkları depresyon düzeylerinin de fazla olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmanın bulguları ışığında, halk sağlığı alanında elzem olan kronik hastalara bakım verenler için temel sağlık ve destek programlarının planlanması, geliştirilmesi ve uygulanmasına ihtiyaç duyulduğunu gözlemlemek mümkün olmuştur. Bu bulgular dikkate alınarak şunlar önerilebilir:

- Cinsiyet, yaş, medeni durum, yakınlık derecesi gibi faktörlerin bakımda oluşturduğu etkiler düşünülerek kadın bakım vericiler, ileri yaşlardaki bakım vericiler, evli bakım vericiler ve eşlerin daha fazla etkilendiği göz önüne alınarak bu kişilerin takibinin daha sistematik şekilde yapılması ve onların bu konuda desteklenmesi,
- Maddi kısıtlılıkların bakım veren kişi üzerinde oluşturduğu negatif etkiler nedeniyle bakım veren kişilerin maddi olarak desteklenmesi, destek kaynaklarının farkına varmalarının sağlanması,
- Bakımdan dolayı depresyonun artması nedeniyle bakım veren kişilerin profesyonel olarak destek alması,
- Yatan hastalara bakım verenler için hastane içerisinde destek biriminin oluşturulması ve iletişim kanallarının sağlıklı olması için gerekli önlemlerin alınması,
- Bakıma ara vermeyen bireylerin daha fazla bakım yükü ve depresyon yaşamaları nedeniyle bakımın paylaşılması adına bakımı diğer aile üyeleri ile birlikte sürdürmeleri konusunda teşvik edilmesi,
- Bakım veren bireylerin bakım verdikleri bireyler kadar kendilerine de iyi bakmaları, dinlenmeleri ve rahatlamaları için kendilerine zaman ayırmaları hususunda tavsiyeler verilmesi,
- Bakımdan dolayı işinden uzaklaşan bakım vericilerin desteklenerek çalışmasının sağlanması ve çalışan bakım verenler için iş gücü ve sosyal güvenlik yardımlarını kaybetmemesi için gerekli olan düzenlemelerin sağlanması,
- Bakım kalitesini artırmak için temel sağlık hizmetleri, uzun süreli bakım, evde bakım, sosyal hizmetler gibi görevler arasındaki koordinasyonunun sağlanması ve iyileştirilmesi,
- Sağlık çalışanlarının, bakım verilen hastaların sağlık sorunları ve bu sorunların çözümü konusunda eğitim, danışmanlık ve destekleyici hizmetler sunmaları,
- Bakım verenlerin bakım sorumluluğunun üzerlerinde oluşturacağı zararın zaman içinde değişmeler gösterecek olmasından dolayı belirli aralıklarla bakım

ve hastalık yönetimi ile ilgili sorgulanması, rehberlik edilmesi, özellikle yaşam boyu bakım veren bireylerin takibinin sistemli olarak yürütülmesi,

- Kas kuvvet kaybı sonucu fonksiyonel bağımsızlığını kaybeden hastaların kendine yetebilir hale gelmesi için evde bakım kapsamında fizyoterapist istihdamının artırılması,
- Bakım verenlerin ve hastaların bakım sürecinden memnun olmaları daha iyi bakım, daha iyi sağlık verileri ve daha fazla yaşam kalitesini sağlayacağından hem hastaların hem de onların bakım vericilerinin memnuniyetini sağlayacak bakım çözümleri oluşturulması,
- Ortalama yaşam süresinin artması ve bunun insan hayatında oluşturduğu değişimler ‘‘bakım’’ görevinin daha ön plana çıkmasına neden olmuş ve bu husus üzerinde önemle durulması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle bakım verme yükünü etkileyen çalışmaların, çeşitli hastalıkların daha fazla irdelenerek incelenmesi ve bu konuda daha zengin çalışmalar yapılarak konu ile ilgili literatürün zenginleştirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Erkan H. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği. Uzmanlık tezi, İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2017.
2. Ejem D, Bauldry S, Bakitas M, Drentea P. Caregiver burden, care recipient depressive symptomology, and social exchange. *J Palliat Care* 2018, 33 (2), 100-8.
3. Yılmaz E. Bir Üniversite Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Refakatçilerinin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2017.
4. Afilalo, J, Alexander KP, Mack, MJ, Maurer MS, Green, P, Allen LA, Forman DE. Frailty assessment in the cardiovascular care of older adults. *J Am Coll Cardiol* 2014, 63: 747-62.
5. Garlo K, O'Leary JR, Van Ness PH, Fried TR. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *J Am Geriatr Soc* 2010, 58: 2315-22.
6. Hubbard RE, Goodwin VA, Llewellyn DJ, Warmoth K, Lang IA. Frailty, financial resources and subjective well-being in later life. *Arch Gerontol Geriatr* 2014, 58: 364-9.
7. Orak OS, Sezgin S. Caregiver burden in family members of cancer patients. *J Psychiatr Nurs* 2015, 6 (1): 33-9.
8. Yıldırım S, Engin E, Aycan Başkaya V. The burden of caregivers of stroke patients and the factors affecting the burden. *Noro Psikiyatr Ars* 2013, 50: 169-74.
9. Kalaycı I, Özkul M. Refakatçi aktörlerin yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörler açısından bir değerlendirme (Sdü Araştırma Uygulama Hastanesi Örneği). *Turkish Studies Social Sciences* 2018, 13 (10): 417-46.
10. Turan ÖS. Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecindeki Tıbbi Gereksinim Düzeyinin Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2008.
11. Sunal N. Evde Yatağa Tam Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, 2018.

12. Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006, 25 (3): 1-6.
13. Bekdemir A. Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Yaşadıkları Sorunlar ve Bakım Yükünün Belirlenmesi. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.
14. Bozkurt M. Serebrovasküler Hastalıklarda Metabolik Sendrom. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Tıpta Uzmanlık tezi. İstanbul, 2008.
15. Bumin G, Ergun A, Uyanık M, Kayıhan H. Sağ ve sol hemiplejik hastalarda duyu, algı ve fonksiyonel durumun karşılaştırılması. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007, 21 (5): 221-4.
16. Özgözen S. İnme Sonrası Hemipleji Hastalarında Alt Ekstremitte Kas Kuvveti ve Dengenin Fonksiyonel Yürüme Kapasitesi İle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2015.
17. Caro CC, Mendes PV, Costa JD, Nock LJ, Cruz DM. Independence and cognition post-stroke and its relationship to burden and quality of life of family caregivers. *Top Stroke Rehabil* 2017, 24: 194-9.
18. Wu H. Investigation and analysis of the depression status of the spouses of 200 patients with stroke and the affecting factors. *Qi Lu Hu Li Za Zhi* 2012, 18: 5-7.
19. Dankner R, Bachner YG, Ginsberg G, Ziv A, Ben David H, Litmanovitch-Goldstein D, Chodick G, Balicer R, Tanne D, Greenberg D. Correlates of well-being among caregivers of long-term community-dwelling stroke survivors. *Int J Rehabil Res* 2016, 39: 326-30.
20. Sellier E, Platt MJ, Andersen GL, Krageloh-Mann, I, De La Cruz J, Cans C, Mejaski-Bosnjak V. Decreasing prevalence in cerebral palsy: A multi-site European population-based study, 1980 to 2003. *Dev Med Child Neurol* 2016, 58 (1): 85-92.
21. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, Damiano D. Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005 Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy. *Dev Med Child Neurol* 2005, 47: 571-6.
22. Davids JR, Oeffinger DJ, Bagley AM, Sison-Williamson M, Gorton G. Relationship of strength, weight, age, and function in ambulatory children with cerebral palsy. *J Pediatr Orthop* 2015, 35 (5): 523-9.

23. Graham KH, Selber P. Musculoskeletal aspects of cerebral palsy. *J Bone Joint Surg Am* 2003, 85 (2): 157-66.
24. Hanna SE, Rosenbaum PL, Bartlett DJ, Palisano RJ, Walter SD, Avery L, Russell D. Stability and decline in gross motor function among children and youth with cerebral palsy aged 2 to 21 years. *Dev Med Child Neurol* 2009, 51 (4): 295-302.
25. Spittle A, Treyvaud K. The role of early developmental intervention to influence neurobehavioral outcomes of children born preterm. *Semin Perinatol* 2016, 40 (8): 542-8.
26. Baird G, McConachie H, Scrutton D. Parents' perceptions of disclosure of the diagnosis of cerebral palsy. *Arch Dis Child* 2000, 83 (6): 475-80.
27. Piran P, Khademi Z, Tayari N, Mansouri N. Caregiving burden of children with chronic diseases. *Electron Physician* 2017, 9: 5380-7.
28. Pouraboli B, Abedi H, Abbaszadeh A, Kazemi M. Silent Screams: Experiences of caregiver suffering by parents of children with Thalassemia: a qualitative study. *J Qual Res Health Sci* 2014, 3 (3): 281-91.
29. Özekli Mısırlıoğlu T. Tetraplejik Kişilerde Duruöz El İndeksi: Anket ve Gözlem Uygulamalarının Karşılaştırılması. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanlık tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
30. Güneş Akıncı M. Spinal Kord Yaralanması Olan Hastalarda Antropometrik, Metabolik Ölçümler ve Mobilizasyon İlişkisi. Tıpta Uzmanlık tezi, Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.
31. Maitan P, Frigerio S, Conti A, Clari M, Vellone E, Alvaro R. The effect of the burden of caregiving for people with spinal cord injury (SCI): a cross-sectional study. *Ann Ist Super Sanità* 2018, 54 (3): 185-93.
32. Balcı B, Kara B, Çolakoğlu B, Çakmur R. Parkinson hastalarında ev programı egzersizlerinin denge ve fonksiyonel kapasite üzerine etkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010, 47: 53-7.
33. Crizzle AM, Newhouse IJ. Is physical exercise beneficial for persons with parkinson's disease? *Clin J Sport Med* 2006, 16: 422-5.
34. Morris ME. Locomotor training in people with Parkinson disease. *Phys Ther* 2006, 86: 1426-35.

