



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**PALYATİF BAKIM MERKEZİNDE YATAN HASTALARA BAKIM
VERENLERİN ANKSİYETE, DEPRESYON VE BAKIM YÜKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. BEKİR YAKUT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2019



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**PALYATİF BAKIM MERKEZİNDE YATAN HASTALARA BAKIM
VERENLERİN ANKSİYETE, DEPRESYON VE BAKIM YÜKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. BEKİR YAKUT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi HAMZA ASLANHAN

DİYARBAKIR-2019

TEŞEKKÜR

Üç yıllık uzmanlık eğitim hayatımda bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren; edindiğim mesleki, ahlaki ve hayat tecrübelerinden dolayı; Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Tahsin ÇELEPKOLU'na, Dr. Öğr. Üyesi Gamze ERTEN BUCAKTEPE'ye, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet YILMAZ ve Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye DEMİR'e ve tezimin hazırlanmasında katkılarını esirgemeyen danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hamza ASLANHAN hocama saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez jüri üyesi olan İnönü Üniversitesi Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Burcu KAYHAN TETİK hocama katkılarından dolayı;

Tezimin istatistik hesaplamalarında yardımcı olan Dr. Öğr. Üyesi Hamza ASLANHAN hocama;

Klinik rotasyonlar esnasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım meslektaşlarıma, hocalarıma, hemşirelere ve diğer sağlık çalışanı mesai arkadaşlarıma;

Bölümümüzdeki bütün araştırma görevlisi arkadaşlarıma, her daim yanımızda olup desteklerini esirgemeyen bölüm sekreterimiz Veli ADIYAMAN'a

Palyatif servisinde çalışan bütün mesai arkadaşlarıma, palyatif servisimizde çalışma ve eğitim süresince ilminden ve tecrübelerinden yaralandığım sayın Prof. Dr. Ali Kemal KADİROĞLU'na;

Bugünlere gelmemde sonsuz pay sahibi olan, annem, rahmetli babam, ablalarım ve kardeşlerime;

Maddi-manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen abim Uzm. Dr. Yunus YAKUT'a,

Her koşulda yanımda olan can yoldaşım eşim Mesude YAKUT'a yürekten teşekkür ederim.

En içten teşekkürlerimle...

Dr. Bekir YAKUT

Temmuz 2019



ÖNSÖZ

Aile hekimliği; tutum, bilim ve bağlam temellerinden oluşan ve bütüncül modelleme ile insanları fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel özellikleriyle kapsamlı bir yaklaşımla değerlendiren bir branşdır. Dünyada ve ülkemizde yeni bir hizmet olan palyatif bakım; aile hekimliğinin kapsamlı yaklaşımıyla bakım alan hastaların yaşamın niteliğini iyileştirmek, acıları hafifletmek, psikososyal, fiziksel ve manevi semptomları hafifletmek, ölüm ve yas süresince aileye destek sağlayan, yaşam sonunu hayatın doğal bir süreci olarak değerlendiren hizmet anlayışıdır. Palyatif bakım diğer branşların yanında aile hekimliği bünyesinde de hizmet veren hastalığı gidermekten ziyade hastalığın etkilerini yok etmeye çalışan ve aynı zamanda hastaya bakım verenlerin hasta, hastalık ve bakım konusunda eğitimi, bu zorlu süreçte olabilecek psikiyatrik sorunlarla baş etme ve bakım yükünün hafifletilmesine olanak sağlayan bir hizmettir.

Palyatif bakım merkezinde yatan hastalara bakım verenlerin bakım yükü psikososyal açıdan bakım verenlerin hayatlarını etkileyen önemli bir yaşam sonu bakımıdır. Bakım yükü fiziksel etkilerin dışında bakım verenleri psikiyatrik açıdan da etkilemektedir. Psikiyatrik hastalıklar, palyatif bakım alan hastaların ve bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunların büyük bir bölümünü kapsamaktadır. Bu psikiyatrik bozukluklardan en sık görülenleri anksiyete ve depresyondur.

Palyatif bakım hastalarının fiziksel bakımın yanında ruhsal yönden de desteklenmesi gerekmektedir. Palyatif bakım hastalarına bakım verenler fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak etkilenmektedir. Bu süreçte bakım verenlerde anksiyete ve depresyon oranlarında normal topluma göre artış olabilmektedir.

Bu tez ile palyatif bakım servisimizde bakım alan bireylere, bakım verenlerin yaşadıkları anksiyete, depresyon ve bakım yükünü çeşitli boyutlarla saptamayı amaçladık.

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda palyatif bakım servisinde yatan hastalara bakım verenlerinde bakım yükü, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin sosyodemografik verilerle ve çeşitli yönleriyle araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu çalışmanın evreni Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Palyatif Bakım Merkezinde yatan hastalara bakım verenlerdir. Çalışmamıza 39'u kadın ve 33'ü erkek olmak üzere 72 kişi katılmıştır. Çalışmamızda katılımcılara 13 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu, Beck anksiyete, Beck depresyon ve Zarit bakım yükü ölçekleri uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmadaki katılımcıların 39 (%54,2)'u kadın, 33 (%45,8)'ü erkektir. Zarit bakım yükü ölçeği ortalama puanı $29,3 \pm 16,1$, Beck anksiyete ölçeği ortalama puanı $11,9 \pm 8,0$ ve Beck depresyon ölçeği ortalama puanı ise $12,7 \pm 9,2$ 'dir. Bu çalışmada kadınlarda anksiyete ve depresyon ortalama puanı erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla $p=0,039$, $p=0,009$). İşsiz bakım verenlerin anksiyete ve depresyon ortalama puanı çalışan bakım verenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (sırasıyla $p=0,037$, $p=0,011$). Bakım verenlerin yaşı ilerledikçe ortalama bakım yükleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktadır ($p=0,003$). Bakım yükü kadın cinsiyetinde daha fazla olarak bulundu ($p=0,577$). Eğitim düzeyi düştükçe bakım yükünde artış olduğu görüldü ($p=0,771$). Katılımcıların bakım yükü arttıkça anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir artış görüldü (sırasıyla $p=0,743$, $p=0,986$). Anksiyete, depresyon ve zarit bakım yükü ölçekleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,002$, $p=0,003$ ve $r=0,418$, $r=0,360$, $r=0,349$).

