

Evde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti Alan Hastalara Bakım Verenlerde Depresyon Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bayram Can Doğan^{*1}, Deniz Kılıç Doğan²

¹*Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Kozaklı Meslek Yüksekokulu Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Nevşehir, Türkiye

²Bir kurumda çalışmamaktadır

Özet

Amaç: Bu araştırmanın temel amacı, evde fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti alan hastalara bakım sağlayan bireylerde depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 20–60 yaş aralığında 68 bakım veren ve bakımını üstlendikleri 68 hasta dahil edilmiştir. Bakım verenlere Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) uygulanmış, hastaların bağımsızlık düzeyleri tedavi öncesi ve sonrası Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bakım verenlerin BBVEÖ ortalaması 3,20±1,42 olup, yaşam kalitesinde düşüşü yansıtmaktadır. Katılımcıların depresyon düzeyleri minimalden şiddetliye değişmektedir; BBVEÖ ve BDÖ arasında negatif ilişki saptanmıştır (p<0,01). Hastaların FBÖ skorları tedavi sonrası anlamlı şekilde artmıştır (p<0,01). Tanı grupları arasında bakım yükü ve depresyon açısından fark bulunmamıştır (p>0,05). Hastaların bağımsızlık düzeyleri ile bakım yükü arasında ilişki belirlenmiştir (p<0,05).

Sonuç: Bakım verenler orta düzeyde depresyon yaşamaktadır. Bakım yükü yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, hastaların bağımsızlık düzeylerindeki artış yükü azaltmakta ancak depresyonu değiştirmemektedir. Tanı gruplarının bakım verenler üzerinde belirgin bir etkisi bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Bakım Yükü, Depresyon, Fonksiyonel Bağımsızlık

TFK, 2025; 8(3): 167-187.

Examination Of The Relationship Between Depression Levels And Quality Of Life Among Caregivers Of Patients Receiving Physical Therapy And Rehabilitation Services At Home

Abstract

Aim: The primary objective of this study was to examine depression levels and quality of life among caregivers of patients receiving home physical therapy and rehabilitation services.

Materials and Methods: The study included 68 caregivers aged 20–60 and the 68 patients they cared for. The caregivers were administered the Beck Depression Inventory (BDI) and the Bakas Caregiver Impact Scale (CBI), and the patients' independence levels were assessed using the Functional Independence Measure (FIM) before and after treatment.

Results: The caregivers' mean CBI score was 3.20±1.42, reflecting a decrease in quality of life. Participants' depression levels ranged from minimal to severe; a negative correlation was found between the CBI and BDI (p<0.01). Patients' FIM scores increased significantly after treatment (p<0.01). No difference was found in terms of caregiver burden and depression between diagnostic groups (p>0.05). A relationship was identified between patients' independence levels and caregiver burden (p<0.05).

Conclusion: Caregivers experience moderate levels of depression. Caregiver burden negatively impacts quality of life, and increasing patients' independence reduces the burden but does not alter depression. Diagnostic groups did not have a significant impact on caregivers.

Keywords: Caregiver Burden, Depression, Functional Independence

J Med Clin, 2025; 8(3): 167-187.

¹Sorumlu Yazar / Corresponding Author: E-mail: doganbayram50@gmail.com. ORCID: 0000-0001-8011-0370

² E-mail: istanbuldnz95@gmail.com. ORCID: 0009-0009-3549-4067

GİRİŞ

Toplumların sağlık alanında karşılaştıkları en önemli sorunlardan biri, kronik hastalıklar ve uzun süreli bakım gerektiren durumlarda hastalara verilen desteğin sürekliliğini sağlamaktır. Evde fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, özellikle hareket kısıtlılığı yaşayan bireylerin fonksiyonel bağımsızlığını artırmayı, yaşam kalitesini yükseltmeyi ve sağlık kuruluşlarına olan yükü azaltmayı hedefleyen önemli bir uygulama alanı haline gelmiştir. Ancak bu hizmetlerin başarısı yalnızca hasta ile sınırlı kalmayıp, aynı zamanda bakım sürecine aktif olarak katılan bakım verenlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarıyla da yakından ilişkilidir. Bakım verenler, hastalarının günlük ihtiyaçlarını karşılamak, tedavi süreçlerini takip etmek ve rehabilitasyon uygulamalarına destek olmak gibi çok yönlü sorumluluklar üstlenmektedir. Bu süreç, çoğu zaman bireylerin kendi sosyal yaşamlarını, iş hayatlarını ve kişisel sağlıklarını ikinci plana atmalarına neden olabilmektedir. Uzun süreli bakım yükü, bakım verenlerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyerek depresyon riskini artırmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Depresyon, bakım verenlerde yalnızca bireysel bir sağlık sorunu olmakla kalmamakta, aynı zamanda verilen bakımın niteliğini de doğrudan etkileyen önemli bir değişken olarak değerlendirilmektedir.

Literatürde bakım verenlerin yaşadığı psiko-sosyal zorluklar ve ruhsal sorunların hasta bakım süreçlerini doğrudan etkilediği, depresyon düzeylerinin artmasının yaşam kalitesinde ciddi düşümlere yol açtığına dikkat çekilmektedir. Buna karşın, evde fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri bağlamında bakım verenlerin depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin yeterince ele alınmadığı görülmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada evde fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin depresyon düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma bulgularının, bakım verenlerin ruhsal sağlığını desteklemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesine ve evde bakım hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, herhangi bir yaş sınırlaması olmaksızın nörolojik hastalıklar,

kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, yaralanmalar ve kazalar gibi durumların yanı sıra kanser gibi akut ya da kronik sağlık sorunlarında bütüncül bir yaklaşım sunan tıp alanıdır. Bu disiplin; engelliliğe yol açan tıbbi durumların önlenmesi, tanısının konması, tedavisinin yapılması ve rehabilitasyon süreçlerinin yürütülmesini kapsar. Bu hizmetin sunumunda multidisipliner bir ekip görev almakta olup ekip; uzman hekim, fizyoterapist ve fizyoterapi teknikerinden oluşmaktadır. Fizyoterapistler, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon hekimi tarafından belirlenen tanı ve tedavi planı çerçevesinde uygulamaları gerçekleştiren kişilerdir. Bu süreçte hastaların fonksiyonel kısıtlılıklarının düzeltilmesine katkıda bulunurlar. Ayrıca, uzman hekim tarafından egzersiz yapılmasında sakınca olmadığı bildirilen sağlıklı bireyler için de egzersiz programları hazırlayıp uygulayarak genel sağlık durumunu iyileştirmeyi ve olası yaralanmaların önlenmesini amaçlarlar. Fizyoterapi teknikerleri ise doktor ve fizyoterapist gözetiminde, elektroterapi ajanları ve çeşitli araç-gereçler yardımıyla fonksiyonel kısıtlılığı ya da fiziksel engeli olan bireylere uygulamaları gerçekleştiren sağlık çalışanlarıdır. Türkiye’de fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri; özel hastaneler, rehabilitasyon merkezleri ve klinikler aracılığıyla sunulabilmektedir. Bu hizmet, yalnızca hastane ortamıyla sınırlı olmayıp ayaktan başvurularla ya da hastaların yatarak tedavi görmesiyle de uygulanabilmektedir. Bunun yanında, evde fiziksel tıp ve rehabilitasyon modeli de yaygınlaşmaktadır. Ev ortamında verilen bu hizmet, özellikle sağlık durumu nedeniyle dışarıya çıkması riskli olan, fonksiyonel hareketliliği kısıtlı bulunan, hastaneye ulaşım olanağı bulunmayan ve uzman hekim değerlendirmesi sonucunda uygun görülen bireylere yönelik olarak uygulanmaktadır. Evde fiziksel tıp ve rehabilitasyondan yararlanabilecek hasta grupları arasında; hemipleji, parapleji ve tetrapleji gibi nörolojik tabloların yanı sıra Parkinson hastaları, Multipl Skleroz (MS), Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS), Serebral Palsi (SP), Spinal Musküler Atrofi (SMA) tanısı almış bireyler ile total diz ve kalça protezi ameliyatı sonrası dönemindeki hastalar yer almaktadır (1).