35. Ashburn A, Fazakarley L, Ballinger C, Pickering R, McLellan LD, Fitton C. A randomised controlled trial of a home based exercise programme to reduce the risk of falling among people with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007, 78: 678-84.
36. Bhimani R. Understanding the burden on caregivers of people with parkinson's: a scoping review of the literature. *Rehabil Res Pract* 2014, Article ID 718527: 1-8.
37. Boyer F, Drame M, Morrone I, Novella JL. Factors relating to carer burden for families of persons with muscular dystrophy. *J Rehabil Med* 2006, 38: 309-15.
38. Im SH, Lee SC, Moon JH, Park SE, Park YG. Quality of life for primary caregivers of muscular dystrophy patients in South Korea. *Chin Med J* 2010, 123 (4): 452-7.
39. McKeown LP, Porter-Armstrong AP, Baxter GD. Caregivers of people with multiple sclerosis: experiences of support. *Mult Scler* 2004, 10: 219-30.
40. Pozzilli C, Palmisano L, Mainero C, Tomassini V, Marinelli F, Ristori G, Gasperini C, Fabiani M, Battagli MA. Relationship between emotional distress in caregivers and health status in persons with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004, 10 (4): 442-6.
41. Petrikis P, Baldouma A, Katsanosb AH, Konitsiotis S, Giannopoulos S. Quality of life and emotional strain in caregivers of patients with Multiple Sclerosis. *J Clin Neurol* 2019, 15 (1): 77-83.
42. Buchanan RJ, Radin D, Huang C, Zhu L. Caregiver perceptions associated with risk of nursing home admission for people with multiple sclerosis. *Disabil Health J* 2010, 3: 117-24.
43. Figved N, Myhr KM, Larsen JP, Aarsland D. Caregiver burden in multiple sclerosis: The impact of neuropsychiatric symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007, 78: 1097-102.
44. Snook EM, Motl RW. Effect of exercise training on walking mobility in multiple sclerosis: a meta-analysis. *Neurorehabil Neural Repair* 2009, 23: 108-16.
45. Ertekin Ö, Özakbaş S, İdiman E, Algun ZC. Multiple skleroz hastalarında ev egzersiz programının sonrasında yaşam kalitesi, yorgunluk ve dengedeki iyileşmeler. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2012, 49: 33-8.
46. Kinnett-Hopkins D, Motl R. Results of a feasibility study of a patient informed, racially tailored home-based exercise program for black persons with multiple sclerosis. *Contemp Clin Trials* 2018, 75: 1-8.

47. Güneş Y. Yaşlılarda Egzersizin Fiziksel Aktivite, Hareket Korkusu, Yorgunluk ve Uyku Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2015.
48. Tambağ H. Yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi* 2013, 4 (16): 23-31.
49. Toseland RW, Smith G, McCallion P. Family caregivers of the frail elderly. *Handbook of Social Work Practise with Vulnerable and Resilient Population* 2001, 18: 99-109.
50. Alter M. The epidemiology of guillain-barré syndrome. *Ann Neurol* 1990, 27: 7-12.
51. Goodfellow JA, Willison HJ. Guillain–Barré syndrome: a century of progress. *Nat Rev Neurol* 2016, 12: 723-9.
52. Esposito S, Longo MR. Guillain–Barré syndrome. *Autoimmun Rev* 2017, 16: 96-101.
53. Piekutin A, Sierakowska M, Doroszkiewicz H, Krajewska-Kułak E. Evaluation of coping with chronic rheumatic disease, in the context of socio-demographic factors and disease duration, based on the example of patients with ankylosing spondylitis. *Reumatologia* 2018, 56 (6): 368-76.
54. Kozakçıoğlu M. Functional restoration of ankylosing spondylitis patients using documentation based care treatment concept- preliminary results. *Nobel Med* 2009, 5: 63-6.
55. Eicher PS, Batshaw ML. Cerebral palsy. *Pediatr Clin North Am* 1993, 40: 537–51.
56. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi* 2011, 3 (3): 513-52.
57. Inogbo CF, Olotu SO, James BO, Nna EO. Burden of care amongst caregivers who are first degree relatives of patients with schizophrenia. *Pan Afr Med J* 2017, 28: 1-10.
58. Landfeldt E, Edström J, Buccella F, Kirschner J, Lochmüller H. Duchenne muscular dystrophy and caregiver burden: a systematic review. *Dev Med Child Neurol* 2018, 60 (10): 987-96.
59. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'nin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009, 46: 38-42.
60. Gel KT. Hemşirelerin İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yüküne İlişkin Görüşleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2015.

61. Yıldırım S. Bilinçsiz Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarındaki Bakım Yükü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2017.
62. Cain C, Wicks M. Caregiver attributes as correlates of burden in family caregivers coping with chronic obstructive pulmonary disease. *J Fam Nurs* 2007, 6 (1): 46-66.
63. Costa-Requena G, Val ME, Cristòfol R (2015) Caregiver burden in end-of-life care: advanced cancer and final stage of dementia. *Palliat Support Care* 2015, 13 (3): 583-9.
64. Govina O, Vlachou E, Kavga-Paltoglou A, Kalemikerakis I, Papageorgiou D, Fasoi G, Patiraki E. Exploring the factors influencing time and difficulty of tasks provided by family caregivers of patients with advanced cancer in Greece. *Health Sci J* 2014, 8: 438-51.
65. Cotrim H, Pereira G. Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care. *Eur J Oncol Nurs* 2008, 12 (3): 217-26.
66. Tkatch R, Bazarko D, Musich S, Wu L, MacLeod S, Keown K, Hawkins K, Wicker E. A pilot online mindfulness intervention to decrease caregiver burden and improve psychological well-being. *J Evid Based Complementary Altern Med* 2017, 22 (4): 736-43.
67. Abdollahpour I, Nedjat S, Salimi Y. Positive aspects of caregiving and caregiver burden: A study of caregivers of patients with dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2017, 31 (1): 34-8.
68. Sundar V, Fox SW, Phillips KG. Transitions in caregiving: evaluating a person-centered approach to supporting family caregiver in the community. *J Gerontol Soc Work* 2014, 57: 750-65.
69. Frederick D. Mitigating burden associated with informal caregiving. *J Patient Exp* 2017, 5 (1): 50-5.
70. Dijkxhoorn MA, Padmakar A, Jude N, Bunders J, Regeer B. Understanding caregiver burden from a long-term perspective: The Banyan model of caregiver experiences. *Perspect Psychiatr Care* 2018, 55: 61-71.
71. Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2013, 3 (1): 1-7.
72. Bauer JM, Sousa-Poza A. Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *J Popul Ageing* 2015, 8 (3): 117-40.

