



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

EVDE SAĞLIK HASTALARINDAKİ BASI YARASI
MEVCUDİYETİNİN BAKIM VERENLERİNİN PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIKLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Muhammed Talha ALTUN
UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

SİVAS
2025



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

EVDE SAĞLIK HASTALARINDAKİ BASI YARASI
MEVCUDİYETİNİN BAKIM VERENLERİNİN PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIKLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Muhammed Talha ALTUN
UZMANLIK TEZİ

Doç. Dr. Sanem NEMMEZİ KARACA
DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

SİVAS
2025



Tıpta Uzmanlık Tez Yazım Yönergesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 10/02/2010 tarih ve 2010 / 1-2 sayılı kararı ile kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Bu tez bu yönetmelik hükümlerine göre yazılmıştır.

TEŞEKKÜR

Hekimliğe ve hayata bakışta bizlere çok katkıları olan tanıdığım en zeki insanlardan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL' e,

Her zaman daha ileriye ve mükemmeli hedef gösteren, tez yazım sürecimde yardım ve emeğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Doç. Dr. Sanem NEMMEZİ KARACA'ya,

Hayatın her alanında olduğu gibi tez sürecinde de en büyük destekçim olan sevgili Hanımefendiye,

Tez yazım süreçlerimin son zamanlarına şahitlik eden canım Oğluma,

İyilikleri, güzellikleri en çok hak eden, insanlar içinde iyi davranmaya en layık olan sevgili annem ve babama, tez sürecimde kıymetli emeği olan kardeşim Melike'ye,

Birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum, her daim iyilikleri ile hatırlayacağım bölüm arkadaşlarıma,

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Muhammed Talha ALTUN

Sivas, 2025

ÖZET

EVDE SAĞLIK HASTALARINDAKİ BASI YARASI MEVCUDİYETİNİN BAKIM VERENLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIKLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Muhammed Talha ALTUN,

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

Uzmanlık Tezi, Sivas, 2025

İnsan ömrünün uzamasıyla evde bakıma muhtaç bireylerin sayısı artmakta, buna bağlı olarak bası yarası ve bakım yükü gibi sorunlarla daha sık karşılaşılmaktadır. Disiplininin bütüncül ve biyopsikososyal yaklaşımı doğrultusunda aile hekimliği uzmanları, evde sağlık hizmetleri (ESH) ve palyatif bakım alanlarında giderek daha etkin roller üstlenmektedir. Bu çalışmanın amacı, bakım alanlarda (BA) bası yarası varlığı ile bakım verenlerin (BV) psikolojik dayanıklılığı arasındaki olası ilişkiyi incelemektir.

Kesitsel-tanımlayıcı tasarımla yürütülen çalışmamıza, il merkezindeki ES birimlerine kayıtlı, yatağa en az bir yıldır tam bağımlı olan 230 BA ve birincil BV'leri dahil edildi. Veriler ev ziyaretlerinde yüz yüze görüşmelerle toplandı. Sosyodemografik değişkenlerin yanı sıra BV'lerin Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) yanıtları kaydedildi. Analizler SPSS 23.0 ile yapıldı, $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

BA'ların %62,6'sında havalı yatak bulunmasına rağmen %39,6'sında bası yarası saptandı. BV'lerin erkek olması, yüksek eğitim düzeyi, aktif çalışması, geniş ailede yaşaması, dışarı çıktığında yerine birinin bulunması, bakım sürecinde destek alması, hastayla geçici süreliğine birlikte yaşaması ve BA'nın dul olup kendine ait odası olması, ayrıca bası yarasının bulunmaması durumlarında PDÖ toplam, gelecek ve kendilik algısı alt boyut puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü. Bası yarası olmayan BA'lara bakım verenlerde özellikle kendilik algısı ve aile uyumu alt

boyut puanları daha yüksekti. Evli, erkek ve çalışan BV'lerin aile uyumu düzeyleri de daha yüksekti ($p<0.05$).

Bulgular, bası yarası varlığının BV'lerin psikolojik dayanıklılığı üzerinde belirleyici bir unsur olduğunu göstermektedir. Bakım sürecinde çoğunlukla göz ardı edilen BV'lerin psikososyal açıdan desteklenmesi gereklidir. Aile hekimliğinin ESH ile entegrasyonu, birey, aile ve toplum sağlığı üzerinde çarpan etkisi yaratma potansiyeline sahiptir.

Anahtar kelimeler: Evde Sağlık Hizmetleri, Bası yarası, Psikolojik Dayanıklılık



ABSTRACT

COMPARISON OF PRESSURE INJURY PRESENCE IN HOME HEALTHCARE PATIENTS WITH THE PSYCHOLOGICAL RESILIENCE OF THEIR CAREGIVERS

Muhammed Talha ALTUN, MD

Sivas, 2025

With the extension of human life expectancy, the number of individuals who are dependent on home-based care has steadily increased. As a result, problems such as the development of pressure injuries and the rising burden on caregivers are being encountered more frequently. Within the framework of its holistic and biopsychosocial approach, the field of family medicine has taken on increasingly active roles in home healthcare services and palliative care. Family physicians are not only providing medical care but are also addressing the psychosocial aspects of caregiving. The aim of this study is to examine the potential relationship between the presence of pressure injuries in individuals receiving home care and the psychological resilience of their primary family caregivers.

This cross-sectional and descriptive study was conducted with 230 individuals who had been completely bedridden and dependent on care at home for at least one year. All participants were registered with home healthcare service units located in the central district of the province. The primary family caregiver of each patient, defined as the individual assuming the main caregiving responsibility, was also included in the study. Data were collected during home visits through face-to-face interviews. In addition to sociodemographic variables, the caregivers completed the Psychological Resilience Scale for Adults, which evaluates various aspects of psychological resilience. Data analysis was performed using the SPSS 23.0 statistical software program, and a p-value of less than 0.05 was accepted as statistically significant.

Although 62.6 percent of the patients were found to be using air mattresses, 39.6 percent had developed pressure injuries. Psychological resilience scores were significantly higher among caregivers who were male, had a higher level of education,

were actively employed, lived in extended family households, had someone who could take over caregiving responsibilities when they were unavailable, received support in the caregiving process, temporarily lived with the patient, and provided care to a widowed patient who had a private room and no pressure injury. Caregivers of patients without pressure injuries obtained higher scores particularly in the subscales of self-perception and family cohesion. Additionally, caregivers who were married, male, and working had significantly higher family cohesion scores ($p<0.05$).

The findings of this study suggest that the presence of a pressure injury in individuals receiving home care is a key factor that may negatively affect the psychological resilience of their caregivers. Since caregivers are often overlooked in the care process, it is essential that they are provided with psychosocial support. The integration of family medicine into home healthcare services holds the potential to create a multiplier effect in improving the health and well-being of individuals, families, and communities.

Keywords: Home Healthcare Services, Pressure Injury, Family Caregiver, Psychological Resilience

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Evde Sağlık Hizmetleri	4
2.1.1. Mefhum ve Tarihçe.....	4
2.1.2. Ülkemizde evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi.....	10
2.1.3. Evde sağlık hizmetlerinin kapsamı	13
2.1.4. Evde sağlık hizmetlerinin avantajları ve dezavantajları	15
2.2. Bakım Verenler	16
2.2.1. Bakım Veren Tanımı ve Özellikleri	16
2.2.2. Bakım Vermenin Bakım Veren Kişiler Üzerindeki Genel Etkileri	17
2.3. Bası Yarası	18
2.3.1. Bası yarası tanım ve terminolojisi	18
2.4. Psikolojik Dayanıklılık.....	22
2.4.1. Psikolojik dayanıklılık mefhumu.....	22
2.4.2. Psikolojik Dayanıklılık için Risk.....	25
2.4.3. Psikolojik Dayanıklılık için Koruyucu Faktörler	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Alınan İzinler.....	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tipi	28

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Araştırmanın Akışı ve Verilerin Toplanması	29
3.5. İstatistiksel Analiz	31
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	54
6. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE ÖZGÜN DEĞERİ	75
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
8. KAYNAKÇA	81



TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. Bakım alan bireylerin sosyodemografik özellikleri	33
Tablo 2. Bakım alan bireylerin kronik hastalıkları ve madde kullanım öyküleri	36
Tablo 3. Bakım alanların medeni durumlarına göre bazı değişkenlerin karşılaştırılması	37
Tablo 4. Bakım alanların KGYA Ölçeği puanları ve bası yarası durumları	38
Tablo 5. Bakım alanların evde havalı yatak mevcudiyetine göre bası yarası varlığı	39
Tablo 6. Bakım verenlerin sosyodemografik ve bazı tıbbi özellikleri.....	40
Tablo 7. Bakım süreci ile ilgili sosyal özellikler	42
Tablo 8. Bakım sürecinin yönetimi ile ilgili özellikler	43
Tablo 9. Bakım işinde bakım verenin zorlanma durumu.....	44
Tablo 10. Bakım verenlerin PDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların bakım sürecine ait değişkenler özelinde karşılaştırılması	46
Tablo 11. Bakım verenin yaşı ve aylık geliri ile PDÖ korelasyonu	47
Tablo 12. Bakım verenin sigara kullanım miktarı ve günlük bakıma ayırdığı süre ile PDÖ korelasyonu	48
Tablo 13. Bakım verenin bakım vermeye başlamasının üzerinden geçen yıl ile PDÖ korelasyonu	49
Tablo 14. Bakım verenlerin PDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların bakım alan kişiye ait değişkenler özelinde karşılaştırılması.....	51
Tablo 15. Bakım verenlerin PDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile bakım alanlardaki bası yarası evresi arasındaki ilişki	52
Tablo 16. Bakım verenlerin PDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile bakım alanlardaki bası yarası mevcudiyeti arasındaki ilişki.....	53
Tablo 17. Bakım verenlerin PDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların, bakım alanlardaki bası yarası mevcudiyeti ve evrelerine göre eta katsayıları	53

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Bakım Alanlarda Mevcut Kronik Hastalık Tanısı Sayıları	34
Şekil 2. Bakım alan bireylerde gözlenen hastalıkların dağılımı (n=230 olup; bazı katılımcılarda birden fazla sayıda hastalık tanısı yer almaktadır).....	35
Şekil 3. Toplam kronik hastalık yükü dağılımı (n=726)	35



KISALTMALAR

ESH:	Evde Sağlık Hizmetleri
BA:	Bakım Alan
BV:	Bakım Veren
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
UHK:	Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
ADSM:	Ağız Diş Sağlığı Merkezi
TSM:	Toplum Sağlığı Merkezi
EPUAP:	Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli
NPIAP:	Ulusal Basınç Yaralanmaları Danışma Paneli
PDÖ:	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
KGYA:	Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
ADNKS:	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
DM:	Diyabetes Mellitus
SVH:	Serebrovasküler Hastalık
HT:	Hipertansiyon
KVS:	Kardiyo Vasküler Sistem
BPH:	Benign Prostat Hiperplazisi
KBH:	Kronik Böbrek Hastalığı
OSAS:	Obstruktif Uyku Apne Sendromu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Teknolojinin ve bilimsel gelişmelerin ilerlemesi ile beraber, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık ve tıp sektörlerindeki gelişmeler ve ilerlemeler önemli boyutlara ulaşmıştır. Tıp ve sağlık alanlarındaki ilerlemeler sayesinde yaşam standartları yükselmiş; ölümler, erken tanı ve tedavi olanaklarındaki gelişmeler sayesinde azalmış, bunlara bağlı olarak da yaşam süresi beklentileri artmıştır. Bahsedilen ilerleme ve gelişmeler, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için hayat boyu tedavi ve bakım gereksinimi süren birey sayısındaki artıştan dolayı ciddi bir sağlık sorunu ortaya çıkarmıştır (1). Tüm bunlarla beraber öngörülen yaşam süresi de zamanla artmaktadır. Ülkemizde 1955'te doğumda 48 yıl olan yaşam beklentisi, 1975'te 59'a, 1995'te 65'e çıkmıştır. 2025 senesinde 73 yıl düzeylerinde olması beklenmektedir (2).

ESH her geçen gün önemiyet kazanmaktadır. ESH muhtelif kronik hastalıklar, malign hastalıklar veya yatağa bağımlılık nedeniyle sağlık kurumuna erişimde sıkıntı çeken hastalarda muayenenin, tedavilerin ve tetkiklerin gerektiği durumlarda rehabilitasyonun sağlık profesyonellerince ev ortamında sunulmasıdır (3). Artış gösteren hastane enfeksiyonları, hastaların kendi yaşam alanlarında bulunma isteği, yüksek hastane maliyetleri, hastanelerde yaşanan yoğunluk ve yığılmalar, hastane yatak kapasitelerinin yetersiz kalabilmesi gibi nedenlerden ötürü evde sağlık hizmetleri önem kazanmıştır ve bu önem yıldan yıla artmaktadır.

ESH, sunulan hizmetlerin evde gerçekleşmesinden çok daha fazla anlamlar barındırmaktadır. ESH'nin hastalar üzerindeki pozitif etkileri hakkında çalışmalar mevcuttur (4,5). ESH gereksiz hastane kullanımı ve yüksek sağlık maliyetleri gibi istenmeyen faktörlerde azalma sağlamakta, hizmet alan bireylerin yaşam kalitesi ve konforu gibi istenen durumlarda artış sağlamaktadır (5).

Kronik hastalıkları olan bireye bakım veren kişi; hastalık ile mücadele eden, hastaya fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan destek sağlayan kişidir (6). Doğumda beklenen yaşam süresinin artması ve hastalıkların sağ kalım süresinde gerçekleşen uzama ile bakıma muhtaç hasta sayısında ciddi bir artış meydana gelmiş, bu durum ise beraberinde bakım veren mefhumunun önemini arttırmıştır (7).

Araştırmalar ortak şekilde bakım veren kişilerin fiziki ve psikolojik iyilik halinin azaldığına dikkat çekmektedir. Bakım veren kişilere dikkat çekmek için bundan ötürü “görünmez hasta” ve “sekonder hasta” terimleri kullanılmaktadır (8).

Bakım veren kavramının öneminin anlaşılması ile beraber bakım verme yükü kavramı gündeme gelmiştir. Emosyonel ve fiziki yük, bakım veren kişilerin daha fazla anksiyete ve depresyona maruz kalmalarına, sağlıklarında bozulmaya, daha fazla doktora başvurusunda bulunmalarına ve daha çok psikotrop tedavi kullanımına sebebiyet vermektedir (9).

Bakım veren kişinin depresyonu doğru biçimde tanı alır, tedavi edilirse ve gelişmesi önlenebilirse birey bakım verme işini daha uzun süre ve başarıyla sürdürebilir. Bakım vermenin uzun sürmesinden kaynaklanan gerginlik hem bakım verenin hem de hastanın sağlığını olumsuz etkileyecek sonuçlar doğurur. Bakım yükü ilişkili olumsuz etkiler, kişiden kişiye değişebildiği gibi, toplumlar arasında da farklılık gösterebilir (10). Bakım verenlerin yaşadığı anksiyete, depresyon, bakım yükü ve benzeri durumların bakım alan hastaya birçok olumsuz etkisi olmaktadır. Bunlar arasında en korkulan olumsuz etkilerden biri bası yaralarıdır.

Bası yarası daha çok yatalak, immobil hastalarda mortaliteyi olumsuz etkileyen, hastanede yatışı uzatan ve maliyeti yüksek bir sağlık problemi olmakla beraber sosyal içe çekilme gibi psikolojik problemlere de sebebiyet verebilir (11,12).

Sevilen kişinin ölümü, işinden ayrılma, ağır sağlık problemleri, sarsıcı toplumsal olaylar gibi ağır hadiseler zorlu hayat tecrübeleridir. İnsanlar bu olaylar karşısında farklı duygulanımlar yaşamakta ve tepkileri farklı olmaktadır. Bu zor tecrübelere karşı bireyler ilk zamanlarda olumsuz duygulanımlar yaşasa da genellikle ilerleyen süreçte adapte olabilmektedirler. Adapte olabilmenin temelinde ise kişinin çaba göstermesini, zaman harcamasını, kararlar almasını gerektiren Psikolojik Dayanıklılık kavramı vardır (13–17).

Psikolojik dayanıklılıkta koruyucu etmenler riskli durumların etkilerini minimuma indiren veya ortadan kaldıran, adaptasyonu ve kişinin alışmasını kolaylaştıran halleri belirtmektedir (18). Bu faktörler çevresel, bireye özgü ve ailesel olmak üzere üç farklı kategoride ele alınabilir. Bireysel koruyucu faktörler zekâ, akademik başarı, olumlu veya kolay mizaç, iç kontrol odağı, benlik saygısı ve özyeterlik, kişisel farkındalık ve kendini kabul etme, özerklik, yaşam hedeflerinin

olması, başarılı problem çözme yetenekleri, ümitvar olmak , sosyal yetkinlik, gelişmiş mizah yeteneği, bedensel sağlık şeklinde sayılabilir. Ailevi koruyucu faktörler destekleyici anne-baba ya da bir aile üyesiyle olumlu ilişkiler ve çocuğa yönelik yüksek ve gerçekçi beklentilerdir. Çevresel koruyucu faktörler ise sosyal çevredeki destekleyici bir bireyle olumlu ilişkiler, arkadaş desteği, etkili toplumsal kaynaklar olarak sıralanır (19–25).

Bu nedenle biz de çalışmamızda yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerin göz ardı edilebilen bir yönü olan psikolojik dayanıklılıklarına odaklandık. Bakım verenlerin psikolojik dayanıklılığını ölçmeyi ve bakım alan hastadaki bası yarası durumu ile bağdaşıklığını test etmeyi planladık. Bakım veren kişilerin psikolojik dayanıklılığına yönelik koruyucu faktörlerin artırılması hususunda gösterilecek çabaların hem görünmez hasta/sekonder hasta olarak tabir edilen bakım verenler için hem de bakım verdikleri kişiler için birçok olumlu etkisi olacağı kanaatindeyiz. Mezkûr olumlu etkilerin ölçeği, oluştuktan sonra tedavisi ve yönetimi çok zor ve masraflı olan bası yaralarına da olumlu etkisi olduğu düşünüldüğünde daha da artmaktadır.

Çalışmamızın amacı bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin bakım verdikleri hastaların sağlık durumlarına olan etkisini bası yarası özelinde incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Sağlık Hizmetleri

2.1.1. Mefhum ve Tarihçe

Evde bakım hizmeti genellikle sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin profesyonellerce veya aile bireylerince hastanın/bakıma muhtaç kişinin hanesinde sunulmasıdır. Söz konusu bu hizmetler evde sağlık ile beraber sosyal hizmetleri de kapsamaktadır (26). Diğer bir ifade ile kişilerin bakım ihtiyaçlarının ev ortamında giderilmesidir. Bu bireylere gündelik temel yaşam aktivitelerinde verilen yardımlar, uygulanan medikal tedaviler ve sosyal yardımı ilgilendiren destekler de bu hizmetler arasındadır (27). Evde sağlık hizmetleri sunumunun kapsamında tedavi edici , rehabilite edici ve koruyucu yaklaşımlar yer almaktadır. Daha önce “evde hasta bakımı” terimi kullanılmakta idi. Zaman içinde “evde bakım” ve en son “evde sağlık hizmetleri” kavramı benimsenmiştir (5).

ESH hastaya hastanın evinde sunulan bir sağlık hizmeti türüdür. Evde bakım hizmetlerinin ise kapsamı ESH’ye göre daha geniş ve kapsayıcıdır. Evde bakım hizmetleri kişisel bakım, evsel hizmetler, bireylerin yemek yemek gibi temel gereksinimlerinin karşılanması yanında evde sağlık hizmetleri sunumunu da içine alan geniş bir yelpazedeki hizmetlerdir. Kavram olarak evde sağlık hizmetleri, evde bakım hizmetleri ile kısmen kesişse de çoğunlukla tıbbi bir hizmettir. ESH’deki temel yaklaşım özel gereksinimi olan kişilerin sağlığını korumak, geliştirmek ve yeniden sağlığına kapsamaktadır (40). Modern anlamda ESH’nin tanımı; kronik hastalıklar, maligniteler veya yatağa bağımlılık gibi nedenlerden ötürü sağlık kuruluşlarına ulaşmada sıkıntı çeken bireylerin muayenelerinin yapılması, tetkiklerinin çalışılması, tetkik materyallerinin laboratuvara ulaştırılması, planlanan tedavilerinin uygulanması ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel sağlık ekiplerince ev ortamında sunulmasıdır (3).

Evde bakım uzun zamandır dünyanın gündemindedir. Öneminin artışı evreler halinde olmuştur. Kavram 18. yüzyılın sonlarında ilk defa Avrupa’da belirmiştir ve tarihte birbirinden farklı amaçlara hizmet etmiştir ve her dönemde de kullanılmıştır (28). Maliyeti yüksek olan hastane hizmetine bir alternatif olarak bir çok ülke tedavi seçeneklerinde evde sağlık hizmetini tercih eder hale gelmiştir (29). Bu yöntem marifeti ile evde verilen sağlık hizmetleri gereksiz ve verimsiz sağlık harcamalarını

önlemekle birlikte hastanelerin hasta yükünü azaltıp, kapasitelerinin verimli kullanımını sağlayacaktır. Ülkemizde ise 1 Şubat 2010 tarih ve 3895 sayılı “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezlerinde (ASM) evde sağlık hizmeti verilmeye başlanmıştır (30,31). Mevzuatta kendisine hukuki olarak yer edinen evde sağlık hizmetleri hastalığın hastayı minimum düzeyde etkilemesini sağlayarak bireylerin fonksiyonel kapasitelerini ve bağımsızlıklarını geliştirmeyi hedeflemektedir. Profesyonel ve aynı zamanda multidisipliner bir yaklaşım gerektirebilen evde sağlık hizmetleri sağlık kurumlarının eşgüdümlü çalışmalarını gerektirmektedir (5).

Teknolojik ve bilimsel gelişmelerle beraber gelişmiş ve henüz gelişmekte olan ülkelerde tıp alanında ciddi gelişmeler olmaktadır. Tıbbi bilimlerdeki ilerlemeler ile yaşam standartlarının iyileşmesi, erken tanının başarılı yürütülmesi ve tedavilerdeki gelişmeler hastalık nedeni ölümleri azaltırken öngörülen yaşam süresini uzatmaktadır. Bundan dolayı kronik hastalıkların sıklığı artmaktadır. Artan kronik hastalıklar neticesinde, bakım ihtiyacı devam eden nüfustaki artış gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde ciddi bir sorun haline gelmektedir (1). Yaşlı popülasyonun artışı sağlık hizmetlerini doğrudan ilgilendiren bir husustur.

Yaşlılık kişinin dış görünüş, güç ve sosyal konumu yönünden kayıp yaşadığı, yeti kaybı yaşadığı ve tıbbi bozulmalar yaşadığı, çevreye bağımlı hale geldiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde bulunan insanların psikolojik ve bedensel durumlarına yaklaşımın diğer yaş gruplarına olan yaklaşımdan farklı olması gerekmektedir (32).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre 2000 yılında 600 milyon olan 60 ve üzeri yaşındaki birey sayısı, 2025 yılında 1,2 milyara, 2050 yılında ise 2 milyara yükselecektir. DSÖ bununla beraber, sanayileşmiş ülkelerin yaşlanmamışken zenginleştiklerini, ancak henüz gelişmekte olan ülkelerin zenginleşmeden yaşlanacaklarını tahmin etmekte, bu sebeple tüm ülkelerin yaşlanma ile gelen olumsuzluklara hazırlık yapması gerektiğini önermektedir (32). Bu gelişmelerin yanında tabii olarak beklenen yaşam süresi de gün geçtikçe artmaktadır. Türkiye’de 1955’te doğumda 48 yıl olan yaşam beklentisi, 1975’te 59 yıla, 1995’te 65 yıla

yükselmiştir. 2025 yılında doğumda beklenen yaşam süresinin 73 civarında olacağı öngörülmektedir (2).

İki binli yıllarda yaşam süresinin daha da uzaması ve 85 yaş üzeri bireylerin sayısındaki artış ile birlikte dünya nüfusunun %20'sini yaşlı nüfusun oluşturacağı öngörülmektedir. Bunun yanında Türkiye'de halihazırda çalışan erişkin nüfusun bakması gereken yaşlı nüfusa oranı 1955'te %10,5 iken, 1995 yılında bu oran %12,3'e yükselmiştir ve 2025 yılında %17,2'ye çıkacaktır (33).

Dünya ülkeleri ile paralel olarak genel nüfusa göre yaşlı oranı yıllar içinde artış göstermektedir. 1990 yılında nüfus sayımlarına göre Türkiye nüfusu 5 yılda ortalama %11 artış göstermiştir, 60-65 yaş dilimindeki toplum ise %44 artmıştır (34).

Ülkemizde 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı yüzde altı dolaylarındadır. Ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresinin giderek gelişmiş ülkelere yaklaşacağı öngörülmekle birlikte beklenen yaşam süresinden daha da önemlisi bu yaşa ulaşmış kişilerin yaşam kalitesinin artıp artmayacağıdır (35).

Modern tıp temel olarak yaşamı sürdürmeyi ve hastalıkların tedavisini hedeflemektedir. Yakın sayılacak bir geçmişte, 1940'lı yıllarda antibiyotiklerin keşfedilmesi ve yaygın bir şekilde yararlanılmasına değin enfeksiyon hastalıkları en sık ölüm nedeniydi. Bin dokuz yüz ellili yıllardan sonra ise tıp ve teknoloji alanında gerçekleşen harikulade gelişmeler insanların akut hastalıklardan daha fazla tam şifanın mümkün olamadığı kronik hastalıklardan ve bu hastalıkların komplikasyonlarından ölmesine neden olmuştur. Bu değişim, hastaların yaşam süresinin uzatılması hedefini gerçekleştirse de tam iyileşmenin mümkün olamadığı kronik hastalıklarda semptomların iyileştirilmesi veya hafifletilmesinin önemini tebarüz ettirmiştir (36). Modern tıbbın bu etkisi ile yaşlı, özürlü, kronik hastalığa sahip veya iyileşme dönemindeki bireylerin yaşadıkları ortamda desteklenerek, sosyal hayata katılabilmelerini temin etmek, ömürlerini mutlu bir şekilde geçirerek toplumsal entegrasyonlarını sağlamak, bu bireylerin aile üyeleri üzerindeki bakım yükünü azaltmak için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetlerin önemi artmaktadır (37).

Evde sağlık hizmetlerinin amacı ve hedefi tüm ülkelerde çok benzer olup isimlendirme terimleri farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) evde bakım (home care) şeklinde isimlendirirken Batı Avrupa ülkeleri evde sağlık

bakımı (home health care) ve ev ziyareti (home visiting) isimlerini tercih etmektedir (38,39).

Evde sağlığın ve evde sağlık hizmetlerinin tarihi seyrine baktığımız zaman insanlığın başlangıcıyla birlikte başladığı söylenebilir. Çünkü insanlık tarihinin ilk evrelerinde bütün sağlık, bakım ve sosyal hizmetlerin insanların doğal yaşam ortamlarında sunulduğu görülmüştür. Avcı ve toplayıcı toplumlarda yaralanan kişilerin tüm bakımları barınaklarda mağaralarda hasta yakınları tarafından gerçekleştirilmekteydi (40). Sağlık hizmeti sunumu uygulamaları ile birlikte doktor hastanın yaşadığı yere bizzat giderek tanı ve tedavi süreçlerinin yönetiyordu. Ancak zaman içerisinde ekipman taşıma hususundaki imkansızlıklar ve süre kısıtlılığı gibi nedenlerle bu uygulama yerine sağlık kuruluşlarında hizmet sunumu verilmeye başlanmıştır ve uzun yıllar hizmet sunumu bu şekilde devam etmiştir. Ancak ilerleyen süreçte hastane enfeksiyonlarında gözlenen artış, hasta bireylerin kendi yaşam alanlarında bulunma işteği, hastane maliyetlerindeki yükseklik gibi nedenlerle evde bakım yeniden kıymetlenmiştir (41).

Evde bakım konusunda karşılaşılan ilk kayıtlar, Hititler ve Romalılar dönemine dayanmaktadır. En ilkel, temel sağlık hizmetlerinden biri olan doğum eyleminin evde mi yoksa sağlık kuruluşunda mı olması gerektiği konusu ile evde sağlık hizmetlerinin ilk olarak Roma’da gündeme geldiği düşünülmektedir (28). Romalılar zamanında ebelerin, doğum eylemini eve giderek gerçekleştirdiği bilinmektedir. Soranus, “Gynaecology” isimli eserinde, doğum eyleminin evde gerçekleşme yöntemlerinden ve evde doğum eylemini gerçekleştirebilmesi için ebelerin beraberinde taşıdıkları malzemelerden bahseder (42).

Modern haliyle evde sağlık hizmetleri, on sekizinci yüzyılın sonlarında kiliselerce yoksul hastaların hanelerine ziyaretler gerçekleştirilerek başlamıştır. ABD’de 1796 yılında Boston Dispanseri kurulmuştur. Bu dispanser evde sağlık hizmetleri sunması bakımından ilk örgütlenmedir (43). On dokuzuncu yüzyıl, tıp dünyasında meydana gelen gelişmeler ile her türden sağlık hizmetinin hastaneler marifeti ile verilmesinin beklendiği bir dönem olmuştur. Alanlarında eğitilmiş ve donanımlı hemşireler ise evde bakım ile ilgili hizmetleri vermeye devam etmiştir. Bahsedilen hemşireler hasta yakınlarına yönelik eğitim de düzenlemişlerdir. Ancak bahsi geçen süreçte, hemşireler kurumsallıktan uzak olarak evde bakım ile ilgili

hizmetleri tümüyle gönüllülük düsturu ile vermiştir. Yıllar sonra ABD’de 1890’lu yıllarda hemşireler tedavi ve bakım amaçlı ev ziyareti yaparlarken bir taraftan da hastaların evlerinde 24 saatleri bulan, bakım hizmeti vermişlerdir. Nitelikli hemşireler, özellikle dini kuruluşların destekleriyle, hijyen, bulaşıcı hastalıklardan korunma, sağlıklı yaşam sürdürme gibi konularda yoksullara yönelik eğitimler düzenlemiştir. Bu dönemdeki nitelikli ve gönüllü hemşireler, toplum sağlığı hemşireliğinin de temellerini oluşturan kişilerdir (44).

Bahsedildiği gibi evde sağlık alanında hizmet veren ve gerektiğinde hem hastaları hem yakınlarını bilgilendiren hemşirelerin örneklerine birçok yerde rastlanmaktadır. Mary Robinson isimli hemşire Liverpool’da ilk defa evde hasta bakım hizmeti vermiştir. Robinson, evlere yaptığı ziyaretlerde hastaya yönelik bakım vermenin yanında aile üyelerini bakım hakkında bilgilendirmiştir (38). Evde bakım hizmetlerinin bayrak taşıyıcılarından olan Florence Nightingale, diğer konularda olduğu gibi hasta bakımı konusunda da profesyonelleşmeyi savunmuş ve bu konu hakkında görevlendirilen kişilerin eğitime tabi tutulmasını önermiştir. Florence Nightingale’in bu girişiminden sonra 1862 yılında Liverpool’da “Ziyaretçi Bakım Hemşireliği”ne odaklanan bir okul açılmıştır (45).

1937 yılına gelindiğinde evde bakım hizmetlerinin gerekliliğini ve faydasını ispatlar nitelikte bir gelişme yaşanmış ve Danimarka’da ev ziyaretlerine yönelik bir program başlamıştır. Bu program neticesinde pilot çalışma incelenmiş, 6 yıllık sürenin sonucunda gerçekleştirilen ev ziyaretleri ile bebek ölüm hızında azalma ve yine bebeklerin hastalanma sıklığında düşüş gösterilmiştir. Danimarka’da tespit edilen bu gerçek ile evde bakım ve ev ziyaretlerinin önemi daha belirgin hale gelmiştir (46).

1947 yılında evde bakımın kurumsallaşması adına önemli bir adım atılmıştır. New York’ta hizmet veren Montefiore Hastanesi evde bakıma özel ayrı bir birim kurmuştur. Adı geçen birim temel olarak taburculuk sonrası ev ortamında hastaya destekte bulunmayı kendine görev edinmiştir. Bahsi geçen hizmet sunumunun isimlendirilmesi için ‘duvarsız hastane’ terimi kullanılmıştır (47).

Evde bakım hizmetleri tam olarak kurumsallaşmasını tamamlamadan önce üç ayrı bağlamda sunulmuş; hastane ile doğrudan bağlantılı, toplum temelli ve ev hizmetleri şeklinde resmi olmayan sınırları net olmayan üç gruba ayrılmıştır. Bu hizmetler; sivil toplum kuruluşlarının aktardığı kaynaklar, kişilerin şahsi ödemeleri ve

bölgesel sağlık kurumları aracılığıyla finanse edilmiştir. 1965 yılına gelindiğinde, ABD’de sigorta sistemi organize halde kurulmuş, evde bakım hizmeti ise kurulan bu sigorta sisteminin kapsamı içine dahil edilmiştir. Sigorta sisteminin kuruluşunu takip eden dönemde sigorta şirketleri gerekliliğin tespiti için evde bakım uygulamalarının finansmanını hekim kontrolü ve onayına tabii tutmuştur. Sürecin, evde sağlık hizmetleri için kurumsallaşmayı ve sınırlarını belirlemeyi getirdiği bu dönemde evde bakım, koruyucu hizmetler yerine daha çok tedavi edici hizmetler olarak sunulmuştur. ABD’de bin dokuz yüz seksen iki yılında Ulusal Evde Bakım Birliği kurulmuştur. Bu birlik, hastaların bakım kalitesini artırmayı, bakım hizmeti veren personelin haklarını korumayı ve tıbbi bakımın odak noktasına evde bakım hizmetini yerleştirmeyi gaye edinmiştir ve birliğin girişimleri ile evde bakımın toplumda bilinirlik düzeyi ve hizmetten faydalanan hasta sayısı ciddi seviyede artmıştır. 1990’lı yıllar evde bakım hizmetlerinin kapsamının genişlediği ve bununla beraber evde bakımdan faydalanan kişilerin sayısında artış yaşandığı bir dönem olmuştur. Evde bakımla ilgili kuruluşların sağlık kurumları ile eşgüdümlü çalışması, hastaların taburculuk zamanının optimal hale gelmesine vesile olmuştur (48,49).

Baltık ülkelerinden Finlandiya, İsveç ve Danimarka’da evde bakım hizmeti belediyelerce sunulmaktadır. Norveç, Danimarka ve İsveç’te evde bakımın finansmanı devlet tarafından karşılanmaktadır (50). Almanya ve Hollanda’da evde bakım, sosyal gereksinimleri karşılayacak bakımlar ve medikal alanı ilgilendiren hemşirelik hizmetleri şekilde ikiye ayrılmaktadır. Yine Almanya ve Hollanda’da evde bakıma ilişkin finansman ülkenin sağlık sistemi ve sosyal sigorta şirketlerince karşılanmaktadır. Hollanda’nın evde bakım ile ilgili uygulamaları Dünyadaki en kapsayıcı sağlık uygulamaları arasında ilk 10 uygulama içindedir (51).