Sonuç: Hastaya bakım veren kişilerin yaşının büyük olması, eğitim düzeylerinin düşük olması bakım yükünü artırmaktadır. Ayrıca, çalışmamızda kadınlarda veya işsiz bakıcılarda bakım yükünün anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeplerle hastaya bakım veren kişilerin maruz kaldığı bakım yükü, palyatif bakım verilirken göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Anksiyete, Bakım Verenler, Bakım Yükü, Depresyon, Palyatif Bakım.

SUMMARY

Objectives: In this study, it was aimed to investigate the relationship between care burden, anxiety and depression of the caregivers of the patients in the palliative care service with sociodemographic data and in terms of various aspects.

Materials and Methods: The population of this cross-sectional study was the caregivers of the inpatients at the Palliative Care Center of the Dicle University School of Medicine. A total of 72 people, 39 women and 33 men, participated in the study. Sociodemographic data form consisting of 13 questions, Beck anxiety scale, Beck depression scale and Zarit care scale were applied to the participants.

Results: Of the participants in our study, 39 (54,2%) were female and 33 (45,8%) were male. The mean score of the Zarit Care Burden Scale was $29,3\pm 16,1$, the mean score of the Beck Anxiety Scale was $11,9\pm 8,0$, and the mean score of the Beck Depression Scale was $12,7\pm 9,2$. In this study, the mean score of anxiety and depression was significantly higher in females than in males ($p=0,039$, $p=0,009$ respectively). The average score of anxiety and depression of unemployed caregivers is significantly higher than that of employed caregivers ($p=0,037$, $p=0,011$ respectively). As the age of caregivers increases, the average care burden increases significantly as well ($p=0,003$). Care burden was higher in female gender ($p=0,577$). As the level of education decreased, an increase in the care burden was seen ($p=0,771$). As the care burden of the participants increased, the mean scores of the anxiety and depression scales increased significantly ($p=0,743$, $p=0,986$, respectively). There was a positive correlation between anxiety scale, depression scale and zarit care burden scale ($p=0,001$, $p=0,002$, $p=0,003$ ve $r=0,418$, $r=0,360$, $r=0,349$).

Conclusion: The age of the people who care for the patient and the low level of education increase the care burden. In addition, it was found in our study that the care burden was significantly higher at women or unemployed caregivers Therefore, the care burden of caregiver's should be taken into consideration when providing palliative care.

Key words: Anxiety, Caregivers, Care burden, Depression, Palliative Care.

TEŞEKKÜR.....	I
ÖNSÖZ	III
ÖZET.....	İÇİNDEKİLER IV
İÇİNDEKİLER	VI
KISALTMALAR	IX
TABLO DİZİNİ	X
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Palyatif Bakımın Tanımı	3
2.1.1. Palyatif bakımın tarihçesi.....	3
2.1.2. Türkiyede palyatif bakım	4
2.1.3.Palyatif bakımın amacı.....	6
2.1.4. Palyatif bakım ekibi	7
2.1.5.Palyatif Bakım Hastalarında En Sık Görülen Semptomlar	8
2.1.5.1. Ağrı	8
2.1.5.2. Ağrı yönetimi	9
2.1.5.3.Solunum Güçlüğü / Dispne:	10
2.1.5.4.Bulantı – Kusma:	10
2.1.5.5.Konstipasyon:.....	11
2.1.6.Palyatif Bakıma Hangi Hastalar Kabul Edilir?	11
2.1.7.SUT (Sağlık Uygulama Tebliği)'ta Kapsam.....	11
2.2. Palyatif Bakımda Bakım Verenler	12
2.2.1. Bakım vermenin bakım verenler üzerindeki genel etkileri	13
2.2.2. Yaşlı hastaya bakım vermenin bakım verenler üzerindeki etkileri.....	14
2.2.3. Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar	15
2.2.4. Palyatif bakım sürecinde olan hastalara bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar	16
2.2.5. Bakım yükü ile baş etme stratejileri.....	17

2.3.Anksiyete Bozuklukları.....	18
2.3.1.Anksiyetenin tanımı	18
2.3.2.Anksiyete bozukluğunun tarihçesi	19
2.3.3. Epidemiyoloji.....	20
2.3.4.1.DSM-V'e göre anksiyete sınıflandırması.....	20
2.1.5.Anksiyete etiyolojisi	21
2.3.5.1.Genetik	21
2.3.5.2.Nörotransmitterler	21
2.3.5.3.Psikolojik teoriler	22
2.3.6.Anksiyetenin risk faktörleri	22
2.3.7.Anksiyete bozukluklarında klinik	23
2.3.8.DSM V'e göre anksiyete bozukluğu tipleri ve tanı ölçütleri	23
2.3.9.Anksiyete tedavisi	26
2.4. Depresyon	28
2.4.1. Tanım	28
2.4.2. Depresyonun tarihçesi.....	29
2.4.3.Epidemiyoloji.....	29
2.4.4.Depresyonda risk etkenleri.....	29
2.4.5. Depresyonda belirtiler	30
2.4.6. Depresyonun tanı kriterleri	32
2.4.7. Depresyonun tedavisi	33
2.4.7.2. Bilişsel davranışçı tedavi	34
3. MATERYAL VE METOD	35
3.1.Zaritt Bakım Verme Yüku Ölçeği.....	36
3.2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	37
3.3 Beck Depresyon Ölçeği.....	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA	47

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	57
7.KAYNAKÇA.....	59
8. EKLER.....	76
EK:1 Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu.....	76
EK 2: Hasta Ve Hastaya Bakım Veren Sosyodemografik Bilgi Formu	76
EK:3 Beck Anksiyete Ölçeği	78
EK:4Beck Depresyon Ölçeği	79
EK 5: Zarit Bakım Yüğü Ölçeği	80
EK 6 : Aydınlatılmış Onam Formu.....	81



KISALTMALAR

Ark	: Arkadaşları
DSM	: Diagnostic and statistical manual of mental disorders
DSÖ	: Dünya sağlık örgütü
ECA	: Epidemiyolojik saha çalışması
EKT	: Elektrokonvülf tedavi
FDA	: Food and drug administration
GABA	: γ -aminobutyric asit
ICD-1	: International classification of diseases
mhGAP	: Mental health gap action programme
NCS	: Ulusal eştanı araştırması
SAS-SV	: Smartphone addiction scale-short version
SNRI	: Serotonin nöradrenalin geri alım inhibitörleri
SPS	: Statistical package for social sciences
SSRI	: serotonin geri alım inhibitörleri
TSA	: Trisiklik anti depresanlar
WAP	: Wireles aplication protocol
YAB	: Yaygın anksiyete bozukluğu