73. Boyacıoğlu NE. Yaşlıya Bakım Veren Bireylerde Hemşirelik Bakımının Etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2015.
74. Cañedo-Ayala M, Rice DB, Levis B, Carrier ME, Cumin J, Malcarne VL, Hagedoorn M, Thombs BD. Factors associated with symptoms of depression among informal caregivers of people with systemic sclerosis: a cross-sectional study. *Disabil Rehabil* 2018; 1-6.
75. Nguyen M. Nurse's assesment of caregiver burden. *Medsurg Nurs* 2009, 18 (3): 148-9.
76. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003, 25 (4): 73-82.
77. Chou K, Chu H, Tseng C, Lu R. The measurement of caregiver burden. *J Med Sci* 2003, 23: 73-82.
78. Özdemir Ü, Taşcı S, Kartın P, Çürük N G, Nemli A, Karaca H. Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım verenlerin yükü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2017, 4: 49-61.
79. Ündey Y. Diyabetik Ayak Hastalarının Yakınlarındaki Bakım Yükü: Bir Hastane Örneği. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2017.
80. Saffari M, Koenig HG, O'Garro KN, Pakpour AH. Mediating effect of spiritual coping strategies and family stigma stress on caregiving burden and mental health in caregivers of persons with dementia. *Dementia* 2018, 0 (0): 1-18.
81. Gallagher-Thompson D, Shurgot GR, Rider K, Gray HL, McKibbin CL, Kraemer HC, Thompson LW. Ethnicity, stress, and cortisol function in Hispanic and non-Hispanic white women: A preliminary study of family dementia caregivers and noncaregivers. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006, 14 (4): 334-42.
82. Haley WE, West CA, Wadley VG, Ford GR, White FA, Barrett JJ, Roth DL. Psychological, social, and health impact of caregiving: A comparison of black and white dementia family caregivers and noncaregivers. *Psychol Aging* 1995, 10 (4): 540-52.
83. Rowe MA, McCrae CS, Campbell JM, Benito AP, Cheng J. Sleep pattern differences between older adult dementia caregivers and older adult noncaregivers using objective and subjective measures. *J Clin Sleep Med* 2008, 4 (4): 362-9.

84. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren Ş, Mete L. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010, 21 (3): 203-12.
85. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi* 2011, 3 (2): 251-77.
86. Özer N, Yurttaş A, Akyıl ÇR. Psychometric evaluation of the Turkish version of the Zarit burden interview (ZBI) in family caregivers of inpatients in medical and surgical clinics. *J Transcult Nurs* 2012, 23 (1): 65-6.
87. Pınar ŞE, Tel H. Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012, 3 (2): 86-90.
88. Altınok Ü. Omurilik Felçlilerde Psikiyatrik Semptomlar ve Bakım Veren Yükü. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Kliniği. Tıpta Uzmanlık tezi, İstanbul, 2010.
89. Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu GE, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 15 (1): 48-54.
90. Cingil D. Bağımlı Yaşlısına Bakım Veren Aile Üyelerine Sunuş Yolu ile Verilen Eğitimin Bakım Verme Yeterliliği ve Yaşlı Bakımı Bilgi Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.
91. Dağdeviren T. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Aile Hekimliği Uzmanlık tezi, Ankara, 2017.
92. Sherwood PR, Given CW, Given BA, Von Eye A. Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *J Aging Health* 2005; 17 (2): 125-47.
93. Tramontia F, Bonfiglio L, Bongioanni P, Belviso C, Fanciullacci C, Rossi B, Chisari C and Carboncini MC. Caregiver burden and family functioning in different neurological diseases. *Psychol Health Med* 2019, 24: 27-34.
94. Kahrıman F. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2014.
95. Montgomery JRJ, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Fam Relat* 1985, 34: 19-26.

96. İnci FH, Erdem M. Bakım verme yükü ölçeği' nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 11 (4): 85-95.
97. Yaşar F. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2007.
98. Türkoğlu N. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.
99. Nijboer C, Tempelaar R, Sanderma R, Triemstra M, Spruijt RJ, Van den Bos GA. Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. *Psychooncology* 1998, 7 (1): 3-13.
100. Bayramova N. Amiyotrofik Lateral Skleroz'lu (ALS) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2008.
101. Toker G. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü İle Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2018.
102. Temizer H. İnmeli Hastalara Evde Bakım Veren Aile Üyelerine Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Bilgi Düzeylerine ve Bakım Yükünü Algılamalarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2009.
103. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs* 2008, 108 (9): 23-7.
104. Honea NJ, Brintnall RA, Sherwood P, Colao D, Somers SC, Northouse LL. Nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clin J Oncol Nurs* 2008, 12 (3): 507-11.
105. Hunt CK. Concepts in caregiver research. *J Nurs Scholarsh* 2003, 35 (1): 27-32.
106. Uğur H. İnmeli Hastalara Evde Verilen Bakım ile Bakım Vericilerine Yapılan Eğitimin Bakım Vericilerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık

- Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.
107. Arslan A. Parkinson Hastalarında Fizyoterapist Gözetiminde Uygulanan Egzersiz Programı ile Ev Egzersiz Programının Fonksiyonellik ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Nörolojik Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2011.
108. Doruk E. Lumbal Disk Cerrahisi Sonrası Akut ve Subakut Dönemde Başlanan Ev Egzersiz Programının Etkilerinin Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2010.
109. Bozbıyık N. Sağlıklı Kadınlarda Ev Egzersiz Eğitiminin Fiziksel Aktivite Düzeyine Etkisi: Yoga Egzersizleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi, 2018.
110. Taş D. Diyaliz Hastalarında Egzersiz Yararları/Engelleri Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2016.
111. Bodur S. Cingil DD. Bağımlı yaşlıların aile içi bakıcılarının bakımla ilgili tutumları ve eğitimle ilişkisi. *Selçuk Tıp Dergisi* 2006, 22: 149-57.
112. Koyuncu Yaşar E. Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2009.
113. Demirlek Ş. Yatağa Bağımlı Olan Hastalara Bakım Veren Kişilerin Depresyon Düzeyi, Bakım Yükü ve Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2015.
114. Koyama A, Matsushita M, Hashimoto M, Fujise N, Ishikawa T, Tanaka H, Ikeda M. Mental health among younger and older caregivers of dementia patients. *Psychogeriatrics* 2017, 17 (2): 108-14.
115. Peyrovi H, Mohammad-Saeid D, Farahani-Nia M, Hoseini F. The relationship between perceived life changes and depression in caregivers of stroke patients. *J Neurosci Nurs* 2012, 44: 329-36.
116. Stagg B, Larner AJ. Zarit Burden Interview: pragmatic study in a dedicated cognitive function clinic. *Prog Neurol Psychiatry* 2015, 19 (4): 23-7.