Evde bakım hizmetleri İtalya, Fransa ve İrlanda’da devletçe tamamı finanse edilmektedir. Mezkûr bu ülkelerde evde bakım hizmetlerinin finansmanı, hükümetin, belediyenin ve sosyal sigortanın yükümlülüğündedir. Devlet teşkilatlanması gereği olarak bazı ülkelerde evde bakım uygulamasının içeriği ve finansmanı çeşitlilik gösterse de örneğin Kanada’daki evde bakım hizmetleri tamamen geri ödeme kapsamındadır (52,53). Yine bu çeşitliliklerden bir diğeri Japonya’da görülmektedir. Sigorta sistemi tarafından karşılanmakta olan evde bakım uygulamasının yürütücüsü belediyelerdir ve evde bakım hizmeti ülkedeki tüm yaşlılara sunulmaktadır (54).

Bahsi geçen veriler incelendiğinde günümüzde dünya ülkelerinin birçoğunda ESH sunulmasına karşın evde sağlık ile ilgili problemler ve eksiklikler devam etmektedir. ESH sunumunu en temelden ilgilendiren ESH'nin sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmesi, hizmet sunumu ile ilgili kanun ve mevzuat düzenlemelerinin yapılması, hizmet sunumunda finansman sorunlarının çözülmüş olması, nitelikli personel yetiştirilmesi, tıbbi malzeme ve ekipmana erişimin sağlanabilmesi gibi problemler henüz bir çok ülkede çözülememiştir (55).

ESH, sağlık hizmeti sunumunun eve taşınmasından daha geniş anlamlar ifade etmektedir. ESH hastane kullanımı gereksiz ise önlemektedir, sağlık maliyetlerini düşürmekte, kayıtlı hastaların konforlarını ve hayat kalitelerini artırmaktadır (1). Tüm bunların yanında hastaların evlerinde sağlık hizmetine ulaşabilmesi, aileyi bir arada tutması ve hastane-ev transferini rahatlatması gibi birçok olumlu etkiye sahiptir. ESH'nin hastalara olan olumlu etkileri ile ilgili birçok araştırma bulunmaktadır (4,5,56,57).

ESH, sunulan hizmetlerin evde gerçekleşmesinden çok daha fazla anlamlar barındırmaktadır. ESH'nin hastalar üzerindeki pozitif etkileri hakkında çalışmalar mevcuttur (6,7). ESH gereksiz hastane kullanımı ve yüksek sağlık maliyetleri gibi istenmeyen faktörlerde azalma sağlamakta, hizmet alan bireylerin yaşam kalitesi ve konforu gibi istenen durumlarda artış sağlamaktadır (5). Bunların dışında hastaların kendi yaşam ortamlarında sağlık hizmeti alması, ailenin bir arada olması ve hasta yakınlarının en çok zorlandığı konuların başında gelen ev hastane arası transferi kolaylaştırması gibi bir çok olumlu etkiye sahiptir (4,5).

2.1.2. Ülkemizde evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi

Ülkemizde evde sağlığa dair izlenen ilk kayıtlardan biri Fatih Sultan Mehmet'in “.....ayrıca 10 cerrah, 10 tabip ve 3 yara sarıcı tâyin ve nasp eyledim (görevlendirdim). Bunlar ki, ayın belli günlerinde İstanbul'a çıkalar, bilâistisnâ (istisnasız) her kapıyı vuralar ve o evde hasta olup olmadığını soralar, var ise şifâsı ya da mümkünse şifâyap olalar (şifa vereler). Değilse, kendilerinde hiçbir karşılık beklemezsiniz Dârülaceze'ye (huzurevine) kaldırılarak, orada salâh (ferah) bulduralar” şeklindeki vasiyetidir. Vasiyetin bu kısmında görüldüğü üzere Osmanlı Devleti'nde 1400'lü yıllarda gezici hekimlik hizmetleri sunulması ve aile fertlerinin

hasta olan bireylere bakım vermesi Türkiye’de evde bakım hizmetlerine dair geçmişteki ilk uygulamalar arasında sayılabilir (27).

Ülkemizde 1700’lü yıllarda evde bakım ile ilgili hizmetlerinin sunulduğuna dair kanıt niteliğinde değerlendirilebilecek bir ferman talebi araştırmalarda elde edilebilen en eski belge olarak vasıflandırılmıştır. Bu ferman talebi “İstanbul’da Odabaşı çarşısı civarındaki Cafer Ağa Mahallesi sakinlerinden Sultan Ahmed Darüşşifasında tutulan Osman’ın hanesinde tedavi edilmesi” konusundadır. Sonraki yıllarda ise ülkemizde kamu dışında hizmet veren hemşireler ve diğer sağlık personeli ile veya aile bireylerince evde bakım hizmetleri süregelmıştır (58).

Ülkemizde evde sağlık alanında yapılan düzenlemelerin başlangıcı, 1930 senesinde yürürlüğe girmiş olan bulaşıcı hastalıkları ve yayılmasını engelleme hedefiyle hazırlanan, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’dur (UHK) (59). Ev ziyareti kavramı resmî anlamda ilk defa bu kanun ile mevzubahis olmuştur. Bu kanunda bahsedildiği şekli ile ev ziyareti kavramı şu durumları kapsamıştır: bulaşıcı hastalığı mevcut kişilerin evlerinde tutularak toplumdan izole edilmesi, çocukların genel sağlıkları açısından izlemleri, büyüme ve gelişmelerinin takipleri ve yine çocukların gerekli durumlarda evde tedavilerinin yapılması (59,60). Bin dokuz yüz otuz yılındaki ilk yasal gelişmelerden sonra kapsamı genişlemiş bir düzenlemeye ihtiyaç ortaya çıkmıştır. Bu sebeple 1946 yılında Sağlık Planı çerçevesinde “Sağlık Merkezleri” kurulmuş ve bu merkezler marifeti ile gezici hizmetler tanımlanmış ve organize edilmiştir. Bu organizasyonda ebe, hemşire, sağlık memuru ve doktordan oluşan ekiplerin belirli bir program çerçevesinde köylere ziyaretler gerçekleştirmesi ve yine gerekli durumlarda evlere de ziyaretleri hedeflenmiştir (61).

Yasal düzenlemelerin hala “evde bakım” terimini kullandığı 1961 yılında uygulanmaya başlanan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” evde bakım hizmetinin halk sağlığı hemşiresi sorumluluğunda olduğunu belirtmiştir (62). Yine aynı kanunda Kronik hastalığı olanların izlem ve bakımlarının sağlık ocağının sorumluluğunda olduğu belirtilmektedir (41). Bin dokuz yüz seksen yılında evde sağlık hizmetleri devlet ve özel sağlık kurumları aracılığı ile verilme açısından ayrılmıştır. Bin dokuz yüz seksen yılı öncesinde evde sağlık daha çok koruyucu sağlık hizmetlerini merkeze almıştı ve kamu tarafından yürütülmüştür, 1980

senesinden itibaren ise özel sağlık kuruluşları tarafından da hastane taburculuğu sonrası daha çok medikal ihtiyaçlar için, evde bakım sunulmuştur (63).

2005'te modern anlamda ülkemizde sunulmaya başlanan ESH ile ilgili yasal dayanaklar 2010 ve 2015 yıllarında yenilenmiş ve daha kapsayıcı bir hale getirilmiştir (56,57).

ESH'ye özel yapılan ilk yasal düzenleme 10.03.2005 tarihinde yayınlanmıştır. "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ismiyle ortaya çıkan yönetmelik ESH'nin bugünkü modern hali için bir temel niteliğindedir. Kronolojik olarak aile hekimliği mevzuatından da eskidir. Temel olarak özel sağlık kuruluşları tarafından verilen evde bakım hizmetlerini düzenlemek maksadıyla yayınlanmıştır. Kamuya ait sağlık kuruluşlarında da Evde Bakım Merkezi, Evde Bakım Birimlerinin kurulması da karara bağlanmıştır (56). Bu yönetmelikte, ESH; doktorların kararı ile hastalara yaşadıkları yerde, uzmanlaşmış sağlık ekibi aracılığıyla sağlık ve hasta bakımı hizmetlerinin verilmesi olarak tanımlanır. Bu takipler psikolojik tedaviyi, fizik tedavi ve rehabilitasyonu da kapsayacaktır. Evde bakım hizmeti sunacak sağlık kuruluşlarının açılması, çalıştırılması, kontrollerine yönelik ve bu hizmetlerin işleyişini sağlayan kurumlar, kuruluşlar ve kişilerin uymaları gereken kurallara yönelik usul ve esaslar bu yönetmelik vesilesi ile tespit edilmiştir. Evde Bakım birimlerinin kamu dahilinde olan sağlık kuruluşlarında kurulması kararlaştırılmıştır. Ülkemizde ilk olarak Balıkesir ilinde evde bakım birimi kurulmuştur (56).

İlerleyen süreçte "Evde Sağlık" ibaresi ilk defa 2010 yılında yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge"de "Evde Bakım" ibaresi yerine kullanılmıştır. Tüm ülke sathında ESH'nin yaygınlaştırılması, aktif, faal ve erişilebilir ESH sunulması adı geçen yönergeyle temel gaye haline getirilmiştir (31).

2017 yılında yapılan düzenleme ile Evde Sağlık Hizmetleri, Halk Sağlığı Kurumu bünyesinden çıkarılıp Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu çatısı altına dahil edildi. Ülkemizdeki kamu kuruluşları, belediyeler ve özel kuruluşlar tarafından evde bakım hizmetleri sunulmaktadır. ESH sunum sürecinin kamu tarafında; hizmet sunumu hastanelere bağlı evde sağlık hizmetleri birimleri ve aile hekimleri tarafından verilmektedir. Evde sağlık hizmeti sunmakla mükellef hastaneler; il ve ilçe devlet hastaneleri, üniversite hastanelerinin bazıları, eğitim ve araştırma hastaneleridir. Özel

sektör olarak da özel hastanelerin yanında evde bakım için özelleşmiş merkezler, evde bakım hizmetleri vermektedir (64). Bu yasal mevzuatlarda evde sağlık hizmeti sunan ekipler çok yönlü değerlendirmeden uzak yalnızca hastayı esas takip eden hastane doktorlarının tedavi ve bakım önerilerini hastanın evinde tatbik eden sağlık çalışanları olarak görülmektedir (65).

Türkiye İstatistik Kurumu 2017 yılında el edilen verilerle Türkiye’de 985 evde sağlık biriminin hizmet sunduğunu, evde sağlık hizmetleri ile 938.604 hastaya ulaşıldığı ve aktif kayıtlı hasta sayısının 316.468 olduğunu bildirmiştir (66).

2.1.3. Evde sağlık hizmetlerinin kapsamı

ESH’den yararlanan popülasyona baktığımızda ileri yaştaki bedensel olarak bağımlı bireylerin nispeten daha çok evde sağlık hizmetlerinden yararlandığı görülmektedir. Tam bağımlı ya da yarı bağımlı bireyler, bedensel işlev kaybı yaşamış bireyler, sürekli takip ve bakım gerektiren kronik hastalığı olanlar, postop akut dönemde bakım ihtiyacı olan kişilere evde sağlık hizmetleri sunulmaktadır. ESH’nin genel popülasyonunu ileri yaştaki bireylerin oluşturmasının nedeni ileri yaşlarda sıklığı artan bağımlılık düzeyleri, kronik hastalık sıklığı ve engelliliktir. Kayıtlı hastalar öz bakım aktivitelerini sıklıkla yerine getirememektedir (67).

ESH DSÖ’ye göre; sağlığın geliştirilmesi ve korunması, medikal tedavi ve rehabilitasyon, hastanın kişisel bakımının sağlanması, hastanın hastalığının değerlendirilerek günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan faktörlerin belirlenmesi ve hastanın gereksinimlerini karşılayabilmesi adına gerekli ortam düzenlemelerinin yapılması, karşılıklı yardımlaşma, hastanın kendini savunabilmesi ve ifade edebilmesine olanak tanıma, kurumsal bakım ihtiyacı ve hastaneye sevk gerektiren durumların belirlenmesi, hasta ile bakım verenlerine danışmanlık ve duygusal destek verilmesini kapsamaktadır (68).

ESH kapsam olarak evde bakım hizmetlerini içermektedir ancak nispeten tıbbi bir hizmete daha yakındır. ESH kendisine kayıtlı nüfusun sağlık durumunun korunup, geliştirilmesini de hedeflemektedir. ESH doktor muayenesi, hastalık ve semptomlara yönelik müdahale, beslenme danışmanlığı ve değerlendirilmesi, sosyal destek, fizyoterapi ve gibi hizmetleri kapsamaktadır (69).

Evde bakım hizmetleri için evrensel olarak, uluslararası seviyede benimsenmiş tek bir hizmet şeması yoktur. Her ülke kendi ihtiyaçlarına yönelik, imkanlarına ve toplum yapısına uygun bir model oluşturmayı hedeflemiştir (41).

Türkiye’de “Sağlık Bakanlığı’nca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’de” evde sağlığın kapsamına dair şu ibare izlenmektedir: ESH biriminin görevi hastalığın teşhisini koymak olmayıp daha önce ilgili dal uzman hekimlerce konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde ve kişinin bulunduğu ev ortamında; muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, raporlu ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ve hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi ve hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren medikal cihaz ve malzemelerin doğru ve uygun kullanımı konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar. ESH sunulan hastaların bilinen kronik durumları dışında, yeni oluşan acil durumlar birimin görev alanına girmez (31).

Evde sağlık hizmetlerine başvurular, hastaların kendisi ya da yakınlarınca koordinasyon merkezine veya sağlık kurumlarının içindeki birimlere başvuru formu doldurarak ya da telefon ile yapılabilir. Başvurular bunların dışında aile sağlığı merkezi vasıtası ile de sağlanabilir. Yatarak tedavi gören ve taburculuğu planlanan hastalara yönelik, mevzu bahis klinik koordinasyon merkezi ile iletişime geçebilir. Başvuruda bulunanlara yönelik ziyaret sıklığı, hizmet türü gibi planlamalar yapılır. (56).

Haziran 2023 yılında yayınlanan Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelikte ESH kapsamına alınabilecek bireyler aşağıdaki gibi sıralanmıştır (70);

- a) 80 yaş ve üzeri hizmet talep eden tüm yaşlılar,
- b) Sağlık kurulu raporu ile belgelenmiş kronik hastalığı bulunan ve günlük yaşam aktiviteleri skoru yönünden tam bağımlı veya ileri derecede bağımlı olarak nitelendirilen 65 yaş ve üzeri hastalar,
- c) Hastalığı sebebiyle cihaza ve/veya eve bağımlı hastalar,
- ç) Palyatif bakım hizmeti almış ve tıbbi bakımının evde yapılması uygun görülen hastalar,

d) Hastaneden taburcu olurken hekimi tarafından evde sağlık hizmeti sunulması uygun görülen ve tedavi planı yapılan sürekli tıbbi bakım hizmeti alması uygun görülen hastalar,

e) Sağlık tesisinden taburculuk sonrası otuz güne kadar (gerekğinde hekim tarafından otuz güne kadar sürelerle uzatılabilen) tıbbi bakıma ihtiyacı olan ve hastaneden taburcu olurken hekimi tarafından süreli tıbbi bakım hizmeti alması gereken bireyler.

Bakıma muhtaç bireye sağlık ve bakım hizmetini hastanın ailesi, akrabaları veya arkadaşları veriyorsa bu “informal bakım”, profesyonel ekip ya da kişilerce veriliyorsa “formal” bakım olarak adlandırılmaktadır (67,71).

2.1.4. Evde sağlık hizmetlerinin avantajları ve dezavantajları

Şimdiye kadar yapılan çalışmalar ile evde sağlık hizmetlerinin hem hizmet sunulan hastaya hem de bakım verenlere pozitif etkilerinin olduğu ortaya konulmuştur (72,73). Hem yatarak hem de fonksiyonel olarak bağımlı hastalara yönelik ayaktan verilen sağlık hizmetlerine göre daha ucuz olma, hastayı nozokomiyal enfeksiyonlardan koruma, hastanın özerkliğine karşı daha hassas davranılabilmesi gibi birçok avantajı bulunmaktadır (74,75).

Evde sağlık hizmetlerinin kişinin elindeki ilaçlarının multidisipliner bir yaklaşım içerisinde gözden geçirilmesi, gereksiz veya yanlış kullanılan ilaçların tespit edilmesi, bakım verme işinin aile bireylerine olan etkisini tespit etme, hastanın evinde olması hasebiyle çevresi ile daha rahat ilişkide bulunarak iyileşme sürecinin daha hızlı olabilmesi, hastanın ve yakınlarının koruyucu sağlık hizmetlerinden daha rahat faydalanabilmesi ilk bakışta göze çarpmayan ancak çok önemli avantajlarındandır (72,73).

Evde sağlık hizmetleri ile ilgili olarak Kanada'daki bir araştırmada hastaların %4,2'lik bir kısmında ilaçlarla ilgili bir yan etki bulunduğu tespit edilmiş ve bu advers olayların tamamına yakınının ilaç ve medikal malzemelerin fazla kullanımıyla bağlantılı olduğu izlenmiştir. Yine bu çalışmada yan etkilerin, istenmeyen tıbbi durumların hekim, hasta ve bakım veren arasındaki bağlantının güçlendirilmesi ile azaltılabileceği ileri sürülmüştür (71).

Evde sağlık hizmetleri'nin bunca avantajı olmasına rağmen dezavantaj sayılabilecek durumları da mevcuttur. ESH ciddi, detaylı, bir eğitim gerektirir,

öngörülemeyen harici etkenlere maruz kalabilir, kontrol mekanizmasının hassas olmasını gerektirir. Bireyin evinde hizmet sunulurken çözülmesi zor durumlarla karşılaşılabilir, personel alışkın olduğu bir ortam dışında hizmet verirken verimliliği düşebilir. Hizmet sunum süreci etkili iletişimi gerektirirken sağlık personeli, hasta ve aile arasında bu mümkün olamayabilir. Acil durumlar için müdahale edebilecek profesyonelin olmaması, devamlı olarak hasta kişi ile birlikte yaşamak aile fertlerine duygusal yıpranma yaşatabilir (73,76–79).

2.2. Bakım Verenler

2.2.1. Bakım Veren Tanımı ve Özellikleri

“Bakım” kelimesi bakma işi, bir şeyin gelişmesi, iyi durumda bulunması amacıyla verilen emek, giyinme, beslenme benzeri ihtiyaçları üstlenme ve temin etme işidir (80). Kronik hastalara bakım veren kişi ise hastaya yönelik fiziki, psikososyolojik ve ekonomik açıdan yardım veren, hasta kadar hastalık ile kendisi de mücadele eden kişidir (6).

Doğumda beklenen yaşam süresinin ve hastalıkların sağ kalım süresinin artışı bakım veren mefhumunu daha da önemli hale getirmiştir (7). Bakım verme işi informal ve formal olarak iki şekilde ele alınabilir. Formal bakım farklı dallardan profesyoneller tarafından sunulan bakımdır (81). İnformal bakımda ise bakım işi hasta yakınları tarafından sunulmaktadır (82).

Dünyada ve Türkiye’de evde bakım ile ilgili kurumlar gün geçtikçe artmaktadır buna rağmen bakım genellikle aile bireylerince verilmektedir. Söz konusu durumun ekonomik nedenlerden ve hasta bakımının geleneksel şekilde aile bireylerinin birbirine karşı esas görevi olarak benimsenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (28).

Şehirleşmenin artışı ve endüstrileşme iş hayatına kadınların daha fazla katılmasına sebep olmuştur. Bu durum uzak olmayan bir tarihte yaşlıların ve kronik hastaların aile bireylerince bakımının güçleşeceğini ve ESH ile beraber kapsamlı şekilde olması beklenen “evde bakım hizmetlerini” de gündeme taşıyacaktır (27).

ESH’nin etkin olarak sürdürülebilmesi adına sağlık ekibi ile aile bireylerinin eş güdümü ve yardımlaşması gerekir. Bakım veren kişi ile birlikte bakım alanın da yaşam kalitesini arttırmak için bakım verenin bakım yükünün tespiti önem arz etmektedir (83).

2.2.2. Bakım Vermenin Bakım Veren Kişiler Üzerindeki Genel Etkileri

Bakımı birinci derecede üstlenen kişi, hasta yaşantısının merkezinde olduğu için genellikle hastanın sosyal çevresi ile münasebattedir (84).

Bakım verenin bakım işi ile ilgili sorumlulukları arttıkça bakım alan kişi ile ilişkisi bakım verenin hayatını zorlaştıran, tek yönlü, yoğun ve uzun dönemli bir mecburiyete evrilebilmektedir (84). Ailedeki hastaya bakım sunulması manevi tatmin, vazife hissinin doyumu gibi olumlu sonuçlara sahip olsa da özellikle uzun vadede ve bakım sürecinin zor olduğu durumlarda bakım yüküne sebep olabilmektedir. Bakım veren kişilerin kendi ihtiyaçları ile bakımı yürütmek için gereksinim duydukları faktörler arasında dengesizlik oluşması nedeniyle yüzleştikleri olumsuzluklar literatürde bakım veren yükü ismi ile tanımlanmaktadır. Bu yük ise depresyon, anksiyete, ve yaşam kalitesinde azalma ile sonuçlanabilmektedir (85,86). Bakım verenin kendinden ziyade bakım verdiği hastanın sorunlarını önemsemesi kendisini arka planda tutmasına sebep olabilmektedir (87). Bakım veren kişinin bakım ile ilgili önemli görev ve yükümlülükleri sosyal ve duygusal yönden olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Bakım vericilerin bakım işi nedeniyle kendilerini yorgun ve bitkin hissettikleri, sıklıkla uykudan yoksun oldukları tespit edilmiştir (88,89). Araştırmalar, bakım veren bireylerin psikolojik ve bedensel olarak sağlıklarının azaldığını ortaya koymaktadır. Bakım verenlere karşı farkındalığı artırmak amacıyla literatürde bu kişilere “görünmez hasta” veya “sekonder hasta” terminolojileri kullanılmıştır (8). Mevcut tablonun önemini artıran bir diğer husus ise depresyonun yaşam kalitesini düşürmesi, fonksiyonel yetileri azaltması ve mortaliteyi yükseltmesidir (90).

Bakım sunucuların %60,6’sı bakım misyonlarından dolayı şahsi işlerine ayıracak zamanları olmadığını, %78,8’u yorgun hissettiklerini, % 84,9’u bakım alan ile iletişimde zorlandıklarını, %56,9’u ise ekonomik açıdan zorlandıklarını belirtmişlerdir (91). Depresyon ve anksiyetenin gün içerisinde ayrılması gereken bakım saati ile doğru, boş zaman miktarı ve eğitim düzeyi ile ters ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (92).

Bakım verenin anksiyete ve depresyonu tespit edilip, tedavi edilirse bakım işi uzun süre başarıyla devam ettirilebilir. Bakımın uzun sürmesi, bakım işinden kaynaklanan psikolojik etkiler hem bakım veren hem de hastanın sağlığında olumsuz sonuçlar doğurur (10).

2.3. Bası Yarası

2.3.1. Bası yarası tanım ve terminolojisi

Bası yaraları vücudun lokal bir bölgesinde basınç yüzünden perfüzyonun bozulması neticesinde nekroze ve ülser lezyonlar oluşmasıdır. Basınç yaralarının oluşması için temel faktör tekrarlayan ve uzun süren basınçtır (93).

Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (European Pressure Ulcer Advisory Panel - EPUAP) ve Ulusal Basınç Yaralanmaları Danışma Panelinin (National Pressure Injury Advisory Panel - NPIAP) kılavuzlarında geçtiği hali ile bası yarası, “Basıncın tek başına ya da yırtılma ile birlikte etkisi sonucu, genellikle kemik çıkıntılarında meydana gelen, sınırlı deri ve/veya deri altı doku hasarıdır.” şeklinde tarif edilmektedir (94,95). Vücut yüzeyinde kemik çıkıntılarının üzerinde kalan deri ve bağ doku diğer bölgelere nispeten daha fazla basınçla karşı karşıyadır. Derinin nemsiz olması, lokal olarak perfüzyon ve vaskülarizasyonda azalma, derinin altındaki kas kütlesinin azlığı bası yarası gelişimini kolaylaştırır (12).

Bası yaralarının spektrumu çok geniştir, kas, kemik ve hatta eklem hasarına varabilecek boyutlara da ulaşabilir, yalnızca lokal dermis kaybı ile de sınırlı kalabilir. Bu nedenle ülkemiz ve dünyada hala ciddi bir sağlık sorunudur (12). Dokuların basınçtan etkilenme dereceleri de çeşitlilik göstermektedir, derinin basınca karşı kasta daha dayanıklı olduğu tespit edilmiştir (96).

Hastalarda ve ailelerde bası yarası yol açtığı sonuçlar itibariyle ciddi problemler ortaya çıkarabilir (97–100).

Bası yarası yatağa tam bağımlı olan hastalarda sık görülür. Paraplejik, fraktürü olan, yoğun bakım servislerinde yatan, hastane yatışı uzamış hastalar yüksek risk altındadır. Paraplejik bireylerde bası yarası insidansı normale göre 10 kat yüksektir. Omurilik yaralanması olan bireyler %90’ndan daha yüksek bir risk altındadır. Yaşlılık, malnütrisyon, paralizi, albümin miktarında düşme, enfektif süreçler bası yarası patogeneğinde rolü olan faktörlerin bazılarıdır (101–103).

Bası yarası geliştiren temel etkenlerden olan basınç süresi en az basıncın şiddeti kadar önemlidir. Altı saat boyunca süren 60-70 milimetre civa şiddetindeki basıncın bası yarası gelişimi için yeterli olduğu tespit edilmiştir (12).

Hastaların yaşam kalitelerini azaltan, yatış sürelerini uzatan, maliyeti arttıran, sosyal açıdan içe kapanma şeklindeki psikolojik sorunlara da neden olabilen ve bu

nedenle bakım sunanların tedavi ve korunmada hassas olmalarını, yeterli bilgi düzeyinde bulunmalarını gerektiren bir sağlık sorunudur (12,104).

Terminoloji zaman içerisinde değişmektedir. Latince ‘decumbere’ kelimesi yatmak anlamına gelmektedir. Bu kelimedenden türeyen dekübit ülseri, yatak yarası terimleri eş anlamlı olarak kullanılmaktadır ancak, bahsedilen yaralar sadece yatan hastalarda değil yatış dışında tekerlekli sandalyeye bağımlı bireylerde de gelişebildiği için bu terminoloji yetersizdir (105).

Yatak yarası, bası ülseri, dekübit ülseri, bası yarası aslında eş anlamlıdır. Son yıllarda basıncın en önemli patolojik unsur olduğu göz önüne alınıp bası yarasının en iyi tanımlayıcı terim olduğuna karar verilmiştir (106).

Bası yarası gelişmesinin önlenmesi için öncelikle risk taşıyan hastaların bakımında ilk olarak vücutlarındaki sistemik hastalıklara odaklanılmalıdır. Korunmaya yönelik önlemlerde ise ana unsur lokal basınçları azaltmak, hastaya belli periyotlarla pozisyon vermek, eklemlere hareket sağlamak şayet var ise bası yaralarının idrarla veya gayta ile bulaşını kesmek ve yine var ise enfektif süreci sonlandırmaktır (12).

Bası yarasının tedavisi geliştikten sonra maliyeti yüksek ve uzun bir süreçtir. İlk olarak hastalarda bası yarasının hiç gelişmemesini sağlamak önemlidir. Şayet bası yarası gelişmişse bu durum koruyucu uygulamalarda eksiklik ve bakımda düşük kalite olarak görülebilir (107).

Bası yarasının ABD’de sağlık sistemine 3,3 milyar dolardan 26,8 milyar dolara kadar değişmekte olan maliyetleri olduğu tahmin edilmektedir. Sağlık sistemine olduğu kadar hastalara da önemli bir maliyeti bulunmaktadır (108,109). İngiltere’de yapılan bir çalışmada bası yarası tedavisinin vaka başına 1,4-2,1 milyar pound arasında olduğu belirtilmiştir (99). Maliyet ile ilgili bir başka çalışmada ise bası yaralarının hasta başına günlük tedavi maliyetinin bakım evlerinde €2.42 - €16.18 arasında, hastanelerde €2.34 - €77.36 arasında değiştiği; risk altındaki kişilerde bası yaralarını engellemek için alınacak önlemlerin ise yine hasta başına €7.88 olduğu bulunmuştur (110). Hastane ilişkili bası yarası vaka başına takip ve tedaviyi yürüten hastaneye yaklaşık 500 dolar ile 70.000 dolar arası masrafa sebep olabilir (111). Bahsi geçen bu yüksek maliyetli, zor ve uzun süreç nedeni ile mühim olanın risk altında bulunan hastalarda bası yarasının hiç gelişmemesi olduğu görülmektedir. Hızlı ve ilk aşamada

uygulanan korumaya yönelik tedbirlerle bası yarası gelişimi engellenebileceği ve maliyetin düşürülebileceği literatürde izlenmektedir (112).

Ülkemizde ise bası yarası bugün dahi yüksek sıklıkta izlenmektedir. Hastane yatışları gibi akut durumlarda bası yarası oluşması insidansının %4-%38 arasında olduğu gösterilmiştir (113). Bahsedilen durumun yoğun bakım servislerindeki insidansı %56' yı bulabilmektedir (114). Bası yaralarına yönelik yapılan cerrahi müdahaleler sonrasında nüksün % 95 olduğu ortaya konulmuştur (115). Yurtdışındaki kaynaklarda bası yarası prevalansının evde sağlık hizmetlerinde %29'u bulabildiği görülmüştür (116).

Bakım verenlerin bası yarası hakkında bilgilendirilmesi, bası yarası oluştuğunda iyileşmeyi sağlamak ve tekrarını önlemek için önem arz etmektedir. Hastanın aralıklı olarak pozisyon değiştirmesi ve cilt bakımı bakım verenlerin yetkin olması gereken konulardan biridir.

Bası yaralarının önlenabilir olması gerçeği evde sağlık hizmetleri kapsamında risk altındaki hastaların erken tespitinin önemini artırmaktadır ve bu aşamada nüfusunun kapsayıcı şekilde takibini yapan aile hekimlerinin rolü önem arz etmektedir. Önemi yüksek olan bir diğer husus ise evde sağlık hizmetleri kapsamına alınan her hastanın başlangıçta risk faktörlerinin ayrıntılı değerlendirilmesidir (117).

Evde sağlık kapsamında olan hastalarla yakınlarının bası yarası gelişmesinin önlenmesi hususundaki risk faktörlerini bilmeleri, ortadan kaldırmaya yönelik teşebbüsleri, makaslama ve sürtünme gibi hareketlerinden kaçınılması deri muayenesini sık yapmayı öğrenmeleri, tüm bunlara rağmen bası yarası oluşmuşsa tedavi planı ve takibi son derece önemlidir. Araştırmalar hastanın ve bakım verenlerinin hastalıkları konusunda bilgi düzeylerinin artırılması ve desteklenmelerinin anksiyetelerini azaltacağını ve tedavi uyumunu sağlayacağını göstermektedir (117).

Öneminin anlaşılması neticesiyle bası yaraları son yıllarda hekimlerce artan bir dikkatle değerlendirilmektedir. Hayvan deneyleriyle fazla nemin ve basıncın yara oluşturabileceğini belirten ilk kişi Dr. Charles Brown-Séguard'tır ve bu çalışmaları ile literatüre geçmiştir (118,119). Bası yaralarının patofizyolojisi ilerleyen yıllarda da derinlemesine incelenmeye devam etmiş ve nörotropik moleküllerin salınmasının yara oluşturabileceğini ileri süren Dr. Jean Martin Charcot ise "decubitus ominosus"

terimini ilk kullanan kiři olmuřtur. Dr. William Browning ise bası yaralarının oluřmasına hiřbir řekilde izin verilmemesi gerektiđini belirtmiřtir (120). Bası yaraları konusunda karamsar dūřunceler de ileri sūrūlmūř ve Dr. Charcot bası yaralarını nōrolojik hastalarda kařınılmaz bir geliřme olarak gōrmūřtur. Bakım sūrecinin kıymetini yūksık gōren bazı gōrūřler de olmuřtur. Bu gōrūřlerden biri Florence Nightingale'e aittir. Florence Nightingale bası yarası oluřmasını hastalıkların suçu olarak gōrmemiřtir ve kōtū bakımın bu duruma sebep olduđunu savunmuřtur (120,121).

Basınca maruz kalan kan damarlarının perfūze ettiđi dokularda iskemi geliřir. Hūcre ōlūmleri dokuda ōdeme, ōdem intrinsik basıncın artması ile lenfatik akımın da engellenmesine yol aęar. Mevcut durumda bası altındaki dokuda metabolitler, enzimler, proteinler birikir. Bu durum doku hasarını daha da arttırır (122,123).

Geçmiř zamanlardan şimdiye kadar bası yaralarıyla alakalı daha ōnce belirttiğimiz gibi biręok fikirler ve yaklaşımlar sunulmuştur. Ancak varılan ortak payda şudur ki; yaralar oluştuktan sonra, tedavisi karmaşık ve zordur. Bu yūzden asıl tedavi; risk altındaki hastaların erken fark edilmesi ve gerekli ōnlemlerin alınarak yara oluşmasının ōnūne geğilmesi.

Bası yarası gelişimi ięin literatūrde bazı risk faktōrleri tanımlanmıştır ancak bakım veren kişinin psikolojik dayanıklılığı bu faktōrler iğerisinde bulunmamaktadır. Ancak biz bakım verenlerin, hastalarda bası yaralarının oluşmasında ve prognozunda kilit rol oynadığını dūřünmekteyiz ve bakım verenlerin psikolojik dayanıklılığı araştırmamızın ęıkıř noktasını oluşturmaktadır.

Bası yarası patofizyolojisinde biręok unsur vardır, ancak doku kaybına varan nihai ortak yol iskemidir. Dokular kısa bir sūre boyunca yaklařık 30-32 mm/Hg'lik bir basıncı tolere edebilir. Fakat devam eden basınę kapiller dolum basıncını geętiđinde dahi mikro dolařım bozulur ve bu durum iskemi, hipoksi, hūcre ōlūmū ve ūlserasyona dođru ilerler (124,125).

Dūnya ęapında kabul edilen ve diğer sınıflandırmalara gōre daha revağta olan NPIAP sınıflamasına gōre bası yaraları temel olarak 4 evrede sınıflandırılır (126).

Evre 1: Deri būtūnlūđū sađlamdır. Lokal, basmakla solmayan kızarıklık mevcuttur.