TABLO DİZİNİ

Tablo 1:Katılımcıların yaş durumu	38
Tablo 2: Hastaların sosyodemografik verilerinin dağılımı	38
Tablo 3: Bakım verenlerin sosyodemografik verilerinin dağılımı.....	39
Tablo 4: Ölçeklerden alınan puanlara ait sonuçlar.....	40
Tablo 5: Bakım verenlerin anksiyete, depresyon ve bakım yükü düzeylerinin dağılımı.....	40
Tablo 6: Cinsiyete göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri	41
Tablo 7: Medeni duruma göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri	41
Tablo 8: Yakınlık derecesine göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri.....	42
Tablo 9: Eğitim düzeyine göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri	43
Tablo 10: İş hayatına göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri	43
Tablo 11: Sigara kullanımına göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri	44
Tablo 12: Sağlık sorunu olup-olmamasına göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri.....	44
Tablo 13: Bakım süresine göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri.....	44
Tablo 14: Çalışmada kullanılan ölçeklerin yaş ve birbirleriyle ilişkileri.....	45

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, Palyatif bakım disiplinler arası ve bütünsel olarak hastaların ve ailelerinin fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi bakımları gibi çeşitli bakım alanlarına odaklanan bir yaklaşımdır. Palyatif bakım ailelere yardım etmek için çeşitli destek hizmetleri sunar. Hastaların hastalığının yanı sıra ailelerin kendi problemleriyle de başa çıkabilmelerine olanak sağlar (1). Palyatif bakım hizmeti, bakım alan bireyin kalan hayatının niteliğini ve kalitesini arttırmak için verilen bütün hizmetleri kapsamaktadır. Palyatif bakım; hasta, bakım verenleri ve hastanın ailesinin yaşadığı yükün azalmasını sağlar (2). Palyatif bakım hastalarına yönelik bakım genellikle ücretsiz hizmet veren bakıcılar veya hastanın günlük ihtiyaçlarını karşılayan biri (örneğin; aile üyesi, arkadaş, komşu) tarafından sağlanır (örneğin, banyo yapmak, giyinmek) (3). Palyatif bakım hastalarının aile bireyleri çeşitli hastaların günlük gereksinimlerini önemser ve sağlık çalışanlarıyla yakın ilişki içindedir. Palyatif hastalarının çoklu bakım ihtiyaçları bakım verenlerin sağlıklarını etkileyebilir (4). Hastalıklar ilerledikçe bedensel, ruhsal ve bilişsel çok sayıda ve değişik belirtiler aile bireyleri ya da diğer bakım verenler için bakım sağlama ihtiyacını meydana getirebilir. Bu sorumluluk genellikle eş veya çocuklar tarafından yerine getirilmekte olup, genellikle aile içi sorumluluk olarak algılanmaktadır (5). Bu sebeple, yaşlanma ile meydana gelen sorunlar yalnızca bakıma muhtaç olanı değil, ona bakım veren aile üyelerini ve yakınlarını da direkt etkilemektedir (6). Toplumsal yapının değişmesine rağmen ülkemizde ve gelişmiş ülkelerde devam eden güçlü aile yapısına bağlı olarak, yaşlılara bakma sorumluluğunun yarısından fazlası ailesi tarafından yerine getirilmektedir (7). Sürekli bakım yükü bakım verenin kendine yeterince zaman ayırmasını engellemekte ve ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bunun sonucu olarak bakım veren kişi, mutsuzluk, huzursuzluk, anksiyete ve depresif duygu durumu gibi psikolojik sorunlar yaşamakta; yaşamdan yeterince zevk alamamakta ve hayat kalitesi düşmektedir (8). Yapılan çalışmalar ayrıca, bakım verenlerde bakım yüküyle birlikte depresyon, fiziksel, duygusal ve ruh sağlığında bozulmalar olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Günümüzde yaşlılığa bağlı ortaya çıkan sağlık problemleri ve bakım vermeye bağlı bireylerin yaşadıkları yük nedeniyle ortaya çıkan kaygı, stres, psikososyal ve davranışsal değişiklikler gibi durumlar ve ruhsal bozukluklar ile daha fazla karşılaşılmaktadır (9). Bakım vermeye

devam edebilmek için bakım verenlerin sosyal, fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarının giderilmesi ve sağlık konusunda bakım verenlerin de desteğe ihtiyaçları bulunmaktadır (10).

Türkiye’de palyatifte yatan hastalara bakım verenlerle ilgili yapılmış bakım verenlerin ruh sağlığını ve bakım yükünü değerlendiren çalışma sayısı azdır. Bakım verenlerin ruhsal durumu ve karşılaştıkları sorunlar kimi zaman sağlık çalışanları tarafından gözden kaçabilmektedir. Bu alışma, bakım veren bireylerde depresyon ve anksiyete düzeyini belirlemek ve ihtiyaı olan bireylere gereken yardımı desteklemek, ileride yapılacak çalışmalara ışık tutmak amacıyla planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Palyatif Bakımın Tanımı

Latince bir kelime olan palliumdan köken alan palyatif örtü anlamına gelmektedir. Palyatif bakımda gaye hastalığa neden olan sebebi ortadan kaldırmak değil, hastalığın yol açtığı olumsuz etkileri yok etmektir. Bütün tedaviler denenmiş olmasına karşın iyileşme şansı olmayan, yaşam beklentisi 6 aydan az olan hastaların, kalan yaşamlarında bakım almaları, rahat bir yaşam sonu için yatırıldığı ve aileleri veya bakıcıları ve bir sağlık personeli ile birlikte kaldığı özel merkezler olan Hospisler ise latince köken alan kelime olan 'hospes'den türemiştir (11).

WHO, 1990 yılında palyatif bakım ile ilgili ilk tanımı yaparken, kanser ağrısının azaltılması veya giderilmesi ve palyatif bakım hakkında bir teknik uzman komitesinin raporunun bir parçası olarak yayınladı. On iki yıl sonra, 2002 yılında, bu tanım palyatif bakımın değişen doğasını yansıtmak üzere yeniden düzenlendi. Sadece kansere odaklanmak yerine, tanım tüm hayatı tehdit eden hastalıklara yayıldı ve “Palyatif Bakım, hastaların ve ailelerinin hayatını tehdit eden bütün sağlık sorunlarıyla ilgili sorunla yüzleşmek, acıyı ve diğer problemleri erken fark etmek ve acıyı ve hastalığı her yönüyle iyi bir şekilde değerlendirmek ve tedavi etmek suretiyle, hayat kalitesini arttıran fiziksel, sosyal, ruhsal ve manevi bir yaklaşımdır” şeklinde yenilendi (12).