117. İnci FH. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe' ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2006.
118. Boysan M, Kayri M. Bilişsel yatkınlık ile depresyon düzeyleri ilişkisinin sınıflandırma ve regresyon ağacı analizi ile incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2008, 34: 168-77.
119. Özkan Tuncay F, Mollaoğlu M, Kars Fertelli T. Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerde bakım yüğü ve sosyal destek düzeyi. *Literatür Sempozyum Dergisi* 2015, 8: 5-10.
120. Demircioğlu A. İnme Hastalarına Verilen Ev Egzersiz Programının Bakım Veren Yüğüne Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabiltasyon Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Medipol Üniversitesi, 2017.
121. Şirzai H, Delialioğlu ÜS, Sarı İF, Özel S. İnme ve bakım verme yüğü. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi* 2015, 18: 162-9.
122. Shakya D, Tuladhar J, Poudel S. Burden and depression among caregivers of Hemodialysis patients. *Palliat Med Care* 2017, 4 (1): 1-6.
123. Türe E, Yazar A, Akın F, Aydın A. Kronik hasta çocuklara bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi* 2018, 8 (3): 46-53.
124. Özmen S. Multiple Sklerozlu Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yüğüleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2015.
125. Muangpaisan W, Praditsuwan R, Assanasen J, Srinonprasert V, Assantachai P, Intalaporn S, Pisansalakij D. Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: A cross-sectional study. *J Med Assoc Thai* 2010, 93 (5): 601-7.
126. Yılmaz A, Turan E. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve baş etme yolları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2007, 27: 445-54.
127. Çetinkaya F, Karadakovan A. Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2012, 15 (2): 171-8.
128. Tarı Selçuk K, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yüğü ve etkileyen etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016, 7 (1): 1-9.

129. Kabataş Yıldız M, Ekinci M. Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)* 2017, 14: 176-84.
130. Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H. Exploring the other side of cancer care: The informal caregiver. *Eur J Oncol Nurs* 2009,13: 128-36.
131. Alahan NA, Aylaz R, Yetiş G. Kronik hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin bakım verme yükü. *İnönü Üniversitesi Sağlık bilimleri Dergisi* 2015; 4 (2): 1-5.
132. Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum P, Brehaut J, Walter SD, Russel D, Swinton M, Zhu B. The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics* 2005; 115 (6): 626-36.
133. Looman WS, O'Conner-Von SK, Ferski GJ, Hildenbrand DA. Financial and employment problems in families of children with special health care needs: implications for research and practice. *J Pediatr Health Care* 2009, 23 (2): 117-25.
134. Chiou CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr* 2009, 48: 419-24.
135. Bugge C, Alexander H, Hagen S. Stroke patients' informal caregivers. Patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. *Stroke* 1999, 30: 1517-23.
136. Bambauer KZ, Zhang B, Maciejewski PK, Sahay N, Pirl WF, Block SD, Prigerson HG. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006, 41: 819-24.
137. Park EY, Nam SJ. Time burden of caring and depression among parents of individuals with cerebral palsy. *Disabil Rehabil* 2018, 30: 1-6.
138. Mollaoğlu M, Tuncay F ve Fertelli T. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011, 4 (3): 125-30.
139. Duru Aşiret G. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2011.
140. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yüklerinin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* 2012, 12 (9): 22-9.

141. Karin J. Faison, Sandra H. Faria and Deborah Frank. Caregivers of chronically ill elderly. *J Community Health Nurs* 1999, 16 (4): 243-53.
142. Pinquart MS, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychol Aging* 2003, 18: 250-67.
143. Dura JR, Stukenberg KW, Kiecolt-Glaser JK. Anxiety and depressive disorders in adult children caring for demented parents. *Psychol Aging* 1991, 6 (3): 467-73.
144. Işık K. Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2013.
145. Pousada T, Groba B, Nieto-Riveiro L, Pazos A, Díez E, Pereira J. Determining the burden of the family caregivers of people with neuromuscular diseases who use a wheelchair. *Medicine (Baltimore)* 2018, 97 (24): 1039.
146. Dobrucka-Janeczek I, Jędryka-Góral A. Problemy psychologiczne w chorobach reumatycznych. *Post Nauk Med* 2012, 2: 152-5.
147. Antonovsky A. Solving the mystery of health. How to deal with stress and not get sick. *Warszawa: Fundacja IN* 1995.
148. Bambauer KZ, Zhang B, Maciejewski PK, Sahay N, Pirl WF, Block SD, Prigerson HG. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006, 41: 819-24.
149. Park EY, Nam SJ. Time burden of caring and depression among parents of individuals with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation* 2018, 30: 1-6.
150. Mollaoğlu M, Tuncay F ve Fertelli T. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011, 4 (3): 125-30.
151. Duru Aşiret G. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2011.
152. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yüklerinin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* 2012, 12 (9): 22-9.
153. Karin J. Faison, Sandra H. Faria and Deborah Frank. Caregivers of chronically ill elderly. *Perceived Burden Journal of Community Health Nursing* 1999, 16 (4): 243-53.