Evre 2: Lokal dermis kaybı vardır. Dermisten daha derin dokularda hasar yoktur. Pembe, kırmızı renkte yara görülür, büller de izlenebilir.

Evre 3: Subkutan dokuya ilerlemiş doku hasarı vardır ancak tendon, kemik, kas gibi daha derin dokularda hasar yoktur.

Evre 4: Tam kat hasar mevcuttur. Kemik, kıkırdak veya kas etkilenmiştir.

Bu dört evreye ek olarak iki evre daha vardır. Bu evreler ‘Evrelendirilemeyen Bası Yaraları’ ve ‘Şüpheli Derin Doku Hasarıdır’. Evrelendirilemeyen bası yaralarında doku hasarı skar nedeni ile gizlenmiştir ancak skar dokusu kaldırılırsa genellikle 3. veya 4. evre bası yarası izlenir. Şüpheli derin doku hasarında ise deride epidermal ayrılma veya kırmızıdan mor siyah renklere kadar uzanabilen bir renk değişikliği mevcuttur (126).

Evreleme sistemlerinde bahsi geçenlere ek olarak mukoza bası yarası da mevcuttur ancak evreleme mukozada renk değişikliği ile yapılamaz çünkü mukozada net değerlendirilemez ve kemik doku etkilenmesi söz konusu değildir. Bu evre daha çok medikal ekipmanların uzun süreli basısına bağlı gelişen yaraları ifade etmektedir (127).

Türkiye’de bası yarasının prevalansına dair yapılan farklı çalışmalarda ise prevalans %5,5 ile %17,5 arasında değişmektedir (128–130).

Ülkemizde yine başka bir çalışmada bası yarası genel prevalansı %12.7 (Evre 1-Evre 4) olarak bulunmuş, Evre 1 hariç tutulduğunda ise; prevalans %6.7 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada bası yaralarının %48.5’inin Evre 1 olduğu izlenmiştir (131).

2.4. Psikolojik Dayanıklılık

2.4.1. Psikolojik dayanıklılık mefhumu

Sevilen kişinin ölümü, işinden ayrılma, ağır sağlık problemleri, sarsıcı toplumsal olaylar gibi ağır hadiseler zorlu hayat tecrübeleridir. İnsanlar bu olaylar karşısında farklı duygulanımlar yaşamakta ve tepkileri farklı olmaktadır. Bu zor tecrübelerle karşı bireyler ilk zamanlarda olumsuz duygulanımlar yaşasa da genellikle ilerleyen süreçte adapte olabilmektedirler. Adapte olabilmenin temelinde ise kişinin çaba göstermesini, zaman harcamasını, kararlar almasını gerektiren Psikolojik Dayanıklılık kavramıdır (13–17).

Psikolojik sağlamlık terimi; Latince “resiliens” kökünden türemiştir, malzemenin elastikliği ve asıl şekline kolayca geri dönmesi anlamını karşılamaktadır

(23). Türkiye’de olduğu gibi birçok ülkede de araştırma konusu olan “resilience” tabirinin dilimize tercümesinde uzlaşması olmasa da literatür incelendiğinde “kendini toplama gücü” (132), “yılmazlık” (133), “psikolojik dayanıklılık” (134) ve “psikolojik sağlamlık” (135) halinde kullanıldığı izlenmektedir.

Psikolojik dayanıklılık genel hatlarıyla başarıya ve adapte olma şeklinde tanımlanabildiği için bu çerçevede maddi ve mesleki sorunlar, şiddetli sağlık sorunları, aile içi sıkıntılar, kişiye yönelik tehdit, bireysel veya sosyal travmalar ve benzeri durumlara karşı, psikolojik dayanıklılık bireyin uyum sağlayabilme sürecini ifade eder (136). Psikolojik dayanıklılık uyum sağlayabilme kapasitesinden bahsettiği için varlığının söz konusu olabilmesi için kişinin zorluğa ya da riskli duruma maruziyeti ve nihayetinde bu duruma uyum sağlayarak var olan olumsuz şartlar karşısına kendi yaşantısında başarı elde etmesi şeklinde değerlendirilmelidir (137).

Psikolojik dayanıklılık kavramının farklı ve hepsi de doğru tanımlamaları vardır; kişinin hayattaki zorlayıcı tecrübelerle karşı kendisini toparlayabilme yeteneği olarak da tanımlanabilir (13), kişinin yaşadığı değişimleri veya kötü olayları başarılı şekilde atlatabilmesi, üstesinden gelebilmesi şeklinde de tanımlanabilir (138), genel hatlarıyla başarıya ve adapte olma şeklinde tanımlanabilir (139).

Psikolojik dayanıklılık stresin olumsuz etkilerini zayıflatan ve uyumu kolaylaştıran bireysel bir özellik olarak kabul edilir (140).

Psikolojik dayanıklılık ilk bakışta istenilen, olumlu bir özellik olarak görüldüğü için bu konudaki bazı araştırmalar genetik yapıya odaklanarak bireylerin bazılarının avantajlı olarak dünyaya geldiğini savunmaktadır (141). Ancak bu konuda yürütülen başka çalışmalarla psikolojik dayanıklılığın sonradan kazanılabilir bir hasiyet olduğu da anlaşılmıştır (142). Yine bazı çalışmalarda psikolojik dayanıklılığın öğrenilebilen, zaman içerisinde gelişen bir kavram olduğu belirtilmiştir (143).

Psikolojik dayanıklılığın tanımlanmasında önemli yer tutan birçok faktör vardır, ancak çalışmalar neticesinde üç ana başlıkta toplanabileceği savunulmaktadır (144). Bu başlıklar aile uyumu ve desteği, kişisel yapısal özellikler ve dışsal destek sistemleri (arkadaş çevresi vb.) şeklindedir (134).

Kişisel yapısal özellikler fiziki olarak güçlü olma, sosyallik, zeka, iletişimi kuvvetli olma ve öz yeterlilik, yetenek ve bunlara benzer yapısal özelliklerdir (145). Psikolojik dayanıklılıkta ailevi niteliklere yönelmiş çalışmalar ise, anne babadan en

azından biriyle veya ebeveyn yerine geçen biriyle ilişkilerin önemli olduğunu bildirmiştir (146,147). Psikolojik dayanıklılığa olumlu etkisi olan dış destek sistemleri ise, kişileri destekleyen arkadaşlar, komşu, öğretmen ve benzerleri gibi kişi destekleyici kişilerdir (148–150). Yine destekleyici eğitim çevresi, sosyal etkileşme ve ortak hareket etme gerektiren hobi sahibi olmak gibi, kendi ailesi haricinden insanlarla beraber olmanın da psikolojik dayanıklılığa olumlu etkisi olduğu ortaya konulmuştur (151).

Psikolojik dayanıklılık teriminin oluşup ve gelişmesine liderlik eden araştırmalardan biri Emmy Werner’ın 1950 yılında başlayıp 40 yıl süren çalışmasıdır. Zikredilen bu araştırmada ebeveynlerinin psikolojik sağlığı iyi olmayan, ekonomik zorluk içerisinde büyüyen, doğum öncesi travma yaşamış olan ve bu gibi çeşitli risklere maruziyetle büyüyen çocukların yıllar içinde gelişim ve uyumları tekrar değerlendirilmiştir. Süreç içerisinde bazı çocukların yaşadıkları olumsuzlukların etkisinden kurtulabildiği, fiziksel olarak sağlıklı, özgüveni yüksek bireyler haline gelerek normal gelişim ve uyum gösterebildiği izlenmiş ve “dayanıklı” (resilient) olarak vasıflandırılmışlardır (150).

Psikolojik dayanıklılık kişinin stresör durumları başarı ve zaferle atlatmasıdır. Hunter, başarı kazanma ve uyum sağlama, Luthans ve arkadaşları, kişinin birçok negatif durumlar baş etme ve sonuçta bu mücadeleden zaferle çıkabilmesi olarak tanımlamışlardır. Benzer şekilde Masten de kişinin ağır riske maruz kaldığında bu süreçten galip olarak kurtulabilmesi ve bu risk durumunu atlatıp minimum hasarla kısa zamanda eski fonksiyonelliğini kazanması şeklinde tanımlamıştır. Dayanıklılık, iyi niyetli bakış açısı ve kararlı başa çıkma eylemleri aracılığıyla strese neden olan gündelik olayların etkilerini en aza indirmeye yönelik kişilik temelli yönelimdir (139,152,153).

Psikolojik dayanıklılık teriminin anlaşılmasında rol oynayan birçok unsurdan bahsedilmektedir bu unsurların üç ana başlık altında toplanabileceği yapılan çalışmalar ile öne sürülmektedir (144). Bu başlıklar; aile uyumu ve desteği, kişisel yapısal özellikler ve dışsal destek sistemleri (sosyal çevre, iş arkadaşları vb.) olarak sıralanabilir. Bahsedilen anlayış doğrultusunda Friborg ve arkadaşları psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında “kendilik algısı”, “gelecek algısı”, “yapısal stil”, “sosyal yeterlilik”, “aile uyumu” ve “sosyal kaynaklar” olmak üzere toplam altı

faktörlü bir yapı olduğunu savunmaktadır (154). Kendilik algısı faktörü bireyin öz farkındalığının olmasını ve özünde kim olduğuna yönelik düşüncelerini ifade etmektedir. Gelecek algısı faktörü bireyin gelecek ile alakalı tutumlarına odaklanmaktadır. Yapısal stil odak noktasına özgüveni, bireyin kendisinin güçlü taraflarını bilmesini ve öz disiplini almıştır. Sosyal yeterlilik bireyin çevresi tarafından destek görmesi konusu ile ilgilenir. Aile uyumu bireyin ailesiyle olan uyumunu gösterir. Sosyal kaynaklar ise kişinin sahip olduğu sosyal ilişkileri göstermektedir (155).

2.4.2. Psikolojik Dayanıklılık için Risk

Risk faktörü kavramı herhangi bir olumsuzluğun meydana gelme olasılığını arttıran ya da olası bir problemin devamına neden olacak durumlar olarak tanımlanmaktadır (156). Psikolojik sağlık kavramında ise risk oldukça önemlidir çünkü psikolojik sağlamlıktan sadece kişi riske ya da zorluğa maruz kaldığında bahsedilebilir. Bariz riskin olmadığı ortamlarda yaşayanlara yeterli, yetkim, uyumlu, normal denilebilir, fakat bu kişilerde “psikolojik sağlık” olgusundan bahsedilemez (24).

Tam bağımlı hastaların tedavi ve takipleri oldukça karmaşık olabilir. Bu hastaların bakımlarında bakım veren bireyler önemli yer tutmaktadır. Bakım verenin bakıma gönüllülüğü, gerektiğinde yardım alabilmesi, hastalığa ve bakıma dair bilgi sahibi olması bakımı kolaylaştıran elzem unsurlardandır. Bakım veren, bakım işini yürütürken bakımın formal tarafında bulunan sağlık profesyonelleri ile uyum halinde olmak, takip ve tedavinin bir parçası olabilmek istemektedirler (157). Bakım verenin ihtiyaçlarının tespiti ve bu istikamette sağlık profesyonellerinin danışmanlıkları ile bakım işini sürdürmelerinin sağlanması, bakım verenlerin karşılaşılabilecekleri zorlukları azaltmaktadır. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin bakıma dair bilgilenmeye ihtiyaç duydukları gösterilmiştir (158).

Literatürde kronik hastalara evde bakım sunan aile bireylerinin gereksinimlerini tespit amacıyla yapılan bir çalışmada aile üyelerinin %66'sının ailevi sorumluluklarında değişiklik olduğu, %66'sının sosyal yaşantılarının olumsuz etkilendiği, yorgunluk hissettikleri, adı geçen bu problemlerini çözmek adına evde sağlık personeline ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir (159). Literatür incelendiğinde sıklıkla bakım vericilerin bakıma yönelik eğitim veya bilgilendirme almadıkları, bakım yüzünden aile ve iş yaşantılarının olumsuz etkilendiğinin tespit edildiği izlenmiştir (58).

Temel görevlerinden biri bakım işi olan hemşirelerin kronik hastanın bakım ve takibi konusunda sorumlulukları yüksektir. Hemşire, bakım verene yol gösterici nitelikte bulunmalıdır bu süreçte hastayı ve bakımı üstlenen kişiyi gözlemlemeli, hususen bakım vereni dikkatle dinlemeli bu istikamette bakım planını oluşturup, ihtiyaç duyulan desteği sunmalıdır; bu destek hastalık ile ilgili eğitim, bakım verenin değişikliğini yönlendirmek gibi süreçlerdir. Hemşireliğin bu süreçte en kritik rollerde olmasının nedeni hemşireliğin, bireyin en temel ihtiyaçlarına odaklanması, her daim gelişen ve değişen bir meslek olduğunun savunulmasıdır (160). Bu kuramlar hemşireliğin temel meslek tanımında da kendine yer bulmuştur ve çağdaş hemşirelik anlayışı hemşirenin; eğitmenlik, bakım sunuculuk, hasta savunuculuk, danışmanlık, liderlik gibi birçok role sahip olduğunu savunarak hemşireleri bakım ekibin kritik bir üyesi olarak görmektedir (161). Sağlık profesyonellerinin bakım veren kişilere destek sağlayabilmesi, bakım verenin psikolojik ve sosyal açıdan ne düzeyde bir desteğe ihtiyaç duyduğunu tespit edebilmesi, için öncelikle bakım verenin psikolojik dayanıklılığını tespit etmesi gerekmektedir. Daha önce yapılmış olan araştırmalar, bakım verenlerin bakım yüklerine, hastanın medikal durumuna yoğunlaşmış ve bakım verenlerin psikolojik dayanıklılığına yönelik çok sayıda araştırma yapılmamıştır. Bakıma muhtaç, bağımlı hastalarla ilgili hemşirelik alanında çeşitli yayınlar olmasına rağmen hekimlik kısmında daha az çalışma bulunmaktadır. Halbuki bakım hastaları büyük bir popülasyondur ve dünya nüfusu yaşlandıkça sayıları artmaktadır. Bakım hastalarına sunulan bakımın ayrıntılarının bilinmesinin, bakım kalitesini artırmanın hekimler için önemi büyüktür. Bakımın kalitesi, hastanın tüm tıbbi sürecini etkilemektedir, bu sebeple bu konuya odaklanması önem arz etmektedir (162).

2.4.3. Psikolojik Dayanıklılık için Koruyucu Faktörler

Psikolojik dayanıklılık konusunda risk faktörleri olduğu gibi koruyucu faktörler de mevcuttur ve bu kavram risklerin, olumsuzlukların etkisini azaltan ya da tamamen ortadan kaldıran, uyum sağlamayı, bireyin başa çıkma kapasitesini geliştiren unsurlardır (18). Koruyucu faktörlerin içine ailesel, bireysel ve çevresel unsurlar veya bu unsurların etkileşiminden doğan durumlar girer (23).

Literatür tarandığında, psikolojik sağlamlığa dair çalışmalarda pek çok farklı parametrenin ayrıntılı olarak incelendiği görülmektedir. Bireyin yaşı, içinde yaşanılan toplumun kültürel özellikleri gibi farklı alanlarda incelemeler olmasına rağmen, araştırmaların ekseriyetinde koruyucu faktörler üç ana kategoride incelenmiştir; bunlar bireysel, ailesel ve çevresel koruyucu faktörlerdir. Ailesel koruyucu faktörlerin içine

destekleyici ebeveyn, aile üyeleriyle olumlu ve etkili iletişim becerisi; bireysel koruyucu faktörlerin içine sağlık durumunun iyi olması, yüksek zeka, mizah yeteneği, akademik başarı, iyimserlik; çevresel koruyucu faktörlerin içine ise arkadaş desteği sosyal çevredeki kişilerle olumlu ilişkiler girmektedir (14,16,19,20,23–25,163).

Bireyin kendisinde ve içinde yaşadığı ortam ve çevrede koruyucu öğelerin bulunması, sorunu oluşmadan önlemeyi ve bir olumsuzluğun meydana gelme ihtimalini en aza indirmeyi sağlarken; öte yandan mevcut problemin etkilerini indirgeyerek kişinin ruhsal ve fiziksel olarak iyi olmasını sağlayacak tutumları geliştirmesine katkı sağlaması suretiyle, problemlere karşı koymasına yardımcı olur.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Alınan İzinler

Çalışma için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.03.2024 tarih ve 2024-03/16 karar numarası ile etik onam alındı (Ek 1). Sivas Yeni Numune Hastanesi ve Sivas Devlet Hastanesi ESH Birimlerine kayıtlı hastalarda ve bakım verenlerinde çalışmanın yürütülebilmesi için gerekli izinler Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek 2) ve diğer ilgili birimlerden (Ek 3, Ek 4) alındı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tipi

Bu çalışma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yürütüldü. Kesitsel-tanımlayıcı bir araştırma olarak dizayn edildi. Etik Kurul onayının alınmasının ardından, Sivas Merkez'de ikamet eden ve ESH birimlerinden hizmet alan bireylere ESH ekipleri tarafından yapılan ziyaretler süresince gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma il merkezinde ikamet eden, ESH'ye kayıtlı, yatağa 1 yıldan uzun süredir tam bağımlı 18 yaş üzerindeki hastalar ve bakım verenleri ile yürütüldü.

İlimiz merkezinde ESH iki birim ile hizmet vermektedir. Bu birimler ikinci basamak hastane olarak hizmet veren Sivas Yeni Numune Hastanesi ve Sivas Devlet Hastanesi bünyesinde bulunmaktadır. Mevcut iki ESH biriminden yatağa tam bağımlı toplam 613 (sırasıyla $n_1=384$, $n_2=229$) hasta olduğu öğrenildi. Evreni belli örneklem hesabı yardımıyla çalışmaya 230 hasta ve bakım verenlerinin dahil edilmesi kararlaştırıldı. Örneklem sayısına ziyarete çıkan ekipler randomize edilerek ve randomize seçilen ekibin ev ziyaretlerine iştirak edilerek ulaşıldı. Uygun hastalar çalışmaya dahil edildi. Kriterleri karşılamayan 40 hasta araştırma dışında bırakıldı.

$$n = \frac{N.t^2.S^2}{(N-1).d^2 + t^2.S^2} = \frac{613.(1,96)^2.(3,92)^2}{(613-1).(0,4)^2 + (1,96)^2.(3,92)^2} = 230$$

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Bakım hizmeti alan hastanın Merkez ilçede ikamet etmesi
- 1 yıldan uzun süredir yatağa tam bağımlı olması

Gönüllülerin araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Bakım hizmeti alan hastanın Merkez ilçede ikamet etmemesi
- Bağımsız ya da yarı bağımlı hasta
- 1 yıldan kısa süredir bağımlı olma hali
- Anket formunu yarıda bırakması

3.4. Araştırmanın Akışı ve Verilerin Toplanması

Evrenimizi oluşturan il merkezinde ESH'ye kayıtlı yatağa tam bağımlı 613 hastanın 384'ü Sivas Yeni Numune Hastanesi ve 229'u Sivas Devlet Hastanesi'ne kayıtlı idi. İki hastanenin ESH birimleri iki farklı küme kabul edildi. Randomizasyonun sağlanabilmesi açısından Sivas Yeni Numune Hastanesi'nde ev ziyaretine günlük çıkan dört ekipten hangisine eşlik edileceği, rastgele sayılar tablosu yardımıyla belirlendi (Ek 5). Ekip uygun olmadığında tabloda yer alan bir sonraki ekibin ziyaretlerine dahil olundu. Sivas Devlet Hastanesi'nin iki ekibinden her gün sırayla birine dahil olundu.

Örneklem sayısına ulaşırken 230 hastanın seçiminde her kümede yer alan tabakalar göz önünde bulundurularak; orantısal olarak benzer sayıda hastaya ulaşıldı. Çalışmaya Sivas Yeni Numune Hastanesi'nden 144 ve Sivas Devlet Hastanesi'nden 86 hasta dahil edildi.

Ev ziyaretlerinde hastaya ve yakınına çalışma hakkında bilgilendirme yapıldı. Yazılı onamlarını alındı. “Bakım Alan Birey/Hasta ile İlgili Bilgiler” formundaki veriler hasta cevaplamaya uygunsa kendisinden, değilse bakım vereninden yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. “Bakım Veren Birey/Hasta Yakını ile İlgili Bilgiler” ise bakım verene bırakıldı, ziyaretlerin tamamlanmasının ardından aynı gün akşam araştırmacı tarafından tekrar ev ziyareti yapılarak toplandı. Bu esnada eksik veri ya da anlaşılmayan bir nokta olup olmadığı değerlendirilerek veriler tamamlandı.

Araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formu iki bölümden oluşmaktaydı. Formun ilk bölümü “Bakım Alan Birey/Hasta ile İlgili Bilgiler” ve ikinci bölümü “Bakım Veren Birey/Hasta Yakını ile İlgili Bilgiler” olarak dizayn edildi.

“Bakım Alan Birey/Hasta ile İlgili Bilgiler” formunda cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum gibi bakım alan/hasta bireyin sosyodemografik ve kişisel özellikleri yer almaktaydı. Sonraki sorularda bakım alan/hasta bireyin aktivite düzeyine ve bası yarası durumuna odaklanıldı. Araştırmacı tarafından yapılan fizik muayene bulgusu kaydedildi. Bu aşamada KGYA Ölçeği, Bası Yarası Mevcudiyeti ve varsa Bası Yarası Evresi değerlendirildi. Bası yarası evrelendirmesi dünya çapında genel kabul gören ve diğer sınıflandırmalara göre daha sık kullanılan NPIAP (Ulusal Basınç Yaralanmaları Danışma Paneli) sınıflamasına göre evrelendirildi (94). “Bakım Alan Birey/Hasta ile İlgili Bilgiler” formu bu şekilde toplam 18 sorudan oluşmaktaydı.

KGYA Ölçeği Katz ve arkadaşları tarafından (164) 1963’te oluşturulan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özkan Pehlivanoğlu ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır (165). Ölçek, yaşam için gerekli temel ihtiyaçları temine yönelik aktiviteleri göz önüne alır. Banyo, beslenme, giyinme, tuvalet ihtiyacı, hareket gibi öz bakımı ölçen maddelerden oluşmaktadır. KGYA ölçeğinden en fazla 6 puan alınabilirken; en düşük 0 puan alınabilir. Hastanın 0-2 puan alması tam bağımlı ve 6 puan alması tam bağımsız olarak değerlendirilir.

Veri formunun bakım veren birey hakkındaki ikinci kısmı Bakım Veren Birey/Hasta Yakını ile ilgili araştırmacılar tarafından oluşturulan 32 soruluk bir değerlendirme formuna ek olarak Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nden (PDÖ’nden) oluşmaktaydı. Bu veri formunun ilk kısmında bakım veren birey ile ilgili sosyodemografik özellikleri, geçmiş tıbbi öyküleri, alışkanlıkları, hastasına bakma nedeni, hasta bakımı ile ilgili düşünce ve tutumları değerlendirildi. Devamında 33 sorudan oluşan 5’li Likert tipinde dizayn edilmiş güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Basım ve Çetin tarafından 2011 yılında yapılmış Yetişkinler için PDÖ bulunmaktadır (134). Ölçek ‘Kendilik algısı’, ‘Gelecek algısı’, ‘Yapısal stil’, ‘Sosyal yeterlilik’, ‘Aile uyumu’ ve ‘Sosyal kaynaklar’ olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Orijinal çalışmada olduğu gibi Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında da ölçek maddelerinin değerlendirilmesi serbest bırakılmıştır. Yazardan alınan onay mailinin yanında tarafımıza ulaştırılan ölçeğin yorum ve puanlama yönergelerine göre ölçek puanları hesaplandı. Ölçekte 1-3-4-8-11-12-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı sorular ters puanlanan sorular olup; diğerleri soldan sağa doğru 12345 puan olarak değerlendirildi.

PDÖ'den alınan puanın artması ile bireyin psikolojik dayanıklılığının arttığı kabul edildi. Kendilik algısı alt boyutundan alınan puan arttıkça bireyin benlik algısının olumlu olduğu, gelecek algısı alt boyutundan alınan puan arttıkça geleceğe yönelik planlamalara karşı pozitif düşünceler içinde bulunduğu, yapısal stil alt boyutundan alınan puan arttıkça kişinin aktif ve planlarında başarılı olduğu düşüncesi içinde olduğu, sosyal yeterlilik alt boyutundan alınan puan arttıkça bireyin sosyal çevresine başarılı uyum sağlama kapasitesinde olduğu, aile uyumundan alınan puanlar arttıkça bireyin ailesi ile uyumlu yaşam tarzında ve düşünce yapısında olduğu ve sosyal kaynaklar alt boyutundan alınan puan arttıkça bireyin sosyal kaynaklarının yeterli olduğunu hissettiği şeklinde yorumlandı.

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 23.0 programına yüklendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu istatistiksel metodların (Shapiro-Wilk Testi, Kolmogorov-Smirnov testi) yanı sıra grafiksel yöntemlerle sınıandı. Veriler tablolarda aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, minimum-maksimum değeri, ortanca, çeyrekler arası genişlik, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde sunuldu. Kategorik veriler 2x2 ve çok gözlü düzenlerde Khi-Kare testi ile analiz edildi. Sigara ve alkol kullanımının birbiri üzerine etkisi ki-kare trend analizi ile araştırıldı. Parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde (Kolmogorov-Smirnov) bağımsız iki gruptan elde edilen ölçümler karşılaştırılırken iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve bağımsız ikiden fazla gruptan elde edilen ölçümler karşılaştırılırken tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Farklılık yapan gruplar Tukey testi ile belirlendi. Ölçek puanları ile bası yarası varlığı ve evresi arasındaki ilişkide Eta katsayısı kullanıldı. Parametrik test varsayımları karşılanmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi veya Kruskal-Wallis testi uygulandı. İkiiden fazla grubun yer aldığı durumlarda anlamlı farklılığa sebep olan gruplar Bonferoni Düzeltmeli Mann Whitney U testi ile tespit edildi. Ölçüm değerleri arasındaki ilişkiler Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirildi. Korelasyon aralıklarında ilişki düzeyleri 0,00-0,25 arası çok zayıf, 0,26-0,49 arası zayıf, 0,50-0,69 orta, 0,70-0,89 arası yüksek, 0,90-1,00 çok yüksek olarak kabul edildi. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alındı.

4. BULGULAR

Çalışmamız aynı sayıda hasta ve bakım verenleri (n=460) ile tamamlandı. Bulgular kısmında sırasıyla bakım sunulan birey ve ardından bakım verenlerin verilerine yer verildi.

Popülasyonumuzda bakım alan hastaların yaş ortalaması $69,54 \pm 19,93$ (min-maks:18-102) ve %52,18'i (n=120) kadınlardan oluşmaktaydı. Bakım alan bireylerin ESH birimine ortalama $31,55 \pm 33,08$ (min-maks:1-144) aydır kayıtlı oldukları belirlendi. İleri yaşlarda bakım alanların çoğu kadındı. Bakım alanların %36,09'u (n=83) okuryazar değildi ve %45,65'i (n=105) dul olduğunu ifade etti. Çoğunun (%73,48) şimdiye kadar en uzun yaşadığı yerin şehir merkezi olduğu öğrenildi. Ortalama aylık gelirlerinin $8896,95 \pm 6137,51$ (min-maks:0-50000) TL olduğu ve %15,12'sinin (n=25) herhangi bir aylık geliri olmadığı belirtildi (Tablo 1).

Bakım alanlarda cinsiyet ile şimdiye kadar yaşanan en uzun yer ve sosyal güvence varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$). Bakım alanların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde çoğunlukla genç yaş grubunda erkeklerin ve ileri yaş grubunda kadınların yer aldığı bulundu ($p = 0,003$).

Bakım alan bireylerin eğitim durumları arasında istatistiksel açıdan önemli fark olduğu, eğitim düzeyi yüksek olanların sıklıkla erkek olduğu gözlemlendi ($p < 0,001$).

Cinsiyete göre medeni durum değerlendirildiğinde; erkeklerin %52,73'ü evli iken; kadınların %63,33'ünün dul olduğu öğrenildi. Bakım alan evli bireylerin %65,17'si erkek iken; dulların %72,40'ı kadındı. Bu durum istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p < 0,001$). Gelir düzeyleri karşılaştırıldığında ise kadınların anlamlı şekilde gelir düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı ($p < 0,001$). İki bakım alan (%0,87) hariç tüm katılımcıların sosyal güvencesi vardı (Tablo 1).

Bakım alanların birlikte yaşadığı birey sayısı ortalama $3,48 \pm 1,66$ (min-maks:0-9) olup; %51,74'ü (n=119) geniş ailesiyle yaşamaktaydı. Cinsiyet özelinde değerlendirildiğinde erkeklerin sıklıkla çekirdek, kadınların ise geniş aileleriyle yaşadıkları gözlemlendi (Tablo 1). Çocuk sahibi olan bakım alanların (n=191, %83,0) ortalama $3,91 \pm 2,39$ ve maksimum 10 çocuğu olduğu izlendi. Çocuğu vefat eden iki bakım alan bireyin birinin üç, diğerinin bir çocuğunun vefat ettiği öğrenildi.

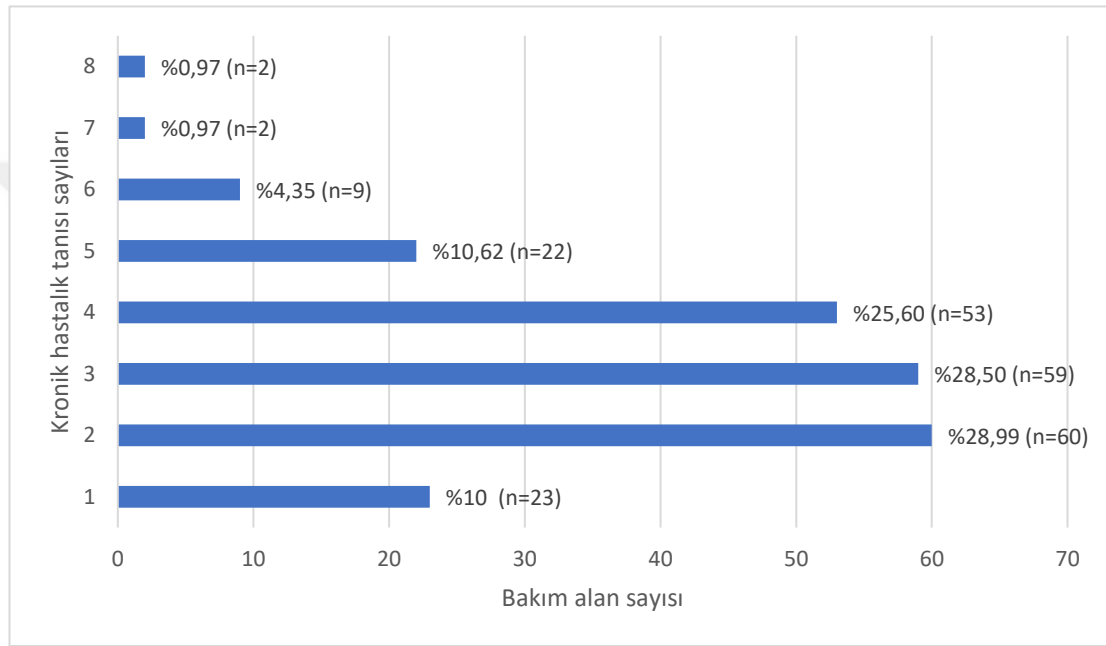
Bakım alan bireylerin %73,48'inin (n=169) kendisine ait bir odası bulunmaktaydı.

Tablo 1. Bakım alan bireylerin sosyodemografik özellikleri

	Toplam n (%)	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Sonuç
Cinsiyet	230 (100,00)	110 (47,82)	120 (52,18)	-
Yaş Grupları				
18-25	15 (6,52)	10 (9,09)	5 (4,17)	$\chi^2=21,39$ $p=0,003$
26-35	9 (3,91)	6 (5,45)	3 (2,50)	
36-45	9 (3,91)	7 (6,36)	2 (1,67)	
46-55	11 (4,78)	7 (6,36)	4 (3,33)	
56-65	20 (8,69)	13 (11,82)	7 (5,83)	
66-75	58 (25,22)	28 (25,45)	30 (25,00)	
76-85	64 (27,83)	29 (26,36)	35 (29,17)	
86 ve Üzeri	44 (19,13)	10 (9,09)	34 (28,33)	
Eğitim Düzeyleri				
Okuryazar Değil	83 (36,09)	23 (20,91)	60 (50,00)	$\chi^2=42,7$ $p<0,001$
Okuryazar	34 (14,78)	11 (10,00)	23 (19,27)	
İlkokul Mezunu	75 (32,61)	44 (40,00)	31 (25,83)	
Ortaokul Mezunu	5 (2,17)	4 (3,64)	1 (0,83)	
Lise Mezunu	28 (12,17)	25 (22,73)	3 (2,50)	
Lisans Mezunu	4 (1,74)	2 (1,82)	2 (1,67)	
Y.L./Dokt. veya Üzeri	1 (0,43)	1 (0,91)	0 (0,00)	
Medeni Durum				
Dul	105 (45,65)	29 (26,36)	76 (63,33)	$\chi^2=31,63$ $p<0,001$
Evli	89 (38,70)	58 (52,73)	31 (25,83)	
Bekar	36 (15,65)	23 (20,91)	13 (10,83)	
Bugüne kadar en uzun süre yaşanılan yer				
İl Merkezi	169 (73,48)	83 (75,45)	86 (71,67)	$\chi^2=0,49$ $p=0,78$
İlçe Merkezi	26 (11,30)	11 (10,00)	15 (12,50)	
Köy	35 (15,22)	16 (14,55)	19 (15,83)	
Gelir Düzeyi				
Ort±SS (Med, min-maks)	8897±6138 (8750, 0-50000)	11988±6607 (10000, 0-50000)	6063±3947 (7600, 0-15000)	$p<0,001^*$
Sosyal Güvence				
Var	228 (99,13)	109 (99,09)	109 (99,09)	$\chi^2=0,004$ $p=0,729^{**}$
Yok	2 (0,87)	1 (0,91)	1 (0,91)	
Aile Tipi				
Geniş	119 (51,74)	47 (42,73)	72 (60,00)	$\chi^2=6,86$ $p=0,009$
Çekirdek	111 (48,26)	63 (57,27)	48 (40,00)	

Y.L./Dokt. veya Üzeri: Yüksek lisans/Doktora veya Üzeri, χ^2 : Kikare test, *Kruskal Wallis test**: Fisher's Exact test, İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ bold olarak sunuldu.