2.1.1. Palyatif bakımın tarihçesi

11.yy’da palyatif kavramı ve bakım ile ilgili ilk uygulamalar ortaya çıkmıştır. Bu uygulamalar seyahat sırasında ölümcül bir sağlık sorunu yaşayan kişileri tedavi etmek amacıyla kurulmuş, genellikle din görevlilerinin gönüllü yaptığı uygulamalardır. 1842’de Fransa’da J. Garnier terminal dönem hastaların bakımı için hospis servisi açmıştır. İngiliz C. Saunders, klinikte tedavi gören son evrelerdeki kanser hastaları yeterli bakım almadıklarını gözlemlemiştir. Kanser hastalarının semptomlarını, ağrılarını ve kalan yaşamlarındaki konforu arttırmak için palyatif bakım konusunda araştırmalar yapmanın faydalı olacağına dikkat çekmiştir. Londra’da bilinen ilk palyatif bakım servisi S. Christopher’s Hospis ismiyle 1967’de hizmet vermeye başlamıştır. Dünyada hızla kabul gören ve yayılan bu palyatif servisi fikri Kanada da Royal Victoria Hastanesi’nde 1975, Almanya’da 1983 te Köln de hizmet vermeye başlamıştır. 2010 yılındaki veriler incelendiğinde İngiltere 882 palyatif servisiyle hizmet vermekte, Almanya 331 palyatif

bakım merkezi ile hizmet verirken, Fransa'da sayı olarak 471 palyatif bakım merkezi bulunmaktadır (13).

2.1.2. Türkiyede palyatif bakım

Yaşlı nüfusun giderek yükselmesi, tedavi imkânlarının artması, teknolojinin ilerlemesi ve bunlara paralel olarak tıp alanındaki yeni gelişmeler ile yaşam beklentisi yükselmiştir. Yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak da yoğun bakım sayısında artış olmakta, bununla beraber bütün dünyayla paralel ülkemizde de palyatif bakım merkezi ihtiyacını da beraberinde getirmiştir. Türk Onkoloji Vakfı'nın, İstanbul Yeşilköy'de "Kanser Bakımevi" ismiyle hospis kavramına yakın ilk kuruluş açılmıştır. 1993-1997 yıllarında açılan bu merkez Türkiye'de kanser hastalarına uzun süre palyatif bakım verebilecek ilk kuruluş olarak kalmıştır. Ancak bu kuruluş finansman sorunları, hasta ve hasta yakınları tarafından hospis kavramının tam olarak anlaşılınması nedeniyle kapanmıştır. Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 senesinde neticelendirilmiş olan kanserli hastaların palyatif bakım amaçlı bir diğer "Hospis" girişimi vardır. Hacettepe Onkoloji Hastanesine fiziki olarak yakın mesafede olan tarihi bir Ankara evi 12 odalı bir hospis'e dönüştürülmüş ancak yasal düzenlemeler yapılamadığı için bu tarihi yapı "Hacettepe Umut Evi" adı ile kanserli hastaların tedavileri ve tedaviden sonrası birkaç hafta konaklamalarını ve hemşire hizmetlerinden düşük düzeyde yararlanmalarını sağlayacak şekilde hizmet vermesi öngörülmüştür (14). Sağlık Bakanlığı tarafından Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı biriminin çizdiği yol haritasında 2009-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı'nda palyatif bakım ile ilgili program tanımlanmış ve amaçlar belirlenmiştir (15). Ülkemizde palyatif bakım merkezlerinin gelişmesine yönelik olarak Sağlık Bakanlığı tarafından "Evde Bakım Hizmeti" başlatılmıştır. Evde bakım hizmetleriyle ilgili yasal sınırlar "10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete" de ilgili maddelerle düzenlenmiştir. Bu düzenleme ile evde bakım tedavi hizmeti gösteren özel kuruluşların Sağlık Bakanlığı'ndan uygunluk belgesi alması zorunluluğu getirilmiştir. Hemen sonrasında 01.02.2010 tarihinde, Sağlık Bakanlığınca sunulan "Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yayınlanmış ve evde sağlık hizmetleri kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezlerince verilmeye başlanmıştır. Bu yönergeye göre aile hekimi, kendisine kayıtlı hastaları fiziki ve psiko-sosyal açıdan değerlendirerek evde sağlık hizmeti alıp almayacağına karar verir. Tıbbi açıdan evde bakım hizmeti alması gerektiğine karar verdiği hastaya verilmesi gereken hizmetin düzeyini belirlemekle sorumludur (16,17). Sağlık

Bakanlığının Kanser ile Savaş Dairesi Başkanlığı palyatif bakım ile ilgili yaşanan sorunların giderilmesi amacıyla DSÖ ile beraber bir çok kurum ve kuruluşun katkısıyla bakanlığın ilgili birimleri birlikte ülkemizde "Palya-Türk Projesi"ni hazırlamıştır (18). Bu proje "Palyatif bakım hizmeti 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı'nın en önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilmiştir. Palya-Türk Projesi temel olarak aile hekimliği birimi üzerine kurulmuştur. Palyatif bakım aile hekimliği ve temel olarak hemşire desteğiyle bakım üzerine kurulmuş oturtulan Kanser Erken Teşhis-Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum kuruluşları ile iş birliğiyle yürütülen bir sistemdir. Palya-Türk Projesi kamu desteği ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliğine dayalı yürütülecek proje olarak planlanmıştır. Bu projede primer hizmet verecek uzmanlık dalları; dahiliye uzmanı, genel cerrahi uzmanı, medikal onkoloji uzmanı, psikiyatrist, psikolog, algolog, radyasyon onkologu, göğüs hastalıkları uzmanı, fizyoterapist, diyet uzmanı, sosyolog ve din ile ilgili görevli olarak belirlenmiştir. Projenin içerdiği eğitimler; temel eğitimler, tıp fakülteleri eğitimleri, branş eğitimleri ve sertifikalı eğitimler olarak sınıflandırılmıştır (19,20).