Depresyon, bireylerin duygusal, zihinsel ve bedensel işlevlerini olumsuz yönde etkileyen,

ciddi düzeyde yaygınlık gösteren psikiyatrik bir bozukluktur (2). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya çapında 264 milyondan fazla insan depresyondan etkilenmektedir. Bu tablo yalnızca kişilerin yaşam kalitesini azaltmakla sınırlı kalmamakta, aynı zamanda iş hayatında verimliliği düşürmekte, sosyal ilişkilerde sorunlara yol açmakta ve genel sağlık durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (3).

Depresyonun ortaya çıkışında biyolojik, psikolojik ve çevresel etkenlerin bir arada rol oynadığı bilinmektedir. Aile öyküsünde depresyon bulunan kişilerde genetik yatkınlık nedeniyle risk daha yüksek olmaktadır (3). Ayrıca nörotransmitterler arasında sayılan serotonin, norepinefrin ve dopamin düzeylerindeki dengesizlikler depresyonun biyolojik temellerini oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, travmatik yaşantılar, kronik stres, düşük özsaygı ve olumsuz düşünce kalıpları gibi psikolojik faktörler de önemli risk unsurları arasında yer almaktadır. Çevresel koşullar bağlamında ise sosyal izolasyon, ekonomik güçlükler ve işsizlik gibi stresörler depresyonun ortaya çıkışını kolaylaştırıcı etmenler olarak öne çıkmaktadır (4).

Depresyonun klinik tablosu duygusal, bilişsel ve fiziksel düzeyde çok sayıda belirti ile kendini göstermektedir. Duygusal alanda yoğun üzüntü, umutsuzluk, değersizlik ve suçluluk duyguları dikkat çekmektedir. Bilişsel belirtiler arasında ise dikkati toplamada zorluk, karar verme süreçlerinde güçlükler ve sürekli olumsuz düşünceler yer almaktadır. Fiziksel açıdan değerlendirildiğinde enerji azalması, uyku düzeninde bozulmalar (uykusuzluk ya da aşırı uyuma), iştah farklılıkları ve çeşitli bedensel ağrılar ön plana çıkmaktadır. Tüm bu belirtiler, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesinde belirgin bir azalmaya yol açmaktadır (5).

Günümüzde bireylerin yaşam süresi uzadıkça, yalnızca uzun ömürlü olmak değil, aynı zamanda bu sürecin daha keyifli ve nitelikli geçirilmesi önem kazanmıştır. İkinci Dünya Savaşı sırasında ortaya çıkan ve farklı alanlarda kullanılmaya başlanan “yaşam kalitesi” kavramı; barınma, çevre koşulları ve sağlık gibi temel alanlardan başlayarak oldukça geniş bir

kullanım sahasına yayılmıştır. Genel anlamda bireyin iyi oluşunu tanımlayan yaşam kalitesi, kişinin yaşamından duyduğu haz ve memnuniyet düzeyiyle yakından ilişkilidir. Bu kavram yalnızca sağlık araştırmalarında değil, aynı zamanda siyasetçiler, hükümetler ve hatta reklam sektöründe de sıkça başvurulan bir olgu haline gelmiştir (6).

Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olarak bireyin yaşamına yansıyan olumlu gelişmelerin bütününe kapsamaktadır. Taylor ve çalışma arkadaşları, yaşam kalitesini farklı boyutlarda ele almıştır: Felsefi açıdan bireyin iyi ve anlamlı bir yaşam sürmesi, etik bağlamda yaşamın kutsallığının korunması, ekonomik açıdan refah seviyesinin yükselmesi ve eşit yaşam standartlarının sağlanması, psikolojik boyutta ise hedeflere ulaşabilme ve yaşamın değerini hissedebilme bu kavramın temel unsurlarıdır. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL), yaşam kalitesini “kişinin içinde bulunduğu kültürel ve değerler sistemi çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri doğrultusunda yaşamını algılama biçimi” olarak tanımlamaktadır. DSÖ ayrıca yaşam kalitesinin bireylerin sosyal, kültürel ve çevresel bağlamlarıyla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Sağlıklı olma hali ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki bulunmakta, bu nedenle sağlık hizmetlerine ulaşımın ve bu hizmetlerden etkin biçimde faydalanmanın yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir (7, 8).

Özellikle yaşlı bireylerin yaşam kalitesini inceleyen yalnızca biyolojik değil, psikolojik, kültürel, manevi ve toplumsal faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (9). Bu bağlamda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler genel ölçekler ve hastalığa özgü ölçekler olmak üzere iki ana grupta sınıflandırılmaktadır.

Genel ölçekler, herhangi bir hastalık grubuna özel olarak tasarlanmamış, tüm topluma uygulanabilen ve geniş kapsamlı değerlendirme imkânı sağlayan ölçme araçlarıdır. Ancak, genel ölçeklerin hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki özgül etkilerini saptamada yeterince duyarlı olmayabileceği de vurgulanmaktadır.

Buna rağmen farklı hasta grupları ile genel toplum arasında karşılaştırma yapmaya elverişli olmaları önemli bir avantajdır. Sıklıkla kullanılan genel yaşam kalitesi ölçekleri arasında EuroQol, SF-36, WHOQOL, KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), McMaster Sağlık İndeksi, Hastalık Etki Profili (SIP) ve Nottingham Sağlık Profili (NHP) yer almaktadır (10, 11).

SF-36 (Kısa Form 36) ise Ware tarafından 1987'de geliştirilmiş olup, klinik uygulamalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve toplum temelli araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ölçek, bireyin yaşam kalitesini sekiz boyutta toplam 36 soru ile ölçmektedir. Fiziksel işlevsellik, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol güçlüğü, enerji ve canlılık, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı ölçeğin alt boyutlarını oluşturmaktadır. Her bir alt boyut 0 ile 100 arasında puanlanmakta, "0" kötü sağlık durumunu işaret etmektedir. Ayrıca ölçek, son bir hafta ve son dört haftalık döneme ilişkin sağlık algısını da değerlendirmektedir (12).

Hastalığa özgü ölçekler ise belirli bir hastalığın, semptomların ya da fonksiyonel bozuklukların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini daha ayrıntılı biçimde incelemek üzere geliştirilmiştir. Bu ölçekler, tedavi süreçlerinin hastaların yaşam kalitesinde yol açtığı küçük değişimleri yakalamada daha duyarlıdır. Bununla birlikte, puanlama sistemlerinin farklı olması ve farklı hastalık gruplarına göre değişkenlik göstermesi nedeniyle bu ölçeklerle yapılan değerlendirmeler arasında doğrudan karşılaştırma yapılamamaktadır (13). En sık kullanılan hastalığa özgü ölçekler arasında Kanser Rehabilitasyon Değerlendirme Sistemi (CARES), Kanser Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirmesi (FACT), Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu (EORTC), Fonksiyonel Yaşam İndeksi-Kanser (FLIC) ve Spitzer Yaşam Kalitesi Dizi (SQLI) bulunmaktadır (10, 14).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, evde fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla nicel araştırma yön-

temlerinden betimsel ve karşılaştırmalı bir desende yürütülmüştür. Çalışmada bakım verenlerin ruhsal durumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiler, standart ölçme araçları aracılığıyla belirlenmiş ve istatistiksel analizlerle incelenmiştir.