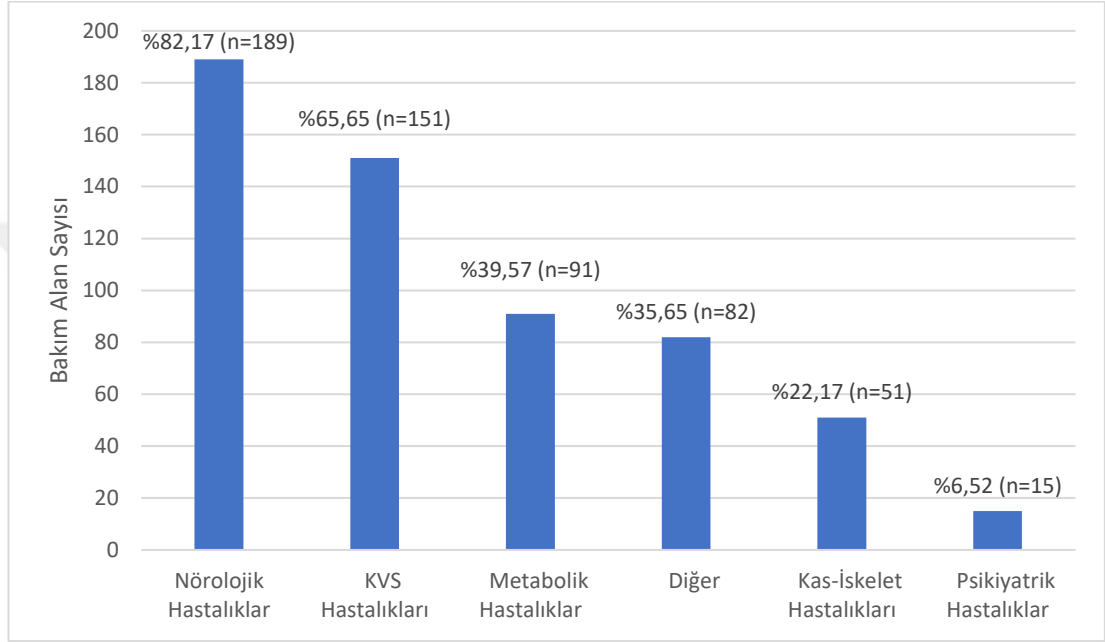
Bakım alanların %10'unun (n=23) tek bir kronik hastalık tanısı mevcuttu, geri kalan 207 bakım alan multimorbiditeye sahipti. Tek bir kronik hastalığa sahip hastaların %78,26'sının (n=18) nörolojik hastalık nedeniyle yatağa bağımlı hale geldikleri tespit edildi. Multimorbid bakım alanların %28,99'unun (n=60) iki, %28,50'sinin (n=59) üç, %25,60'ının (n=53) dört, %10,62'sinin (n=22) beş, %4,35'inin (n=9) altı, %0,97'sinin (n=2) yedi, %0,97'sinin (n=2) sekiz kronik hastalığı olduğu gözlemlendi (Şekil 1).



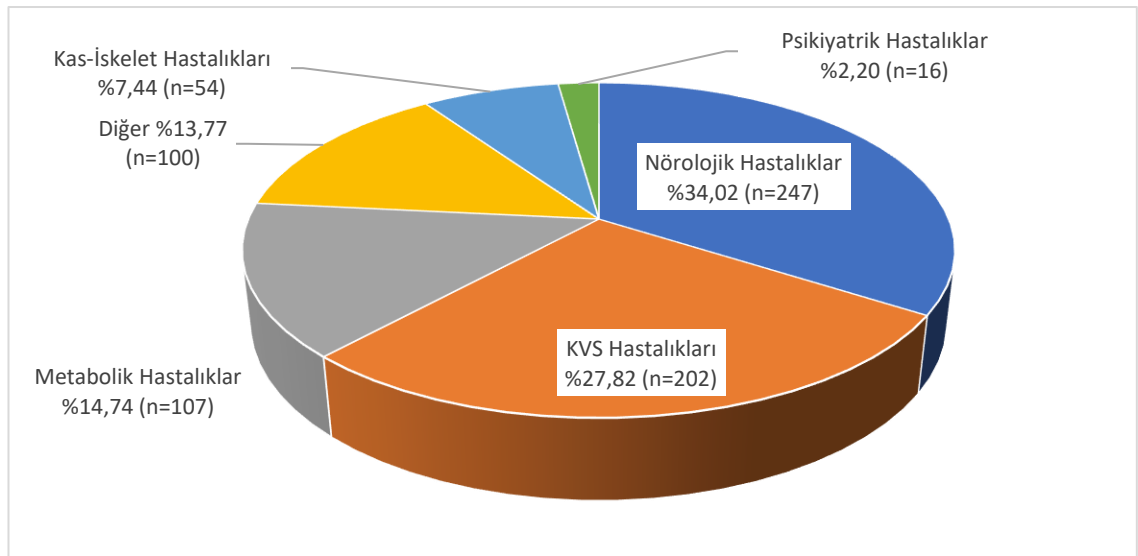
Şekil 1. Bakım Alanlarda Mevcut Kronik Hastalık Tanısı Sayıları

Hastalıklar özelinde irdelendiğinde bakım alanlarda 40 farklı hastalık (Serebrovasküler Hadise (SVH), Hipertansiyon (HT), Obezite, Depresyon, Benign Prostat Hiperplazisi (BPH), Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), Siroz, Pelvis Fraktürü, Osteoartrit, Kardiyovasküler Sistem (KVS) Hastalıkları, Bellek Bozuklukları, Astım, KOAH, Göz Hastalıkları, Multiple Skleroz, Serebral Palsi, Epilepsi, Geçirilmiş İş Kazası, Geçirilmiş Araç İçi Trafik Kazası, Malignite, Diyabetes Mellitus (DM), Hiperkolesterolemi, Femur Fraktürü, Şizofreni, Demans, Geçirilmiş Araç Dışı Trafik Kazası, Tiroid Hastalıkları, Alzheimer, Parkinson, Osteoporoz, Parapleji, Senilite, Anksiyete, Obstruktif Uyku Apne Sendromu (OSAS), Romatolojik Hastalıklar, Özofagus-Mide Benign Hastalıkları, Ekstremitte Kaybı, Kronik Hepatit B, Kronik Hepatit C, Friederich Ataksisi) ve toplam 726 kronik hastalık tanısı olduğu tespit edildi. Hastalıklar nörolojik, KVS, metabolik, kas-iskelet sistemi, psikiyatrik ve diğer

hastalıklar olarak altı grupta kategorize edildi. Bakım alan 230 bireyde en sık gözlenen hastalık grubunun %82,17 (n=189) ile nörolojik hastalıklar olduğu saptandı. Bunu sıklık sırasına göre Kardiyo Vasküler Sistem (KVS) hastalıkları %65,65 (n=151), metabolik hastalıklar %39,57 (91), diğer hastalıklar %35,65 (n=82), kas iskelet sistemi hastalıkları %22,17 (n=51) ve psikiyatrik hastalıkların %6,52 (n=15) izlediği belirlendi (Şekil 2), (Tablo 2).



Şekil 2. Bakım alan bireylerde gözlenen hastalıkların dağılımı (n=230 olup; bazı katılımcılarda birden fazla sayıda hastalık tanısı yer almaktadır)



Şekil 3. Toplam kronik hastalık yükü dağılımı (n=726)

Bakım alan bireylerin aile tipleri ile şimdiye kadar en uzun süre yaşadıkları yerler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık izlendi. Hayatlarının çoğunda il merkezinde yaşayan bakım alanların daha çok (%52,66) çekirdek aile yapısında olduğu öğrenildi. Bu oranlar il merkezinde yaşayanlar için %26,92 ve köydekiler için %42,86 idi ($p=0,036$). Bakım alan bireyin aile tipine göre sigara ve alkol kullanım durumunun değişmediği tespit edildi (sırasıyla $p_1=0,88$; $p_2=0,76$).

Aktif sigara içen sekiz bakım alan bireyin ortalama kullanım miktarı $34,12 \pm 25,55$ (min-maks:1-65) paket/yıldı. Sigarayı bırakan 69 kişinin (ex-smoker) ortalama sigara kullanımı $38,23 \pm 24,82$ (min-maks:2-105) paket yıl iken; ortalama $17,62 \pm 12,77$ (min-maks:25-58) yıl önce sigara bağımlılığından kurtuldukları görüldü. Bakım alanların %66,52'sinin ($n=153$) hiç sigara kullanmadığı (neversmoker) öğrenildi. Alkol kullanım öyküsü ise %7,83'ünde ($n=18$) gözlemlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Bakım alan bireylerin kronik hastalıkları ve madde kullanım öyküleri

	Toplam n (%)	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Sonuç
Kronik Hastalıklar*				
Nörolojik Hastalıklar	189 (82,17)	89 (80,9)	100 (83,3)	$\chi^2=0,230$ $p=0,631$
KVS Hastalıkları	151 (65,65)	63 (57,27)	88 (73,33)	$\chi^2=6,565$ $p=0,010$
Metabolik Hastalıklar	91 (39,57)	40 (36,36)	51 (42,50)	$\chi^2=0,904$ $p=0,342$
Kas-İskelet Hastalıkları	51 (22,17)	20 (18,18)	31 (25,83)	$\chi^2=1,947$ $p=0,163$
Psikiyatrik Hastalıklar	15 (6,52)	7 (6,36)	8 (6,67)	$\chi^2=0,009$ $p=0,926$
Diğer	82 (35,65)	43 (39,09)	39 (32,50)	$\chi^2=1,087$ $p=0,297$
Sigara Kullanım Öyküsü				
Aktif Kullanıyor	8 (3,48)	7 (6,36)	1 (0,83)	$\chi^2=62,138$ $p<0,001$
Bıraktı	69 (30,00)	58 (52,73)	11 (9,17)	
Hiç Kullanmadı	153 (66,52)	45 (40,91)	108(90,00)	
Alkol Kullanım Öyküsü				
Aktif Kullanıyor	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	$\chi^2=11,47$ $p=0,001$
Bıraktı	18 (7,83)	16 (14,55)	2 (1,67)	
Hiç Kullanmadı	212 (92,17)	94 (85,45)	118(98,33)	

Diğer: Malignite, BPH, göz hastalıkları, kazalar, romatolojik hastalıklar

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

χ^2 : Kikare test, İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ bold olarak sunuldu.

Bakım alanların cinsiyete göre sigara içme durumları karşılaştırıldığında; erkeklerin %52,73'ünün ex-smoker ve kadınların %90,00'inin neversmoker olduğu gözlemlendi ve bu durum istatistiksel açıdan da anlamlıydı ($p<0,001$). Benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı olarak erkek bakım alanlarda alkol kullanım öyküsü daha yüksekti (%14,55 vs %1,67), ($p<0,001$), (Tablo 2). Bakım alanlarda sigara ve alkol kullanımının birbirlerini etkilediği ve birinin kullanımının diğerinin kullanımını artırdığı gözlemlendi ($\chi^2=27,14$; $p<0,001$).

Bakım alanlarda medeni durum ile eğitim düzeyi ($p<0,001$), aile tipi ($p<0,001$), sigara ($p<0,001$) ve alkol kullanımı ($p=0,038$) arasında anlamlı fark bulundu (Tablo 3). Evli bakım alanların eğitim durumunun dul ve bekar bakım alanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptandı. Bekar bakım alanların %61,11'inin okuma yazma bilmediği gözlemlendi. Dul bakım alanların %72,38'inin geniş ve bekar/evli bakım alanların çoğunun çekirdek ailesiyle yaşadıkları belirlendi. Evli bakım alanların %48,31'inin ex-smoker, dul/bekar bakım alanların çoğunun hiç never-smoker olduğu öğrenildi.

Tablo 3. Bakım alanların medeni durumlarına göre bazı değişkenlerin karşılaştırılması

	Bakım alan Medeni Durum			Toplam (n=230) n (%)	Sonuç
	Evli (n=89) n (%)	Dul (n=105) n (%)	Bekar (n=36) n (%)		
Eğitim Durumu					
Okuryazar Değil	13 (14,61)	48 (45,71)	22 (61,11)	83 (36,09)	$\chi^2=56,28$ $p<0,001$
Okuryazar	12 (13,48)	19 (18,10)	3 (8,33)	34 (14,78)	
İlkokul Mezunu	40 (44,94)	33 (31,43)	2 (5,56)	75 (32,61)	
Ortaokul Mezunu	2 (2,25)	1 (0,95)	2 (5,56)	5 (2,17)	
Lise Mezunu	19 (21,35)	2 (1,90)	7 (19,44)	28 (12,18)	
Lisans Mezunu	2 (2,25)	2 (1,90)	0 (0,00)	4 (1,74)	
Y.L./Dokt. veya Üzeri	1 (1,12)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,43)	
Aile tipi					
Geniş	38 (42,70)	76 (72,38)	5 (13,89)	119 (51,74)	$\chi^2=41,49$ $p<0,001$
Çekirdek	51 (57,30)	29 (27,62)	31 (86,11)	111 (48,26)	
Sigara kullanımı					
İçiyor	6 (6,74)	0 (0,00)	2 (5,56)	8 (3,48)	$\chi^2=35,12$ $p<0,001$
Bıraktı	43 (48,31)	23 (21,90)	3 (8,33)	69 (30,09)	
Hiç İçmedi	40 (44,94)	82 (78,10)	31 (86,11)	153 (66,52)	
Alkol kullanımı					
Bıraktı	12 (13,48)	4 (3,81)	2 (5,56)	18 (7,83)	$\chi^2=6,55$ $p=0,038$
Hiç İçmedi	77 (86,52)	101 (96,19)	34 (94,44)	212 (92,17)	

Y.L./Dokt. veya Üzeri: Yüksek lisans/Doktora veya Üzeri, χ^2 :Kikare testi
İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ bold olarak sunuldu.

Bakım alanların KGYA ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar tablo 4'te özetlendi. KGYA ölçeği toplam puanı 0-2 arasında değişkenlik gösterirken; banyo, giyinme, tuvalet yapma alt boyutlarından katılımcıların tamamının sıfır puan aldığı saptandı.

Bakım alanların ortalama $7,80 \pm 9,43$ (min-maks:1-53) yıldır bakıma muhtaç oldukları belirlendi. Bakım alanların %62,61'inin (n=144) havalı yatağı olmasına karşın %39,57'sinde (n=91) bası yarası tespit edildi. Mevcut bası yaraları evrelerine göre bakım alan dağılımları Tablo 4'te sunulmuştur. Cinsiyetin bası yarası evresi ile ilişkili olmadığı görüldü ($p=0,620$). Erkeklerde bası yarasının daha fazla görüldüğü istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bası yarası olanların %56,04'ünü erkeklerin oluşturduğu, kadınların ise bu grupta %43,96 ile azınlıkta olduğu izlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Bakım alanların KGYA Ölçeği puanları ve bası yarası durumları

	Toplam n (%)	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Sonuç
KGYA Ölçeği				
Toplam Puanı				
0 Puan	120 (52,17)	58 (52,73)	62 (51,67)	$\chi^2=0,266$ $p=0,875$
1 Puan	107 (46,52)	51 (46,36)	56 (46,67)	
2 Puan	3 (1,30)	1 (0,91)	2 (1,66)	
Banyo Yapma (0 Puan)	230 (100,0)	110 (47,82)	120 (52,18)	-
Giyinme (0 Puan)	230 (100,0)	110 (47,82)	120 (52,18)	-
Tuvalet Yapma (0 Puan)	230 (100,0)	110 (47,82)	120 (52,18)	-
Kontinans				
0 Puan	228 (99,13)	110 (100,00)	118 (98,33)	-
1 Puan	2 (0,87)	0 (0,00)	2 (1,66)	
Transfer				
0 Puan	229 (99,56)	109 (99,09)	120 (100,0)	-
1 Puan	1 (0,44)	1 (0,91)	0 (0,0)	
Beslenme				
0 Puan	119 (51,74)	58 (52,73)	61 (50,83)	$\chi^2=0,082$ $p=0,793^*$
1 Puan	111 (48,26)	52 (47,27)	59 (49,17)	
Bası Yarası Mevcudiyeti				
Var	91 (%39,57)	51 (46,36)	40 (33,33)	$\chi^2=4,08$ $p=0,044$
Yok	139 (%60,43)	59 (53,64)	80 (66,67)	
Bası Yarası Evresi				
Evre 1	20 (21,98)	10 (19,61)	10 (25,00)	$\chi^2=3,52$ $p=0,620$
Evre 2	16 (17,58)	11 (21,57)	5 (12,50)	
Evre 3	12 (13,19)	7 (13,73)	5 (12,50)	
Evre 4	41 (45,05)	22 (43,14)	19 (47,50)	
Evrelendirilemeyen B. Yarası	1 (1,10)	0 (0,0)	1 (2,50)	
Derin Doku Basınç Hasarı	1 (1,10)	1 (1,96)	0 (0,0)	

*: Fisher's Exact test, χ^2 : Kikare test, İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ bold olarak sunuldu, B. Yarası: Bası Yarası

Bakım alanlarda cinsiyet ve evde havalı yatak olma durumu arasında önemli bir fark görülmedi ($p=0,972$). Ancak bası yarası olan bakım alanların evinde yarası olmayanlara kıyasla daha yüksek oranlarda havalı yatak olduğu izlendi (%76,93 vs %53,23), (Tablo 5).

Tablo 5. Bakım alanların evde havalı yatak mevcudiyetine göre bası yarası varlığı

Evde Havalı Yatak Mevcudiyeti	Bakım Alan Bası Yarası Varlığı		Toplam	Sonuç
	Var	Yok		
Var n (%)	70 (48,61)	74 (51,39)	144 (100,00)	$\chi^2=13,18$ $p<0,001$
Yok n (%)	21 (24,42)	65 (75,58)	86 (100,00)	
Toplam n (%)	91 (39,57)	139 (60,43)	230 (100,00)	

χ^2 :Kikare testi, İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ bold olarak sunuldu

Bakım alanın aile tipinin, evde havalı yatak ve bası yarası gelişimi üzerine etkisi anlamlı bulunmadı (sırasıyla $p_1=0,076$; $p_2=0,574$). Ömürlerinin en uzun dönemini yaşadıkları yerin evde havalı yatak bulunma ($p=0,327$) ve bası yarası gelişimi ($p=0,463$) üzerine etkisi gözlenmedi.

Bakım alan bireylerin sigara kullanım durumları ile bası yarası mevcudiyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,438$).

Bakım verenler değerlendirildiğinde %73,04'ünün ($n=168$) kadın olduğu saptandı. Yaş ortalamaları $55,16\pm 11,22$ olup 30-86 yaş arasında dağılım göstermekteydi. Ortalama aylık gelirleri $8650\pm 14782,83$ TL olup; 0-84000 TL arasında değişmekteydi. Bakım verenlerin %40,87'si ($n=94$) ilkokul mezunu iken; lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahip bireylerin oranı %43,48 idi ($n=100$). Bakım verenlerin %86,52'si ($n=199$) evliydi ve evlilerin hepsi en az bir çocuğu olduğunu belirtti (Tablo 6).

Bakım verenlerin %83,04'ünün ($n=191$) herhangi bir işte çalışmadığı, çalışanların %58,97'sinin ($n=23$) devlet kurumlarında görev yaptıkları öğrenildi. Çalışan 39 kişiden 6 kişi mesai saatlerinde dışarı çıktıklarında yerlerine bakabilecek kimse olmadığını ifade etti (Tablo 6).

Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre çalışma durumlarında anlamlı seviyede fark bulundu ($p<0,001$). Kadın bakım verenlerin çalışmama oranı %93,45 iken; erkeklerde bu oran %54,84'tü (Tablo 6).

Tablo 6. Bakım verenlerin sosyodemografik ve bazı tıbbi özellikleri

	Toplam n (%)	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Sonuç
Cinsiyet	230 (100,00)	62 (26,96)	168 (73,04)	-
Medeni Durum				
Dul	22 (9,57)	4 (6,45)	18 (10,71)	$\chi^2=1,104$ $p=0,576$
Evli	199 (86,52)	56 (90,32)	143 (85,12)	
Bekar	9 (3,91)	2 (3,23)	7 (4,17)	
Aylık Gelir				
Geliri Yok	145 (63,04)	5 (8,06)	140 (83,33)	$\chi^2=115,764$ $p<0,001$
Asgari Ücretten Düşük	35 (15,22)	22 (35,48)	13 (7,74)	
Asgari Ücret	8 (3,48)	3 (4,84)	5 (2,98)	
Asgari Ücretten Yüksek	42 (18,26)	32 (51,61)	10 (5,95)	
Eğitim Düzeyleri				
Okuryazar Değil	9 (3,91)	0 (0,00)	9 (5,36)	$\chi^2=33,955$ $p<0,001$
Okuryazar	11 (4,78)	0 (0,00)	11 (6,55)	
İlkokul Mezunu	94 (40,87)	13 (20,97)	81 (48,21)	
Ortaokul Mezunu	16 (6,96)	6 (9,68)	10 (5,95)	
Lise Mezunu	78 (33,91)	30 (48,39)	48 (28,57)	
Önlisans Mezunu	4 (1,74)	3 (4,84)	1 (0,60)	
Lisans Mezunu	16 (6,96)	9 (14,52)	7 (4,17)	
Y.L./Dokt. veya Üzeri	2 (0,87)	1 (1,61)	1 (0,60)	
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	191 (83,04)	34 (54,84)	157 (93,45)	$\chi^2=47,953$ $p<0,001^*$
Çalışıyor	39 (16,96)	28 (45,16)	11 (6,55)	
Meslek				
Ev Hanımı	153 (66,52)	0 (0,0)	153 (91,07)	$\chi^2=172,125$ $p<0,001$
Emekli	38 (16,52)	34 (54,84)	4 (2,38)	
Devlet	23 (10,00)	17 (27,42)	6 (3,57)	
Özel Sektör	11 (4,78)	8 (12,90)	3 (1,79)	
Serbest Meslek	5 (2,17)	3 (4,84)	2 (1,19)	
Kronik Hastalık Durumu				
Var	131 (56,96)	28 (45,16)	103 (61,31)	$\chi^2=4,817$ $p=0,028$
Yok	99 (43,04)	34 (54,84)	65 (38,69)	
Multimorbidite				
Bir Kronik Hastalık	69 (52,67)	19 (67,86)	50 (48,54)	$\chi^2=3,294$ $p=0,070$
Multimorbidite	62 (47,33)	9 (32,14)	53 (51,46)	
Kronik Hastalıklar				
KVS Hastalıkları	78 (33,91)	13 (20,97)	65 (38,69)	$\chi^2=6,347$ $p=0,012$
Metabolik Hastalıklar	50 (21,74)	10 (16,13)	40 (23,81)	$\chi^2=1,570$ $p=0,210$
Kas-İskelet Hastalıkları	28 (12,17)	4 (6,45)	24 (14,29)	$\chi^2=2,600$ $p=0,107$
Nörolojik Hastalıklar	8 (3,67)	1 (2,16)	7 (5,84)	$\chi^2=0,880$ $p=0,686^*$
Psikiyatrik Hastalıklar	4 (1,74)	1 (1,61)	3 (1,79)	$\chi^2=0,008$ $p=1,000$
Diğer	29 (12,61)	9 (14,52)	20 (11,90)	$\chi^2=0,280$ $p=0,597$

Diğer: Malignite, romatolojik hastalıklar, gastrik hastalıklar, göz hastalıkları

*: Fisher's Exact test, χ^2 : Kikare test, İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ bold olarak sunuldu

Bakım verenlerin %56,96'sının (n=131) en az bir adet kronik hastalığı bulunduğu öğrenildi. Birinci sırada görülen kronik hastalık grubunun KVS hastalıkları %40,37 (n=88), en az görülenin ise psikiyatrik hastalıklar %1,83 (n=4) olduğu tespit edildi (Tablo 6).

Bakım verenlerin %22,61'inin (n=52) aktif sigara bağımlısı olduğu belirlendi ve ortalama $15,55 \pm 11,55$ (min-maks:1-44) paket/yıl sigara kullanım öyküsü bulunmaktaydı. Bakım verenlerin %98,26'sı (n=226) hiç alkol kullanmadığı, %1,74'ünün (n=4) ayda 1 veya daha az sıklıkla alkol tükettiği öğrenildi.

Bakım alan bireyler ile bakım verenlerin cinsiyetleri karşılaştırıldığında aradaki fark anlamlı bulunmadı ($p=0,166$).

Bakım veren bireylerin bakım alan ile akrabalık bağları değerlendirildi. En yüksek oranda kızlarının (%25,22 ,n=58) ve eşlerinin (%24,35,n=56) bakım sunduğu gözlemlendi. Akriba olmayanlar, bakım verenler arasındaki en az sayıdaki grubu oluşturmaktaydı (Tablo 7). Buna paralel şekilde bakım verenlerin %89,13'si (n=205) bakım alanla aynı evde yaşamaktaydı. Sadece üç bakım verenin akrabalık bağının olmadığı gözlemlendi.

Bakım verenlerin %66,96'sına (n=154) bakım sürecinde yardımcı olan biri olduğu, %33,04'ünün (n=76) bakımı tek başına sürdürdüğü öğrenildi.

Bakım verenlerin %80,00'inin (n=184) dışarı çıkması gerektiğinde yerine bırakabileceği birileri olduğu tespit edildi. Bu 184 kişinin dışarı çıktığı zaman yerini alacak kişinin %21,74 (n=40) ile en fazla diğer akrabalar kategorisinden en sık damatlar olduğu tespit edildi (Tablo 7).

Bakım verenlerden çalışan 39 kişinin %48,72'si (n=19) işyerinden izin alırken zorlanmadığını, %41,03'ü (n=16) bazen zorlandığını ve %10,26'sı (n=4) her zaman zorlandığını belirtti.

Bakım verenlerin temel bakım verme nedenleri irdelendiğinde %58,94 (n=211) ailevi sorumlulukların ve %13,69 (n=49) dini inanışların etkili olduğu bulundu (Tablo 7).

Tablo 7. Bakım süreci ile ilgili sosyal özellikler

	Sayı (Yüzde) n (%)
Bakım verenlerin bakım alan ile akrabalık bağı	
Kızı	58 (25,22)
Eşi	56 (24,35)
Gelini	35 (15,22)
Oğlu	34 (14,78)
Annesi	23 (10,00)
Babası	11 (4,78)
Diğer	6 (2,61)
Kardeşi	4 (1,74)
Akraba Değil	3 (1,30)
Bakım veren dışarı çıkmak zorunda kalırsa yerini alabilecek kişinin bakım alan ile akrabalık durumu	
Diğer	40 (21,74)
Oğlu	32 (17,39)
Kızı	28 (15,22)
Gelini	26 (14,13)
Eşi	18 (9,78)
Kardeşi	14 (7,61)
Annesi	12 (6,52)
Akraba Değil	11 (5,98)
Babası	3 (1,63)
Bakım Verenlerin Belirttiği Bakım Verme Nedenleri*	
Ailevi Sorumluluk	211 (58,94)
Dini İnanç	49 (13,69)
Duygusal Bağlar (Sevgi, bağlılık vb.)	46 (12,85)
Bakacak Kimse Olmaması	32 (8,94)
Paralı Bakıcı Maliyeti Yüksekliği	17 (4,75)

Diğer: Damat, torun, yeğen

*Katılımcılara birden fazla yanıt verebilme imkânı sunulmuştur.

Bakım verenler ortalama $7,31 \pm 9,07$ (min-maks:0,1-53) yıldır ve 24 saatte ortalama $7,48 \pm 4,01$ (min-maks:1-24) saat bakım vermekteydi. Bakım verenlerin %90,43'ünün (n=208) bakım süreçlerinin aylık veya yıllık olarak değişmediği öğrenildi. Değişim yapma imkanına sahip 22 kişi yılda ortalama $2,25 \pm 2,49$ (min-maks: 0,5-12) kez bakım işini devrettiğini ifade etti (Tablo 8).

Bakım sürecinde en fazla zorlanılan alanlar değerlendirildiğinde; banyo ve tuvalet ihtiyacı bakım verenlerin en sık belirttiği iki seçenek oldu. Bakım verenlerin en az zorlandığı konunun ise %0,36'lık (n=2) oran ile bakım alanın alması gereken besinlere yönelik bakım veren ile çatışması, diyetine uyum sağlamaması olduğu görüldü (Tablo 8).

Tablo 8. Bakım sürecinin yönetimi ile ilgili özellikler

	n (%)
Bakım verenlerin bakım verdikleri süreler	
1 Yıldan Daha Az	40 (17,39)
1-5 Yıl Arası	110 (47,83)
6-10 Yıl Arası	35 (15,22)
10 Yıldan Uzun Süredir	45 (19,57)
Aylık veya yıllık olarak değişen 22 bakım verenin (%9,57) değişim periyotları	
Ayda Bir Defa	1 (4,55)
2 Ayda Bir Defa	1 (4,55)
3 Ayda Bir Defa	1 (4,55)
6 Ayda Bir Defa	9 (40,91)
Yılda Bir Defa	9 (40,91)
2 Yılda Bir Defa	1 (4,55)
Bakım verenlerin bakım işinde en çok zorlandığı konular*	
Hastanın Banyosu	175 (78,48)
Hastanın Tuvalet İhtiyacı	135 (60,54)
Hastanın Hareket Ettirmek	56 (25,11)
Hastanın Yara Bakımı	46 (20,63)
Hastanın Gece Uykusuzluğu	42 (18,83)
Hastanın Beslenmesi	23 (10,31)
Hastaya Pozisyon Vermek	20 (8,97)
Hastanın Ruhsal Sıkıntıları	18 (8,07)
Hastanın İlaçlarını Düzgün Kullanmaması	15 (8,73)
Hastanın Küfredmesi veya Bağırması	8 (3,59)
Hastanın Kıyafet Temizliği	8 (3,59)
Hastanın Diyetine Uyum Sağlamaması	2 (0,90)

* Zorlandığını belirten 223 katılımcıya birden fazla yanıt verebilme imkânı sunulmuştur.

Bakım verme işinde zorlanılan konular bakım alanın fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarına göre gruplandırıldığında; aradaki fark önemli değildi ($p=0,925$). Bakım sürecinde psikolojik ihtiyaçlarda (bakım alanın diyeti, ilaçlarını düzgün kullanmaması, ruhsal sıkıntıları, gece uykusuzluğu, küfretmesi veya bağırması) zorlandığını ifade edenlerin oranı %29,60 ($n=66$) idi (Tablo 9).

Tablo 9. Bakım işinde bakım verenin zorlanma durumu

	Toplam n (%)	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Sonuç
Bakımda zorlanma				
Evet	223 (96,96)	59 (95,16)	164 (97,62)	$\chi^2=0,927$ $p=0,391^*$
Hayır	7 (3,04)	3 (4,84)	4 (2,38)	
Bakım verenin zorlandığı ihtiyaçlar				
Yalnızca Fiziksel	157 (70,40)	41 (69,49)	116 (70,73)	$\chi^2=0,157$ $p=0,925$
Yalnızca Psikolojik	6 (2,69)	2 (3,39)	4 (2,44)	
Fiziksel ve Psikolojik	60 (26,91)	16 (27,12)	44 (26,83)	

*: Fisher's Exact test, χ^2 : Kikare test, İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ bold olarak sunuldu

Bakım verenlerin sundukları bakım hizmetinin kalitesine yönelik düşünceleri sorulduğunda %30,43'ünün ($n=70$) kararsız olduğu ve %12,61'inin ($n=29$) sunduğu bakımın kaliteli olmadığını düşündüğü saptandı. Bakım verenlerin %50,87'sinin ($n=117$) hasta bakımı konusunda kendini yeterli, %33,04'ünün ($n=76$) yetersiz hissettiği ve %16,09'unun ($n=37$) kararsız olduğu tespit edildi.

'Başka şansı olsa idi yatağa bağımlı birine bakım vermek istemeyeceğini' ifade edenlerin oranının %95,22 ($n=219$) olduğu görüldü.

Bakım verenlerin %66,09'unun ($n=152$) daha önce başka birine bakım vermediği ve bakım verenlerin %89,13'ünün ($n=205$) bakım alan ile sürekli birlikte yaşadığı, %10,87'sinin ($n=25$) geçici olarak birlikte yaşadığı tespit edildi.

Bakım verenlerin PDÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar hesaplandı (Tablo 10). Puan ortancaları, PDÖ'de $125,5\pm37,25$ (min-maks: 49-165), kendilik algısı alt boyutunda 24 ± 7 (min-maks: 8-30), gelecek algısında 14 ± 8 (min-maks: 4-20), yapısal stilde 14 ± 5 (min-maks: 4-20), sosyal yeterlilikte 21 ± 7 (min-maks: 6-30), aile uyumunda 24 ± 5 (min-maks: 9-30) ve sosyal kaynaklarda 29 ± 8 (min-maks: 8-35) olarak bulundu.

Bakım veren erkeklerin PDÖ ve alt boyutlarının tamamının puan ortancası kadınlardan yüksekti. PDÖ'den erkek bakım verenlerin aldığı puan ortancası 139 iken; kadınların ortancası 122,5 idi (Tablo 10).

Bakım verenin eğitim durumuna göre PDÖ ve alt boyutlarından aldığı puan ortancaları arasında anlamlı farklılıklar tespit edildi. PDÖ'den alınan toplam puana bakıldığında, lisans mezunlarının ($p<0,001$) ve lise mezunlarının ilkokul mezunlarından ($p=0,009$) anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları tespit edildi. Mezuniyet durumları ve PDÖ alt boyutlarından alınan puan kendi içlerinde ileri seviyede incelendiğinde; bakım verenlerden okuryazar olmayan, yalnızca okuryazar olan, ön lisans mezunu ve yüksek lisans mezunu grubuna mensup katılımcıların sayısı %5'ten az olduğu için istatistiksel analize dahil edilmedi. Bakım verenin eğitim durumuna göre aile uyumu alt boyutu hariç tüm alt boyutlardan alınan puan ortancaları arasında anlamlı fark bulunmaktaydı. Kendilik algısı alt boyutunda lisans ve lise mezunları ilkokul mezunlarına göre (sırasıyla $p_1<0,001$, $p_2=0,004$), lisans mezunları lise mezunlarına göre ($p=0,023$); gelecek algısı alt boyutunda lisans mezunları ve lise mezunları ilkokul mezunlarına göre (sırasıyla $p_1<0,001$, $p_2=0,006$); yapısal stil alt boyutunda lisans mezunları lise mezunlarına ve ilkokul mezunlarına göre (sırasıyla $p_1=0,013$, $p_2<0,001$); sosyal yeterlilik alt boyutunda lisans ve lise mezunları ilkokul mezunlarına göre (sırasıyla $p_1=0,001$, $p_2=0,009$); sosyal kaynaklar alt boyutunda ise lisans ve lise mezunları ilkokul mezunlarına göre (sırasıyla $p_1=0,001$, $p_2=0,009$) anlamlı düzeyde yüksek puan aldı (Tablo 10).