2016 yılındaki veriler incelendiğinde 68 ilimizde 1898 toplam yatak sayısı ile 168 tane palyatif bakım merkezimiz mevcuttur. 2017 yılında palyatif bakım yatak sayısı dört binlere ulaştı. Türkiye'nin koşulları, önceliklerine göre Sağlık Bakanlığı'nın öncülüğünde palyatif bakım merkezlerinin tanımlanması ve kurumsallaşması yönünde çalışmalara hız verilmiştir. Sağlık bakanlığı bünyesinde palyatif bakım merkezlerinin kademeli bir biçimde 2023 yılına kadar yaygınlaştırılmasına karar verilmiştir. Palyatif bakım merkezinde hizmet verilmesi için palyatif alanında eğitilmiş ve deneyimli çalışanlardan ekip oluşturup bakım ihtiyacı olan hastalara bu hizmeti sunmak planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2011-2023 yılları arasında kapsayan özellikli sağlık hizmetleri planlamasında, onkoloji hizmetlerini tanımlarken palyatif bakım merkezlerini de bütüncül yaklaşımla planlama içerisine dahil edilmiştir (21).

Palyatif bakım hizmeti almak için başvurular; hasta, hastanın aile bireyleri veya bakım vereni tarafından yapılabilmektedir. Hastaların palyatif bakım merkezlerinden hizmet alması için hastanın tedavisini, takibini veya tanısını koyan hekimi tarafından veya bağlı olduğu aile hekimi aracılığıyla palyatif bakım merkezi ile görüşülerek planlanabilmektedir. Herhangi bir sağlık tesisine başvuracak fiziki sağlık durumu elverişli olmayan hastaların palyatif bakım ihtiyacı ise buldukları ortamda evde sağlık ekipleri

tarafından ziyaret edilerek birlikte yaşadığı aile bireylerinin durumuyla birlikte bir bütün olarak değerlendirilerek uygun görülen hastalar palyatif bakıma yönlendirilir (22).

2.1.3.Palyatif bakımın amacı

Palyatif bakım merkezinde amaç, bakım alanların başta ağrı olmak üzere semptomlarının azaltılması veya ortadan kaldırılmasıdır. Bunun yanı sıra beslenme desteğinin sağlanması, psikososyal destek sunmak, hastaya rahat bir ortamın sağlanması ve bakımınıdır. Palyatif bakımın bir diğer amacı ise hasta ve bakım verenin hastalık ve bakım konusunda eğitimiyle yaşamının kalitesini ve yaşamsal fonksiyonları iyileştirmeye yönelik olup, multidisipliner ekiple hizmetin sağlanmasıdır. Bu süreçte temel hedef, hastaların, hastaya bakım verenlerin ve ailelerinin hayat kalitelerinin artırılmasıdır (23,24). Palyatif bakım; hastanın ilk hastalık belirtilerinden itibaren başlar, kişinin yaşamı süresince devam eder, ölüm sırasında ve yas sürecinde aile ve bakım verenleri destekleyen bir yaklaşımla son bulmaktadır (25).

WHO palyatif bakımın amacını şu şekilde özetlemektedir (1,26):

Başta ağrı olmak üzere hastanın yaşam kalitesini azaltan tüm semptomlardan rahatlama sağlar;

Yaşamı onayladığı gibi ölümü de hayatın bir aşaması gibi görür;

Hayatı uzatmayı veya ölümü ötelemeyi amaçlamaz;

Hastaya verilen bakımının sosyal, duygusal ve fiziksel yönlerini bütünleştirir;

Hastaların yaşamları sona erene kadar, mümkün olduğunca yaşadığı zamana aktif bir yaşam için destek sistemi sunar;

Hastaların hastalıkları sırasında ve hayat sonunda ailenin ve bakım verenlerin süreçle baş etmesine olanak sağlamak için destek sistemi sunar;

Bakım alanların, ailelerinin ve hastaya bakım verenlerin ihtiyaçlarına cevap vermek için birlikte bir düzen içinde hizmet verme anlayışını benimser.

Yaşam standartlarını yükseltir ve ayrıca hastalığın gidişatını olumlu yönde etkileyebilir.

Bazı palyatif bakım hastalarına uygulanan kemoterapi ya da radyoterapi gibi hayatta kalma süresini arttırmaya yönelik diğer tedavilerle beraber hastalığın başlangıcında uygulanır ve

hastalığın kötü semptomlarını daha iyi idrak etmek, hastaya ve hastalığa daha iyi tedavi ve müdahale için gerekli olan araştırmaları içerir.

WHO'nun çocuklara, ailelerine ve bakım verenlerine uygun palyatif bakım tanımını şöyle yapmakta ve bu ilkeler bakım gerektiren diğer çocukların kronik hastalıkları için de geçerlidir (1,26,27);

Çocuklarda palyatif bakım, çocuğun bedeninin, zihninin ve ruhunun bir bütün olarak toplam bakımındır ve bunun yanı sıra aileye destek vermeyi de içerir;

Hastalık tespit edildiği anda başlar ve bir çocuğun hastalığı ile ilgili tedavisine bakılmaksızın devam eder;

Sağlık uzmanları bakım alan çocuğun bedensel ve psikososyal sıkıntılarını değerlendirmeli ve hafifletmelidir;

Etkili palyatif bakım; aileyi ve bakım vereni de içeren ve ait olduğu toplumun kaynaklarını kullanan geniş bir disiplinler arası yaklaşımı gerektirir. Palyatif bakım kaynaklar sınırlı olsa bile başarıyla uygulanabilir;

Palyatif bakım üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, toplum sağlığı merkezlerinde ve hatta çocukların evlerinde sağlanabilir (1,26,27).

2.1.4. Palyatif bakım ekibi

Palyatif bakım merkezinde oluşturulan ekip; ortak gayeye yönelik hizmet veren farklı branş uzmanlarından oluşmaktadır. Bakım merkezindeki ideal bir ekip;