Çalışma Grubu: Araştırmanın evrenini, Kasım 2019 – Kasım 2020 tarihleri arasında evde fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti alan bireyler ve onların bakımından sorumlu olan yakınları oluşturmuştur. Çalışmaya dahil edilme ve edilmeme kriterleri doğrultusunda, 20–60 yaş aralığında bulunan 68 bakım veren ile bu bakım verenlerin sorumluluğunu üstlendiği 68 hasta olmak üzere toplam 136 kişi araştırmaya dahil edilmiştir.

Verilerin Toplanması: Çalışmada veri toplama sürecinde hem bakım verenler hem de hastalara yönelik ölçme araçları kullanılmıştır. Katılımcılara ait demografik veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu aracılığıyla toplanmıştır. Bakım verenlerin depresyon düzeylerini ölçmek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), bakım yükünü değerlendirmek için BAKAS Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ), hastaların fonksiyonel bağımsızlık düzeyini belirlemek için ise Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) kullanılmıştır. Tüm ölçekler, standart uygulama yönergeleri doğrultusunda katılımcılara uygulanmıştır.

Verilerin Analizi: Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS 25 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada kullanılan ölçeklerin güvenilirliği iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach's Alpha tekniği ile değerlendirilmiştir. Demografik değişkenler için frekans ve yüzde dağılımları, nümerik değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Nümerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile test edilmiştir.

Normal dağılım gösteren iki grup arasındaki farkın incelenmesinde Bağımsız Örneklem T Testi, ikiden fazla grup için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA);

Normal dağılıma uymayan verilerde iki grup için Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla grup

için Kruskal-Wallis Testi; Bağımlı gruplarda ise normal dağılım göstermeyen veriler için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda anlamlı fark saptandığında hangi gruplar arasında farklılık bulunduğunu belirlemek için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Ayrıca, normal dağılıma sahip iki nümerik değişken arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır. Korelasyon katsayıları $<0,20$ çok za-

yıf, $0,20-0,40$ zayıf, $0,40-0,60$ orta, $0,60-0,80$ yüksek ve $>0,80$ çok yüksek düzeyde ilişki olarak yorumlanmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi $p<0,05$ ve $p<0,01$ olarak kabul edilmiş, tüm hipotezler çift yönlü olarak sınanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan evde fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti alan hastalara bakım verenlerin özet istatistikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1: Araştırmaya katılan bakım verenlerin özet istatistikleri

Cinsiyet	N	%
Kadın	61	89,7
Erkek	7	10,3
Yaş (46,95±10,18)		
40 yaş ve altı	15	22,1
40-50 yaş arası	28	41,1
50 yaş üzeri	25	36,8
Medeni Durum		
Evli	50	73,5
Bekar	18	26,5
Eğitim Seviyesi		
İlkokul	41	60,3
Ortaokul	11	16,2
Lise	7	10,3
Üniversite	9	13,2
Gelir Düzeyi		
500 TL altı	0	0,0
500-999 TL arası	0	0,0
1000-1500 TL arası	6	8,8
1500 TL ve üzeri	62	91,2
Yakınlık Derecesi		
Eşi	20	29,5
Annesi ve Babası	12	17,6
Çocuğu	36	52,9
Bakım Süresi		
1 yıldan daha az	15	22,1
1-3 yıl	16	23,5
4-5 yıl	9	13,2
5 yıldan daha fazla	28	41,2

Araştırmaya katılan evde fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti alan hastalara bakım verenlerin özet istatistikleri incelendiğinde, %89,7'sinin (61 kişi) kadın, %10,3'ünün (7 kişi) erkek olduğu, %22,1'inin (5 kişi) 40 yaş ve altı, %41,1'inin (28 kişi) 40-50 yaş arası ve %36,8'inin (25 kişi) 50 yaş üzeri olduğu, %73,5'inin (50 kişi) evli ve %26,5'inin (18 kişi) bekar olduğu, %60,3'ünün (41 kişi) ilkökul, %16,2'sinin (11 kişi) ortaokul, %10,3'ünün (7 kişi) lise ve %13,2'sinin (9 kişi) üniversite eğitim seviyesine sahip olduğu, %8,8'inin (6 kişi) 1000-1500 TL arası ve %91,2'sinin (62 kişi) 1500 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olduğu, yakınlık dereceleri in-

celendiğinde %29,5'inin (20 kişi) hastanın eşi olduğu, %17,6'sının (12 kişi) hastanın anne ve babası olduğu, %52,9'unun (36 kişi) hastanın çocuğu olduğu, bakım süreleri incelendiğinde ise %22,1'inin (15 kişi) 1 yıldan daha az hastasına baktığı, %23,5'inin (16 kişi) 1-3 yıl arası hastasına baktığı, %13,2'sinin (9 kişi) 4-5 yıl arası hastasına baktığı ve %41,2'sinin (28 kişi) 5 yıldan daha fazla süre ile hastasına baktığı saptanmıştır (Tablo 4.1).

Araştırmada kullanılan Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği (BBVEÖ) 68 bakım verene uygulanması ile elde edilen verilerin güvenilirlik analizi incelenmiş ve Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2: Bakas Bakım Veren Etki Ölçeğinin (BBVEÖ) güvenilirlik analizi

Cronbach's Alpha değeri	N (madde)
0,930	15

15 ifadenin yer aldığı Bakas Bakım Verme Etki Ölçeğinin (BBVEÖ) güvenilirlik analizi Can (2010) tarafından yapılmış ve güvenilirlik analizi sonucu Cronbach's Alpha değeri 0,90 olarak bulunmuş ve ölçeğin güvenilir olduğu kanaatine varılmıştır. Bu çalışmada ise Bakas Bakım Verme Etki Ölçeğinin (BBVEÖ) güvenilirliği veriler üzerinden yapılmış ve 0,93 olarak bu-

lunmuş (Tablo 4.2) ve ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermiştir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği (BBVEÖ) maddelerine verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapmaları Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3: Bakas Bakım Veren Etki Ölçeğinin (BBVEÖ) madde ortalama ve standart sapmaları

Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ)	X±SS
M1-Kendime güvenim / öz saygım	3,96±1,35
M2-Fiziksel sağlığım	2,72±1,37
M3- Aile aktiviteleri için zamanım	2,78±1,36
M4-Stresle başa çıkabilme yeteneğim	3,37± 1,36
M5-Arkadaşlarla olan ilişkim	2,54±1,45
M6-Geleceğe bakış açım	3,25±1,20
M7-Enerji düzeyim	2,97±1,56
M8-Duygusal (emosyonel) iyilik halim	3,10± 1,62
M9-Yaşamdaki rollerim	3,32± 1,55
M10-Arkadaşlarımla sosyal aktiviteler için zamanım	2,41 ± 1,41
M11-Ailemle ilişkim	3,82±1,36
M12-Maddi (finansal) iyilik durumum	3,63 ± 1,34
M13-Bakıma ihtiyacı olan hastamla ilişkim	4,47±1,50
M14-Fiziksel işlevselliğim	2,93 ±1,51
M15-Genel sağlığım	2,74±1,33
Genel Ortalama	3,20±1,42

Araştırmaya katılan bakım verenlerin Cinsiyet, Yaş, Eğitim Seviyesi, Gelir Düzeyi, Yakınlık Derecesi ve Bakım Verme Sürelerine göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeğine (BBVEÖ) verdikleri yanıtların faktör düzeyine göre bulguları, karşılaştırmaları ve yorumları Tablo 4.4 ve Tablo 4.5’de verilmiştir. Araştırmaya katılan

bakım verenlerin cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, gelir düzeyi, yakınlık derecesi ve bakım verme sürelerine göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) faktör düzeyinin normal dağılıp dağılmadığı “Shapiro-Wilk Testi” ile analiz edilmiş ve Tablo 4.4’de verilmiştir.