154. Pinquart MS, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychol Aging* 2003, 18: 250–67.
155. Dura JR, Stukenberg KW, Kiecolt-Glaser JK. Anxiety and depressive disorders in adult children caring for demented parents. *Psychol Aging* 1991, 6 (3): 467–73.
156. Işık K. Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2013.
157. Pousada T, Groba B, Nieto-Riveiro L, Pazos A, Díez E, Pereira J. Determining the burden of the family caregivers of people with neuromuscular diseases who use a wheelchair. *Medicine (Baltimore)* 2018, 97 (24): 1039.
158. Dobrucka-Janeczek I, Jędryka-Góral A. Problemy psychologiczne w chorobach reumatycznych. *Post Nauk Med* 2012, 2: 152–5.
159. Antonovsky A. Solving the mystery of health. How to deal with stress and not get sick. *Warszawa: Fundacja IN* 1995.

EKLER

EK 1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: Ramazan Cihad YILMAZ

Doğum Tarihi: 17.05.1991

Telefon: 05070364611

E-posta: fzt.yilmaz.cihad@gmail.com

Eğitim Durumu:

2010- 2014 Haliç Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

2016-2019 İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Yüksek Lisans

2018-2019 İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Formasyon

2017- Devam Ediyor Anadolu Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü

Yabancı Dil: İngilizce

İş Deneyimi:

2014 – 2016 Özel Sevgi Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dal
Merkezi/Fizyoterapist

2016 - Devam ediyor İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi/Fizyoterapist

EK 2. Hastaya İlişkin Bilgiler

Hastaya İlişkin Bilgiler

1. Yaşınız:
2. Kilonuz:
3. Boyunuz:
4. Cinsiyetiniz:
 - 1) Kadın
 - 2) Erkek
5. Eğitim durumunuz:
 - 1) Okuryazar değil
 - 2) Okur Yazar
 - 3) İlkokul Mezunu
 - 4) Ortaokul Mezunu
 - 5) Lise Mezunu
 - 6) Üniversite/Yüksekokul Mezunu
6. Medeni durumunuz:
 - 1) Evli
 - 2) Bekar
 - 3) Dul / Boşanmış
7. Çocuk sayısını:
 - 1) Yok
 - 2) 1-2
 - 3) 3 ve üstü
8. Gelir düzeyiniz nedir?
 - 1) Gelir giderden fazla
 - 2) Gelir gidere eşit
 - 3) Gelir giderden az
9. Yaşadığınız yer:
 - 1) Köy
 - 2) Kasaba
 - 3) İlçe
 - 4) İl

10. Aile yapınız:

- 1) Çekirdek (eş, çocuklar)
- 2) Geniş (eş, çocuklar, akrabalar, diğerleri)
- 3) Parçalanmış

11. Hastalığınız:

- 1) Hemipleji
- 2) Serebral Palsi
- 3) Parapleji/Tetrapleji
- 4) Parkinson
- 5) Muskuler Distrofi
- 6) Multiple Skleroz
- 7) Diğer

12. Hastalığınızın süresi:

- 1) 0-3 ay
- 2) 4-6 ay
- 3) 7-12 ay
- 4) 13-24 ay
- 5) 24 aydan fazla

13. Var olan sorunlarınız:

	Var	Yok
1) İletişim sorunu		
2) Beslenme sorunu		
3) Yürüyememe		
4) Denge kaybı		
5) İdrar kaçırma		
6) Gaita (Büyük abdest) kaçırma		
7) Uykusuzluk		
8) Kuvvet kaybı		
9) Diğer.....		

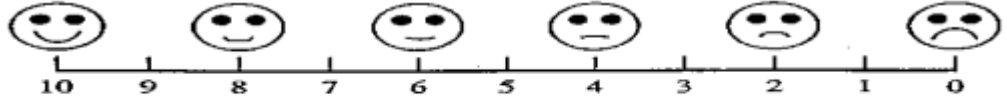
14. Tedavi alış şekliniz:

- 1) Ayaktan
- 2) Yatılı

15. Herhangi bir yardımcı araç (Walker,tripod,tekerlekli sandalye,kanadyen vs.) kullanıyor mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

16. Şu anda size verilen bakımdan memnun musunuz?



Çok memnun

Hiç memnun değil



EK 3. Bakım Veren Kişiyeye Ait Bilgiler

Bakım Veren Kişiyeye Ait Bilgiler

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz:
 - 1) Kadın
 - 2) Erkek
3. Eğitim durumunuz:
 - 1) Okuryazar değil
 - 2) Okur Yazar
 - 3) İlkokul Mezunu
 - 4) Ortaokul Mezunu
 - 5) Lise Mezunu
 - 6) Üniversite/Yüksekokul Mezunu
4. Medeni durumunuz:
 - 1) Evli
 - 2) Bekar
 - 3) Dul / Boşanmış
5. Hasta ile yakınlık dereceniz:
 - 1) Eşi
 - 2) Annesi
 - 3) Kızı
 - 4) Oğlu
 - 5) Kız Kardeşi
 - 6) Erkek Kardeşi
 - 7) Gelini
 - 8) Torunu
 - 9) Bakıcısı
 - 10) Diğer.....