-Göğüs hastalıkları uzmanı

-Psikiyatri uzmanı,

-Din işleri görevlisi,

-Palyatif hemşiresi,

-Solunum terapi uzmanı,

-Eczacı ve diyetisyen,

-Sosyolog ve avukat,

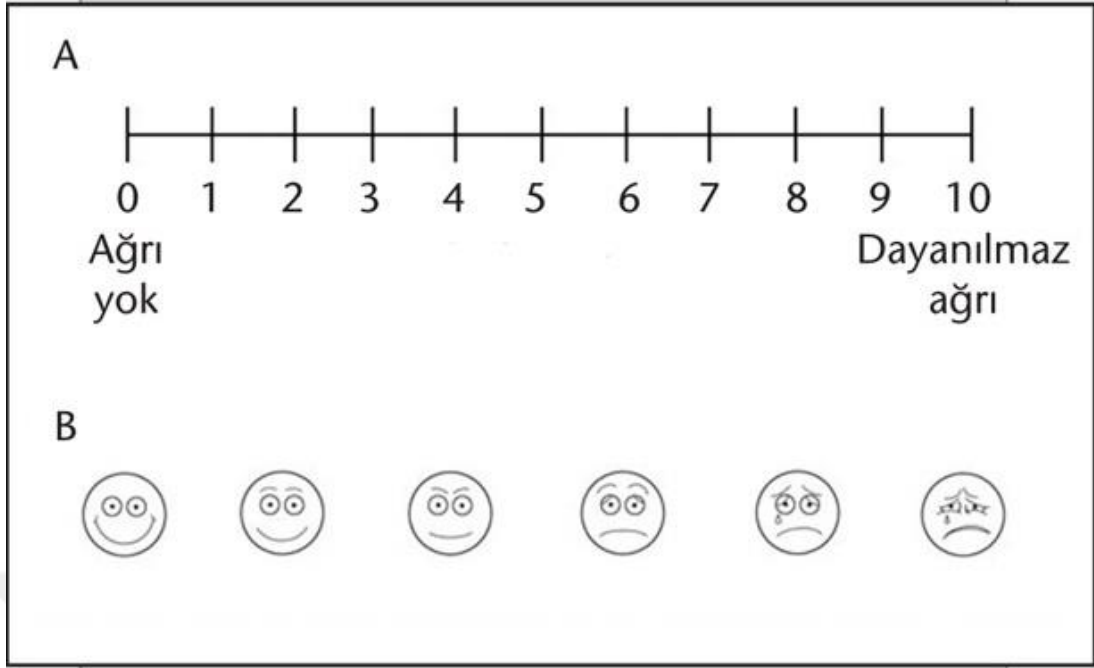
-Yardımcı sağlık personeli, klinikteki görevliler ve gönüllü çalışanlardan oluşmaktadır. Maliyet nedeni ile bütün ekip tam olmayabilir. Fakat etkili bir bakım verebilmek için bütün üyelerin branşlarında uzman olması ve ekip çalışmasıyla çalışan kişiler olmaları gerekmektedir (28).

2.1.5.Palyatif Bakım Hastalarında En Sık Görülen Semptomlar

Palyatif bakım alan hastalarda çoğunlukla görülen semptomlar; ağrı, nefes darlığı, bulantı, kusma, iştahta azalma, halsizlik-yorgunluk, uyku sorunları, ciltte değişiklikler, kabızlık, deliryum, depresyon ve ağızda yara olarak sıralanabilir (29).

2.1.5.1. Ağrı

Ağrı; kronik, ilerleyici ve ölümcül hastalıklarla birlikte sıklıkla görülen, hayat kalitesini düşüren en önemli semptomlardandır (30). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'na (International Assosiation for the Study of Pain-IASP) göre ağrı; “var olan veya olası doku hasarına birlikte görülen veya doku hasarı ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir durumdur (31). Kanser ve çeşitli kanser tedavileri (radyasyon, kemoterapi, tümör erozyonu vb), periferik sinir hasarı, radyasyon fibrozisi, cerrahi sonrası insizyonel ağrı, fantom ağrısı, kas-iskelet ağrısı (postür ve hareket nedeniyle) ve visseral ağrı (viseral hasar veya opioid tedaviye bağlı tıkanıklık) palyatif bakım merkezlerinde takip edilen hastalarda saptanan ağrının en önemli nedenlerindedir. Bu hastalardaki pekçok sosyal ve ruhsal tepki de ağrısı ile ilişkilidir (32). Palyatif bakım merkezinde görülen semptomlardan ağrı başlı başına yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltan bir semptomdur. Ağrı birçok sistemi etkileyerek de hayat kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (33). Ağrı değerlendirilirken; süresi, tipi, tarzı, şiddeti, yayılımı, seyri, önceki tedavileri, uyaran ve rahatlatan faktörleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Ağrının şiddetini değerlendirmek için bazı ölçekler geliştirilmiştir. Bu amaçla Görsel Ağrı Skalası (Visual Analog Skala: VAS), Kelimesel Ağrı Skalası (Verbal Pain Scale: VPS), Kısa Ağrı Envanteri kısa ve uzun formları (Brief Pain Inventor: BPI), McGill Ağrı Envanteri- Kısa Form (McGill Pain Inventory- Short Form: MPI-SF) gibi ölçekler kullanılmaktadır. VAS uygulaması ve skorlaması çok basit tek boyutlu ağrı ölçeğidir. VAS kısa sürede ağrıyı değerlendirme imkanı sunar. VAS'a göre 3 puanın altı hafif ağrıyı, 3-6 arası orta şiddette ağrıyı, 7 puan ve üzeri şiddetli ağrıyı tanımlar (34).



Şekil 1: Görsel ağrı skalası A) Yetişkinler için B) Çocuklar için (34).

2.1.5.2. Ağrı yönetimi

Dünya Sağlık Örgütü 1986 yılında ağrı semptomuna yönelik tedavide 3 basamaklı bir tedavi modeli önermiştir. Bu yöntem günümüzde tüm ağrıların yönetiminde bir rehber olarak kullanılmaktadır (35).

I. Basamak (Hafif Ağrı)

- Aspirin ve Nonsteroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ)
- Asetaminofen
- Adjuvan ilaçlar

II. Basamak (Orta Şiddette Ağrı)

- Aspirin ya da Asetaminofen'e ek olarak;
- Kodein
- Hidrokodin ve Oksikodon
- Dihidrokodein
- Tramadol ve adjuvan ilaçlar

III. Basamak (Şiddetli Ağrı)

- Morfin ve hidromorfin
- Metadon, Levorfanol ve Oksikodon
- Nonopioid analjezikler ve Adjuvanlar

2.1.5.3.Solunum Güçlüğü / Dispne:

Dispne, hastalarda nefes almada güçlük veya nefes alamama, tıkanma hissi ve ölüm korkusuna sebep olan bir semptomdur. Solunum güçlüğü sadece hastanın değil aynı zamanda aile ve bakım veren diğer bireylerin de stres yaşamasına sebep olur. Solunum yolları darlığı veya tıkanıklığı başta olmak üzere hava yollarında spazm, oksijen azlığı ve akciğerin normal işlevini bozabilecek her türlü enfeksiyon, yapısal bozukluklar ve anemi, metabolik sorunlar, psikososyal problemler, anksiyete ve finansal sıkıntılar hastalarda solunum sıkıntısına neden olan faktörleri oluşturur. Hasta solunum güçlüğü yaşadığını belirttiği anda, sebebi bulunmaya çalışılırken aynı zamanda oksijen gereksinimi de acilen karşılanmalıdır. Panik, anksiyete ve stres gibi emosyonel durumlara bağlı nefes darlığı yaşayan bakım alanlar rahatlatılmaya çalışılırken, hasta ile aileye ve bakım verenlere bu durumlarla başa çıkma yöntemleri ve gevşeme teknikleri öğretilmelidir (35).