Çalışan bakım verenlerin, PDÖ ve alt boyut puan ortancalarının tamamı anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Dışarı çıkması halinde yerine bırakabileceği biri veya bakım sürecinde yardımcısı olan bakım verenler, bu şansı olmayanlara kıyasla PDÖ ve tüm alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek puan ortancasına sahipti (Tablo 10).

Bakım verenlerden evlilerin bekarlara göre PDÖ alt boyutlarından aile uyumu alt boyutundan aldıkları puan anlamlı seviyede daha yüksek bulundu ($p=0,003$). Bakım verenin sigara ve alkol kullanım durumuna göre PDÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 10).

Bakım verenlerin daha önceden başka bir hastaya bakım vermesinin PDÖ puanını etkilemediği görüldü ($p=0,389$).

Tablo 10. Bakım verenlerin PDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların bakım sürecine ait değişkenler özelinde karşılaştırılması

Bakım Veren	Bakım verenlerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) ve alt boyutlarından aldıkları puanlar													
	PDÖ Toplam		Kendilik Algısı		Gelecek Algısı		Yapısal Stil		Sosyal Yeterlilik		Aile Uyumu		Sosyal Kaynaklar	
	Puan	p	Puan	p	Puan	p	Puan	p	Puan	p	Puan	p	Puan	p
Ortalama±SS	122,6±25,9	-	22,8±5,6	-	13,5±4,8	-	14,2±3,6	-	20,9±5,2	-	23,3±4,3	-	27,8±5,5	-
Ortanca±IQR (min-max)	125,5±37,3 (49-165)	-	24±7 (8-30)	-	14±8 (4-20)	-	14±5 (4-20)	-	21±7 (6-30)	-	24±5 (9-30)	-	29±8 (8-35)	-
Ortanca=IQR														
Cinsiyet	139±33	<0,001	27±5,3	<0,001	16±7	0,005	16±5,30	<0,001	23±6	0,007	25,5±5	0,001	31±6	0,001
Erkek	122,5±36		23±7,8		14±8		14±4		20±7		23±6		28±8,80	
Eğitim Durumu	117,50±37,00		22,50±9		13±7		13±4,00		20±6,00		23,50±5		28±7,25	
İlkokul ^a	127±61,50	a-d:<0,001	25±10	a-d:<0,001	15,50±12	a-d:<0,001	16±4,75	a-d:<0,001	21±11,00	a-d:0,001	23,50±11,75	0,401	29±12,25	a-d:0,001
Ortaokul ^b	131±29,75	a-c:0,004	25±5,25	a-c:0,004	16±6	a-c:0,006	15±4,00	c-d:0,013	23±6,25	c-d:0,009	24,50±5		29,50±7	c-d:0,009
Lise ^c	149±15,50	a-c:0,009	28±2	c-d:0,023	19±1,75		18±3,50		26±5,75		25,50±3,75		33±1,75	
Çalışma Durumu	143,50±24,80		27,10±3,80		18±3,80		17±5,80		24±5,80		26±5		32±4,80	
Evet	120,50±36	<0,001	23±7,30	<0,001	13±8	<0,001	14±4	<0,001	20±8	<0,001	23±6	0,001	28±8,30	<0,001
Yerini Alabilecek Birinin Varlığı	128±33	0,001	24±7	0,002	15±8	0,01	15±4	<0,001	22±11	0,003	24±5	0,01	29±7	0,005
Evet	110±51,30		21,50±11,30		11±9,30		12,20±6		19±11		21,50±7,30		25,5±9,30	
Yardımcı Birinin Varlığı	128±32	0,004	128±32	0,005	15±8	0,02	15±4	0,003	22±7	0,033	24±4,50	0,015	29±7,50	0,002
Var	113±47,50		113±47,50		12±9		13±6		19±8,50		22±7,50		26±8	
Bakım Alan ile Birlikte Yaşama Durumu	124±36,50	0,002	23±8	0,006	14±8	0,001	14±4,50	0,027	20±7	0,012	23±6	0,019	28±8	0,005
Sürekli	141±23,50		27±5		17±4		16±6		24±6		26±5		32±6	
Medeni Hal	126±36	0,552	24±8	0,715	14±8	0,386	14±5	0,586	21±7	0,461	24±6	c-a:0,003	29±7	0,353
Evlî ^a	132,50±42,50		23±6,25		15,50±7,50		16±6		23±7,50		22±6,50		29,50±10,25	
Dul ^b	111±57,50		25±6,50		10±11		15±7		20±9		20±7,50		23±8,50	
Sigara Kullanımı	125±36		23±8		14±7		14±5		20±7		24±5		29±8	
Hiç içmedi	127±36,50	0,775	25±6	0,329	15±7,75	0,659	15±4,75	0,926	21±7	0,375	23±6,75	0,831	28±7	0,832
Aktif içiyor	130±43,50		25±9,50		14±10		14±3,50		22±9		24±6,50		29±9,50	
Alkol Kullanımı	126±36,25	0,313	24±7	0,412	14±8	0,357	14,5±5	0,322	21±7	0,384	24±7	0,462	29±8	0,432
Hiç içmedi	103±51,75		22±6		10±8,75		10±9		20±6,50		18±13,75		24±9,75	

SS: Standart sapma IQR: Inter Quantile Range (geyrekler arası açıklık), Karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanıldı, p<0.05 anlamlı kabul edildi ve bold karakter ile sunuldu

a-b: Sadece a ile b arasındaki farklılığın anlamlı olduğunu göstermektedir

Bakım verenin yaşı ile PDÖ toplam puanı, sosyal kaynaklar alt boyutu, yapısal stil, gelecek algısı ve kendilik algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede negatif yönlü düşük güçlü korelasyon mevcuttu. Bakım verenin aylık geliri ile PDÖ puanı ve tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü düşük güçlü anlamlı korelasyon saptandı. PDÖ ile, kendilik algısı ile, gelecek algısı, yapısal stil ile, sosyal yeterlilik ile, aile uyumu ile, sosyal kaynaklar ile korelasyon mevcuttu (Tablo 11).

Tablo 11. Bakım verenin yaşı ve aylık geliri ile PDÖ korelasyonu

Bakım Veren		KA	GA	YS	SY	AU	SK	PDÖ Toplam
Yaş	r	1,000						
	p	.						
KA	r	0,846	1,000					
	p	<0,001	.					
GA	r	0,798	0,791	1,000				
	p	<0,001	<0,001	.				
YS	r	0,828	0,786	0,768	1,000			
	p	<0,001	<0,001	<0,001	.			
SY	r	0,719	0,706	0,642	0,634	1,000		
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.		
AU	r	0,822	0,765	0,730	0,776	0,772	1,000	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.	
SK	r	0,932	0,918	0,867	0,892	0,834	0,907	1,000
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.
PDÖ Toplam	r	-0,253	-0,263	-0,224	-0,119	-0,091	-0,132	-0,200
	p	<0,001	<0,001	0,001	0,073	0,170	0,046	0,002
Aylık Gelir								
KA	r	1,000						
	p	.						
GA	r	0,846	1,000					
	p	<0,001	.					
YS	r	0,798	0,791	1,000				
	p	<0,001	<0,001	.				
SY	r	0,828	0,786	0,768	1,000			
	p	<0,001	<0,001	<0,001	.			
AU	r	0,719	0,706	0,642	0,634	1,000		
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.		
SK	r	0,822	0,765	0,730	0,776	0,772	1,000	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.	
PDÖ Toplam	r	0,932	0,918	0,867	0,892	0,834	0,907	1,000
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.
Aylık Gelir	r	0,384	0,286	0,308	0,315	0,197	0,252	0,324
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,003	<0,001	<0,001

Spearman korelasyon, KA: Kendilik Algısı, GA: Gelecek Algısı, YS: Yapısal Stil, SY: Sosyal Yeterlilik, AU: Aile Uyumu SK: Sosyal Kaynaklar

Bakım verenlerin sigara kullanım miktarları ve PDÖ puanları, kendilik algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu. Bakım verenin 24 saatte aktif bakım verdiği süre ile PDÖ puanı, gelecek algısı, yapısal stil, kendilik algısı ve sosyal yeterlilik alt boyutları arasında negatif yönlü düşük güçlü korelasyon tespit edildi (Tablo 12).

Tablo 12. Bakım verenin sigara kullanım miktarı ve günlük bakıma ayırdığı süre ile PDÖ korelasyonu

Bakım Veren	KA	GA	YS	SY	AU	SK	PDÖ Toplam
Sgr. Paket/Yıl							
KA	r	1,000					
	p	.					
GA	r	0,846	1,000				
	p	<0,001	.				
YS	r	0,798	0,791	1,000			
	p	<0,001	<0,001	.			
SY	r	0,828	0,786	0,768	1,000		
	p	<0,001	<0,001	<0,001	.		
AU	r	0,719	0,706	0,642	0,634	1,000	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.	
SK	r	0,822	0,765	0,730	0,776	0,772	1,000
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.
PDÖ Toplam	r	0,932	0,918	0,867	0,892	0,834	0,907
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Sgr. Paket/Yıl	r	0,375	0,229	0,442	0,449	0,338	0,302
	p	0,006	0,103	0,001	0,001	0,014	0,030
Gnl. Bkm. St.							
KA	r	1,000					
	p	.					
GA	r	0,846	1,000				
	p	<0,001	.				
YS	r	0,798	0,791	1,000			
	p	<0,001	<0,001	.			
SY	r	0,828	0,786	0,768	1,000		
	p	<0,001	<0,001	<0,001	.		
AU	r	0,719	0,706	0,642	0,634	1,000	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.	
SK	r	0,822	0,765	0,730	0,776	0,772	1,000
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.
PDÖ Toplam	r	0,932	0,918	0,867	0,892	0,834	0,907
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Gnl. Bkm. St.	r	-0,206	-0,232	-0,153	-0,185	-0,098	-0,057
	p	0,002	0,000	0,020	0,005	0,137	0,388

Spearman korelasyon, KA: Kendilik Algısı, GA: Gelecek Algısı, YS: Yapısal Stil, SY: Sosyal Yeterlilik, AU: Aile Uyumu SK: Sosyal Kaynaklar, Sgr.: Sigara, Gnl. Bkm. St.: Günlük Bakım Saati

Bakım verenler ortalama 7,31±9,07 (min-maks:0,1-53) yıldır bakım işini yürütmekte idi. Bakım verilen süre ile PDÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Bakım verenin bakım vermeye başlamasının üzerinden geçen yıl ile PDÖ korelasyonu

Bakım Veren	Süre	KA	GA	YS	SY	AU	SK
Bakım Verilen Yıl							
Süre	r	1,000					
	p	.					
KA	r	-0,067	1,000				
	p	0,310	.				
GA	r	-0,112	0,846**	1,000			
	p	0,090	<0,001	.			
YS	r	0,003	0,798**	0,791**	1,000		
	p	0,963	<0,001	<0,001	.		
SY	r	-0,100	0,828**	0,786**	0,768**	1,000	
	p	0,131	<0,001	<0,001	<0,001	.	
AU	r	0,030	0,719**	0,706**	0,642**	0,634**	1,000
	p	0,648	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.
SK	r	-0,042	0,822**	0,765**	0,730**	0,776**	0,772**
	p	0,527	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
PDÖ Toplam	r	-0,061	0,932**	0,918**	0,867**	0,892**	0,834**
	p	0,359	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Spearman korelasyon, KA: Kendilik Algısı, GA: Gelecek Algısı, YS: Yapısal Stil, SY: Sosyal Yeterlilik, AU: Aile Uyumu SK: Sosyal Kaynaklar, p<0,05*, p<0,01**

Bakım veren kişinin bir yıl içindeki değişim sayısı ile PDÖ ve alt boyutları arasında anlamlı fark izlenmedi (p=0,755).

PDÖ ve alt boyutlarının bakım alanın yaşı, aylık geliri, birlikte yaşadığı birey sayısı, çocuk sayısı, sigara kullanım miktarı, ESH'ye kayıtlı olunan süre ile arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi (p>0,05).

Bakım alan bireye ait özelliklerin bakım verenlerin ölçek puanları üzerine etkisi değerlendirildi.

Bakım alanın eğitim durumu ile bakım verenin PDÖ ve alt boyutlarından aldığı puan ortancaları arasında bir farklılık saptanmadı (p_{PDÖ}=0,360; p_{KA}=0,680; p_{GA}=0,585; p_{YS}=0,391; p_{SY}=0,440; p_{AU}=0,441; p_{SK}=0,245).

Bakım verenin PDÖ ve alt boyutlarından aldığı puan ortancaları ile bakım alanın şimdiye kadar en uzun süre yaşadığı yer (p_{PDÖ}=0,428; p_{KA}=0,511; p_{GA}=0,637; p_{YS}=0,462; p_{SY}=0,566; p_{AU}=0,355; p_{SK}=0,570), bakım alanın sigara kullanımı

($p_{PDÖ}=0,751$; $p_{KA}=0,929$; $p_{GA}=0,835$; $p_{YS}=0,998$; $p_{SY}=0,645$; $p_{AU}=0,559$; $p_{SK}=0,533$), bakım alanın alkol kullanım durumu ($p_{PDÖ}=0,326$; $p_{KA}=0,574$; $p_{GA}=0,200$; $p_{YS}=0,969$; $p_{SY}=0,243$; $p_{AU}=0,386$; $p_{SK}=0,993$) ve bakım alanın bası yarasının evresi ($p_{PDÖ}=0,731$; $p_{KA}=0,589$; $p_{GA}=0,677$; $p_{YS}=0,585$; $p_{SY}=0,567$; $p_{AU}=0,732$; $p_{SK}=0,231$) arasında önemli bir fark yoktu.

Bakım alan bireye ait odanın varlığında, bakım verenlerin PDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortancaları, olmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksekti. Bakım alan ile geçici süre birlikte yaşayan bakım verenler PDÖ'den ve ölçek alt boyutlarının tamamından, devamlı birlikte yaşayanlara göre anlamlı seviyede daha yüksek puan aldı. Aile tipine göre, bakım verenlerin PDÖ'den aldıkları toplam puan ve kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil ve sosyal yeterlilik alt boyutlarından alınan puan ortancaları arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Bakım alanın aile tipi geniş aile ise bakım veren PDÖ toplamından ve diğer tüm alt boyutlardan daha yüksek puan aldığı gözlemlendi. Bakım alanların medeni durumlarının bakım verenlerin psikolojik dayanıklılığını etkilediği izlendi. Bekar veya evli olmalarına kıyasla bakım alanların dul olması halinde, bakım veren kişilerin gelecek algısı ve sosyal yeterlilik alt boyutlarından aldıkları puanlar anlamlı düzeyde yüksekti. PDÖ toplam puan, kendilik algısı ve sosyal kaynaklar alt boyutlarından alınan puanlar dul olan bakım alanlarda, sadece evli olanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Bakım alanın KGYA ölçeğinden sıfır ve bir puan alanlar arasında bakım verenin PDÖ ve alt boyutları ortancası açısından fark saptanmadı (Tablo 14).

Bakım alanın bası yarasının olmadığı durumlarda, bakım verenin PDÖ toplam ve diğer tüm alt boyutlarından daha yüksek puan ortancalarına sahip olduğu saptandı. Bakım alan kişide bası yarası mevcudiyetinin, bakım verenlerin PDÖ toplam puan, kendilik algısı ve aile uyumu alt boyutlarından alınan puanları etkilediği saptandı. Bası yarası varlığının, ölçeğin diğer alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı farklılık yaratmadığı belirlendi. Evde havali yatak olması ile bakım verenin PDÖ ve alt boyutlarından aldığı puan arasında önemli bir fark bulunmadı (Tablo 14).

Tablo 14. Bakım verenlerin PDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların bakım alan kişiye ait değişkenler özelinde karşılaştırılması

Bakım Alan (Ortanca±IQR)	Bakım verenlerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) ve alt boyutlarından aldıkları puanlar											
	PDÖ Toplam		Kendilik Algısı		Gelecek Algısı		Yapısal Stül		Sosyal Yeterlilik		Aile Uyumu	
	Puan	p	Puan	p	Puan	p	Puan	p	Puan	p	Puan	p
Kendisine Ait Oda												
Var	130±33	<0,001	25±7	<0,001	16±8	<0,001	15±4	0,001	22±7	0,001	24±5	<0,001
Yok	111±38,5		22±8,5		12±7,5		13±6		19±6,5		22±6,5	
Aile Tipi												
Geniş Aile	130±34	0,02	25±7	0,039	16±7	0,016	15±4	0,025	22±7	0,001	24±5	0,384
Çekirdek Aile	119±39		23±9		13±10		14±5		20±7		23±7	
Medeni Durum*												
Evlî ^a	118±35	a-b:0,009	23±8	a-b:0,006	13±7,5	b:0,001	14±4	0,068	20±7,5	b:0,003	23±6,5	0,132
Dul ^b	136±33,5		25±6		16±7		15±4,5		23±7		24±6	
Bekar ^c	123±44		23,5±9,8		12±10		14±4,8		20±8,5		25±5	
KGYA ölçeği*												
0 puan	125±33	0,916	23±7	0,615	14±8,75	0,453	15±5	0,490	21±7	0,907	24±6	0,290
1 puan	128±41		24±8		15±8		14±5		20±5		23±6	
Bası Yarası												
Var	119±49	0,042	23±10	0,029	13±10	0,113	13±6	0,60	20±11	0,59	22±7	0,016
Yok	128±32		24±6		15±7		15±4		22±6		24±5	
Havah yatak varlığı												
Var	128±36,75	0,532	24±6,75	0,695	14±8	0,351	15±5	0,233	21±7	0,751	24±5	0,631
Yok	125±38,5		24±8,50		13±10		14±4		20±7		23,5±8	

Karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanıldı, IQR: Inter Quantile Range (seyrekler arası açıklık), p<0.05 anlamlı kabul edildi ve bold karakter ile sunuldu, *Kruskal-Wallis test

a-b: Sadece a ile b arasındaki farklılık anlamlı, b: a ile b ve c ile b arasında anlamlı farklılığı göstermektedir

Eta katsayısına göre tüm değişkenlerde bası yarası evresi ile PDÖ skorları arasında zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. En yüksek ilişki Aile Uyumu ($\eta = 0,215$) ve Sosyal Kaynaklar ($\eta = 0,211$) alt boyutlarında bulunmuştur. En düşük ilişki Gelecek Algısı alt boyutunda gözlenmiştir ($\eta = 0,181$) (Tablo 15).

Tablo 15. Bakım verenlerin PDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile bakım alanlardaki bası yarası evresi arasındaki ilişki

	Bası Yarası Evresi	Mean	F	p
PDÖ Toplam Puan	Evre 1	116,0000	0,641	0,669
	Evre 2	112,1875		
	Evre 3	123,5833		
	Evre 4	116,2927		
	Evr. Bası Yarası	139,0000		
	D. D. B. Hasarı	155,0000		
Kendilik Algısı Alt Boyutu	Evre 1	22,4000	0,624	0,682
	Evre 2	20,7500		
	Evre 3	22,7500		
	Evre 4	20,9512		
	Evr. Bası Yarası	27,0000		
	D. D. B. Hasarı	28,0000		
Gelecek Algısı Alt Boyutu	Evre 1	11,9500	0,576	0,718
	Evre 2	12,4375		
	Evre 3	13,5833		
	Evre 4	12,8293		
	Evr. Bası Yarası	17,0000		
	D. D. B. Hasarı	19,0000		
Yapısal Stil Alt Boyutu	Evre 1	13,4500	0,752	0,587
	Evre 2	12,5625		
	Evre 3	14,3333		
	Evre 4	13,7561		
	Evr. Bası Yarası	10,0000		
	D. D. B. Hasarı	19,0000		
Sosyal Yeterlilik Alt Boyutu	Evre 1	19,8000	0,649	0,663
	Evre 2	18,3750		
	Evre 3	21,0000		
	Evre 4	19,8780		
	Evr. Bası Yarası	24,0000		
	D. D. B. Hasarı	27,0000		
Aile Uyumu Alt Boyutu	Evre 1	21,5000	0,825	0,535
	Evre 2	22,5625		
	Evre 3	23,2500		
	Evre 4	22,3902		
	Evr. Bası Yarası	27,0000		
	D. D. B. Hasarı	29,0000		
Sosyal Kaynaklar Alt Boyutu	Evre 1	26,9000	0,797	0,555
	Evre 2	25,5000		
	Evre 3	28,6667		
	Evre 4	26,4878		
	Evr. Bası Yarası	34,0000		
	D. D. B. Hasarı	33,0000		

Evr. Bası Yarası: Evrelendirilemeyen Bası Yarası, D. D. B. Hasarı: Derin Doku Basınç Hasarı

Bası yarası olup olmamasına göre yapılan analizlerde de benzer şekilde zayıf düzeyde ilişkiler saptanmıştır. Bu grupta en yüksek ilişki Kendilik Algısı ($\eta = 0,175$) ve PDO Toplam Puanı ($\eta = 0,171$) değişkenlerinde, en düşük ilişki ise Gelecek Algısı alt boyutunda ($\eta = 0,126$) bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 16. Bakım verenlerin PDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile bakım alanlardaki bası yarası mevcudiyeti arasındaki ilişki

	Bası Yarası Mevcudiyeti	Mean	F	p
PDO Toplam Puan	Var Yok	117,1429 126,1727	6,813	0,010
Kendilik Algısı Alt Boyutu	Var Yok	21,6154 23,6187	7,203	0,008
Gelecek Algısı Alt Boyutu	Var Yok	12,7802 14,0144	3,677	0,056
Yapısal Stil Alt Boyutu	Var Yok	13,5714 14,6547	4,948	0,027
Sosyal Yeterlilik Alt Boyutu	Var Yok	19,8681 21,6187	6,431	0,012
Aile Uyumu Alt Boyutu	Var Yok	22,4615 23,8273	5,713	0,018
Sosyal Kaynaklar Alt Boyutu	Var Yok	26,8462 28,4388	4,760	0,030

Bu sonuçlar, evreler arasında ve basınç yarası olup olmama durumuna göre PDÖ alt boyut puanlarının birbirinden farklılık gösterdiğini, ancak ilişkinin gücünün düşük düzeyde olduğunu göstermektedir (Tablo 17).

Tablo 17. Bakım verenlerin PDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların, bakım alanlardaki bası yarası mevcudiyeti ve evrelerine göre eta katsayıları

	Bası Yarası Evreleri Eta Katsayısı	Bası Yarası Var/Yok Eta Katsayısı
PDO Toplam Puan	0,191	0,171
Kendilik Algısı	0,188	0,175
Gelecek Algısı	0,181	0,126
Yapısal Stil	0,206	0,146
Sosyal Yeterlilik	0,192	0,170
Aile Uyumu	0,215	0,156
Sosyal Kaynaklar	0,211	0,144

5. TARTIŞMA

Global ve ulusal olarak beklenen yaşam süresinin uzaması, ölüm oranlarının azalması ve doğum oranlarındaki düşüş sonucunda yaşlı nüfusta hızla artış görülmektedir. 1950-2050 tarihlerini kapsayan nüfus verileri ve tahminlerine göre, dünya nüfusunun artışı 4 kat beklenirken, yaşlı nüfusunun artışının 10 kat olarak beklenmesi oldukça dikkate değer bir durumdur (166). Yaşlı nüfustaki artış ve yaşlılığın beraberinde getirdiği biyopsikososyal sorunların birleşmesi sonucu bu yaş grubunda sağlık bakımına olan ihtiyaç artmaktadır.

Günümüzde yaşlı ve ESH'ye kayıtlı yatağa tam bağımlı bireylerin sayısındaki artış neticesinde, bası yarası ile daha sık karşılaşılmaktadır. Buradan hareketle bası yaralarının oluşmasını önlemenin önem kazandığı açıktır. Bası yarası oluşuktan sonra tedavisi zahmetli ve maliyetlidir (167).

Bu çalışmada, yatağa bağımlı bireyler ve bakım verenleri incelendi. Bakım verenlerin psikolojik dayanıklılığı ile hastalardaki bası yaralarının ilişkisi araştırıldı. Tartışma ve yorumlar bulgular bölümündeki sıraya uygun olarak yapıldı.

Ülkemizde yaşlı nüfusun büyük bir bölümünü kadınlar oluşturmaktadır. TÜİK'in 2023 yılı verilerinde 65 yaş ve daha üzerindeki nüfusun %44,5'ini erkek nüfusun, %55,5'ini kadın nüfusun oluşturduğu izlenmektedir (168). ESH'den faydalananlara bakıldığında da nüfusun bu yapısı birçok çalışmada kendini göstermektedir. ESH konusunda yapılan araştırmalar özelinde incelendiğinde de birçok çalışmada bakım alan bireylerin çoğunun 65 yaş üzerinde ve kadın olduğu izlenmiştir (30,117,169–179). Bizim çalışmamızda da literatürdeki yayınların ekseriyetine paralellik gösteren bir şekilde hastaların yaş ortalaması 65 yaş üzerinde ve yine literatüre uygun olarak hastaların çoğunun kadın olduğu izlendi. Yaş gruplarına göre incelendiğinde en sık 76-85 yaş arasında oldukları ve %10,43'ünü 18-35 yaş aralığındaki nispeten genç yetişkinlerin oluşturduğu görüldü. Genç bağımlı popülasyonumuz medeni durum, eğitim durumu gibi bazı sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

Ülkemizde ESH alanında yapılan bir çalışmada hastaların genellikle düşük eğitim seviyesinde oldukları saptanmıştır (169). Enginyurt ve Öngel'in 2012 yılında yaptıkları çalışmada hastaların %95,2'sinin okur yazar olmayan, okur yazar olan ve ilkokul mezunlarından oluştuğu görülmüştür. Eğitimli kesim olarak isimlendirebilecek

lise ve üniversite mezunlarının oranı %4,8 olarak izlenmiştir (180). Bizim çalışmamızda bakım alanların eğitim durumları incelendiğinde hastaların yaklaşık üçte birinin okuma yazma bilmediği görüldü. Bakım alan popülasyonun eğitim düzeyi düşük olarak değerlendirildi. Nitekim hastaların yarısından çoğunun ilk öğretim seviyesine ulaşamadığı izlendi. Eğitim düzeyinin bu denli düşük olmasına sebep olarak bakım alanların yaş ortalamalarının $69,54 \pm 19,93$ olmasını görmekteyiz. Bununla birlikte çalışmamızda genç yaştaki popülasyonun sıklıkla yatağa bağımlı olma sebeplerinin konjenital serebral palsi olduğu ve hiç okula gitmedikleri izlendi. Bu genç hastalar da popülasyonumuzun eğitim düzeyinin düşük olmasına katkı sağlamış olabilir.

Ülkemizdeki güncel nüfus istatistiklerine bakıldığında yaşlı nüfus içinde okuma yazma bilmeyenlerin oranının 2018 yılında %18,3, 2022 yılında %13,5 olduğu görülmektedir. Okuma yazma bilmeyen yaşlı kadınların oranının, 2022 yılında yaşlı erkeklerin oranından 5,7 kat fazla olduğu görülmüştür. Okuma yazma bilmeyen yaşlı kadınların oranı %21,2 iken yaşlı erkeklerin oranı %3,7 olarak izlenmiştir (168). Bizim çalışmamızda da bakım alanlarda erkekler ve kadınlar arasında eğitim durumları arasında önemli fark bulundu. Erkeklerde okuma yazma bilmeyen oranı kadınlardan daha düşüktü. Kadınlarda oran %50,00 olup; literatüre kıyasla daha yüksekti. Erkek bakım alanlarda lise ve üzeri eğitim düzeyi kadınların yaklaşık 6 katıydı. Bu durum örneklemimizin tek bir ili yansıtmasından kaynaklı sosyo-kültürel yapısı ile ilişkili olabilir. Ülke çapında geniş ölçekli çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilebilir.

Çalışmamızda bakım alanların eğitim durumu ile medeni durumu arasında önemli bir ilişki olduğu görüldü. Bekar hastaların eğitim durumunun ciddi seviyede düşük olduğu, bekar hastalar arasında okuma yazma bilmeyenlerin oranının %61,11 olduğu izlendi. Bu duruma konjenital serebral palsili hastaların genellikle bekar olmalarının ve hiç eğitim görememelerinin neden olduğu düşünülmektedir.

Bir çalışmada ESH alan hastaların %52'si (n:65) evliydi ve böylelikle evliler hastaların çoğunluğunu oluşturmaktaydı (180). ESH kapsamında, yaş ortalamaları 68.45 ± 14.80 olan hastalarla yapılan bir başka çalışmada da medeni durumlara bakıldığında evli olan hastaların daha sıklıkla izlenmiştir (169). Çalışmamızda, literatürden farklı olarak bakım alanların çoğunun dul olduğu izlendi. Ancak bu durum güncel nüfus istatistikleri (168) ile uyuşmaktaydı. Hastaların medeni durumlarının

bakım verenlerin psikolojik dayanıklılığını etkilediği izlendi. Dul olan hastaya bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıklarının daha yüksek olduğu izlendi. Bu duruma dul olan hastanın eşinin olmaması, bu şekilde potansiyel bir hastaya daha bakım verme sorumluluğunun bulunmamasına bağlı olduğu akla gelmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'nde (ADNKS) de yaşlı nüfus, yasal medeni duruma göre incelendiğinde cinsiyetler arasında önemli farklılıkların olduğu görülmektedir. Yaşlı erkek nüfusun %11,1'inin ve kadın nüfusun %46,4'ünün eşinin ölmüş olduğu bildirilmektedir. Bu istatistikler vasıtasıyla eşi ölmüş yaşlı kadınların oranının, erkeklerin 4 katı olduğu görülmektedir (168). İleri yaşlarda kadın popülasyonun erkeklere kıyasla daha yüksek olmasını, bu durumun temel sebebi olarak görmekteyiz. Çalışmamızda da bakım alanların cinsiyete göre medeni durumlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Dulların %27,62'lik kesimini erkekler oluştururken; kadınlar %72,38'lik bir oranla çoğunluğu teşkil etmektedir. Bu durumun kadınların beklenen yaşam süresinin daha uzun olması ve çalışmamızda da olduğu gibi yaşlı nüfusta kadın cinsiyetin daha fazla görülmesi ile açıklanabileceği kanaatindeyiz. Verilerimiz arasında yer alan evli hastaların eğitim düzeyinin, dul ve bekar hastalara kıyasla daha yüksek olmasını da kadın cinsiyetin sıklığı etkilemiş olabilir.

Bakım alanların ömürleri boyunca en çok yaşadığı yer çoğunlukla il merkezi olmuştur. Bu durum, evrenimizi il merkezinde ikamet eden hastalardan seçmemize bağlanmıştır. Ancak hastaların çoğunun şehir merkezinde yaşamış olması, bakım sürecinin sosyal bir zorunluluğundan da kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda bu durum sorgulanmamış olup; bakım alanın sosyal hayatındaki değişiklikler bakım süreçlerini etkileyebilir. Bu nedenle bakım sürecinin hastanın ikameti üzerinde bir etkisi olup olmadığı farklı araştırma dizaynları ile ayrıntılı incelenebilir.

Enginyurt ve Öngel'in 2012 yılında yaptıkları çalışmada ESH'den yararlanan kişilerin %95,2'sinin asgari ücret ya da aşağısında gelir düzeyine sahip olduğu görülmüştür (180). Bizim çalışmamızda da bakım alanların aylık gelir ortalaması asgari ücretin altında bulundu.

Dünyada ve ülkemizde ailelerin küçülmesi neticesinde bakıma muhtaç bireylerin yalnızlaşma riski artmaktadır. Türkiye'de 2008 yılında 4 kişi olan ortalama hane halkı büyüklüğü, azalma eğilimi göstererek 2023 yılında 3,14 kişiye düşmüştür.

(168). Çalışmamızda ülkemiz güncel nüfus verilerine paralel şekilde bakım alanların birlikte yaşadığı birey sayısı ortalaması $3,48 \pm 1,66$ olarak bulundu.

TÜİK verilerinde ADNKS sonuçlarına bakıldığında geniş aile olarak tanımlanan hane halklarının oranı 2015 yılında %16,5 iken 2023 yılında %13,2'ye düştüğü görülmüştür (168). Aksine çalışmamızda hastaların yarısından fazlasının geniş ailesiyle yaşadığı gözlemlendi. Ayrıca medeni durum ile aile tipleri arasında anlamlı fark saptandı. Dul hastaların çoğu geniş ailesiyle yaşamaktaydı. Bekar ve evli bakım alanların aile tipinde ise çoğunluğu çekirdek aile oluşturmaktaydı. Geniş aileye dönüşümün bakım sürecinden önce mi yoksa sonra mı olduğu çalışmamızda incelenmemiştir. Ancak bakıma muhtaç bireylere en sık kızlarının bakım sunduğu görülmüştür. Buradan hareketle eşlerini kaybeden kişilerin bakımını yürütenlerle beraber geniş aileye dönüştüğünü düşünmekteyiz. Bekar bakım alanların %86,11'inin çekirdek ailesiyle yaşaması konjenital hastalıklarına, nispeten daha genç yaşlarına ve bakım verenlerinin yalnızca ebeveynleri olmasına bağlanabilir. Yine bakım alanların cinsiyetine göre aile tiplerinin etkilendiği bulundu. Erkek hastalar daha çok çekirdek ailede yaşarken; kadınların geniş aileye mensup olduğu izlendi. Bu durumun hastaların medeni durumları ile ilişkili olduğu kanaatindeyiz. Çalışmamızda dul kadınlar, dul erkeklerden yaklaşık 2,5 kat fazladır. Hastanın dul olmasının, bakım veren kişinin ailesi ile birleşmesine zemin hazırladığı ve geniş aile olma sürecine katkı sağladığı kanaatindeyiz. Demografik özelliklerin hızla değiştiği bu yaşam döneminde ailenin primer olduğu bakım işinde bu verilerin önemli olduğunu, bu nedenle ileride yapılacak çalışmalarda hasta bakımı ile aile özelliklerine odaklanılmasının literatüre ve politika sağlayıcılara kıymetli katkıları olacağı kanaatindeyiz.