Tablo 4.4: Bakım verenlerin demografik verilerine göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeğinin (BBVEÖ) toplam puanlarının normallik testi

	Cinsiyet	Shapiro-Wilk Testi		
		İstatistik değeri	SD	p değeri
BBVEÖ	Kadın	,980	61	,410*
	Erkek	,929	7	,546*
	Yaş			
	“ 40 yaş ve altı	,950	15	,522*
	40-50 yaş arası	,983	28	,919*
	50 yaş üzeri	,954	25	,305*
	Eğitim Seviyesi			
	İlkokul	,982	41	,748*
	Ortaokul	,931	11	,417*
	Lise	,897	7	,316*
	Üniversite	,934	9	,518*
	Gelir Düzeyi			
	1000-1500 TL arası	,918	6	,494*
	1500 TL ve üzeri	,980	62	,402*
	Yakınlık Derecesi			
	Eşi	,951	20	,376*
	Annesi ve Babası	,921	12	,293*
	Çocuğu	,990	36	,979*
	Bakım Verme Süresi			
	1 yıldan daha az	,948	15	,499*
1-3 yıl arası	,963	16	,723*	
4-5 yıl arası	,898	9	,239*	
5 yıldan daha fazla	,959	28	,329*	

* $p > 0,05$

Araştırmaya katılan bakım verenlerin demografik verilerine göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) faktör düzeyinin normalliğine bakılmış ve normal dağıldığı görülmüştür ($p > 0,05$) (Tablo 4.4). Bundan dolayı normal dağılan grupların arasında fark olup olmadı-

ğı iki grup (cinsiyet, gelir düzeyi) olanlar için “Bağımsız Örneklem T Testi” ile, ikiden fazla grup (yaş, eğitim seviyesi, yakınlık derecesi, bakım verme süresi) olanlar için ise “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Testi” ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.5: Bakım verenlerin demografik verilerine göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeğinin (BB-VEÖ) toplam puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	v±ss	p değeri
Kadın	48,54±15,41	pa=0,402
Erkek	43,43±12,78	
Yaş		
40 yaş ve altı	48,60± 16,47	pb=0,918
40-50 yaş arası	48,61 ± 15,55	
50 yaş üzeri	47,00± 14,49	
Eğitim Seviyesi		
İlkokul	48,32±15,24	pb=0,969
Ortaokul	46,73±11,27	
Lise	49,86±11,70	
Üniversite	46,78±22,24	
Gelir Düzeyi		
1000-1500 TL arası	32,83 ±11,48	pa=0,009**
1500 TL ve üzeri	49,48± 14,72	
Yakınlık Derecesi		
Eşi	45,65±15,60	pb=0,403
Annesi ve Babası	44,92± 17,59	
Çocuğu	50,36±14,09	
Bakım Verme Süresi		
1 yıldan daha az	49,93±10,39	pb=0,716
1-3 yıl	46,06±11,39	
4-5 yıl	52,22±15,63	
5 yıldan daha fazla	46,75±18,92	

* $p<0,05$; ** $p<0,01$, İki grup arası fark Bağımsız Örneklem T Testi ile değerlendirilmiştir. İki'den fazla grup arası fark Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Testi ile değerlendirilmiştir.

Bakım verenlerin demografik verilerine göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) faktör düzeyi karşılaştırılması yapılmış ve “Gelir Düzeyi” ile Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVÖ) faktör düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış ($p<0,01$), diğer demografik veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5). “Gelir Düzeyi” grubu incelendiğinde çıkan farkın 1000-1500 TL arası

gelir düzeyine sahip bakım verenlerin ortalamasının 1500 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip bakım verenlerden daha az olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmada kullanılan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 68 bakım verene uygulanması ile elde edilen verilerin güvenilirlik analizi incelenmiş ve Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6: Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) güvenilirlik analizi

Cronbach’s Alpha değeri	N (madde)
0,878	21

21 ifadenin yer aldığı Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) güvenilirlik analizi Hisli (1989) tarafından yapılmış ve güvenilirlik analizi sonucu Cronbach's Alpha değeri 0,80 olarak bulunmuş ve ölçeğin güvenilir olduğu kanaatine varılmıştır. Bu çalışmada ise Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) güvenilirliği veriler üzerinden yapılmış ve 0,878 olarak bulunmuş (Tablo 4.6)

ve ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermiştir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) maddelerine verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapmaları Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7: Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) madde ortalama ve standart sapmaları

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	X±SS
BDÖ-1	1,12±0,78
BDÖ-2	0,82±1,08
BDÖ-3	0,19±0,55
BDÖ-4	1,25±0,92
BDÖ-5	0,93±0,94
BDÖ-6	0,71±0,86
BDÖ-7	0,56±0,70
BDÖ-8	0,56±0,68
BDÖ-9	0,03±0,17
BDÖ-10	1,16±0,92
BDÖ-11	0,96±1,00
BDÖ-12	1,09±1,02
BDÖ-13	0,99±0,82
BDÖ-14	0,81±0,85
BDÖ-15	1,28±0,73
BDÖ-16	1,29±1,01
BDÖ-17	1,29±0,90
BDÖ-18	0,54±0,74
BDÖ-19	0,65±0,84
BDÖ-20	0,35±0,66
BDÖ-21	■ 1,41 ± 1,34
Genel Ortalama	17,80±9,67

Araştırmaya katılan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) maddelerine verdikleri yanıtların toplam puanlarına göre depres-

yon şiddet düzeylerinin özet istatistikleri Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8: Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) madde toplam puanlarına göre depresyon şiddet düzeylerinin özet istatistikleri

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Depresyon Düzeyleri	N	%
Minimal Depresyon (0-9 puan)	12	17,6
Hafif Depresyon (10-16 puan)	23	33,8
Orta Depresyon (17-29 puan)	24	35,3
Şiddetli Depresyon (30-63 puan)	9	13,3

Araştırmaya katılan bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) maddelerine verdikleri yanıtların toplam puanlarına göre depresyon şiddet düzeylerinin özet istatistikleri incelendiğinde, araştırmaya katılan bakım verenlerin %17,6'sının (12 kişi) minimal depresyon (0-9 puan) düzeyinde, %33,8'inin (23 kişi) hafif depresyon (10-16 puan) düzeyinde, %35,3'ünün (24 kişi) orta depresyon (17-29 puan) düzeyinde ve %13,3'ünün (9 kişi) ise şiddetli depresyon (30-63 puan) düzeyinde

olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Araştırmaya katılan bakım verenlerin demografik verilerine göre Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) verdikleri yanıtların faktör düzeyine göre bulguları, karşılaştırmaları ve yorumları Tablo 4.9 ve Tablo 4.10'da verilmiştir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin demografik verilerine göre Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) faktör düzeyinin normal dağılıp dağılmadığı "Shapiro-Wilk Testi" ile analiz edilmiş ve Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9: Bakım verenlerin demografik verilerine göre Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) toplam puanlarının normallik testi

	Cinsiyet	Shapiro-Wilk Testi		
		İstatistik değeri	SD	p değeri
BDÖ	Kadın	,968	61	,117
	Erkek	,959	7	,809
	Yaş			
	40 yaş ve altı	,963	15	,738
	40-50 yaş arası	,971	28	,602
	50 yaş üzeri	,932	25	,098
	Eğitim Seviyesi			
	İlkokul	,959	41	,140
	Ortaokul	,936	11	,477
	Lise	,924	7	,502
	Üniversite	,958	9	,773
	Gelir Düzeyi			
	1000-1500 TL arası	,977	6	,937
	1500 TL ve üzeri	,976	62	,253
	Yakınlık Derecesi			
	Eşi	,977	20	,882
	Annesi ve Babası	,947	12	,594
	Çocuğu	,960	36	,211
	Bakım Verme Süresi			
	1 yıldan daha az	,942	15	,412
1-3 yıl arası	,980	16	,960	
4-5 yıl arası	,914	9	,342	
5 yıldan daha fazla	,954	28	,242	

* $p>0,05$

Araştırmaya katılan bakım verenlerin demografik verilerine göre Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) faktör düzeyinin normalliğine bakılmış ve normal dağıldığı görülmüştür ($p>0,05$)

(Tablo 4.9). Bundan dolayı normal dağılan grupların arasında fark olup olmadığı iki grup (cinsiyet, gelir düzeyi) olanlar için "Bağımsız Örneklem T Testi" ile, ikiden fazla grup (yaş,

eğitim seviyesi, yakınlık derecesi, bakım verme süresi) olanlar için ise “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Testi” ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.10’da verilmiştir.