2.1.5.4.Bulantı – Kusma:

Bulantı – kusma palyatif bakım merkezlerinde sık görülen semptomlardandır. Bu semptomların birçok nedeni olmasına rağmen, bu nedenlerin belirlenmesi ve sebebe yönelik tedavisinin başlanması ile bulantı-kusmanın kısa sürede kontrol altına alınması mümkündür. İlaç tedavisi her zaman tek başına yeterli olamayabilir. Bunun yanı sıra diğer bazı bakım yöntemleri ve tedavilere de gereksinim duyulur. Hasta, aile ve bakım verenlere; bazı hastalık ve tedavi nedenli oluşan kusmanın, bütün hastalarda görülmeyebileceği, semptomların hastadan hastaya farklılıklar gösterebileceği açıklanabilir. Hastanın anksiyetesinin giderilmesi bulantı ve kusma şikayetlerini azaltabilir. Bunun için hastaya rahatlama, soluk alıp verme teknikleri, başka alanlara dikkatini verme ve bunun gibi yöntemler öğretilerek ve desteklenerek yardımcı olunabilir (35).

2.1.5.5.Konstipasyon:

Hastalık, halsizlik nedeni ile fiziksel ve ruhsal aktivitesi azalan, iştahsızlığı sebebiyle yemek ve sıvı alımı azalan, ağrısına yönelik tedavide kullanılan opioid analjezikler uygulanan hastalarda, kabızlık kaçınılmaz bir semptomdur. Kabızlık, bakım verilirken hasta dikkatli bir izleme takip edilip erken dönemde fark edilebilir ve daha kolay tedavi edilebilir. Ancak tedaviden ziyade, kabızlık şikayeti olan hastalara bol lifli diyet, bol sıvı desteği uygulanırsa ve fiziksel aktivitesi artırılabilirse bu semptomun sıklığı azaltılabilir veya önlenir. Şiddetli ağrı durumlarında ve bazen rutin tedavide kullanılan opioid analjezikler hastalarda kabızlığa eğilimi arttırdığından, bu hastalara profilaktik olarak laksatifler ve stimülanlar verilebilir (35).

2.1.5.6.Yorgunluk:

Palyatif bakım merkezinde tedavi alan hastalarda kronik hastalığı olan hastaların %75–90'ında yorgunluk şikayeti vardır. Bu yorgunluğun sebebi bulunarak hastayı fazla zorlamadan dinlenme aralıkları sağlanmalı, hastanın sıvı-elektrolit dengesi ayarlanmalı, lüzum halinde ilaçlarla tedavi edilmelidir (35).

2.1.6.Palyatif Bakıma Hangi Hastalar Kabul Edilir?

- Kanser

-KOAİ

-İnme

-Kronik böbrek hastalığı(son dönem böbrek yetmezliği)

-Kalp yetmezliği (ileri evre)

-Ömrü kısaltan; ilerleyici nörolojik hastalıklar, Alzheimer, karaciğer ve beyin gibi ileri dönem organ yetmezlikleri, HIV/AİDS, çocuklarda ailevi/doğumsal ilerleyici hastalıklar ve benzeri kronik hastalıklar (36).

2.1.7.SUT (Sağlık Uygulama Tebliği)'ta Kapsam

-Oral beslenmesi çeşitli sebeplerle azalmış veya oral beslenemeyen ancak oral yol dışında beslenmesi sağlanabilen hastalar,

- Vücutun normal işleyişini bozan sinir sistemi ve kas-iskelet sistemiyle ilgili hastalıklar sebebiyle normal solunumu bozulmuş ve solunum desteğine ihtiyacı duyan hastalar,
- Hareketsizliğe bağlı bası yarası olan ve iltihaplı yatak yarası, vücutta açılmış olan ostomi yerinde enfeksiyon ve ostomi kaçak sorunları olan bakım hastaları,
- Tıkalı kateteri olan, kateteri kırılan, kateterin vücuda giriş yerinde iltihaplanma olan hastalarının tedavisi ve tıbbi sorunlarının giderilmesi şeklinde sınıflanmıştır (36).

2.2. Palyatif Bakımda Bakım Verenler

Palyatif bakım merkezinde bakıma ihtiyaç duyan hastalar çoğunlukla semptomları kontrol altına alınamayan, tedaviye yanıtız olan ya da tedaviye bağlı şikayetleri yoğun olan, terminal dönem, fiziksel veya psikososyal sorunlar yaşayan kanser hastalarıdır. Hastalığın kendisi ya da tedavisine bağlı birçok sorun gelişmekte ve bu sorunların kontrolünün sağlanması hasta ve bakım veren için çok önemli olmaktadır. Çünkü hastaya bakım veren bireylerin, hastalarının belirtilerini izleme ve kontrol etme, sorun çözüme ve karar verme, psikolojik destek verme, bakımın planlanmasını ve uygulanmasını sağlama, hastaların güvenliği ve çevreyi düzenlemesi sağlamalarının yanı sıra bakım verenler hasta için gerekli materyalleri temin etme gibi çeşitli görevleri bulunmaktadır (37). Zaman ilerledikçe kanserli hasta sayısında ve bakım gerektiren hasta sayısında artma görülmesine bağlı olarak bakım veren kişilerin sayısında da benzer bir artış görülmektedir (38). Kanserli hastalarda bakım yükü kavramı üzerinde 1980'lerden beri durulmaktadır. Bakım verenlerin bakım yükü, bireylerin sosyal yaşamını, ekonomik durumu ve kişisel algısı gibi çeşitli durumlar etkilenmektedir. Buna bağlı olarak bakım verenin ekonomik ve sosyal açıdan risk altında olduğu belirlenmiştir (39).