Bakım işinin yükü gözünde bulundurulduğunda bakım alan ve sunan kişilerin psikolojik zeminleri etkili olduğu kadar bu stresli yaşam süreciyle baş etme becerileri de oldukça önemlidir. Kişilerin sağlıklı ve hızlı bir şekilde sürece adapte olabilmeleri ve uzun soluklu bu yolculukta hem psikolojilerinin hem mental ve fiziksel sağlıklarının korunabilmesi için literatürde nispeten yeni kabul edilebilecek bir kavram olan 'psikolojik dayanıklılıkları' temel belirleyici bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızın da ana unsurunu oluşturan bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıklarının ölçülmesi, müdahale edilmesi gereken alanların belirlenmesine katkı sağlayacaktır. Ülkemizde 2016 yılında 835 kişi ile yapılan ve psikolojik

dayanıklılık düzeyinin sosyodemografik özelliklerden etkilenmesini araştıran bir çalışmada kadın katılımcıların ortanca puanı 127,56, erkeklerin 127,32 olarak tespit edilmiş, cinsiyetin etkili olmadığı bulunmuştur (181). Bizim çalışmamızda literatürle benzer şekilde tüm katılımcıların puan ortancası $125,5 \pm 37,25$ olup; farklı olarak erkek bakım verenlerin puan ortancaları kadınlardan daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamız bakım yükünün ağır olduğu bir popülasyonda yürütülmüş olup; kadın bakım sunanların ayrıca toplumdaki diğer rollerinin de bu sonuçları etkilemiş olabileceğini düşünmekteyiz. Öte yandan kültürümüzde kadınların stresli yaşam olayları karşısında kendilerini ifade edebilmeleri erkekler kadar kolay olmamaktadır. Bunun bir yansıması olarak depresyon, anksiyete gibi ruh sağlığı sorunlarına daha fazla eğilim göstermektedirler. Aile ve bakım süreçlerinin temelinde yer alan kadınların psikolojik dayanıklılıklarının değerlendirildiği ve güçlendirilmesine yönelik yürütülecek çalışmaların birey ve toplum sağlığına katkıları olacağı kanaatindeyiz.

Literatürde, doğrudan aile tipinin psikolojik dayanıklılık üzerine etkisini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak 178 hemodiyaliz hastasının psikolojik dayanıklılıkları ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada; hastaların %73,6'sının çekirdek ailesiyle ve %5,1'inin yalnız yaşadığı görülmüş; bu durumun psikolojik dayanıklılık üzerine bir etkisi olmadığı belirlenmiştir (182). Çalışmamızda bakım alanın geniş ailesiyle yaşaması halinde, bakım verenin psikolojik dayanıklılığının daha yüksek olduğu tespit edildi. Bu durumun temelinde yatan sebebin hastanın bakımı ile ilgili işlerde bakım verenin kendini yalnız hissetmemesinin yattığını düşünmekteyiz.

Bakım verenlerden sosyal açıdan aldığı destek zayıf olanlar ciddi zorluklar yaşamakta, psikolojik, sosyal ve bakıma dair işlerde desteklenmeye ve yardıma gereksinimleri olmaktadır (183,184). Literatürdeki bir çalışmada bakım verenlerin %78'i bakım işinde yardıma ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir (185). Çalışmamızda hastaya bakarken bakım verenlerin %67'sine yardımcı olan biri olduğu tespit edildi. Bakımı tek başına yürütenlerin, bakım ile ilgili tüm sorumluluğu tek başına üstlenmesi ve yardım alamayacağını düşünmesinin bakım vereni hırpalayacağı düşünülebilir. Bakım verenlere bakım hususunda yardımcı olan birinin varlığında bakım verenlerin psikolojik dayanıklılığı daha yüksek tespit edildi.

Yatağa bağımlı olmaya sebebiyet verecek birçok hastalık, komorbidite, kazalar gibi dış etmenler mevcuttur. Evde bakımı gerektirecek hastalıklar çok çeşitlilik

göstermektedir. Diğer taraftan birey yaşlandıkça bireyi bakıma muhtaç hale getirecek fonksiyon kayıpları da doğal olarak gelişebilmektedir (169). Samsun'da 2010-2015 yılları arası 1995 evde bakım hastası ile yapılan bir çalışmada en sık bildirilen hastalıklar sırasıyla SVH (%21,40), HT (%15,20), alzheimer hastalığı (%12,20) ve DM (%9,60) olmuştur (179). ESH hastaları ile yapılan başka bir çalışmada en sık görülen iki hastalık; %20,8 SVH ve %16,8 alzheimer olarak bildirilmiştir (180). ESH alanında yapılan bir başka çalışmada hastaların %44,4'nün en az iki kronik hastalığı tespit edilmiş; en sık tanılarının sırasıyla SVH, esansiyel HT ve DM olduğu izlenmiştir. Yine aynı çalışmada tanılar sistemlerine göre gruplandırıldığında en sık %20 ile nörolojik hastalıklar izlenmiştir (169). Benzer bir dönemde Ankara'da ESH biriminde takip ve tedavisi yapılan bası yarası olan 71 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %45'inde SVH ve %54,9'unda HT izlenmiştir (117). Erzurum'da 57 hasta ve bakım verenlerinin dahil edildiği bir çalışmada ESH'den faydalanan hastaların %26,3'ünde hemipleji ve %21,1'inde alzheimer tespit edilmiştir (30). Tokat'ta 2019 yılında ESH alanında yapılan bir çalışmada çalışmaya dahil edilenlerde sırasıyla %72 ile nörolojik hastalıklar, % 49 ile HT ve % 25 ile DM izlenmiştir (186). Çalışmamızda hastaların %82,17'sinin nörolojik hastalığı olduğu saptandı. Bunu sıklık sırasına göre KVS hastalıkları ve metabolik hastalıkların izlediği belirlendi. Oranın daha yüksek olması yatağa tam bağımlı hasta popülasyonumuzdan kaynaklanmış olabilir. Bakım alanların %90'ının multimorbid olduğu saptandı. Tek bir kronik hastalığa sahip hastaların %78,26'sının nörolojik hastalık nedeniyle yatağa bağımlı hale geldikleri tespit edildi. Multimorbid bakım alanların %28,99'unun iki ve %0,97'sinin sekiz kronik hastalığı olduğu gözlemlendi. Bakım alan 230 kişide bulunan toplam 736 kronik hastalık tanısı içinde de %34,02 ile nörolojik hastalıkların ilk sırada yer aldığı, ikinci olarak %27,82'lik oranla KVS hastalıklarının izlediği belirlendi. Çalışmamız bu yönüyle literatür ile uyushmaktadır. SVH neticesinde kişilerde hemipleji, dippleji gibi durumlar gelişebilmekte ve kişiler bağımlı hale gelebilmektedir. ABD'de 2011 yılında yapılan bir çalışmada inme geçirmiş hastaların prevalansının 60 milyondan fazla olduğu görülmüştür (187). Dünya çapında yıllık yaklaşık 15 milyon kişide SVH izlenmektedir. KVS hastalıklarını takiben özellikle 60 yaş üzeri nüfusta SVH ikinci sırada gelen ölüm nedenidir. Yine tüm dünyada sakatlıkların ve işgücü kayıplarının ise ilk sebebidir (188). Türkiye'de de mortalite sebebiyetinde KVS hastalıkları birinci,

SVH ikinci sırada yer almaktadır (189). ABD’de 2004 yılında, SVH nedenli maliyetin 53.6 milyar dolar olduğu ve ortalama yaşam boyunca tahmini maliyetin yaklaşık 140 bin dolar olduğu hesaplanmıştır (188). İnme vakalarının %70’i ilk inme olduğu için primer koruma önemlidir. Koruyucu yöntemlerin artırılması/risk faktörlerinin azaltılmasına bağlı olarak 20 yılda ABD, Oxfordshire bölgesinde yaşa bağımlı inme insidansında %40 azalma sağlandığı bildirilmektedir (188). Verilerimiz ışığında SVH’den primer korunmanın önemi bir kere daha görülmüş; bireye, topluma, sağlık sistemine ve ülke ekonomisine olumsuz etkilerine şahit olunmuştur. Aile hekimliği disiplindeki koruyucu hekimlik uygulamalarının SVH üzerine odaklanması, kanıta dayalı önleyici müdahalelerin belirlenerek günlük pratiğe dahil edilmesi, muhtemel faydaların daha açık ortaya konulabilmesi için bu alanda daha fazla çalışma yapılmasının önemli etkileri olacağı kanaatindeyiz.

Türkiye’de 2000 yılında 15 yaş ve üzeri erkeklerde tütün tüketimi %52,1 iken; 2020 yılında %42,8’e gerilemiştir. Kadınlarda oran %14,8 iken, 2020 yılında %18,9’a ilerlemiştir. Tahminlerde 2025 yılında bu oranın erkeklerde %40,5 ve kadınlarda %19,8 düzeylerinde olacağı öngörülmüştür (190). ESH alanında yapılan bir çalışmada 175 hastanın %8,0’inin sigara kullandığı izlenmiştir (55). Çalışmamızda bakım alanların %3,91’i aktif sigara içmekteydi. Cinsiyet özelinde incelendiğinde; erkeklerin %52,73’ünün sigarayı bıraktığı izlenirken; kadınların %90,00’inin hiç içmedikleri görüldü. Ayrıca bakım alanların medeni hali ile sigara içme durumları arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Evli hastaların çoğunun sigarayı bıraktığı, dul ve bekar hastaların çoğunun hiç sigara içmediği saptandı. Evli hastalar daha çok erkeklerden oluştuğu için sigarayı bırakanların oranının yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

DSÖ’nün 2011 yılı verilerine göre Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de alkollü içki kullanımı erkeklerde kadınlardan daha fazladır. Ülkemizdeki alkollü içki tüketimi dünya ortalamasının yaklaşık üçte biri kadardır (191). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ESH’den faydalanan hastaların %0,6’sının alkol kullandığı görülmüştür (55). Bizim çalışmamızda hastalardan aktif alkol kullanan bulunmazken; %7,8’inin alkol kullanım öyküsü olduğu öğrenildi. Erkek hastaların %14,55’inde alkol kullanım öyküsü izlendi.

Literatürde bakıma muhtaç bireylerin ya da yaşlıların kendilerine ait oda varlığı ile bu durumun etkilediği yönlere odaklanan çalışmalara rastlanmadı. Yalnızca bir tez

alışmasında bu hususa değinilmiştir. Geriatrik popölasyonda yürütölen bir çalışmada 65 yaşı üzerindeki 375 kişinin % 94,7'sinin kendine ait bir odası olduğu belirtilmiş; yaşlıda kendine ait oda varlığının öz bakım gücü açısından anlamlı fark oluşturmadığı görölmüşür (192). Bizim alışmamızda hastaların %73,48'inin kendisine ait bir odası bulunduğu izlendi. Bakım alan kişinin kendisine ait odası olmasının bakım işine olumlu etkileri olacağını düşünmekteyiz. Hastanın kendisine özel bir alanının olmasının birçok fiziksel ve psikolojik zorlukla mücadele eden bakım veren üzerine olumlu etkisi olacağı kanaatindeyiz nitekim kendisine ait odası olan bakıma muhtaç bireye bakım veren kişilerin psikolojik dayanıklılığının anlamlı derecede daha yüksek olduğu izlenmiştir.

Bağımlı hastalar ESH'nin kapsamındadır. ESH'den yararlanan bireyler incelendiğinde genellikle fiziksel açıdan bağımlı bireylere rastlanır. Evde sağlık ile ilgili çalışmaların birçoğuna bu durum yansımıştır (193–195). Evde sağlık hastalarına bakım verenlere odaklanan bir çalışmada bakım hastalarının %85,3'ünün banyo ihtiyacında tam bağımlı olduğu izlenmiştir (58). Çalışmamızda 1 yıldan uzun süredir yatağā tam bağımlı kişiler dahil edildiği için çalışmamızdaki tüm hastalar KGYA ölçeğinden 2 veya daha düşük puan aldı. Hastaların %52,17'si tamamen bağımlı olup sıfır puan alırken; %46,52'sinin bir puan, %1,30'unun 2 puan aldığı gözlemlendi. KGYA ölçeğine göre hastaların tamamı banyo, giyinme, tuvalet yapma aktivitelerinde bağımlı idi. Hastaların çoğu KGYA ölçeğinde yalnızca yemeği tabaktan ağzına götürebilme yetkinliğine sahipti. KGYA ölçeği puan ortancası 0 bulundu. Yalnızca iki hastanın inkontinansının olmadığı göröldü.

Literatürde bası yarası gelişimi üzerine etkili birçok faktör yer almaktadır. Bir çalışmada hastayı değerdiren sağlık çalışanlarının farklı yaklaşımlarının bası yarası gelişimine olumsuz etki yaparak sıklığı artırdığı tespit edilmiştir. Hasta ve yakınlarını yetersiz dinlemenin, farklı birimler arasındaki koordinasyonun etkin olmamasının, muayene süresinin yetersiz olmasının ve sağlık profesyonellerinin bası yarası bulgularını tespit etmedeki yetersizliğinin ileri evre bası yaralarının gelişmesinde etkisi olduğu izlenmiştir (196). ESH sistemine alınan her hastanın bası yarası açısından risk faktörlerinin ayrıntılı değerdendirilmesi ilk muayenede önemsenmelidir. ESH alan hastaların ve hasta yakınlarının bası yarasına karşı tutumları ve önleme konusundaki bilgilerinin artırılması, cilt muayene sıklığının artırılması, maruz kalınan basınçta

azalma sağlanması, sürtme ve kaydırmadan kaçınılması, bası yarası gelişenlerde gecikmeden tedavinin planlanması ve takibi önem arz etmektedir. Ayrıca bası yarası gelişimine yatkın hastalarda beslenmenin önemi vurgulanmalıdır (117). Bası yaraları bir kere oluşuktan sonra yönetimi çok zor ve maliyetlidir. Aynı zamanda interdisipliner bir yaklaşım gerektirir. Bundan dolayı bası yaralarının oluşmasının engellenmesi ESH sunan ekibin primer görevlerinden biri olmalıdır (197). Öte yandan ESH'ye kayıtlı tam bağımlı hasta takibinde aile hekimleri de kritik bir role sahiptir. Bası yarasının önlenabilir bir mortalite ve maliyet sebebi olması konunun önemini daha da artırmaktadır (117). Literatürde bakıma muhtaç ve ESH alan hastalarda bası yarasına yönelik birçok çalışma mevcuttur. Evde bakım hizmetlerine kayıtlı 52 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %25'inde bası yarası olduğu görülmüştür (198). Ankara'da ESH biriminde takip ve tedavisi yapılan bası yarası olan 71 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %16,7'sinde evre 1, %61,1'inde evre 2, %16,7'sinde evre 3, %5,6'sında evre 4 bası yarası tespit edilmiştir (117). Evde bakım hizmeti alan hastalarda bası yaralarının prevalansının tespit edilmesi ve yaraların klinik özelliklerinin ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan ve 420 hastanın dahil edildiği bir çalışmada bası yarası prevalansının % 23,80 olduğu görülmüştür (199). Enginyurt ve Öngel'in çalışmasında ESH'ye kayıtlı hastaların %12,0'sinde bası yarası olduğu izlenmiştir (180). Başka bir çalışmada ESH'ye kayıtlı hastaların %42,1'inde bası yarası izlenmiştir (30). Bazı yayınlarda evre 1 yaralar çoğunlukla izlenmiştir (200–202). Literatürdeki bazı başka araştırmalarda ise evre 2 bası yarasının daha sık olduğu bildirilmektedir (203,204). Bası yarası gelişiminde başlangıç olan evre 1'in sık olmaması ekip tarafından yapılan değerlendirmede yetersizlik olabileceğini düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda bahsi geçen çalışmalara nazaran daha yüksek oranda bası yarası izlenmiştir. Çalışmamızda bakım alanların %39,57'sinde bası yarası mevcuttu. Bası yaralarının %45,05'inin evre 4, %21,98'sinin evre 1 olduğu izlenmiştir. Bu duruma sebep olarak evrenimizi 1 yıldan uzun süredir bakıma muhtaç tam bağımlı hastaların oluşturmalarına bağlamaktayız. Hastanın bası yarasının olmadığı durumlarda, bakım verenin psikolojik dayanıklılığının daha yüksek olduğu, benlik algısının daha pozitif ve ailesi ile daha uyum içinde yaşadığı bulundu. Bu durum temel hipotezimizi doğrulamaktadır. Psikolojik dayanıklılığın yüksek olmasının hasta bakımında olumlu bir faktör olduğunu ya da bakım verilen kişide bası yarası mevcudiyetinin psikolojik

dayanıklılığı olumsuz etkilediğini düşünmek mümkün görünmektedir. Bu ayrımın net olarak yapılabilmesi için bu alanda çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Cinsiyetin bası yarası riski üzerindeki etkisiyle alakalı literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Bazı araştırmalar bası yarası açısından erkek hastaların risk altında olduğunu bildirirken (205,206); bazıları kadınlarda daha yüksek bulmuştur (201,207). Bunların yanında azımsanmayacak sayıda çalışmada ise bası yarası açısından cinsiyetin risk oluşturmadığı belirlenmiştir (200,202,208,209). Çalışmamızda erkeklerde bası yarasının daha fazla olup; cinsiyetin bası yarası evresi ile ilişkili olmadığı görüldü.

Literatürde bası yarası üzerine sigara kullanımının etkilerine dair araştırmalar mevcuttur (210,211). Literatürde 11 bin 34 hasta ile yapılan bir meta-analizde sigara içenlerin sigara içmeyenlere kıyasla anlamlı seviyede daha yüksek risk altında oldukları tespit edilmiştir (212). Bizim çalışmamızda hastaların sigara kullanımı ile bası yarası mevcudiyeti arasında anlamlı seviyede bir ilişki bulunamadı. Bu durum sigara kullanan hastalarda sigara kullanımının kötüleştirdiği morbiditeler nedeniyle daha erken ölümlerle açıklanabilir. Bir diğer sebep olarak da hastalarımızdaki genç popülasyonu oluşturan konjenital serebral palsili hastaların varlığını görmekteyiz. Bu hastalar bası yarası olmalarına karşın sigara ile tanışabilecek bir ortamda hiç bulunmamış olabilirler.

American College of Physicians bası yarası oluşma riski bulunan tüm bireylerin havalı yatak gibi statik kaplamalarda yatmasını önerir. Havalı yataklar devamlı basınç altındaki uzuvlarda basıncı dağıtarak bası yarası gelişimini engeller (104,213–215). Çalışmalar basıncı düşürücü yatak kullanmanın, bası yaralarını önlemede standart yataktan üstün olduğunu göstermektedir. Çalışmalar neticesinde, standart hastane yatağına nispeten havalı yatak kullanmakla bası yaralarının evresinde düşme ve insidansında gerileme olduğu görülmüştür (216,217). Çayır ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %42,1'inin bası yarası olduğu, %15,7'sinin havalı yatağı bulunduğu ve havalı yatak mevcudiyetinin bası yarası için anlamlı fark oluşturmadığı görülmüştür (30). Bir başka çalışmada bası yarası olan 71 hastanın %42,30'unun havalı yatağı olduğu izlenmiştir (117). Çalışmamızda literatürden farklı olarak hastalarda daha yüksek oranlarda (%62,61) havalı yatak bulunduğu gözlenmiştir. Ülkemizde yaklaşık bin hasta ile yürütülmüş bir çalışmada havalı ve

elektrikli yatak kullananlarda bası yaralarının kullanmayanlara göre daha sık izlendiği saptanmıştır. Elde edilen sonuç halihazırda bası yarası olan kişilerde bu yardımcı elemanların tedavi amaçlı kullanımına bağlanmıştır (128). Bizim bulgularımız sonucunda da bası yarası patofizyolojisine ters görünen bir durum izlenmiştir. bası yarası olanların, basıncı dağıtarak azaltan ve böylece bası yarası gelişim riskini düşüren havalı yataklara daha yüksek oranda sahip olduğu saptanmıştır. Bu durumun farklı nedenleri olabilir. Yalnızca bası yarası gelişme riski yüksek hastalara havalı yatak alması önerilmiş olabilir. Bakım verenler bası yarasının ciddiyetini bası yarası geliştikten sonra önemseyip havalı yatak almış olabilirler. Bakım verenler havalı yatağın bası yarasının gelişimine sebep olacak olumsuzlukların tamamını bertaraf edebileceği yanılgısına düşmüş olabilirler. Sağlık profesyonelleri havalı yatağın önemini izah etmede geç kalmış ya da zayıf davranmış olabilirler. Tüm bu öngörülerimiz bası yarasını önlemenin multifaktöriyel ve interdisipliner olduğunu ve birçok etkene kuvvetli bağımlı olduğunu bir kez daha göz önüne sermektedir. Hastalar ve yakınlarının bu duruma yönelik tutumlarının araştırılmasını ve sunulacak danışmanlığı kıymetli bulmaktayız. Havalı yatağı olsa da olmasa da hastalarda pozisyon vermenin kritik önemi hasta yakınlarına anlatılmalıdır.

Literatürde bakım verenlerin verilerine baktığımızda sıklıkla 55 yaş üzerinde ve kadın oldukları tespit edilmiştir (171,184). Çalışmalar irdelendiğinde bakım verenler arasında kadınların oranının %77 ile %86 arasında değiştiği gözlenmektedir (171,184,218). Bizim çalışmamızda bakım verenlerin yaş ortalamasının benzer şekilde $55,16 \pm 11,22$ olduğu tespit edildi. Ancak kadın cinsiyet oranı %73 ile daha düşüktü. Bakım verenler arasında erkek bireylerin sayısını diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek bulmamızı toplumların değişken yapısına bağlamaktayız ve özellikle kadınların iş hayatına atılması gibi faktörler neticesinde yıllar içerisinde bu oranın artmaya devam edeceğini düşünmekteyiz. Bakım verenlerin çoğunluğunun kadınlardan oluşmasını ülkemizdeki sosyokültürel özelliklere bağlamaktayız. Farklı toplumlarda kadın, erkek rolleri farklılık göstermektedir. Bakım veren erkeklerin psikolojik dayanıklılıkları kadınlardan yüksekti. Psikolojik dayanıklılığın bireyin hangi özelliklerinden etkilendiği hususunda birçok araştırma mevcuttur. Hemodiyaliz hastaları ile yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığın sosyodemografik değişkenlerden ve hemodiyalize bağımlı olma süresinden etkilenmediği lakin medeni

hal, eğitim düzeyi ve cinsiyet ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışma 82 kadın 96 erkek ile yapılmıştır. Erkeklerin PDÖ'den aldıkları puanların ortalaması kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksekti (182). Literatürde psikolojik dayanıklılık ve cinsiyet arasındaki ilişki incelenmiş ancak birbirinden farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Hadianfard ve arkadaşlarının 2015 yılında multiple skleroz hastaları ile yürüttükleri çalışmada erkek hastaların psikolojik dayanıklılıkları kadın hastalara göre daha yüksekti lakin oluşan fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi (219). Öğretmenler üzerinde yürütülen bir çalışmada kadınların psikolojik dayanıklılıkları erkeklerden önemli seviyede yüksekti (220). Başka bir çalışmada kadınların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin erkeklerinkinden daha yüksek olduğu; ancak, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (221). Yine 2017 yılında 350 kişi ile yapılan bir çalışmada erkek bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin, kadın bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinden anlamlı seviyede yüksek olduğu tespit edilmiştir (222). Biz ise çalışmamızda bakım veren erkeklerin psikolojik dayanıklılığının kadınlardan anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit ettik. Çalışmamızda erkeklerin psikolojik dayanıklılıklarının anlamlı düzeyde yüksek bulunmasının, kadınların ve erkeklerin toplumsal ve aile içi rolleri sebebiyle olaylara farklı yaklaşımlarından kaynaklanmış olabileceğini düşünmekteyiz. Erkeklerin kadınlara nazaran duygu odaklı davranışlardan kaçınarak daha çok mantık odaklı tepkiler verdikleri, problemlerinin çözümü için yardım almaktan kaçınma eğiliminde oldukları tahminimiz bu düşüncemizi desteklemektedir. Bunların yanında erkeklerin sarsıntılardan daha hızlı toparlandığı, kadınların kendini toparlama gücü bakımından daha zayıf olabilecekleri ya da erkeklerin kendilerine biçilen roller çerçevesinde zayıf yönlerini gizlemeye çalıştıkları düşünülebilir. Hasta bakımı konusunda erkeklerin fiziksel güçlerine güvenmeleri, maddi açıdan kadınlara nispeten daha rahat olabilmeleri bu duruma yol açıyor olabilir. Ancak ölçekte yer alan ters soruların varlığı ile minimize edilmeye çalışılmış olsa da öz-bildirim anketleri olarak toplanan verilerimiz, erkeklerin zayıf yönlerini gizleme tutumundan da etkilenmiş olabilir. Sonuçta çalışmamız ve literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde farklı bulgular olduğu aşikardır. Bütün bu farklılıkları geniş perspektiften izlediğimizde psikolojik dayanıklılıkta cinsiyetin tek başına temel belirleyici olmadığı, diğer sosyodemografik ve şahsi değişkenlerle

etkileşimde bulunarak psikolojik sağlamlığı etkiliyor olabileceği kanaatindeyiz. Bununla birlikte biyopsikososyal bakış açısına sahip aile hekimleri olarak bireylerin sağlıklı baş etme yollarını öğrenmesine yardımcı olunabileceğini düşünmekteyiz. Erkek bakım sunan bireylerle görüşmelerde kaçınma, bastırma gibi efektif olmayan baş etme yöntemlerinin varlığının değerlendirilmesi, kadın bakım verenlere ise sağlıklı ifade, destek arayışı gibi güçlendirici seçeneklerin sunulmasının kıymetli olabileceği kanaatindeyiz.

Hemodiyaliz hastaları ile yürütülen bir çalışmada yaş grupları ayrı ayrı ele alınarak incelendiğinde psikolojik dayanıklılık yönünden birbirine yakın sonuçlar izlenmiş arada istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olmadığı tespit edilmiştir (182). Yine literatürde psikolojik dayanıklılığın örgütsel bağlılık üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada yaş ve medeni durumun psikolojik dayanıklılığı etkilemediği görülmüştür (223). Bizim çalışmamızda bakım verenin yaşı ile psikolojik dayanıklılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede negatif yönlü düşük güçlü korelasyon mevcuttu.

Evde bakım hastalarının bakım verenlerindeki stres düzeyine odaklanan yakın tarihli bir çalışmada bakım verenlerin %68,2'sinin orta gelir düzeyinde olduğu ve %90,1'inin ise çalışmadığı tespit edilmiştir (218). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde bakım verenlerin %83'ü bir işte çalışmıyordu. Ülkemizdeki toplumsal özellikler nedeni ile hastanın bakım işi çalışmayan ya da ev hanımı olan uygun bir hasta yakını varsa bu kişiye devredilebilmektedir ya da bu özelliklere sahip kişi bakım işi için doğal bir aday olarak görülebilmektedir. Nitekim bulgularımız toplumsal yapımız ile paralellik göstermekteydi. Çalışmamızda bakım verenlerin %66,5'inin ev hanımı olduğu tespit edildi. Kadın bakım verenlerin çalışma oranı %6,5 iken; erkeklerde bu oran %45,2 idi. Ancak bakım işinin bakım verenin çalışma durumlarına etkisine dair bir veriye sahip değiliz. Bireyin bakıma muhtaç hale gelmesinin bakım verenin işini bırakmasına ya da iş değişikliğine gitmesine sebebiyetinin daha sonra yapılacak çalışmalarda incelenmesi, bakım vermenin toplum hayatına olan etkisinin genişlediğini gözler önüne serebilir. Literatürde çalışan bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının daha yüksek olduğunu belirten (182) bir çalışma ve çalışma durumunun psikolojik dayanıklılığa etkisi olmadığını (224) belirten çalışma olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda da bakım verenlerden çalışanların psikolojik

dayanıklılıkları anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Bu durumun çalışan kişilerin ekonomik özgürlüklerini sağlayabilmelerine, meslekleri dolayısı ile sosyal çevrelerinin geniş olabileceğine bağlamaktayız. Bakım verenin çalışma durumunun hasta üzerindeki etkilerinin netlik kazanmasını faydalı görmekteyiz.

Ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyeleri ile yapılan bir çalışmada gelir düzeyi düşük hasta yakınlarının, gelir düzeyi yüksek olanlara kıyasla daha yüksek algılanan strese sahip oldukları ve psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (225). Bireylerin maruz kaldığı stresli yaşam olayları arasında yer alan finansal güçlükler, ilişkisel çatışmalar ve ailevi problemler, psikolojik dayanıklılık düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Psikolojik dayanıklılığı düşük bireylerin ise, bu tür olayların dışında gelişen diğer stres kaynaklarıyla baş etme kapasiteleri de sınırlı hale gelebilmektedir (181,226–228). Başka bir araştırmanın bulgularına göre, katılımcıların eğitim düzeyi ve aylık gelirleri arttıkça, psikolojik dayanıklılık toplam puanlarında da istatistiksel olarak anlamlı bir artış gözlemlenmiştir (181). Ekonomik olarak tatmin edici bir yaşam süren bireylerin, karşılaştıkları sorunlar karşısında dışsal kaynaklara erişim olanakları artmakta, bu durum da psikolojik dayanıklılıklarını olumlu yönde etkilemektedir. Buna karşın, ekonomik güçlükler yaşayan bireyler; temel ihtiyaçlarını gidermede çeşitli engellerle karşılaşmakta olup, bu durum psikolojik dayanıklılıklarının zayıflamasına neden olabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında literatürde gerçek ya da algılanan ekonomik gelir açısından tatmin edici bir durumda olan bireylerin, diğerlerine oranla daha fazla psikolojik dayanıklılık sergileyebileceği söylenebilir (225). Bizim çalışmamızda da literatürü destekler şekilde bakım verenin aylık geliri ile psikolojik dayanıklılığı arasında pozitif yönlü düşük güçlü korelasyon saptandı.

Bakım verenlerin eğitim durumlarına odaklanan çalışmalara baktığımızda bir çalışmada bakım verenlerin %48,9'u ilkokul mezunu olduğu görülmüştür (218). Başka bir çalışmada bakım verenlerin %41,4'ünün ilkokul mezunu, %27,6'sını lise mezunu, %13,8'inin üniversite mezunu olduğu ve %6'sının okuryazar olmadığı görülmüştür (229). Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi ESH Biriminden hizmet alan hastaların bakım verenlerinin dahil edildiği bir çalışmada bakım verenlerin çoğu %38,3 oranı ile üniversite mezunu olarak gözlenmiştir (230). Yine başka bir çalışmada

bakım verenlerin eğitim durumuna baktığımızda katılımcıların %14,4'ünün okuma-yazma bilmediği, %58,5'inin ilköğretim mezunu ve %9,2'sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (231). Bizim çalışmamızda bakım verenlerin %40,9'unun ilkokul mezunu, %33,9'unun lise mezunu olduğu ve %3,91'inin okuryazar olmadığı gözlemlendi. Literatürdeki çalışmalarda farklılıklar olmasını çalışmaların yapıldığı popülasyonların farklılıklarına bağlamaktayız. Daha geniş örneklemelerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz.

Literatürde ESH biriminden faydalanan hastaların bakım verenlerinin psikolojik dayanıklılıklarını araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak hemodiyaliz hastaları ile yapılan bir çalışmada hastaların eğitim durumları ile psikolojik dayanıklılıkları karşılaştırıldığında okuryazar olmayan grup ve lise grubu arasında grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş, okuryazar olmayan grup ile yüksek okul grubu arasındaki ortalamalar arasındaki fark da anlamlı bulunmuştur (182). Yine literatürdeki başka bir çalışmada bireylerin eğitim düzeyleri ve aylık gelirleri arttıkça psikolojik dayanıklılıklarının da anlamlı seviyede arttığı sonucuna ulaşılmıştır (181). Çalışmamızda da literatürdeki diğer çalışmaları destekler şekilde genel olarak eğitim seviyesi yüksek bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıklarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu izlendi.

Literatürdeki çalışmalarda bakım verenlerin medeni durumu araştırıldığında bakım verenlerin sıklıkla evli olduğu görülmüştür (218,231). Biz de çalışmamızda bakım verenlerin %86,5'inin evli olduğunu tespit ettik. Literatür tarandığında 124 evli, 54 bekar bireyin katıldığı bir çalışmada evlilerin PDÖ'den aldıkları puanların ortalamasının bekarlarınkinden yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (182). Engelli üyeye sahip ailelerdeki bireylerin psikolojik dayanıklılığına odaklanan bir çalışmada katılımcıların medeni durumu bakımından psikolojik dayanıklılıkları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (232). Literatürdeki bir başka çalışmada multiple sklerozlu bireylerin medeni durumuna göre PDÖ alt boyutlarına bakıldığında yapısal stil alt boyutundan elde ettikleri puan ortalamaları medeni duruma göre farklı olarak izlenmiştir. Evli bireylerin puan ortalamaları bekar kişilere göre daha yüksek bulunmuştur (233). Bizim çalışmamızda bakım verenlerden evlilerin bekarlara göre anlamlı düzeyde aileleri ile daha yüksek uyum içinde yaşadıkları bulundu. Çalışmamız bu yönleri ile literatür ile

uyumludur. Yatağa tam bağımlı olan hastaya bakım verme işinde bakım veren ailesine ya da çevresindeki insanlara ihtiyacını, tam bağımlı olmayan hastanın bakım verenine göre daha fazla hissedebilir kanaatindeyiz.

Samsun’da kanser hastasına bakım veren aile bireyleri ile yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %70’inin çocuk sahibi olduğu izlenmiştir (234). Bir çalışmada bakım verenin çocuk sayısı arttıkça, bireysel aylık masraflarından kalan paranın yakınının bakımı için yetmediği düşüncesinin de arttığı tespit edilmiştir (231). Literatürde bakım verenlere odaklanan çalışmalar incelendiğinde bakım verenlerin çoğunun çocuk sahibi olduğu izlenmiştir (185,231). Çalışmamızda literatür ile uyumlu şekilde bakım verenlerin %89,1’inin çocuk sahibi olduğu tespit edildi. Evde yatağa bağımlı bireyin varlığında çocuk gelişiminin nasıl etkilendiğine dair çalışmaların önem arz ettiğini kanaatindeyiz.