Tablo 4.10: Bakım verenlerin demografik verilerine göre Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) toplam puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	v±ss	p değeri
Kadın	18,33±9,92	pa=0,398
Erkek	15,00±8,39	
Yaş		
40 yaş ve altı	15,20±9,43	pb=0,458
40-50 yaş arası	18,57± 10,75	
50 yaş üzeri	19,00±8,86	
Eğitim Seviyesi		
İlkokul	18,63±10,04	pb=0,838
Ortaokul	18,00±9,71	
Lise	15,00±4,97	
Üniversite	17,33 ± 12,23	
Gelir Düzeyi		
1000-1500 TL arası	25,33±14,25	pa=0,053
1500 TL ve üzeri	17,27±9,08	
Yakınlık Derecesi		
Eşi	20,80±9,44 (Y)	pb=0,007**
Annesi ve Babası	23,33±10,28 (Y)	
Çocuğu	14,64±8,68 (Z)	
Bakım Verme Süresi		
1 yıldan daha az	14,73±7,42	pb=0,501
1-3 yıl	18,19±7,84	
4-5 yıl	18,11 ±7,67	
5 yıldan daha fazla	19,57±12,18	

*p<0,05; **p<0,01, İki grup arası fark Bağımsız Örneklem T Testi ile değerlendirilmiştir. İki'den fazla grup arası fark Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Testi ile değerlendirilmiştir.

Bakım verenlerin demografik verilerine göre Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) faktör düzeyi karşılaştırılması yapılmış ve “Yakınlık Derecesi” ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) faktör düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış (p<0,01), diğer demografik veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.10). “Yakınlık Derecesi” grubu incelendiğinde çı-

kan farkın ebeveynine bakım verenlerin ortalamalarının çocuğuna ve eşine bakım verenlerin ortalamalarından daha az olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) verdikleri yanıtlardan alınan toplam puanların normal dağılıp dağılmadığı “Shapiro-Wilk Testi” ile incelenmiş ve Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11: Bakım verenlerin Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) verdikleri toplam puanların normallik testi

	Shapiro-Wilk Testi		
	İstatistik değeri	SD	p değeri
BBVEÖ Toplam Puan	,980	68	,338*
BDÖ Toplam Puan	,973	68	,140*

* $p>0,05$

Araştırmaya katılan bakım verenlerin Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) yanıtlardan alınan toplam puanlarının normalliğine bakılmış ve normal dağıldığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo

4.11). Bundan dolayı normal dağılan verilerin arasında ilişki olup olmadığı “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı” ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12: Bakım verenlerin Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ile Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) verdikleri toplam puanların arasındaki ilişki durumu

		BBVEÖ Toplam Puan	BDÖ Toplam Puan
BBVEÖ Toplam Puan	Pearson Korelasyon	1	-0,714
	p değeri	-	pc=0,000**
BDÖ Toplam Puan	Pearson Korelasyon	-0,714	1
	p değeri		-

* $p<0,05$; ** $p<0,01$, İki nicel değişken arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Bakım verenlerin Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) toplam puanı ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanı arasında %71,4'lük negatif yönde yüksek dereceli bir

ilişki olup istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 4.12). Araştırmaya katılan bakım alan hasta bireylerin Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) tedavi öncesi ve tedavi sonrası puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 4.13’de verilmiştir.

Tablo 4.13: Bakım alanların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) tedavi öncesi ve tedavi sonrası puan ortalamaları ve standart sapmaları

	FBÖ Tedavi Öncesi	FBÖ Tedavi Sonrası
Kendine Bakım	X ±SS	X ±SS
A. Yemek yeme	3,28±2,18	3,63±2,26
B. Kendine bakım	2,47±1,76	2,74±1,87
C. Yıkanma	2,13± 1,41	2,37±1,54
D. Üst taraf giyimi	2,13± 1,63	2,37±1,72
E. Alt taraf giyimi	2,04±1,63	2,16±1,70
F. Tuvalet kullanımı temizliği	1,99±1,68	2,06±1,74
Sfinkter Kontrolü		
G. Mesane bakımı	2,19±2,00	2,19±2,00
H. Bağırsak bakımı	2,24±2,00	2,25±2,03

Transfer		
I. Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye	2,46±1,93	2,94±2,07
J. Tuvalet	2,24±2,00	2,50±2,09
K. Banyo, duş	2,25±1,89	2,66±2,01
Yer değiştirme		
L. Yürüme, Tekerlekli Sandalye, Her ikisi	2,35±1,97	2,90±2,11
M. Merdiven	1,79±1,60	1,97±1,80
Motor Skor Toplamı	29,79±21,59	32,75±22,61
İletişim		
N. Anlama: İşitsel, Görsel, Her İkisi	4,10±2,27	4,40±2,19
O. İfade edebilme: Sesli, Sessiz, Her İkisi	3,65±2,35	3,90±2,32
Sosyal Algılama		
P. Sosyal katılım (etkileşim)	3,19±2,61	3,24±2,23
R. Problem çözme	2,91±1,98	3,00±2,00
S. Hafıza	3,43±2,19	3,53±2,18
Kognitif Skor Toplamı	17,21±10,56	18,15 ± 10,41
Total Skor	47,49±28,67	51,41±29,72

Araştırmaya katılan bakım alan hasta bireylerin Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) tedavi öncesi ve tedavi sonrası puan ortalamaları incelendiğinde, motor skor toplam ortalamaları tedavi öncesinde 29,79±21,59 iken tedavi sonrasında 32,75±22,61 olduğu, kognitif skor toplam ortalamaları tedavi öncesinde 17,21 ±10,56 iken, tedavi sonrasında 18,15±10,41

olduğu ve total skor ortalamaları ise tedavi öncesinde 47,49±28,67 iken, tedavi sonrasında 51,41 ±29,72 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13). Bakım alan hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) motor skor toplamları, kognitif skor toplamları ve total skorlarının normal dağılıp dağılmadığı “Shapiro-Wilk Testi” ile analiz edilmiş ve Tablo 4.14’de verilmiştir.

Tablo 4.14: Bakım alanların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) motor skor toplamları, kognitif skor toplamları ve total skorlarının normallik testi

	‘ Shapiro-Wilk Testi		
	İstatistik değeri	SD	p değeri
Motor Skor Toplamı Tedavi Öncesi	,772	68	,000
Motor Skor Toplamı Tedavi Sonrası	,819	68	,000
Kognitif Skor Toplamı Tedavi Öncesi	,895	68	,000
Kognitif Skor Toplamı Tedavi Sonrası	,912	68	,000
Total Skor Tedavi Öncesi	,875	68	,000
Total Skor Tedavi Sonrası	,897	68	,000

* $p > 0,05$

Araştırmaya katılan bakım alan hasta bireylerin Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) tedavi öncesi ve tedavi sonrası motor skor toplamları, kognitif skor toplamları ve total skorlarının normalliğine bakılmış ve normal dağılmadığı

saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4.14). Bundan dolayı normal dağılmayan grupların arasında fark olup olmadığı için “Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi” ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.15’de verilmiştir.