6. Gelir düzeyiniz nedir?
- 1) Gelir giderden fazla
 - 2) Gelir gidere eşit
 - 3) Gelir giderden az
7. Şu anda çalışıyor musunuz?
- 1) Evet
 - 2) Hayır
8. Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?
- 1) 0-3 ay
 - 2) 4-6 ay
 - 3) 7-12 ay
 - 4) 13-24 ay
 - 5) 24 aydan fazla
9. Hastanıza bakım verme zaman diliminiz:
- 1) 24 saat
 - 2) Sadece gündüz
 - 3) Sadece gece
 - 4) Hafta sonu
 - 5) Haftanın belli günleri
10. Hastanıza bakım verirken başka birinden yardım alıyor musunuz?
- 1) Evet
 - 2) Hayır
11. Hastanız ile birlikte mi yaşıyorsunuz?
- 1) Evet
 - 2) Hayır
12. Bakıma ara verdiğiniz oluyor mu?
- 1) Evet
 - 2) Hayır
13. Bakım vermeye başladığınız andan itibaren maddi sorunlar yaşıyor musunuz?
- 1) Evet
 - 2) Hayır

14. Hastanız dışında, bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

15. Cevabınız "Evet" ise kimlere bakıyorsunuz?

- 1) Çocuk
- 2) Eş
- 3) Anne/Baba
- 4) Kardeş
- 5) Akraba
- 6) Diğer.....

16. Daha önce başka bir hastanın bakımı konusunda deneyim yaşadınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

17. Cevabınız "Evet" ise bu hastaya bakım verme süreniz ne kadardı?

- 1) 0-3 ay
- 2) 4-6 ay
- 3) 7-12 ay
- 4) 13-24 ay
- 5) 24 aydan fazla

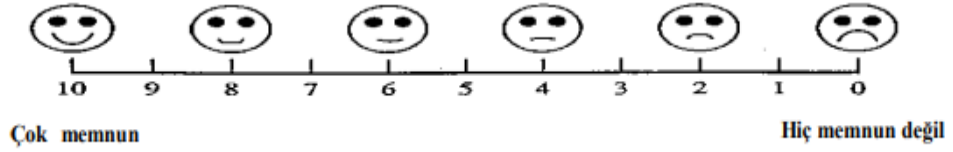
18. Hastaya bakma nedeniniz nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1) Ailevi sorumluluk
- 2) Sevdiğim için
- 3) Bakacak başka kimse olmadığı için
- 4) Ekonomik katkısı olduğu için
- 5) Evde bakım hizmetleri olmadığı için
- 6) Diğer

19. Hastaya bakma konusunda yardıma ihtiyacınız var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

20. Sizce, hastanız şu anda kendisine verilen bakımdan memnun mu?



21. Hastanın bakımı ile ilgili devletten maddi destek alıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

22. Hastanıza bakım verirken en çok hangi konularda zorlanıyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1) Hiçbir konuda zorlanmıyorum.
- 2) Hijyen uygulamalarında zorlanıyorum.
- 3) Psikolojik destek konusunda zorlanıyorum.
- 4) Egzersizleri yaptırmada zorlanıyorum.
- 5) Maddi imkân konusunda zorlanıyorum.
- 6) Beslenmesinde zorlanıyorum.
- 7) Hastanın transferinde zorlanıyorum.
- 8) Diğer.....

23. Hastanıza Fizyoterapist tarafından verilen ev egzersizlerini yaptırabiliyor musunuz?

- 1) Evet tam olarak yaptırıyorum.
- 2) Kısmen yaptırabiliyorum.
- 3) Hayır yaptıramıyorum.

24. Egzersizleri yaptıramamanızın nedeni nedir?

- 1) Hasta reddediyor.
- 2) Egzersizleri yaptırmak bana zor geliyor.
- 3) Egzersizlerin nasıl yaptırılacağını unutuyorum.
- 4) Hastanın temel bakımından dolayı egzersize ayıracak vaktim kalmıyor.
- 5) Hasta egzersizlerin sadece Fizyoterapist tarafından yapılmasını istiyor.

25. Sizce verilen ‘ev egzersiz programı’ yeterince eğitici mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Kısmen

26. Bakım verici olarak kronik bir rahatsızlığınız var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

27. Hastalığınız var ise hastalığınızın türü nedir?

- 1) Ortopedik
- 2) Nörolojik
- 3) Psikiyatrik
- 4) Kalp-Damar Rahatsızlığı
- 5) Şeker Hastalığı
- 6) Hipotansiyon/hipertansiyon
- 7) Diğer.....

EK 4. ZBYÖ Ölçeği

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBYÖ)

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Hemen hemen her zaman
	0	1	2	3	4
1.Hastanızın ihtiyaç duyduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2.Hastanıza ayırdığınız zaman dolayısıyla kendinize yeterli zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3.Hem hastanızla ilgilenmek hem de aile veya işinizle ilgili diğer sorumluluklarınızı yerine getirmeye çalışmakta sıkıntı hissediyor musunuz?					
4.Hastanızın davranışlarından utanıyor musunuz?					
5.Hastanızın yakınındayken kendinizi sinirli hissediyor musunuz?					
6.Hastanızın diğer aile üyeleri ve arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz etkilediğini hissediyor musunuz?					
7.Gelecekte hastanızı nelerin beklediğine dair korkularınız var mı?					
8.Hastanızın size bağımlı olduğunu hissediyor musunuz?					
9.Hastanızın yakınında iken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10.Hastanızla ilişkinizden dolayı kendi sağlığınızın etkilendiğini hissediyor musunuz?					
11.Hastanızdan dolayı olmasını istediğiniz düzeyde bir özel hayatınızın olmadığını hissediyor musunuz?					
12.Hastanıza baktığınız için özel hayatınızın kötüleştiğini hissediyor musunuz?					
13.Hastanızdan dolayı eve arkadaşlarınızı çağdırmaktan çekiniyor musunuz?					
14.Hastanızın sizden başka dayanabileceği, güvенеceđi kimse yokmuş gibi sadece sizin ona bakmanızı istediğini hissediyor musunuz?					