Bakım veren bireylerin de kronik hastalıkları olabilmektedir. Literatür incelendiğinde mevcut verilerin büyük oranda benzeştiği izlenmiştir. Araştırmalardan birinde bakım sunan bireylerin %52,3’ünün tanısı konulmuş en az bir hastalığı olduğu belirlenmiştir (231). Ankara’da ESH birimlerinden hizmet alan hastaların bakım verenlerinin dahil edildiği çalışmaya baktığımızda bakım verenlerin %67,4’ünün kronik hastalığı olup, %59,6’sının düzenli ilaç kullandığı görülmüştür (230). Başka bir çalışmada bakım vericilerin %44,8’inin kronik hastalığının olduğu ve en sık kronik hastalığın %31,4 oranı ile HT olduğu belirlenmiştir (218). Bir başka çalışmada bilinen kronik hastalık olarak bakım verenlerde en sık rastlanan hastalığın yine HT olduğu saptanmıştır (235). Bir başka çalışmada ise sağlık sorunu olan bakım verenlerde, yakını ile ilgilenmenin sağlığını bozduğu düşüncesi ve yakını hastalandığında yaşamının kontrolünü kaybettiği düşüncesinin anlamlı seviyede daha fazla olduğu tespit edilmiştir (231). Bizim çalışmamızda bakım verenlerin %57’sinin en az bir kronik hastalığı bulunmaktaydı. En fazla görülen kronik hastalık grubu %40,4 ile KVS hastalıkları, en az görülen ise %1,8 oran ile psikiyatrik hastalıklar oldu. Psikiyatrik hastalık oranının düşüklüğü ruhsal sorunların göz ardı edilmesi kaynaklı olabilir. Nitekim bakım verenler literatürde ‘görünmez hasta’ olarak konumlandırılmışlardır. Bulgularımız ışığında bakım verenlerin biyopsikososyal açıdan bütüncül bakış açısı ile değerlendirilmelerinin ve mevcut kronik hastalık takiplerinin yanı sıra koruyucu, sağlığı geliştirici müdahalelerin oldukça önemli olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca

bakım verenlerin kronik hastalıklarının başlangıç zamanı ve hastalık kontrollerinin bakım ile ilişkisinin daha geniş ölçekli çalışmalarla araştırılmasının faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Salgado ve arkadaşlarının alzheimer hastalarının bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada çoğunluğun sigara kullanmadığı saptanmıştır (236). Bir başka çalışmada ise alzheimer hastasına bakan kişilerin normal popülasyona göre daha fazla sigara içtiği tespit edilmiştir (237). Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi ESH Biriminden hizmet alan hastaların bakım verenlerinin dahil edildiği bir çalışmada bakım verenlerin sigara kullanımlarına bakıldığında; %24,8'inin aktif sigara içtiği, %68,8'inin neversmoker olduğu, %6,4'ünün ise ex-smoker oldukları görülmektedir (230). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak çoğunluğun sigara kullanmadığı saptandı. Bakım verenlerin %64,8'i hiç sigara içmediğini, %22,6'sı aktif sigara kullandığını ve %12,6'sı sigarayı bıraktığını belirtti. Pek çok olumsuz etkileri olduğu bilinen sigara kullanımının bakım veren kişilerde de değerlendirilmesi ve hem bakım alan hem de veren sağlığının korunması amacıyla danışmanlık sunulması gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmamızda bakım verenlerin sigara kullanım miktarları ve psikolojik dayanıklılığı arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir korelasyon bulundu. Burada sigara kullanımının psikolojik dayanıklılığı artırdığı şeklinde bir yanılsamaya düşülmemelidir. Bakım veren bireylerde sigara bağımlılığı stresle baş etme aracı olarak kullanılmış olabilir. Öte yandan bakım verenlerin yaş ortalamaları göz önünde bulundurulduğunda, sigara kullanım yaygınlığının gün geçtikçe azalmış olması bu veriyi etkilemiş olabilir. Sigara psikolojik dayanıklılıkta temel belirleyici olmayıp, bulgumuz diğer sosyodemografik ve şahsi değişkenlerle ilişkili olabilir. Toplumumuzda bu konuda yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır.

Ülkemizdeki alkollü içki tüketimi dünya ortalamasının yaklaşık üçte biri kadardır (191). TÜİK istatistiklerine göre 1 yıl içinde toplumda alkol kullanan bireylerin oranı 2022 yılında %12,1 olarak tespit edilmiştir (238). Çalışmamızda bakım verenlerin %98,3'ünün hiç alkol kullanmadığı, %1,8'inin ayda 1 veya daha az sıklıkla alkol tükettiği tespit edildi. Çalışmamızdaki oranın güncel nüfus istatistikleri ile farklılığının sebebi popülasyonumuzun tüm ülke nüfusunu yansıtmamasıdır.

Yakın tarihli bir çalışmada evde bakım hastalarının bakım vericilerine odaklanılmıştır. Bakım verenlerin birinci sırada %33,2'lik oran ile hastanın çocuğu,

%21,1'lik oran ile eşi olduğu belirlenmiştir (218). Gümüşhane'de 2016 yılında yapılan başka bir çalışmaya baktığımızda çalışmamıza benzer şekilde bakım verenlerin %65,4'ü hastanın eşi veya çocuğu olarak izlendi ancak çalışmamızdan çok farklı olarak %74,8'i destek almadan tek başına hastasına bakmakta idi (239). TÜİK'in 2016 yılında aile yapılarına odaklanan bir araştırmasının sonuçlarına göre, yaşlı bireylerin %40,2'sinin özbakımlarını yapamayacak kadar yaşlandıklarında çocukları ile birlikte yaşamayı, %38,6'sının evde bakım hizmetleri ile hayatını idame ettirmeyi ve %7,7'sinin huzurevlerine yerleşmeyi istediği izlenmiştir (240). Bizim çalışmamızda bakım verenlerin bakım alan hasta ile akrabalık bağı en fazla %25,2 ile kızları ve %24,4 ile eşleri oldu. Üçüncü sırada hastaların %15,2 ile gelinleri, dördüncü sırada %14,8 ile oğulları gelmektedir. Akraba olmayanlar %1,3'lük oran ile bakım verenler arasındaki en düşük grup oldu. ABD'de informal bakım veren kişi sayısı net bilinmemekle birlikte oranlar değişkenlik göstermektedir. Bir çalışmada ABD yetişkin nüfusunun %18,2'sinin (yaklaşık 43,5 milyon Amerikalının) 2015 yılında yetişkin bir akrabasına ücretsiz olarak bakım sunduğu tahmin edilmektedir (241). Başka bir çalışmada ise Ulusal Uzun Dönemli Bakım Anketi'nden elde edilen verilere göre, ABD nüfusunun sadece %1,12'sinin (yaklaşık 2,7 milyon kişi) gayri resmi bakım veren olarak 65 yaş ve üzeri kişilere bakım sunduğunu göstermektedir (242). Toplumlar arasında çok farklılık arz eden bu durumun zaman içerisinde aynı popülasyonda dahi farklılık gösterebileceği, sosyal yapısının çok dinamik olduğu, bulguların değişkenlik gösterebileceği kanaatindeyiz.

Bir çalışmada ESH alan hastalarını bakıcılarının kısa süreli de olsa yalnız bırakabildiği görülmektedir (231). Bizim çalışmamızda bakım verenlerin %80,0'inin dışarı çıkması gerektiğinde yerini alacak biri olduğu öğrenildi. Bu 184 kişinin dışarı çıktığı zaman yerini alacak kişinin en fazla diğer akrabalar kategorisinden birisi %21,74 olduğu görüldü. Çalışmamızda bakım verenlerin %90,5'i aylık veya yıllık olarak değişmediği tespit edildi. Diğer akrabalar arasında sıklık sırasına göre damat, torun, yeğen belirtildi. Çalışmamızda primer bakım verenlerde birinci sırada hastaların kızları geldiği için bu bakım verenlerin yerlerini alabilecek kişinin daha çok hastanın damadı olması beklenen bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bakım verenin yerini ikinci sırada %17,4 ile hastanın oğlunun, ardından sırasıyla kızının (%15,2) ve gelininin (%14,1) aldığı görülmüştür. Bakım verenlerin hastaya karşı olan

sorumluluklarını yerine getirdiklerinden vicdani olarak emin olmalarının bir şartı da mecburi dışarı çıkmaları halinde hastalarını emanet edebilecek birisinin varlığıdır. Aksi takdirde bakım veren kişide yetersizlik hissi gelişebileceği kanaatindeyiz. Nitekim dışarı çıkması halinde yerini alacak birisi olan bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıklarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Buradan yola çıkarak profesyonel bir ekibin ihtiyaç halinde bakım işini devralmasının ve bu ekibin kolay erişilebilir olmasının bakım sunan kişinin psikolojik dayanıklılığı üzerine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Bahsi geçen bakımı devralma hususunda hasta bakımı için özelleşmiş personelin istihdamına da katkı sağlayacak birimlerin kurulması hususunda politika yapıcılara görev düşmektedir.

Çalışma hayatında görevi olan bakım verenlerin çoğu işyerlerinden izin alırken zorlandıklarını ve yaklaşık 7 çalışandan biri mesai saatlerinde dışarı çıktığında yerine bakabilecek kimse olmadığını ifade etti. Bahsi geçen bu bulgular bakım işinin çok yönlü yaklaşım gerektirdiğini, bakıma muhtaç bireyin içinde yaşadığı toplumun tamamını ilgilendirdiği gerçeğini bir kere daha gözler önüne sermektedir. Bakım verme işini yürüten bireylerin çalışma hayatlarında yapılacak olumlu değişimlerin bakıma muhtaç hastaya ve aile dinamiklerine doğrudan etkisi olacağını düşünmekteyiz.

Literatürdeki ESH hastaları ile yapılan bir çalışmada hastaların yaklaşık %43'ünün son bir yıldır, yaklaşık %36'sının 1-5 yıldır, %10,5'inin 5-10 yıldır, %8,8'inin ise 10 yıl ve daha uzun süredir yatağa bağımlı olduğu görülmüştür (30). Bizim çalışmamızda bakım alan hastalar ortalama 7,80 yıldır bakıma muhtaçken bakım verenler 7,31 yıldır bakım işini yürütmekteydi. Bahsi geçen durumun yatağa bağımlı hastalarda yapılacak çalışmalarda örneklem seçimi ile ilgisi olduğu kanaatindeyiz.

Literatürde anksiyete ve depresyonun hastaya ayrılan bakım saati ile doğru, boş zamanlarda kişinin kendine ayırdığı aktiviteler ve eğitim seviyesi ile ters orantılı bir ilişkisinin varlığı gösterilmiştir (92). Çalışmamızda bakım verenlerin 24 saatte ortalama 7,48 saat bakım verdiği tespit edildi. Literatür ile paralel biçimde bakım verenin 24 saatte aktif bakım verdiği süre ile psikolojik dayanıklılığı arasında negatif yönlü düşük güçlü korelasyon tespit edildi.

Çalışmamızda %66,1'inin daha önce başka birine bakım vermediği, ilk defa bakım işini yürüttükleri öğrenildi. Başka şansı olsa idi yatağa bağımlı birine bakım vermek istemeyeceklerin çoğunlukta olduğu görüldü (%95,2). Bu durum bakım verenlerin bakım işinden çekindiklerini, korktuklarını, endişelendiklerini, yetersiz hissettiklerini ya da usanç duyduklarını akla getirebilir. Bakım işinde tecrübelerinin yetersiz olması sürecin olumsuz özelliklerini perçinlemiş olabilir. Çalışmamıza dahil edilen hastalar 1 yıldan uzun süredir yatağa bağımlı idi. Bu bulgumuz ile kısa süreli bakım verme işinin bakım verenleri vicdani tatmine götürdüğünü, süre uzadıkça vicdani tatminin geçerli olmadığını düşünmekteyiz. Bu durumun daha sonraki çalışmalarda farklı sürelerde yatağa bağımlı farklı grup hastaların bakım verenlerinin karşılaştırılması sonucunda tekrar değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Çalışmamızda bakım verenlerin %89,1'inin hasta ile sürekli birlikte yaşadığı görüldü. Bakım veren bireylerin bakım verdikleri hastalarının yılın belli dönemlerinde kendi yanlarında olmayacağını bilmeleri, tayin edilmiş bir zaman geldiğinde bakım işinin sorumluluklarının hafifleyeceğini bilmelerinin hayatlarına, psikolojilerine pozitif etkisi olacağını düşünmekteyiz. Nitekim bakım verenin hasta ile birlikte yaşama durumuna göre psikolojik dayanıklılıkları önemli düzeyde farklılık göstermekteydi. Hasta ile geçici süre birlikte yaşayan bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıkları daha yüksek bulundu. Ancak bakım verenlerin bir yıl içindeki değişim sayısı ile psikolojik dayanıklılık arasında ilişki bulunamadı. Bu durum hasta bakımını devredebilmede kritik eşiğin sıfır ile bir arasında olduğunu düşündürmektedir.

Bakım verenlerin bakım verme işini gönüllü olarak mı mecbur kalma hissi ile mi yaptıkları konusunu ölçmede eksiklik hissedildi. İnformal bakım verenlerin bakım işindeki gönüllülüklerini tespit edebilecek objektif kriterlerin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu aşikardır. Bu alanda yapılacak ölçek geliştirme çalışmalarının literatürdeki önemli bir eksiği kapatıp daha sonraki çalışmalara yol gösterici olacağını düşünmekteyiz. Çalışmamızda bakım verenlerin en çok ailevi sorumluluk (%58,9) ve dini inanışlar nedeniyle (%13,69) bakım verdiği tespit edildi. Duygusal bağlar (sevgi, bağlılık vb.) nedeni ile bakımın (%12,85) üçüncü sırada yer aldığı gözlemlendi. Yurtdışında 2018 yılında yapılan bir araştırmada, yüksek dirençli başa çıkma stiline sahip ve dindar bakım verenlerde daha düşük düzeyde depresif semptomlar ve bakım yükü; daha yüksek yaşam kalitesi algısı izlenmiştir (243). Bakım verenleri teşvik

edecek bakım nedenlerinin fazla olmasının bakım kalitesini artıracakını düşünmekteyiz. Bakım işi için motivasyon kaynaklarını ortaya çıkaracak çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Croog ve arkadaşlarının 2006 yılında alzheimer hastası eşlerine bakım veren 199 kişi ile yürüttükleri çalışmada, hastalığın uzun dönem belirsizliği, hastanın ihtiyaçlarına yetebilme endişesi, hastaya yönelik öfke ve kırgınlık bakım verenlerin yaşadıkları problemler olarak tespit edilmiştir (245). Bizim çalışmamızda bakım verenlerin %57'si hastaya verdiği bakımı tıbbi açıdan kaliteli olarak değerlendirirken; %30,4'ünün kararsız olduğu, %12,6'sının sundukları bakımı kalitesiz bulduğu tespit edildi. Yine bakım verenlerin %50,9'u hasta bakımı konusunda kendini yeterli hissederken, %16,1'i kararsız, %33'ü yetersiz hissettiğini belirtti. Bakım verenlerin sağlık kurumlarınca psikososyal yönden desteklenmesinin özyeterliliklerini artıracığı ve bu yönüyle de bakım kalitesini artıracığı düşünülmektedir.

ESH hastalarına bakım veren hasta yakınlarının zorlandığı konular ve beklentileri geniş bir yelpaze oluşturmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak bir çalışmada hastaların yeterli hemşirelik bakımı ile fizik tedavi ve rehabilitasyon açısından desteklenmedikleri vurgulanmaktadır (1). Bizim çalışmamızda bakım verenlerin en çok zorlandığı konunun hastanın banyosu (%78,5) ve hastanın tuvalet ihtiyacı (%60,5) olduğu görüldü. Bakım verenlerin zorlandığı konular arasında üçüncü sırada (%25,11) ile hastayı hareket ettirmek, dördüncü sırada (%20,63) ile hastanın yara bakımı olduğu izlendi. Moore ve arkadaşlarının çalışmasında pozisyonu sık değiştirilen hastalarda bası yarası gelişimi azalmış, bakım hizmetlerinde maliyet düşmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (244). Hastaya pozisyon vermenin hem çok zorlanılan konular arasında olması hem de bu denli büyük etkileri olmasından hareketle; bu alanda bakım verenleri destekleyecek ve teşvik edecek her müdahalenin önemli olduğunu düşünmekteyiz. Yapay zekâ destekli teknolojik araçların gün geçtikçe arttığı bu zaman diliminde evde yatağa tam bağımlı hastalara uygun pozisyon vermeye yardımcı inovatif araçların geliştirilmesinin kıymetli olacağını düşünmekteyiz.

6. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE ÖZGÜN DEĞERİ

Araştırmamız tek merkezli olarak dizayn edilmiş ve bu şekilde tamamlanmıştır. Sonuçlarımız birden fazla merkezde daha büyük örneklemeler ile yapılarak doğrulanabilir. Anket içerikli çalışmalarda katılım gönüllülük esasına dayalı olduğundan çalışmaya katılmayı reddeden sayısı her ne kadar az olsa da bu grubun özelliklerini yansıtmamaktadır. Aynı zamanda verimizin bir kısmı bakım alan hastalar ve/veya bakım verenlerinin sözel beyanlarına dayalı olarak elde edildiğinden verilerin güvenilirliği, verilen bilgilerin doğruluğu ile sınırlıdır.

Bakıma gönüllülük bakım verme sürecini büyük ölçüde etkileyebileceği düşünülen bir faktördür. Literatürde gönüllülüğü net ve objektif olarak değerlendirebilecek, Türkçe geçerlilik güvenilirliği olan bir araca rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamızda sözel beyanlara göre veri elde edilmiştir. İlerleyen süreçte bu alanda yapılabilecek ölçek geliştirme çalışmalarının alan yazına kıymetli katkıları olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamız bası yarası riskinin yüksek olduğu yatağa tam bağımlı hastalar üzerinde yürütülmüş olup; bu durum araştırmamızın hipotezinden kaynaklanmıştır. Orta veya az derecede bağımlı hastaların bakım verenlerinde psikolojik dayanıklılık düzeyleri farklılık gösterebilir.

Tüm bunlara karşın literatür incelendiğinde psikolojik dayanıklılık ile bakım verilen hastadaki bası yarası varlığının birlikte ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle çalışmamız alandaki profesyoneller için oldukça kıymetli veriler içermektedir. Çalışmamızın özgün değerini de oluşturan bu durum nedeniyle verilerin bir kısmı literatür ile kıyaslanamamıştır. Bu kıyaslanamama durumu ilk bakışta kısıtlılık olarak görülse de literatüre katkı olarak değerlendirilmiştir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

İlimiz ESH birimlerinden hizmet alan, merkezde ikamet eden ve bir yıldan uzun süredir tam bağımlı bulunan 230 hasta ile bakım verenlerinin incelendiği çalışmamızda; bakım sunan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin ve psikolojik dayanıklılıklarının, hastalarda bası yarası varlığı üzerine etkisi araştırılmış ve özet olarak aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Bakım alan hastaların yaş ortalaması 69,5 olup; %52,2'si kadındı. ESH birimine ortalama 31,6 aydır kayıtlıydı. İleri yaşlarda olanların çoğu kadındı, %73,48'inin kendisine ait bir odası bulunmaktaydı. Çocuk sahibi olan bakım alanların ortalama 3,91 ve maksimum 10 çocuğu olduğu öğrenildi.

Bakım alan hastaların %33,5'inin sigara ve %7,8'inin alkol ile hayatlarının bir döneminde temasları olduğu belirlendi. Bulgumuz ESH birimlerinden hizmet alan hasta ve yakınlarının da sigara, alkol gibi zararlı madde kullanım durumlarının incelenmesi ve gerekli önerilerde bulunulmasının önemli olduğunu bir kez daha göstermektedir.

Bakım alanların %82,2'sinde nörolojik bir hastalık mevcuttu ve nörolojik hastalıklar kronik hastalıklar arasında ilk sırada yer almaktaydı. Bakım alanların %10'unun tek bir kronik hastalık nedeniyle yatağa bağımlı hale geldiği saptandı ve bu hastalıklar irdelendiğinde nörolojik hastalıklar %78,3 oranındaydı. Buradan yola çıkarak tek başına nörolojik bir hastalığın olmasının, morbiditeyi artırdığı ve bireyi tam bağımlı hale getirebildiği söylenebilir. Aile hekimlerinin nüfuslarına kayıtlı bireyleri inmeden primer korumaya yönelik yapacakları her müdahalenin oldukça kıymetli olduğunu düşünmekteyiz.

Bakım alanların %62,6'sının havalı yatağı olmasına karşın %39,6'sında bası yarası tespit edildi. Bası yarası oranlarının %40'lara ulaşması bası yarasının önlenmesine yönelik müdahalelerde gecikmeler olabildiğini akla getirmektedir. Hasta yakınlarına havalı yatağın bir tedavi aracı olmadığı vurgulanmalıdır. Pozisyon verme, cilt bakımı gibi cilt bariyerinin bozulmamasına yönelik önerilerin her vizitte önceliklendirilmesi gerekmektedir. Bası yarası gelişme riski yüksek olan bu hastalarda klasik tipte havalı yatak yerine hastanın pozisyonunu da değiştirebilen yeni nesil havalı yatak kullanımının etkileri üzerine daha fazla çalışma yapılmalıdır. Faydalı bulunması

halinde sağlık sigortası tarafından karşılanarak hastaların erişimini kolaylaştıracak politikalar geliştirilmelidir.

Bakım alan bireylerin cinsiyete göre karşılaştırmalarında erkeklere kıyasla kadınların daha ileri yaşta ($p=0,003$), sıklıkla dul ($p<0,001$), daha düşük eğitim ($p<0,001$) ve gelir düzeyinde ($p<0,001$) oldukları, geniş aileleriyle kaldıkları ($p=0,009$) belirlendi. KVS hastalıklarının daha sık ($p=0,010$), sigara ($p<0,001$) ve alkol ($p=0,001$) kullanımlarının daha az olduğu saptandı. Bası yarası gelişiminin kadınlarda daha az olduğu izlendi ($p=0,044$). Buradan yola çıkarak erkek hastaların aile desteklerinin daha zayıf, bası yarası açısından daha riskli, yalnızlık sonucu depresyon ve hatta suistimal/ ihmale daha açık olabilecekleri ESH ekipleri tarafından göz önünde bulundurulmalıdır. Bu hastalar için uygun bakım evleri sağlanmalı, erişilebilirliği kolaylaştırılmalıdır.

Öte yandan cinsiyetin bir yansıması olduğunu düşünmekle birlikte evli bakım alanların eğitim düzeylerinin daha yüksek ($p<0,001$), sigara ($p<0,001$) ve alkol kullanımlarının ($p=0,038$) daha sık olduğu gözlemlendi. Bekar hastaların eğitim düzeyleri daha düşüktü ($p<0,001$) ve çekirdek aileleriyle yaşadıkları ($p<0,001$) belirlendi. Bekar hastaların konjenital nörolojik hastalıklar nedeniyle yatağa bağımlı oldukları göz önünde bulundurulduğunda, perinatal bakım sürecine yönelik koruyucu müdahalelerin, ailenin ve toplumun uzun dönem refahını etkilediği düşünülebilir. Bu müdahalelerde birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin yeri kıymetlidir. Kaliteli bir interdisipliner perinatal bakım sürecinde aile hekimlerinin koordinasyonda yer almaları önerilir.

Bakım verenlerin %73,04'ü kadındı ve yaş ortalamaları 55,16 olup; 30-86 yaş arasında dağılım göstermekteydi. Çoğu evliydi ve evlilerin hepsinin en az bir çocuğu bulunmaktaydı. Kadın bakım verenlerin %83,3'ünün herhangi bir geliri olmadığı ($p<0,001$), eğitim durumlarının daha düşük ($p<0,001$) olduğu öğrenildi. Çalışmamızda her ne kadar bakım verenlerin sıklıkla kadın cinsiyette olduğu gözlemlense de erkek bakım verenlerin sayısı literatüre kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu durum toplumların değişen sosyo-kültürel yapısına bağlanabilir. Özellikle kadınların iş hayatına atılması neticesinde yıllar içerisinde bu oran artmaya devam edebilir. Profesyonellerin bakım verene yönelik yapacakları bilgilendirmelerde her iki cinsiyeti de dahil etmesi, bakım

konusunda bilgi, beceri ve yetkinliği artıracak özel danışmanlık birimlerinin oluşturulması kıymetli olabilir.

Bakım verenlerin %17'si aynı zamanda düzenli olarak bir işte çalışmaktaydı. Erkek bakım verenlerin kadınlara kıyasla çalışma oranları daha yüksekti ($p<0,001$). Çalışan 39 kişiden 6'sı mesai saatinde dışarı çıktığında yerine bakabilecek kimse olmadığını, %51,3'ü işyerinden izin alırken zorlandığını ifade etti. Yatağa tam bağımlı olmayan hastalar ve bakım verenleri için iyi bir uygulama olan gündüz yaşlı kreşlerinin yatağa tam bağımlı hastalara uyarlanması, bakım verenlerin yaşadığı zorluklara bir çözüm olabilir. Ülkemizde 'hasta bakım' veya 'yaşlı bakımı' bölümlerinden mezun olan gençlerin bu alanda istihdam edilmesi hem bakım alan/bakım verenlere hem de gençlere fayda sağlayabilir. Öte yandan bakım verme işini üstlenen kişilere çalışma hayatlarında kolaylık sağlanması için sosyal düzenlemelerin yapılması, gerekirse kadın personele verilen doğum izni, emzirme izni benzeri izinlerin bu kişilere suistimali önleyecek titizlikle sağlanması bakım alan bireyin ve dolaylı olarak bakımı sunan kişinin sağlık göstergelerini olumlu etkileyebilir.

Bakım verenlerin %22,6'sının sigara kullandığı, %1,7'sinin alkol tükettiği, %57'sinin en az bir kronik hastalığı olduğu belirlendi. En fazla KVS hastalıkları, en az psikiyatrik hastalık tanıları olduğu görüldü. Kadın bakım verenlerde kronik bir hastalığa sahip olma oranı ($p=0,028$) ve KVS hastalık sıklığı ($p=0,012$) daha yüksekti. Bu bulgumuz ışığında bakım veren bireylerin de biyopsikososyal olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Aile hekimliği disiplini ile ESH'nin entegrasyonu ile toplum ve birey sağlığında çarpan etkisi yaratılabilir.

Bakım verenlerin sıklıkla bakım alan hastanın kızı veya eşi oldukları, %89,1'inin aynı evde yaşadıkları görüldü. Çalışmamızda bakım verenler arasında akraba olmayanlar en az sayıdaydı. Bakım verenlerin %66,1'inin daha önce başka birine bakım vermediği öğrenildi. Bakım verenlerin %33'ünün bakım sürecini tek başına yürüttüğü gözlemlendi. Bakım verenlerin ortalama 7,3 yıldır, günlerinin 24 saatinde ortalama 7,5 saat bakım sundukları ve %90,4'ünün bakım sürecinde aylık veya yıllık değişim şanslarının olmadığı saptandı. Bakım sunulan kişiyi kısa süreliğine bırakmak gerektiğinde ise en sık diğer akrabalar kategorisinden birinden yardım alındığı belirlendi. Temel bakım verme neden/motivasyonları irdelendiğinde %58,9'unun ailevi sorumluluk ve %13,7'sinin dini inanışları gereği bakım sundukları öğrenildi. En

fazla hastaların banyo ve tuvalet ihtiyacının giderilmesinde zorlanıldığı tespit edildi. Bakım verenlerin %95,2'si başka şansı olsa idi yatağa bağımlı birine bakım vermek istemeyeceğini belirtti. %89,1'inin hasta ile sürekli birlikte yaşadığı Bulgularımız bakım verme işinin toplumların genel yapısı ve ekonomik koşullar ile yakından ilişkili olduğunu vurgular niteliktedir. Bu bağlamda aile kavramının kişiler için ne anlama geldiği ve kişilerin aile üyeleri için neler yapabilecekleri hususu önem arz etmektedir. Toplumsal dinamiklerimiz göz önünde bulundurulduğunda yoğun saatler harcanan bakım sürecinde güçlü aile bağlarının iyi niyetli, hassas ve özenli bakım vermede önemli rol oynayacağını düşünmekteyiz. Bireyselliğin çoğaldığı günümüz şartlarında toplumumuzda aile kavramının güçlendirilmesine yönelik çalışmaların yapılması ve sosyal politikaların geliştirilmesi önerilir.

Bakım verenlerin eğitim durumu arttıkça psikolojik dayanıklılıkları anlamlı düzeyde artmaktadır. Bakım veren erkeklerin, çalışanların psikolojik dayanıklılıkları anlamlı düzeyde yüksektir. Hasta değerlendirilirken bakım veren ya da vermesi planlanan kişiler de değerlendirilmeli, kadın ve eğitim seviyesi düşük olan bakım veren bireyler için daha fazla destek gündemde tutulmalıdır.

Bakım verenin dışarı çıkması halinde yerini alacak birisi olanların psikolojik dayanıklılığının anlamlı bir farkla daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastanın bakım işlerini yürüten primer bakım verene, yardımcı olan bir birey varsa bakım verenin psikolojik dayanıklılığının anlamlı bir farkla daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Hasta ile geçici süre birlikte yaşayan bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıkları daha yüksektir. Mevcut bulgulara bakıldığında hasta yakınlarına yönelik geliştirilebilecek politikalarda, hastaların bakım işlerinin periyodik olarak hasta yakınlarından alınmasının bakım sürecine ciddi olumlu katkıları olabilir. Aynı zamanda bu uygulama ile bakım işi için özelleşmiş personelin istihdamına katkıda bulunulabilir.

Hastanın aile tipi geniş aile ise bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıkları daha yüksektir. Çekirdek ailede yaşayan hastaların değerlendirilmeleri sırasında bu husus sağlık profesyonelleri tarafından göz önünde bulundurulmalıdır.

Hastanın bası yarasının olmadığı durumlarda, bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıkları daha yüksektir. Bası yarasının olmaması psikolojik dayanıklılığı, bireyin ailesi ile uyum içinde yaşamasını, benlik algısının olumlu olmasını istatistiksel

olarak anlamlı seviyede pozitif etkilemektedir ($p_{PDÖ}=0,042$, $p_{AU}=0,016$, $p_{KA}=0,029$). Bu durum temel hipotezimizi doğrulamaktadır. ESH'nin sunumunun planlanmasında bakım işini yürütecek kişi de hasta ile birlikte değerlendirilmelidir, bakım verenin psikolojik dayanıklılık düzeyi göz önünde bulundurulmalıdır, bakım verenin psikolojik dayanıklılığına olumlu etkisi olacak girişimlerde bulunulmalıdır.

Hastaların medeni durumlarının bakım verenlerin psikolojik dayanıklılığını etkilediği izlenmiştir. Dul olan hastaya bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıkları evli hastaya bakım verenlere göre daha yüksektir ($p=0,009$). Bakım verilecek hastanın evli olması durumunda bakım verenlerin daha yüksek risk altında bulunabilecekleri göz önünde tutulmalıdır.

Evli bakım verenlerin bekarlara göre aileleri ile uyumu daha yüksek bulundu ($p=0,003$). Bakım verenin psikolojik dayanıklılığı ile yaşı arasında negatif zayıf, aylık geliri ile pozitif zayıf, 24 saatte aktif bakım verdiği süre ile negatif zayıf ilişki mevcuttur.

Son zamanlarda beklenen yaşam süresinin uzaması, ölüm oranlarının azalması ve doğum oranlarındaki düşüş nedeni ile yaşlı ve bakıma muhtaç hastaların sayısının artması ciddi bir halk sağlığı problemidir. Bakım sunmak gün geçtikçe önemli hale gelmektedir. Bakım veren bireylerin, bu önemi artan bakım işini daha iyi ve uzun süre devam ettirebilmeleri için psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olması gereklidir. Bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olması için de bakım işinde mecburi hallerde yerlerini alabilecek birinin olması, bakım işinde yardımcı olabilecek birinin var olması ve bakım alan bireyin kendisine ait odasının olması, bakım alan bireyin bası yarasının olmaması için ciddi çaba harcanmasını önermekteyiz.

Bakım veren bireyde yakınının hastalığı ve bu konunun kendisi için ne ifade ettiği hususunda önemli olan iyimserlik, kişisel gelişim ve maneviyat gibi psikolojik dayanıklılığa pekiştirici katkıda bulunabilecek ve refahı olumlu yönde etkileyebilecek psikolojik yönleri karşı bir ilgi eksikliği gözlenmektedir. Bu yönlerin tespiti ve nasıl olumlu etkileneceği üzerine çalışmalar yürütülmeli ve bakım verenin psikolojik dayanıklılığı ESH sunumunda primer olarak göz önünde tutulmalıdır.

Dayanıklılığın bakım işindeki rolü ile ilgili daha fazla bilimsel kanıt için bu hususta daha fazla araştırma gerekmektedir.

8. KAYNAKÇA

1. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. Dicle Tıp Derg. 2011;38(1).
2. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Sektörler Ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. 2007.
3. Havens B, Unit WHOHB and LTC. Home care issues at the approach of the 21st century from a World Health Organization perspective : a literature review / prepared by Betty Havens [Internet]. 1999 [a.yer 11 Mart 2024].
4. Cindoruk M, Şen İ. Yaşlının Evde Bakımı. Türkiye Klin Tıp Bilim Derg. 2009;29(5):110-2.
5. Aslan Ş, Uyar S, Güzel Ş. Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. Sos Araştırmalar Ve Önetim Derg. 2018;(1):45-56.
6. Gaugler JE, Hanna N, Linder J, Given CW, Tolbert V, Kataria R, vd. Cancer caregiving and subjective stress: a multi-site, multi-dimensional analysis. Psychooncology. 2005;14(9):771-85.
7. Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. Clin Exp Health Sci. 2014;3(5):1-7.
8. Thomas S. The invisible patients. Br J Neurosci Nurs. 2019;15(2):83-5.
9. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. JAMA. 1999;282(23):2215-9.
10. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(3):513-52.
11. Turgut N, Yakar N, Mingir T, Yılmaz B, Yakar N, Ak A, vd. Yoğun Bakım Hastalarında Basınç Ülseri Sıklığı, Önlenmesi ve Tedavisi. Türk Yoğun Bakım Derneği Derg. 2017;15(2):72-6.
12. Seyhan N, Dursun AD. Bası Yaralarında Bakım Verenlerin Hastalıkla İlgili Farkındalık Düzeyi. Batı Karadeniz Tıp Derg. 2023;7(2):156-60.

13. Garmezy N. Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated With Poverty. *Am Behav Sci.* 1991;34(4):416-30.
14. Luthar SS. Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Dev.* 1991;62(3):600-16.
15. Werner EE. Resilience in Development. *Curr Dir Psychol Sci.* 1995;4(3):81-4.
16. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Dev.* 2000;71(3):543-62.
17. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *Am Psychol.* 2001;56(3):227-38.
18. Masten AS. Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity: Challenges and prospects. İçinde: Wang M, Gordon E, editörler. *Educational resilience in inner city America.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1994. s. 3-25.
19. Kumpfer K. Factors and Processes Contributing to Resilience. İçinde 2002. s. 179-224.
20. Luthar SS. *Poverty and Children's Adjustment.* SAGE; 1999. 148 s.
21. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Dev.* 2000;71(3):543-62.
22. Mandleco BL, Peery JC. An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs Off Publ Assoc Child Adolesc Psychiatr Nurses Inc.* 2000;13(3):99-111.
23. Greene RR. *Resiliency: an integrated approach to practice, policy, and research.* 2nd ed. Washington, DC: NASW Press; 2012. 414 s.
24. Masten AS, Reed MGJ. Resilience in development. İçinde: *Handbook of positive psychology.* New York, NY, US: Oxford University Press; 2002. s. 74-88.
25. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities.* New York, NY, US: Cambridge University Press; 2003. xxxi, 574 s.