Tablo 4.15: Bakım alanların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) motor skor toplamları, kognitif skor toplamları ve total skorlarının karşılaştırılması

	FBÖ Tedavi Öncesi	FBÖ Tedavi Sonrası	
Kendine Bakım	Ortanca (min- max)	Ortanca (min- max)	p değeri
Motor Skor Toplamı	19,5 (13-83)	24 (13-83)	pd=0,000**
Kognitif Skor Toplamı	15,5 (5-39)	17,5 (5-39)	pd=0,000**
Total Skor	40 (18-108)	43 (18-112)	pd=0,000**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, İki bağımlı grup arası fark Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi ile değerlendirilmiştir.

Bakım alanların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) tedavi öncesi ve tedavi sonrası motor skor toplamları, kognitif skor toplamları ve total skorlarının karşılaştırılması yapılmış ve tüm skorların tedavi öncesi ve tedavi sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,01$) (Tablo 4.15). Fark çıkan gruplar incelendiğinde, tüm skorların tedavi sonrası skor toplamları ortancalarının tedavi

öncesi skor toplamları ortancalarından daha fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Bakım alan hastaların hastalık gruplarına göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanlarının normal dağılıp dağılmadığı "Shapiro-Wilk Testi" ile analiz edilmiş ve Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16: Bakım alan hastaların hastalık gruplarına göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanlarının normallik testi

	Hasta Grup	Shapiro-Wilk Testi		
		İstatistik değeri	SD	p değeri
BBVEÖ	Parkinson	,902	11	,195*
	Tetrapleji	,928	11	,392*
	Hemipleji	,967	31	,428*
	Diğer	,858	15	,023
BDÖ	Parkinson	,951	11	,658*
	Tetrapleji	,953	11	,683*
	Hemipleji	,985	31	,937*
	Diğer	,937	15	,346*

* $p > 0,05$

Araştırmaya katılan bakım alan hasta bireylerin hastalık gruplarına göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanlarının normallğine bakılmış ve Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) normal dağıldığı ($p > 0,05$), Bakas Bakım Veren Etki Ölçeğinin (BBVEÖ) ise normal dağılma-

dığı saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4.16). Bundan dolayı normal dağılan ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığı "Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Testi" ile, normal dağılmayan ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığı ise "Kruskal Wallis Testi" ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.17'de verilmiştir.

Tablo 4.17: Bakım alan hastaların hastalık gruplarına göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanlarının karşılaştırılması

	Hasta Grup	v±ss	Ortanca (min-max)	p değeri
BBVÖ	Parkinson	47,00± 16,75	46 (20-67)	pe-0,442
	Tetrapleji	41,55± 14,32	38 (20-61)	
	Hemipleji	46,84± 12,70	48 (25-72)	
	Diğer	53,33 ± 15,46	48 (36-88)	
BDÖ	Parkinson	16,73 ±11,15	15 (0-38)	pb-0,089
	Tetrapleji	24,82± 12,69	22 (5-43)	
	Hemipleji	16,42±7,92	16 (1-34)	
	Diğer	17,27±8,68	15 (3-32)	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, İki den fazla grup arası fark Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Testi ile değerlendirilmiştir. İki den fazla grup arası fark Kruskal Wallis Testi ile değerlendirilmiştir.

Bakım alan hastaların hastalık durumlarına göre bakım verenlerin Bakas Bakım Veren Etki Ölçeğine (BBVEÖ) verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde, Parkinson hastasına bakım verenlerin ortalamasının 47,00±16,75 olduğu, Tetrapleji hastasına bakım verenlerin ortalamasının 41,55 ±14,32 olduğu, Hemipleji hastasına bakım verenlerin ortalamasının 46,84± 12,70 olduğu ve diğer (Serebral Palsi, ALS, Spina Bifida, Guillian Barre, Parapleji ve Multiple Skleroz) hastalık grubuna sahip olan hastasına bakım verenlerin ortalamasının 53,33±15,46 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.17). Bakım alan hastaların hastalık durumlarına göre bakım verenlerin Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) verdikleri yanıtların ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde, Parkinson hastasına bakım verenlerin ortalamasının 16,73±11,15 olduğu, Tetrapleji hastasına bakım verenlerin ortalamasının 24,82± 12,69 olduğu, Hemipleji hastasına bakım verenlerin

ortalamasının 16,42±7,92 olduğu ve diğer (Serebral Palsi, ALS, Spina Bifida, Guillian Barre, Parapleji ve Multiple Skleroz) hastalık grubuna sahip olan hastasına bakım verenlerin ortalamasının 17,27±8,68 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.17). Bakım alan hasta bireylerin hastalık gruplarına göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanlarının karşılaştırılması yapılmış ve hastalık gruplarına göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.17). Bakım alan hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) puanlarına (toplam puan 50'nin altı ve toplam puan 50'nin üstü) göre bakım verenlerin Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanlarının normal dağılıp dağılmadığı "Shapiro-Wilk Testi" ile analiz edilmiş ve Tablo 4.18'de verilmiştir.

Tablo 4.18: Bakım alan hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) puanlarına göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanlarının normalite testi

	Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ)	Shapiro-Wilk Testi		
		İstatistik değeri	SD	p değeri
BBVEÖ	FBÖ 50 puan ve altı	,967	38	,315*
	FBÖ 50 puan üstü	,972	30	,588*
BDÖ	FBÖ 50 puan ve altı	,959	38	,171*
	FBÖ 50 puan üstü	,960	30	,319*

Araştırmaya katılan bakım alan hasta bireylerin Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) puanlarına göre bakım verenlerin Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanlarının normalliğine bakılmış ve Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ)

ve Bakas Bakım Veren Etki Ölçeğinin (BBVEÖ) normal dağıldığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.18). Bundan dolayı normal dağılan iki grup arasında fark olup olmadığı “Bağımsız Örneklem T Testi” ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.19’da verilmiştir.

Tablo 4.19: Bakım alan hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) puanlarına göre bakım verenlerin Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanlarının karşılaştırılması

	Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ)	x±ss	Ortanca (min-max)	p değeri
BBVEÖ	FBÖ 50 puan ve altı	44,00± 12,09	46,50 (20-67)	pa=0,013*
	FBÖ 50 puan üstü	53,10±17,23	51,50 (25-88)	
BDÖ	FBÖ 50 puan ve altı	19,39±10,00	18,00 (0-43)	pa=0,183
	FBÖ 50 puan üstü	16,20±9,33	15,50 (1-34)	

* $p<0,05$; ** $p<0,01$, İki grup arası fark Bağımsız Örneklem T Testi ile değerlendirilmiştir.

sapmaları incelendiğinde, FBÖ 50 puan ve altı hastası olan bakım verenlerin ortalamasının 19,39±10,00 olduğu ve FBÖ 50 puan üstü hastası olan bakım verenlerin ortalamasının ise 16,20±9,33 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.19). Bakım alan hasta bireylerin Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) puanlarına göre bakım verenlerin Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanlarının karşılaştırılması yapılmış ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) puanlarına göre göre Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.19). Bakım alan hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) puanlarına göre bakım verenlerin Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) toplam puanları arasındaki farkın FBÖ 50 puan üstü hastası olan bakım verenlerin ortalamasının FBÖ 50 puan ve altı hastası olan bakım verenlerin ortalamasından daha fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

TARTIŞMA

Bu araştırmada elde edilen bulgular, evde fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti alan hastalara bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerini ve bakım sürecindeki deneyimlerini ortaya koymaktadır. Bakım verme süreci; sağlık hiz-

metleri, kişisel bakım, ev işleri ve sosyal destek koordinasyonu gibi geniş bir yelpazeyi kapsamakta ve çoğunlukla aile bireyleri tarafından üstlenilmektedir (15, 16). Bu durumun bireylerde yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyal etkiler literatürde “bakım veren yükü” olarak tanımlanmaktadır (15, 17).

Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunun kadın olduğu belirlenmiş olup, bu bulgu literatürdeki benzer araştırmalarla uyumludur (18, 19, 20, 21). Kadınların ev içi rolleri ve duygusal bağlarının güçlü olması, bakım verme sorumluluğunda daha fazla öne çıkmalarına yol açmaktadır (22). Katılımcıların yaş ortalamasının 40 yaş ve üzerinde olması da önceki araştırmalarla paralellik göstermektedir (16, 23, 24). Orta yaş grubunun bakım sürecinde daha fazla rol almasının, boş zaman ve iş yaşamı koşullarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (25).

Araştırmaya katılanların büyük bir kısmının evli olduğu ve çoğunlukla ebeveynlerine bakım verdiği görülmüştür. Benzer şekilde, farklı hasta gruplarıyla yapılan çalışmalarda da evli bireylerin ve ebeveynlerine bakım verenlerin oranının yüksek olduğu rapor edilmiştir (26, 27, 28). Eğitim düzeyi açısından bakım verenlerin çoğunun ilkökul mezunu olduğu ve gelir düzeylerinin genellikle orta veya yüksek olduğu saptanmış, bu sonuçlar da önceki araştırmalarla örtüşmektedir (27, 29, 30). Ayrıca, bakım

süresinin genellikle 5 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiş olup, bu bulgu da literatürdeki çalışmaları desteklemektedir (28, 31).

Bakım verme süreci, bireylerin sosyal, duygusal ve ekonomik yaşamlarında önemli olumsuzluklar yaratabilmektedir. Nitekim bakım yükü kavramı; bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının, sosyal ilişkilerinin ve mali koşullarının olumsuz yönde etkilenmesini ifade etmektedir (32). Araştırmada kullanılan Bakas Bakım Veren Etki Ölçeği (BBVEÖ) bulguları incelendiğinde, bakım verenlerin sosyal aktiviteler için zaman bulmakta en fazla zorlandıkları, buna karşılık hastalarıyla olan ilişkilerinde yük hissinin daha düşük olduğu görülmüştür. Genel olarak ölçekten elde edilen sonuçlar, sosyal yaşamın bakım yükü üzerinde en belirgin etkilerden biri olduğunu göstermektedir. Demografik değişkenlere göre değerlendirildiğinde, çalışmada yalnızca gelir düzeyi ile BBVEÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, yakınlık derecesi ve bakım süresine göre fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde de benzer sonuçlar rapor edilmiş olup, birçok araştırma bu değişkenler açısından farklılık olmadığını ortaya koymuştur (17, 26, 33, 34, 35, 36). Gelir durumuna ilişkin bulgular ise literatürde çelişkilidir; bazı araştırmalarda anlamlı farklılık saptanmışken (37, 38), diğerlerinde böyle bir fark bulunmamıştır (22, 39, 40). Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) sonuçları ise bakım verenlerin en düşük ortalamayı intihar düşünceleriyle ilgili maddede, en yüksek ortalamayı ise cinsel isteksizlik ile ilgili maddede verdiklerini göstermektedir. Demografik değişkenler açısından yalnızca yakınlık derecesi ile depresyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$). Cinsiyet, yaş, eğitim, gelir, medeni durum ve bakım süresi açısından fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Literatürde de benzer sonuçlar vardır (27, 41, 42, 43). Bununla birlikte, bazı çalışmalar yakınlık derecesine göre depresyon düzeylerinde farklılık olabileceğini ortaya koymuştur (37, 44).

Türkiye’de yapılan epidemiyolojik araştırmalarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının toplumda yaklaşık %10 oranında görüldüğü bildirilmiştir (45). Çalışmamızda ise bakım

verenlerin %82,4’ünde hafif, orta veya şiddetli düzeylerde depresyon saptanmıştır. Bu bulgu, literatürde farklı örneklerle yapılmış çalışmalarla da uyumludur (46, 47, 48). Çalışmamızda BBVEÖ ve BDÖ toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde negatif yönde anlamlı bir bağlantı bulunmuştur ($p<0,01$). Bu bulgu, literatürde de sıklıkla vurgulanan bakım yükü ile depresyon arasındaki güçlü ilişkiyi desteklemektedir (49, 50, 51). Araştırmaya katılan hastaların tamamı nörolojik hastalık grubunda olup, hekim tarafından düzenlenen rehabilitasyon programı çerçevesinde evde tedavi almışlardır. Tedavi öncesi ve sonrası FBÖ puanlarının karşılaştırılması sonucunda motor, kognitif ve toplam skorların anlamlı şekilde arttığı belirlenmiştir. Bu sonuç, evde fizik tedavi uygulamalarının hastaların fonksiyonel bağımsızlıklarına olumlu katkı sağladığını göstermektedir. Literatürde de benzer yönde bulgular rapor edilmiştir (52, 53). Bununla birlikte, hastalık türüne göre bakım verenlerin BBVEÖ ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Yılmaz’ın (51) çalışması da benzer şekilde, farklı tanılarına sahip hastalara bakım verenlerde bakım yükü ve depresyon düzeyleri açısından farklılık bulunmadığını ortaya koymuştur. Ayrıca FBÖ puanları düşük ve yüksek olan hastaların bakım verenleri karşılaştırıldığında, BBVEÖ puanlarında anlamlı bir farklılık görülmesine karşın BDÖ puanlarında böyle bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu da literatürdeki bazı çalışmalarla paralellik göstermektedir (17, 37, 54).

SONUÇ

Evde fizik tedavi ve rehabilitasyon alan hastalara bakım verenlerde bakım yükü ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür (Tablo 4.3). Demografik özellikler incelendiğinde cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, yakınlık derecesi ve bakım süresi açısından anlamlı fark bulunmazken yalnızca gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.5). Bakım verenlerin depresyon düzeylerinin genel olarak orta seviyede olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Depresyon düzeyleri bakım verenlerin çoğu demografik özelliğine göre değişmezken, yalnızca yakınlık derecesi açısından anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.10). Bakım yükü ile depresyon arasında ne-

gatif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12). Hastaların tedavi öncesi ve sonrası motor, kognitif ve total FBÖ skorlarında anlamlı artış görülmüş, tedaviden fayda sağlandığı ortaya konmuştur (Tablo 4.15). Tanılara göre bakım verenlerin bakım yükü ve depresyon düzeylerinde farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo 4.17). FBÖ puanları 50'nin altında olan hastaların bakım verenlerinde daha yüksek bakım yükü gözlenmiş, ancak depresyon açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.19).

Yazarların katkıları

Kavramsallaştırma; BCD, Denetim; DKD, Yazma; BCD, DKD, İnceleme; DKD, Düzenleme; BCD, Orijinal Taslak Hazırlama; BCD. Tüm yazarlar yazının yayınlanmış versiyonunu okudu ve kabul etti.

Çıkar çatışması

Yazarlar, çalışmanın yürütülmesi, sonuçların yorumlanması ve raporlanması süreçlerinde çıkar çatışması oluşturabilecek herhangi bir finansal, kurumsal veya kişisel bağlantılarının bulunmadığını beyan etmektedir.

Etik kurul onayı

Bu araştırma, İstanbul Bahçeşehir Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 06/11/2020 tarihli ve 2019-16/01 sayılı kararı ile etik onay olarak yürütülmüştür.