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Hemen hemen her zaman
	0	1	2	3	4
15.Hem hastanızın bakımını sağlamak hem de diğer ihtiyaçlarınızı karşılamak için yeterli paranızın olmadığını hissediyor musunuz?					
16.Hastanıza uzun süre daha bakamayacağınızı hissediyor musunuz?					
17.Hastanızın hastalığından bu yana kendi hayatınızın kontrolünü kaybettiğinizi hissediyor musunuz?					
18.Hastanızın bakımını başka birine bırakabilmeyi ister misiniz?					
19.Hastanızla ilgili ne yapacağınıza dair soru işaretleriniz var mı?					
20.Hastanız için daha fazla bir şeyler yapmanız gerektiğini hissediyor musunuz?					
21.Hastanızın bakımında daha iyi bir iş yapabileceğinizi hissediyor musunuz?					
22.Hastanıza bakarken kendinizi ağır yük altında hissediyor musunuz?					

EK 5. Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1) **0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2) **0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3) **0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4) **0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

- 5) **0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6) **0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7) **0. Kendimden memnunum.**
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8) **0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9) **0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10) **0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11) **0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12) 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13) 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14) 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15) 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16) 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17) 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18) 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19) **0. Son zamanlarda kilo vermedim.**

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20) **0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21) **0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon Derecesi	Toplam
<input type="checkbox"/> Minimal depresyon	0-9
<input type="checkbox"/> Hafif depresyon	10-16
<input type="checkbox"/> Orta depresyon	17-29
<input type="checkbox"/> Şiddetli depresyon	30-63

EK 6. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinden Alınan İzin Belgesi



Evrak Tarih ve Sayısı: 08/11/2017-E.84266

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 92499629-302.08.01
Konu : Bilimsel ve Eğitim
Amaçlı/Ramazan Cihad YILMAZ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 01/11/2017 tarih ve 81992 sayılı yazısı,

Anabilim Dalımız yüksek lisans programı öğrencisi Ramazan Cihad YILMAZ'ın , Prof. Dr. Gülşen GÜNEŞ danışmanlığında Turgut Özal Tıp Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümünde, " Turgut Özal Tıp Merkezine Başvuran Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastalarına Bakım Veren Refakatçilerin Bakım Yükleri, Depresyon Durumları ve İlişkili Faktörler" konulu çalışmayı yapma talebine ilişkin, ilgi yazı yazımız ekinde gönderilmektedir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

Ek:ilgi yazı ve ekleri

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 44280 Merkez Kampüsü,
Battalgazi/Malatya
Telefon No: 4223410048 Faks No: 4223410048
E-Posta: sbe@inonu.edu.tr İnternet Adresi:
<https://www.inonu.edu.tr/cms/saglikbilimleri>

Bilgi İçin: Sibel ONUR

Unvan: Bilgisayar İşletmeni
Telefon No: 422 341 0048

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır



Sayı : 50235129-100
Konu : Uygulama İzni

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğinin 23/10/2017 tarihli ve 79203 sayılı yazısı.

Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Ramazan Cihad YILMAZ'ın , Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ danışmanlığında Turgut Özal Tıp Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümünde, " Turgut Özal Tıp Merkezine Başvuran Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastalarına Bakım Veren Refakatçilerin Bakım Yükleri, Depresyon Durumları ve İlişkili Faktörler" konulu çalışmayı yapma talebine ilişkin, Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğinin cevabi yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Nusret AKPOLAT
Rektör Yardımcısı

Ek:Yazı ve ekleri



Sayı : 68636013-770
Konu : Uygulama İzni

ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA

İlgi : a) 05.10.2017 tarihli ve E.74019 sayılı yazımız.
b) 29.09.2017 tarihli ve E.71878 sayılı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü yazısı.

İlgi sayılı yazımız ekinde gönderilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün; Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Ramazan Cihad YILMAZ, Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ danışmanlığında Turgut Özal Tıp Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümünde, " Turgut Özal Tıp Merkezine Başvuran Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastalarına Bakım Veren Refakatçilerin Bakım Yükleri, Depresyon Durumları ve İlişkili Faktörler" konulu çalışmayı Hastanemizde yapma talebi hakkındaki ilgi (b) sayılı yazısına istinaden;

Hastanemiz Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığının konuya ilişkin cevabi yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Yrd.Doç.Dr. Mehmet Ediz SARIHAN
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim
Dalı Başkanlığı Yazısı (1 Sayfa)



Sayı : 37763947-770
Konu : Uygulama İzni


YAZI İŞLERİNE

İlgi : 09/10/2017 tarihli ve 74822 sayılı yazınız,

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün; Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Ramazan Cihad YILMAZ'ın, Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ danışmanlığında Turgut Özal Tıp Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümünde, "Turgut Özal Tıp Merkezine Başvuran Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastalarına Bakım Veren Refakatçilerin Bakım Yükleri, Depresyon Durumları ve İlişkili Faktörler" konulu çalışmayı Anabilim Dalımızda yapma talebi değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Yüksel ERSOY
Anabilim Dalı Başkanı

EK 7. Etik Kurul Onay Belgesi

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
13.02.2018	4	2018/4-8	
<p>Karar No: 2018/4-8: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 13.02.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD'ın Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'in sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Tıp Merkezi Fiyoterapist Ramazan Cihad YILMAZ'ın "Turgut Özal Tıp Merkezine Başvuran Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastalarına Bakım Veren Refakatçilerin Bakım Yükleri, Depresyon Durumları ve İlişkili Faktörler" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı 			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Erkan KARATAŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi	KATILDI