26. Annual Report; Medical Management of the Home care patient. American Medical Association-American Academy of Home Care Physicians, 2004. İçinde.
27. Karahan A, Güven S. Homecare for Elderly. Turk J Geriatr. 2001;5(4).
28. Yılmaz M, Akmeşe G, Tak A, Erdem S, Sağlam M, Yağbasan B, vd. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Tıp Derg. 2010;11(3):125-32.
29. Bilge U, Ö E, Unalacak M, Unluoglu I. Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri. Euras J Fam Med. 2014;3:1-8.
30. Çayır Y. Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri. Konuralp Med J. 2013;5(3):9-12.
31. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 01.02.2010 Tarih ve 3895 Sayılı Makam Onayı.Tarih: 01.02.2010, Sayı: 3895
32. Eser S, Saatlı G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. Türk Psikiyatri Derg. 2010;21(1):37-48.
33. Yalçın MM, Şahin EM. Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Geriatri. 2003;6(1):10-3.
34. Eker E, Yaşar R, Ertan T, Güngen C. Standardize mini mental test’in türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Derg. 2002;13(4):273-81.
35. Erkuran H, Altay B. Alzheimer’lı Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Baş Etme Durumlarına Etkisi. Sağlık Hizmetleri Ve Eğitimi Derg. 2020;3(2):52-8.
36. Rakel R, Strauch E. Care of the dying patient. 8th ed. philadelphia. USA: Elsevier Sounders; 2011. 53-72 s.
37. Danış M. Toplum temelli bakım anlayışı. Özveri Dergisi. 2006;2006(3):44-7.

38. Çoban M, Esatoğlu AE. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış. Türkiye Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Derg. 2004;12(2):109-20.
39. Bentur N. Hospital at home: What is its place in the health system? Health Policy Amst Neth. 2001;55(1):71-9.
40. Schoen MA, Koenig RJ. Home health care nursing: past and present--Part 1. Medsurg Nurs. 1997;6(4):230-2.
41. Ünlüoğlu İ, Saatçi E. Aile Hekimliğinde Evde Bakım. İstanbul: Akademi Uluslararası Yayıncılık; 2005.
42. Erginöz GŞ. İlk Çağlarda Akdeniz Havzasında ve Anadolu'da Doğum ve Doğum Yardımı. Düşünen Siyaset. 2002;16:148-60.
43. Yıldız A. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi kitabı: 24-26 Eylül 1998, İstanbul. Marmara Üniversitesi; 2001. 1-41 s.
44. Harris MD. Handbook of Home Health Care Administration. Aspen Publishers; 1997. 1014 s.
45. Jarvis LL. Community health nursing: Keeping the public healthy. Philadelphia, Pa: F.A. Davis Co; 1981. 896 s.
46. Wasik BH, Bryant DM. Home Visiting: Procedures for Helping Families. SAGE Publications; 2001. 344 s.
47. Home Care – New York City – Montefiore Medical Center - Home Care Contact - Where Caring Continues [İnternet]. [a.yer 05 Haziran 2024].
48. Penning MJ. Health, social support, and the utilization of health services among older adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1995;50(5):S330-339.
49. Home - Centers for Medicare & Medicaid Services | CMS [İnternet]. [a.yer 05 Haziran 2024].
50. Tarricone R, Tsouros AD. Home care in Europe : the solid facts [İnternet]. [a.yer 05 Haziran 2024].
51. Ehrenfeld M. Nursing and home care in Europe. Int Nurs Rev. 1998;45(2):61-4.

52. ALNİGENİŞ E. Evde Bakım Hizmetlerine Bakış. Sağlık Düşüncesi Ve Tıp Kültürü Derg. 2009;1-5.
53. Twigg J. Informal Care in Europe: Proceedings of a Conference Held in York. Social Policy Research Unit, University of York; 1993. 306 s.
54. Campbell JC, Ikegami N. Long-Term Care Insurance Comes To Japan. Health Aff (Millwood). 2000;19(3):26-39.
55. Coşkun N. Evde sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti / The Quality Of Life And Patient Satisfaction In Home Care Service [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
56. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 2005 [İnternet]. Mar 10, 2005.
57. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik 27.2.2015 Sayı: 29280 [İnternet]. Şub 27, 2015.
58. Ateş M, Taşdelen P. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araşt. 2012;9(3):22-9.
59. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Nis 24, 1930.
60. Çubukçu M. Evde Bakım Hizmetlerinin Dünyadaki ve Türkiye’deki Tarihçesi. Turk Klin Fam Med - Spec Top. 2022;13(6):4-7.
61. Öztürk M. Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık Hizmetleri. Med J Süleyman Demirel Univ. 2009;6(1).
62. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (12.1.1961 - 10705) [İnternet]. [a.yer 08 Ekim 2024].
63. Bahar G, Bahar A, Savaş HA. Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg. 4(12):85-98.
64. Pınar R. Türkiye’de Evde Bakımda Mevcut Durum. İçinde Akademik Geriatri 2010; 2010. s. 153-6.
65. Yavuz E. Yaşam Sonu Bakımına Bir Birinci Basamak Yaklaşımı Olarak Evde Sağlık Hizmetleri. Türkiye Klin Aile Hekim - Özel Konular. 2022;13(4):56-62.

66. TÜİK - Veri Portalı [İnternet]. [a.yer 12 Haziran 2024].
67. Altunbaş A, Cankurtaran M. Yaşlıda Bakım. Arioğlu S. (ed) Temel Geriatri'de . Ankara. MN Medikal&Nobel Kitabevi, 2006.
68. Home-based long-term care. World Health Organization Technical Report Series (898); 2000 s. 1-37.
69. Athay MM. Caregiver Life Satisfaction: Relationship to Youth Symptom Severity through Treatment. J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53. 2012;41(4):433-44.
70. Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik [İnternet]. Haz 2, 2023.
71. Dönümcü Ş. Elderly and Social Services. Turk J Phys Med Rehabil. 2006;52(1):42-6.
72. Spratt SJ, Hawley LR, Kolf J. Home Health Care: A Physician's Perspective.Spratt SJ, Hawley LR, Hoyer ER.(eds) HomeHealth Care. Florida:GR/ St. Lucie Press; 1997:1- 16.
73. Karabağ H. Evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi [İnternet] [Yüksek Lisans Tezi]. [Gazi Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / İşletme Ana Bilim Dalı]: Gazi Üniversitesi; 2007 [a.yer 03 Temmuz 2024].
74. Çayır Y. Home Health Care. Turk J Fam Med Prim Care. 2020;14:147-52.
75. Çayır Y. Birinci basamakta evde sağlık hizmetleri: Neler yapabiliriz? Dicle Tıp Derg. 2013;40(2):340-4.
76. Çoban M. Evde bakım hizmetleri konusunda görüş belirleme: Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi doktorları ve hemşireleri üzerinde bir uygulama [İnternet] [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Türkiye; 2003 [a.yer 03 Temmuz 2024]. sigortalar-kurumu-ankara-egitim-hastanesi-doktorlari-ve-hemsireleri-uzerinde-bir-uygulama

77. Tanlı S. Evde bakım hizmetlerinin firmalaştırılması: Bir işletme planı önerisi [İnternet]. İstanbul Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / İşletme Ana Bilim Dalı / Hastane ve Sağlık Kur. Yön. Bilim Dalı; [a.yer 03 Temmuz 2024].
78. Riccio PA. Quality evaluation of home nursing care: perceptions of patients, physicians, and nurses. *Nurs Adm Q.* 2000;24(3):43-52.
79. Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence RE. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1994;165(2):179-94.
80. Bakım Tanımı
81. Allender JA, Spradley BW. *Community Health Nursing: Concepts and Practice.* Lippincott Williams & Wilkins; 2001. 739-753 s.
82. Gözüm S, Tan M. Knowledge, Opinions And Applications Of Primary Health Care Staff On Elderly Care. *Turk J Geriatr.* 2002;6(1):14-21.
83. Yıldırım S, Engin E, Başkaya V. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yüğü ve Yüğü Etkileyen Faktörler. *Nöro Psikiyatri Arş.* 2013;50:169-74.
84. Silver HJ, Wellman NS. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *J Am Diet Assoc.* 2002;102(6):831-6.
85. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA.* 2014;311(10):1052-60.
86. Adib-Hajbaghery M, Ahmadi B. Caregiver Burden and Its Associated Factors in Caregivers of Children and Adolescents with Chronic Conditions. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2019;7(4):258-69.
87. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argum Rev Crítica Soc* [Internet]. 2015 [a.yer 20 Ağustos 2024];(17).
88. De Korte-Verhoef MC, Pasman HRW, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. Burden for family carers at the end of life; a mixed-

- method study of the perspectives of family carers and GPs. *BMC Palliat Care*. 2014;13(1):16.
89. Kulkarni P, Kulkarni P, Ghooi R, Bhatwadekar M, Thatte N, Anavkar V. Stress among Care Givers: The Impact of Nursing a Relative with Cancer. *Indian J Palliat Care*. 2014;20(1):31-9.
 90. Stommel M, Collins CE, Given BA. The costs of family contributions to the care of persons with dementia. *The Gerontologist*. 1994;34(2):199-205.
 91. Larsen LS. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1998;36(8):26-32.
 92. Macneil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, Decoster J, Williamson GM. Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: the central role of caregiver anger. *The Gerontologist*. 2010;50(1):76-86.
 93. Bozbaş GT, Gürer G. Bası Yaralarında Güncel Tedavi Yaklaşımları. *Sak Tıp Derg*. 2011;1(4):118-25.
 94. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Haesler E, editor. Osborne Park, Western Australia: Cambridge Media; 2014.
 95. Tsaras K, Chatzi M, Kleisaris CF, Fradelos EC, Kourkouta L, Papathanasiou IV. Pressure Ulcers: Developing Clinical Indicators in Evidence-based Practice. A Prospective Study. *Med Arch Sarajevo Bosnia Herzeg*. 2016;70(5):379-83.
 96. Baranoski S. Raising awareness of pressure ulcer prevention and treatment. *Adv Skin Wound Care*. 2006;19(7):398-405; quiz 405-7.
 97. Bergquist S. Pressure ulcer prediction in older adults receiving home health care: implications for use with the OASIS. *Adv Skin Wound Care*. 2003;16(3):132-9.
 98. Comfort EH. Reducing pressure ulcer incidence through Braden Scale risk assessment and support surface use. *Adv Skin Wound Care*. 2008;21(7):330-4.

99. Papanikolaou P, Lyne P, Anthony D. Risk assessment scales for pressure ulcers: a methodological review. *Int J Nurs Stud.* 2007;44(2):285-96.
100. Sevnaz Şahin, Fehmi Akçiçek, Yaşlı hastada bası yaraları önleme, tanı ve tedavisi, *Akademik Geriatri Dergisi*, 2009;1308-5115.
101. Esen, Osman. (2015). Retrospective Evaluation of Pressure Sores of Patients in Intensive Care. *The Journal of Kartal Training and Research Hospital.* 10.5505/jkartaltr.2015.60024.
102. Terzioğlu A, Ateş L, Tuncalı D, Aslan G. Bası Yaraları. *Fiziksel Tıp* 2002;5(2):117-121.
103. Irmak F, Baş S, Sızmaz M, Akbulut HA, Hacikerim Karşıdağ S. Management and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Experience. *Med Bull Sisli Etfal Hosp* 2019;53(1):37–41.
104. Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjöden PO. Risk, prevention and treatment of pressure ulcers--nursing staff knowledge and documentation. *Scand J Caring Sci.* 2001;15(3):257-63.
105. Yücel A. Bası Yaraları. *Türk Yoğun Bakım Derg.* 2008;6(2):73-82.
106. Beğer T. Yoğun bakımda dekübit ülserleri: Risk prevalansı ve bası yarası gelişiminde etkili risk faktörleri ve önlenmesi. *Dahili tıp bilimleri dergisi* 2006;13:72-80.
107. Shea JD. Pressure sores: classification and management. *Clin Orthop.* 1975;(112):89-100.
108. Padula WV, Delarmente BA. The national cost of hospital-acquired pressure injuries in the United States. *Int Wound J.* 2019;16(3):634-40.
109. Van Den Bos J, Rustagi K, Gray T, Halford M, Ziemkiewicz E, Shreve J. The \$17.1 Billion Problem: The Annual Cost Of Measurable Medical Errors. *Health Aff (Millwood).* 2011;30(4):596-603.
110. Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Lemey J, vd. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(11):1754-74.

111. Kottner J, Cuddigan J, Carville K, Balzer K, Berlowitz D, Law S, vd. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. *J Tissue Viability*. 2019;28(2):51-8.
112. Carlsson ME, Gunningberg L. Predictors for Development of Pressure Ulcer in End-of-Life Care: A National Quality Register Study. *J Palliat Med*. 2017;20(1):53-8.
113. Stotts NA, Wu HS. Hospital recovery is facilitated by prevention of pressure ulcers in older adults. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2007;19(3):269-75, vi.
114. de Laat EH, Pickkers P, Schoonhoven L, Verbeek AL, Feuth T, van Achterberg T. Guideline implementation results in a decrease of pressure ulcer incidence in critically ill patients. *Crit Care Med*. 2007;35(3):815-20.
115. Uzun Ö. Cerrahi Hastalarda Basınç Ülserlerinin Önlenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilim dergisi Tıp* 2010;5(15):114-127.
116. Niezgoda JA, Mendez-Eastman S. The effective management of pressure ulcers. *Adv Skin Wound Care*. 2006;19 Suppl 1:3-15.
117. Şahin AD, Seyrek S, Ertürk A, Artantaş AB. Evde Bakım Hastalarında Bası Yaraları ve Hastaların Demografik Özellikleri: *Konuralp Medical Journal / Konuralp Tıp Dergisi*. *Konuralp Med J Konuralp Tıp Derg*. 2017;9(1):14-8.
118. Bogie K, Powell HL, Ho CH. New concepts in the prevention of pressure sores. *Handb Clin Neurol*. 2012;109:235-46.
119. Brown-Séquard E. Experimental Researches Applied to Physiology and Pathology. *Med Exam Phila Pa*. 1852;8(92):481-504.
120. Levine JM. 100 Years of Bedsores: How Much Have We Learned? *Adv Skin Wound Care*. 2018;31(3):139-41.
121. Wake WT. Pressure Ulcers: What Clinicians Need to Know. *Perm J*. 2010;14(2):56-60.
122. Krouskop TA, Reddy NP, Spencer WA, Secor JW. Mechanisms of decubitus ulcer formation--an hypothesis. *Med Hypotheses*. 1978;4(1):37-9.

123. Reddy NP, Patel K. A mathematical model of flow through the terminal lymphatics. *Med Eng Phys.* 1995;17(2):134-40.
124. Gefen A. Reswick and Rogers pressure-time curve for pressure ulcer risk. Part 1. *Nurs Stand R Coll Nurs G B* 1987. 2009;23(45):64, 66, 68 passim.
125. Gefen A. Reswick and Rogers pressure-time curve for pressure ulcer risk. Part 2. *Nurs Stand R Coll Nurs G B* 1987. 2009;23(46):40-4.
126. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. 2019.
127. Arıca SG, Özkaya H. Birinci Basamakta Yaraya Yaklaşım - Ema Tıp Kitabevi - Ema Tıp Kitabevi [İnternet]. [a.yer 27 Ağustos 2024].
128. Hug E, Ünal H, Karamahmetoğlu ŞŞ, Tüzün Ş. Bir Eğitim Hastanesinde Bası Yarası Prevalansı ve Bası Yarası Gelişiminde Etkili Risk Faktörleri. *Turk J Phys Med Rehabil.* 2001;47(6).
129. Inan DG, Oztunç G. Pressure ulcer prevalence in Turkey: a sample from a university hospital. *J Wound Ostomy Cont Nurs Off Publ Wound Ostomy Cont Nurses Soc.* 2012;39(4):409-13.
130. Uzun O, Tan M. A prospective, descriptive pressure ulcer risk factor and prevalence study at a university hospital in Turkey. *Ostomy Wound Manage.* 2007;53(2):44-56.
131. Kaşıkçı M, Aksoy M, Ay E. Investigation of the prevalence of pressure ulcers and patient-related risk factors in hospitals in the province of Erzurum: A cross-sectional study. *J Tissue Viability.* 2018;27(3):135-40.
132. Çetinkaya A, Bulut SS. Lise Öğrencilerinde Kendini Toparlama Gücü Düzeyleri ve Öznel İyi Oluşu Artırma Stratejilerinin İncelenmesi. *Turk Psychol Couns Guid J.* 2019;9(55):1053-84.
133. Çalışkan Ö. Tutum değişiminin deneysel yöntemle incelenmesi: Öğretmen adayları arasında bilişsel uyumsuzluk, yılmazlık ve örgütsel değişime hazır olma durumunun bir yol analizi (Doktora Tezi). 2017;

134. Basım HN, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Derg. 2011;22(2):104-14.
135. AKAR A. Psikolojik sağlık programının ergenlerin psikolojik sağlık düzeyine etkisi [Doktora Tezi]. [Sosyal Bilimler Enstitüsü / Psikoloji Ana Bilim Dalı / Gelişim Psikolojisi Bilim Dalı]: Maltepe Üniversitesi; 2018.
136. Tusaie K, Dyer J. Resilience: a historical review of the construct. Holist Nurs Pract. 2004;18(1):3-8; quiz 9-10.
137. Gizir C. Psikolojik Sağlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. Turk Psychol Couns Guid J. 2007;3(28):113-28.
138. Gm W, Hm Y. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. J Nurs Meas [Internet]. 1993 [a.yer 04 Mart 2024];1(2).
139. Hunter AJ. A cross-cultural comparison of resilience in adolescents. J Pediatr Nurs. 2001;16(3):172-9.
140. Jacelon CS. The trait and process of resilience. J Adv Nurs. 1997;25(1):123-9.
141. Block JH, Block J. The Role of Ego-Control and Ego-Resiliency in the Organization of Behavior. 1980 [a.yer 04 Mart 2024];
142. Beardslee WR, Podorefsky D. Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: importance of self-understanding and relationships. Am J Psychiatry. 1988;145(1):63-9.
143. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. Dev Psychopathol. 1990;2(4):425-44.
144. Haase JE. The adolescent resilience model as a guide to interventions. J Pediatr Oncol Nurs Off J Assoc Pediatr Oncol Nurses. 2004;21(5):289-99; discussion 300-304.
145. Ca O, L B, Jm B, Da VB, Sm S. Adolescent resilience: a concept analysis. J Adolesc [Internet]. 2003 [a.yer 04 Mart 2024];26(1).

146. Fonagy P, Steele M, Steele H, Higgitt A, Target M. The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992 The Theory and Practice of Resilience. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35(2):231-57.
147. Hawley DR, DeHaan L. Toward a definition of family resilience: integrating life-span and family perspectives. *Fam Process*. 1996;35(3):283-98.
148. Brooks RB. Children at risk: fostering resilience and hope. *Am J Orthopsychiatry*. 1994;64(4):545-53.
149. Garnezy N. Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*. 1993;56(1):127-36.
150. Werner EE. Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Dev Psychopathol*. 1993;5(4):503-15.
151. J S, M P. Temperament and stress resilience in school-age children: a within-families study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1995 [a.yer 04 Mart 2024];34(2).
152. Crowley BJ, Hayslip BJr, Hobdy J. Psychological Hardiness and Adjustment to Life Events in Adulthood. *J Adult Dev*. 2003;10(4):237-48.
153. Luthans F. The Need For and Meaning of Positive Organizational Behavior. *J Organ Behav*. 2002;23:695-706.
154. Friberg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2005;14(1):29-42.
155. Basım HN, Çetin F. Psikolojik Dayanıklılığın İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Tutumlarındaki Rolü. *İş Güç Derg*. 2011;(13):79-94.
156. Fraser MW, Kirby LD, Smokowski PR. Risk and resilience in childhood. İçinde: Fraser MW, editör. *Risk and Resilience in Childhood: An Ecological Perspective*. Washington D.C.: National Association of Social Workers; 2004. s. 13-66.

157. Diker J. Chronic Diseases And Drug Use In Elderly Over 65 Years In The Korfez Health Center 6 As Well As In The One At Yuzbasilar In The Province Of Kocaeli. Turk J Geriatr [Internet]. 1999 [a.yer 24 Eylül 2024];3(3).
158. Bayramova, N. (2008). Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
159. 4. Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongresi. (2015). SADEFE. 3-5 Aralık, İstanbul. İçinde.
160. Gölbaşı Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşire Üksekokulu Derg. 2003;7(2):15-22.
161. Ayhan Yavaş A. (2013). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
162. Arslan Ş, Kutsal Gökçe Y. A MULTICENTER EPIDEMIOLOGICAL STUDY to EVALUATE the PREVALANCE of DISABILITY in the ELDERLY. Turk J Geriatr [Internet]. 1998 [a.yer 26 Eylül 2024];2(3).
163. Mandleco BL, Peery JC. An organizational framework for conceptualizing resilience in children. J Child Adolesc Psychiatr Nurs Off Publ Assoc Child Adolesc Psychiatr Nurses Inc. 2000;13(3):99-111.
164. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies Of Illness In The Aged. The Index Of Adl: A Standardized Measure Of Biological And Psychosocial Function. JAMA. 1963;185:914-9.
165. Özkan Pehlivanoglu EF, Özkan MU, Balcioğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. Adjustment and Reliability of Katz Daily Life Activity Measures for Elderly in Turkish. Ank Med J [Internet]. 2018 [a.yer 07 Mart 2025];
166. Allen S, Beales S, Busolo D, Clark F, Eldridge C, Gonzalez O, vd. global network of not-for-profit organisations with a mission to work with and for disadvantaged older people worldwide to achieve a lasting improvement in the quality of their lives.

167. Sönmez A. Pressure Sores. Turk J Fam Pract. 2003;7(2):57-62.
168. TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2023 [İnternet]. [a.yer 19 Kasım 2024].
169. Taşdemir RA, Oğuzöncül A ferdane. Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının Ve Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans Ve Kalite Derg. 2020;17(2):11-28.
170. Nadarević-Stefanec V, Malatestinić D, Mataija-Redzović A, Nadarević T. Patient satisfaction and quality in home health care of elderly islanders. Coll Antropol. 2011;35 Suppl 2:213-6.
171. Çağlayan Kolaylı Y. Evde sağlık hizmeti alan hastaların ve bakım verenlerinin uyku kalitelerinin değerlendirilmesi ve depresyonla ilişkisinin incelenmesi / Evaluation of sleep quality of health care service at home providers and caregivers and investigation between depression [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2018.
172. Karaman D, Kara D, Atar NY. Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının Ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2015;4(3):347-59.
173. Çavuş FÖ. Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi / Assessment of home care services of the elders [İnternet] [Yüksek Lisans]. Hacettepe Üniversitesi; 2013 [a.yer 27 Kasım 2024].
174. Çatak B, Kılınç A, Badıllıoğlu O, Sütü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur’da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. Turk J Public Health. 2012;10(1):13-21.
175. Kouta C, Kaite CP, Papadopoulos I, Phellas CN. Evaluation of Home Care Nursing for Elderly People in Cyprus.
176. Dawani HA, Hamdan-Mansour AM, Ajlouni MT. Users’ Perception and Satisfaction of Current Situation of Home Health Care Services in Jordan. Health (N Y). 2014;6(7):549-58.

177. Gümüş R, Sarıbaş S. Diyarbakır İli Ve İlçelerinde 2015 Yılında Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerin Sunduğu Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Uluslar Sağlık Önetimi Ve Strat Araşt Derg. 2017;3(1):17-27.
178. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. Hacet Sağlık İdaresi Derg. 2016;19(2):0-0.
179. Yazıcıoğlu B, Çubukçu M. Evaluation of the Patients Registered to Samsun Education and Research Hospital Home Care Services Unit. Ank Med J. 2016;16(4):0-0.
180. Enginyurt O, Ongel K. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. Smyrna Tıp Derg. 2011;45-8.
181. Bektaş M, Özben Ş. Evli Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2016;14(1):0-0.
182. Dane E, Olgun N. Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Derg. 2016;11(1):43-54.
183. Bekdemir A. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunlar ve bakım yükünün belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014. P.20-31.
184. Zaybak A, GÜNEŞ Ü, İsmailoğlu EG, Ülker E. Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşire Ve Sağlık Bilim Derg. 2012;15(1):48-54.
185. Dağdeviren TS, Dağdeviren M, Demir N, Atatorun M, Özşahin OA, Adahan D. Socio-demographic characteristics of caregivers of home health care patients. Ank Med J [İnternet]. 28 Haziran 2019 [a.yer 02 Mayıs 2025];19(2).
186. Taşova M, Çeltek NY, Ünlü U. Retrospective Analysis of Patients Who Have Followed by Home Care Services in Tokat Central District. Turk J Fam Med Prim Care. 2019;13(3):258-64.

187. Mukherjee D, Patil CG. Epidemiology and the global burden of stroke. *World Neurosurg.* 2011;76(6 Suppl):S85-90.
188. Whisnant J, Basford J, Zimmerman R, Bernstein E, Cooper E, Dyken M. Special report from the National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Classification of cerebrovascular diseases III. *Stroke.* 1990;21(4):637-76.
189. Öztürk Ş. Epidemiology Of Cerebrovascular Diseases And Risk Factors- Perspectives Of The World And Turkey. *Turk J Geriatr [Internet].* 2010 [a.yer 06 Aralık 2024];13(1).
190. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition [Internet]. 2021 [a.yer 04 Aralık 2024].
191. Global Status Report on Alcohol and Health 2011 [Internet]. [a.yer 04 Aralık 2024].
192. Kalpalı YE. İstanbul ili adalar ilçesinde ikamet eden yaşlıların öz bakım gücü ile ilaç uyumu ilişkisinin değerlendirilmesi [Internet] [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019 [a.yer 20 Aralık 2024].
193. Long A, Hesketh A, Bowen A, ACT NoW Research Study. Communication outcome after stroke: a new measure of the carer's perspective. *Clin Rehabil.* 2009;23(9):846-56.
194. Haley WE, Allen JY, Grant JS, Clay OJ, Perkins M, Roth DL. Problems and benefits reported by stroke family caregivers: results from a prospective epidemiological study. *Stroke.* 2009;40(6):2129-33.
195. Gordon C, Ellis-Hill C, Ashburn A. The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *J Adv Nurs.* 2009;65(3):544-53.
196. Pinkney L, Nixon J, Wilson L, Coleman S, McGinnis E, Stubbs N, vd. Why do patients develop severe pressure ulcers? A retrospective case study. *BMJ Open.* 2014;4(1):e004303.

197. Keller BPJA, Wille J, van Ramshorst B, van der Werken C. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. *Intensive Care Med.* 2002;28(10):1379-88.
198. Önder T, Anuk T, Kahramanca Ş, Yıldırım A. Evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumlarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Derg.* 2015;42(3):342-5.
199. Aktürk AŞ, Atmaca E, Zengin S, Bayramgürler D. Kocaeli İlinde Evde Bakım Hizmeti Alan Hastalarda Bası Ülserlerinin Prevalansı ve Klinik Özellikleri. *44(3):128-31.*
200. Kelebek Girgin N, İşçimen R, Hotaman L, Kaymak S, Kutlay O. Erişkin yoğun bakım ünitesinde tedavi edilen olgularda bası yarası insidansı ve risk faktörleri. *Anestezi Derg.* 2007;15(4):253-9.
201. Uzun Ö, Kaya U. Yatan Hastalarda Basınç Yarası Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Araştırması. *Med J West Black Sea.* 2020;4(3):158-66.
202. Çınar F, Şahin SK, Aslan FE. Yoğun Bakım Ünitesi'nde Basınç Yarasının Önlenmeye Yönelik Türkiye'de Yapılmış Çalışmaların İncelenmesi; Sistemik Derleme. *Balıkesir Sağlık Bilim Derg.* 2018;7(1):42-50.
203. Moore Z, Cowman S. Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland. *J Clin Nurs.* 2012;21(3-4):362-71.
204. Ateşgöz F, Köse G, Seki Z, Sağlık S, Kulaksızoğlu N, Ülgen N, vd. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesindeki Basınç Yarası Prevalansı Ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: Nokta Prevalans Çalışması. *Karya J Health Sci.* 2022;3(1):6-12.
205. Demirel M, Demiralp CÖ, Yormuk E. 2000-2005 Yılları Arası Bası Yaraları: Klinik Deneyimler. *Ank Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecm.* 2007;60(2):81-7.
206. Ülker Efteli E, Yapucu Günes Ü. A prospective, descriptive study of risk factors related to pressure ulcer development among patients in intensive care units. *Ostomy Wound Manage.* Temmuz 2013;59(7):22-7.

207. Totur B, Dıramalı A. Basınç Yaralarının Önlenmesinde % 100 Pamuklu Havlu İle Havalı Yatak Kullanımının Etkinliği. Ege Üniversitesi Hemşire Fakültesi Derg. 2011;27(3):35-44.
208. Tosun ZK, Bölüktaş RP. Yoğun Bakım Ünitelerindeki Yaşlı Hastalarda Bası Yarası Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Yoğun Bakım Hemşireliği Derg. 2015;19(2):43-53.
209. Ortac Ersoy E, Ocal S, Oz A, Yilmaz P, Arsava B, Topeli A. Evaluation of Risk Factors for Decubitus Ulcers in Intensive Care Unit Patients. Turk J Med Surg Intensive Care. 2014;4(1):9-12.
210. Nassaji M, Askari Z, Ghorbani R. Cigarette smoking and risk of pressure ulcer in adult intensive care unit patients. Int J Nurs Pract. 2014;20(4):418-23.
211. Lamid S, El Ghatit AZ. Smoking, spasticity and pressure sores in spinal cord injured patients. Am J Phys Med. 1983;62(6):300-6.
212. Wu BB, Gu DZ, Yu JN, Feng LP, Xu R, Zha ML, vd. Relationship Between Smoking and Pressure Injury Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. Wound Manag Prev. 2021;67(9):34-46.
213. Qaseem A, Humphrey LL, Forciea MA, Starkey M, Denberg TD, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Treatment of pressure ulcers: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2015;162(5):370-9.
214. Andersen KE, Kvorning SA. Medical Aspects of the Decubitus Ulcer. Int J Dermatol. 1982;21(5):265-70.
215. Russell T, Logsdon A. Pressure ulcers and lateral rotation beds: a case study. J Wound Ostomy Cont Nurs Off Publ Wound Ostomy Cont Nurses Soc. 2003;30(3):143-5.
216. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SEM, Dumville JC, Middleton V, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(9):CD001735.

217. Pressure ulcers in America: prevalence, incidence, and implications for the future. An executive summary of the National Pressure Ulcer Advisory Panel monograph. *Adv Skin Wound Care*. 2001;14(4):208-15.
218. Gök Uğur H, Çatıker A. Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerindeki Stres Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşire Fakültesi Derg*. 2019;35(3):115-22.
219. Hadianfard H, Ashjazadeh N, Feridoni S, Farjam E. The role of psychological resilience, severity of disease and treatment adherence in the prediction of health-related quality of life in patients with multiple sclerosis. *Neurol Asia*. 2015;
220. Bozgeyikli H, Şat A. Öğretmenlerde Psikolojik Dayanıklılık Ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi: Özel Okul Örneği. *Hak İş Uluslar Emek Ve Toplum Derg*. 2015;3(5):172-91.
221. Tümlü GÜ, Recepoğlu E. Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Ükseköğretim Ve Bilim Derg*. 2013;(3):205-13.
222. Ernas Ş. Özerklik ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi [Internet] [masterThesis]. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017 [a.yer 06 Aralık 2024].
223. Genç A. Psikolojik dayanıklılığın örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyetine etkisi: Görgül bir araştırma [Yüksek Lisans]. Başkent Üniversitesi; 2014.
224. Ektaş EE. Otizm Tanısı Almış Çocukların Annelerinin Psikolojik Dayanıklılık, öz Duyarlılık ve Psikolojik iyi Oluşları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Internet] [M.Psych.]. 2017 [a.yer 05 Mayıs 2025].
225. Yağmur T, Türkmen SN. Ruhsal Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinde Algılanan Stres ve Psikolojik Dayanıklılık. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg*. 2017;4(1):542-8.
226. Min JA, Jung YE, Kim DJ, Yim HW, Kim JJ, Kim TS, vd. Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety

- disorders. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. 2013;22(2):231-41.
227. Dunkley DM, Zuroff DC, Blankstein KR. Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. J Pers Soc Psychol. 2003;84(1):234-52.
228. Bonanno GA, Galea S, Bucciarelli A, Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. J Consult Clin Psychol. 2007;75(5):671-82.
229. Selimoğlu P. Evde Bakım Hastalarında Bası Yarası Gelişme Riski Ve Bası Yarası Gelişimini Etkileyen Faktörler [Uzmanlık Tezi]. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği; 2023.
230. Beşer Tunç M. Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Biriminden Hizmet Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi [İnternet]. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018 [a.yer 08 Aralık 2024].
231. Erkan H, Altuntaş M. Evaluation of Care Burden for the Patients Receiving Home Health Care. Ank Med J [İnternet]. 2019 [a.yer 10 Aralık 2024];
232. KOCAKAYA R. Engelli Üyeye Sahip Ailelerdeki Bireylerin Psikolojik Dayanıklılığı ile Algılanan Aile İşlevselliği Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2017.
233. KAHRAMAN S. Multipl sklerozlu bireyler ile aile üyelerinin psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi; 2019.
234. Orak OS. Caregiver Burden in Family Members of Cancer Patients. J Psychiatr Nurs [İnternet]. 2015 [a.yer 11 Aralık 2024];
235. Efe M, Nemmezi Karaca S, Demirel Y. Evde Bakım Hastalarının Bakım Verenlerinde OTC Ürün Kullanım Durumu İle Bakım Yüklerinin Karşılaştırılması. [a.yer 11 Aralık 2024];

236. Salgado RI, Lord SR, Ehrlich F, Janji N, Rahman A. Predictors of falling in elderly hospital patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2004;38(3):213-9.
237. Zhou X, Xu J, Zhao Y. Risk factors of distress in Alzheimer's patients. *Ann Acad Med Singapore.* 2007;36(4):253-8.
238. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2022 [İnternet]. [a.yer 18 Eylül 2024].
239. Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2016;5(4):54-66.
240. TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar 2016 [İnternet]. [a.yer 11 Aralık 2024].
241. National Alliance for Caregiving. "Caregiving in the US 2015." NAC and the AARP Public Institute (2015).
242. Freedman VA, Kasper JD, Cornman JC, Agree EM, Bandeen-Roche K, Mor V, vd. Validation of New Measures of Disability and Functioning in the National Health and Aging Trends Study. *J Gerontol Ser A.* 2011;66A(9):1013-21.
243. Pessotti CFC, Fonseca LC, Tedrus GM de AS, Laloni DT. Family caregivers of elderly with dementia Relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden. *Dement Neuropsychol.* 2018;12(4):408-14.
244. Moore Z, Cowman S, Posnett J. An economic analysis of repositioning for the prevention of pressure ulcers. *J Clin Nurs.* 2013;22(15-16):2354-60.
245. Croog SH, Burleson JA, Sudilovsky A, Baume RM. Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. *Aging Ment Health.* 2006;10(2):87-100.