KAYNAKLAR

1. How to Determine If You Might Benefit From In-Home Physical Therapy (HPT), 2020. Verywell Health. <https://www.verywellhealth.com/physical-therapy-in-your-home-4174973> [Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2020].
2. Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı* (5. baskı) (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
4. Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.
5. Ruiz, P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1; B. J. Sadock & V. A. Sadock, Eds.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
6. Santos, S. R., Santos, I. B., Fernandes, M., & Henriques, M. E. (2002). Elderly quality of life in the community: Application of the Flanagan's Scale. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764.
7. Arslan, D. T., & Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık çıktılarının ölçülmesi: QALY ve DALY. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 13, 99-126.
8. Güler, E. (2018). İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan yaşlı bireylerde malnütrisyon durumu ve yaşam kalitesinin belirlenmesi (Yüksek lisans tezi). Doğu Akdeniz Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs.
9. Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>.
10. Öztürk, M. O. (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Feryal Matbaası.
11. Shader, R. I. (2014). What is depression and who is in depression studies? *Clinical Therapeutics*, 36(11), 1483-1484.
12. Batıgün, A. D. (2001). Depresyonda bilişsel-davranışçı terapiler. *Türk Psikoloji Bülteni*, 7(20), 16-29.
13. Trousselard, M., Steiler, D., Claverie, D., & Canini, F. (2014). The history of mindfulness put to the test of current scientific data: Unresolved questions. *Encephale*, 40(6), 474-480.
14. Köse, G., Tayfur, M., Birincioğlu, İ., & Dönmez, A. (2016). Adaptation study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish. *Journal of Cognitive Psychotherapy Research*, 3(2), 125-134.
15. Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kro-

- nik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
16. Şirzai, H., Delialioğlu, S. Ü., Sarı, İ. F., & Özel, S. (2015). İnme ve bakım verme yükü. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences*, 18(3).
 17. McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36, 2181-2186. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000183097.39601.51>.
 18. Bilgili, N. (2000). Yaşlı bireye bakım veren ailelerin karşılaştıkları sorunların belirlenmesi (Doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
 19. İnci, F. H. (2006). Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği (Yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
 20. Akpınar, B. (2009). Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetinin bakım veren yükü üzerine etkisi (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
 21. Quadir, S. E., Birinci, M., Naçakar, G., Daşçı, N. M., & Yavuz, Ş. (2019). Alzheimer hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin ve yaşadıkları zorlukların değerlendirilmesi. *Journal of Health Sciences*, 12(1), 42-51.
 22. Başaran, R. (2018). Şizofreni hastalarının bakım veren yükü ve hasta cinsiyetinin bakım veren yüküne etkisi (Tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Konya.
 23. Duray, M., Gülşen, Ç., Altıuğ, F., Başkan, E., & Cavlak, U. (2018). Nörolojik hastalarda bakım verenlerin bakım yükünün gövde kas kuvveti, endüransı ve esnekliği üzerine etkisi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 29(3), 79-84.
 24. Saraç, H. F. G. (2020). Alzheimer hastalarının fonksiyonel kapasitesinin ve bakım verenin duygusal zekâ düzeyinin bakım verme yükü ile ilişkisi (Yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
 25. Soner, S., & Aykut, S. (2017). Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 375-387.
 26. Şahin, Z. A., Polat, H., & Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 1-9.
 27. Selçuk, K. T., & Avcı, D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 1-9.
 28. Kalınkara, V., & Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19-39.
 29. Tuna, M. (2010). İnmeli hastalarda bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolü (Yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
 30. Or, R. (2013). Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve bakım verenin iyilik hali (Yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
 31. Özyeşil, Z., Oluk, A., & Çakmak, D. (2014). Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 15(1).
 32. Antoniadı, A. M., Galvin, M., Heverin, M., Hardiman, O., & Mooney, C. (2020). Prediction of caregiver burden in amyotrophic lateral sclerosis: A machine learning approach using random forests applied to a cohort study. *BMJ Open*, 10(2), e033109.
 33. Malak, A. T., & Dicle, A. (2008). Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve

- etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18(2), 118-121.
34. Özdemir, F. K., Şahin, Z. A., & Küçük, D. (2009). Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26(3), 153-158.
 35. Canan, F., & Ataoğlu, A. (2010). Anksiyete, depresyon ve problem çözme becerisi algısı üzerine düzenli sporun etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 11(1), 38-43.
 36. Karahan, A., & İslam, S. (2013). A comparison study about caregiver burden between physically disabled, pediatric and geriatric patients. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 1(1), 22-29.
 37. Duru Aşiret, G. & Kapucu, S. (2012). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 14(2), 8.
 38. Taşçıoğlu, G., Beyazıt, U., & Ayhan, A. B. (2017). The examination of caregiving burden of parents who have children being treated at the hospital. *Journal of Health Sciences Faculty*, 1(1), 10-19.
 39. Yacı, Ö. (2011). Çeşitli evrelerdeki Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarındaki bakıcı yükü ve depresyonun karşılaştırılması (Tıpta uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul.
 40. Zaybak, A., Güneş, Ü. Y., İsmailoğlu, E. G., & Ülker, E. (2012). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 48-54.
 41. Bodur, S., & Cingil, D. D. (2006). Bağımlı yaşlıların aile içi bakıcılarının bakımla ilgili tutumları ve eğitimle ilişkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 22, 149-157.
 42. Orak, O. S., & Sezgin, S. (2015). Caregiver burden in family members of cancer patients. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1), 33-39.
 43. Papastavrou, E., Charalambous, A., & Tsangari, H. (2009). Exploring the other side of cancer care: The informal caregiver. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, 128-136. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.07.002>.
 44. Park, E. Y., & Nam, S. J. (2018). Time burden of caring and depression among parents of individuals with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 30, 1-6. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1417590>.
 45. Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Devenci, A., Gültekin, B. K., Taycan, O., & Ulaş, H. (2014). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 264-281.
 46. Loh, A. Z., & Tan, J. S. (2016). The global prevalence of anxiety and depressive symptoms among caregivers of stroke survivors. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 111-116. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.10.004>.
 47. Hu, P., Yang, Q., Kong, L., Hu, L., & Zeng, L. (2018). Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine*, 97(40), e12638. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012638>.
 48. Woodford, J., & Farrand, P. (2018). “I don't believe in leading a life of my own, I lead his life”: A qualitative investigation of difficulties experienced by informal caregivers of stroke survivors experiencing depressive and anxious symptoms. *Clinical Gerontologist*, 41(4), 293-307. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1364855>.
 49. Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>.
 50. Işık, K. (2013). Yaşlı hastaya evde bakım verenlerin yaşam doyumları ile bakım yükleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
 51. Yılmaz, R. D. (2019). Turgut Özal Tıp Merkezine başvuran fizik tedavi ve reha-

- bilitasyon hastalarına bakım veren refakatçilerin bakım yükleri, depresyon durumları ve ilişkili faktörler (Yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
52. Barr, L. G., Kubilius, B., Ansley, B., Whiteman, R., & Sahlas, D. J. (2017). Does the NRS capture changes in communication during inpatient stroke rehabilitation? *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(10), 2181-2190.
53. Kaya, O. (2019). İnme hastalarına bakım verenlerin anksiyete, depresyon, umutsuzluk, uyku kalitesi ve bakım yükü düzeyleri üzerine aktif rehabilitasyon sürecinin etkilerinin incelenmesi (Tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.
54. Gorgulu, U., Polat, U., Kahraman, B., Ozen, S., & Arslan, E. (2016). Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in Turkey. *Medical Science and Discovery*, 3(4), 159-165. <https://doi.org/10.17546/msd.279431>