Bakım verenler ileri evre hastalığı olan yakınlarını yaşam sonlarına doğru yavaş yavaş kaybederler ve bunun ruhsal ve bedensel üzüntüsünü yaşarken diğer yandan bakım verme sorumluluğu altında ezilirler (40,41). Yük kavramı bakım verenin, üstlendiği bakımın meydana getirdiği, bedensel ve ruhsal sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal sıkıntılar, bakım veren ile aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolü kaybetme gibi olumsuz, objektif ve subjektif sonuç olarak tanımlanmaktadır (41).

Bakım yükü arttıkça bakım verme-bakım alma ilişkisi bakım veren için pek çok yönden problem oluşturmaktadır. Bakım vereni bağımlı kılan, yoğun ve uzun süreli bir

zorunluluğa dönüşebilmektedir. Bunun sonucunda ailede bakım vermenin sürekli ve yoğun yapısı bakım verenlerin kendi hayatlarındaki diğer isteklerden ve ihtiyaçlarından dolayı meydana gelen sorunlarla birleşince bakım veren yüküne neden olabilmektedir (42). Bakım veren yükü, kişi bakım sunarken yaşanabilecek olan fiziksel, psikolojik, sosyal veya ekonomik sorunları ifade etmekte kullanılır (43). Montgomery ve arkadaşları bakım verme yükünü iki boyut olarak ele almış, bu boyutları öznel ve nesnel yük olarak tanımlamışlardır (44,45).

Nesnel Yük: Bakım veren kişinin bakım alan hastanın ihtiyaçları için harcadığı süre ve çaba olarak tarif edilmektedir (48).

Bakım yükünün, bakım verenin hayatı üzerine etkisinin yanında bakım verme işine bağlı meydana gelen gereksinimler, bireyin sosyal hayatındaki rollerinde çatışmalara neden olmaktadır. Bakım yükü; aile ilişkileri, ailenin günlük yaşamı, mesleki durum, sosyal aktiviteler ve eğlence, sosyal ilişkilerin değişmesi ve hastalığın ekonomik maliyetini de içermektedir. Bakım veren ile bakım alan ve ailesi arasında yaşanan bu çatışmalar hastalığın nesnel yükü olarak görülmektedir (46,47).

Öznel Yük: Bakım veren bireyin nesnel yük ile mücadele ederken yaşadığı problemler olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacılar ise öznel yükü bakım verenin içinde bulunduğu duruma karşı gösterdiği tutum ve duygusal tepkiler olarak tanımlamışlardır (44,46). Anksiyete, endişe, kendini suçlu görme öznel yükün belirteçleri olup, bakım vermeye bağlı meydana gelen depresyon bozukluğunun da belirtileridir ve bu durum da bakım yüküne katkıda bulunmaktadır (48).

2.2.1. Bakım vermenin bakım verenler üzerindeki genel etkileri

Bakım verme, süreç uzadıkça hayat kalitesini pek çok yönlerden etkileyen bir süreçtir. Bakım verme sürecinde bakım veren kişinin yaşadığı yük, anksiyete, depresyon, bakım verenin sağlığında bozulma ve sosyoekonomik zorluklar gibi çeşitli sonuçlar doğurur. Buradan da anlaşılacağı üzere bakım vermenin bakım veren üzerinde bedensel ve ruhsal sorunların meydana gelmesi ile ilişkili olduğu ortaya çıkmaktadır (49).

Bakım veren bireyin hayat kalitesinde azalma, kişinin işlevsel olarak kötüleşmelerine ve mortalitede artışa neden olan depresyon, bakım verme sürecinin meydana getirdiği olumsuz sonuçlardan bir tanesidir (50). Bakım yükü bakım verenlerin normal topluma göre

daha çok depresyon ve anksiyete yaşamalarına, bedensel ve ruhsal iyilik halinin bozulmasına, hekime başvurma ihtiyaçlarının artmasına ve daha fazla tedavi ihtiyacı ve ilaç kullanımına sebep olmaktadır. Bakım veren bireyin depresyonunu arttıran durumlar; hastanın eşi olmak, hastayla önceki ilişkiler ve bireyin yaşadığı sağlık sorunları gibi durumlardır (51,52). Bakım verme süresi uzadıkça bakım vermektten dolayı meydana gelen gerginlik hem bakım veren kişi için hem de bakım alan tarafından pek çok sağlık sorununa sebep olmaktadır. Fakat bakım yükünün negatif etkileri bireyler arasında farklılıklar gösterebildiği gibi toplumlar arasında da farklılık gösterebilmektedir (48).

2.2.2. Yaşlı hastaya bakım vermenin bakım verenler üzerindeki etkileri

Yaşlılarda yaşın ilerlemesiyle beraber bedensel, ruhsal, zihinsel olarak gerilemeler ve kayıplar meydana gelmektedir. Bunun yanı sıra fonksiyonlarda bariz bir şekilde yetersizlikler ortaya çıkar. Günlük ihtiyaçlar ve hayat gereksinimleriyle ilgili zorluklar yaşanmaktadır. Yaşlılarda ortaya çıkan bu değişimler bireyin günlük yaşamda kişiyi kısıtlayarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (53). Yaşlanma süreci kişinin genetik yapısı, yaşam alanı ve çevresi, ruhsal durumu ve hayat şekliyle etkilenmektedir. Bu yaşlanma süreci kişisel değişkenlikler göstermesinin yanında yaşı ilerlemiş kişilerde bilişsel problemler, hareket etme ve denge gibi fiziksel sorunları, boşaltım sisteminin kontrolünü kaybetme, sürekli olan hastalıklarına bağlı meydana gelen problemler ve denge kaybı veya fiziksel zayıflığa bağlı düşme nedeniyle yaralanma ve kırıklar çok sık görülmektedir (54). Yaşı ilerlemiş kişilere bakım vermedeki gaye yaşlı kişinin hastalıklarının tedavisi ile birlikte bedensel, zihinsel ve psikolojik olarak fonksiyonel kapasitesini en üst seviyede tutarak yaşam kalitesini arttırmaktır. Bunun yanında başka kişilere bağımlı olmadan ve imkanlar elverdiğince sağlıklı ve bağımsız olmasını sağlamaktır (53).

Toplumun değişen yapısına rağmen ülkemizde aile bağları kuvvetli olup destekleyici aile ilişkileri devam etmekte ve yaşlı aile bireyinin bakım ihtiyacı halinde aile bireyleri bu sorumluluğu almaktadır. Bakım verme sorumluluğunun hemen hemen %60-80'i aileler tarafından karşılanmaktadır (53). Yaşlı bakımını sağlayan birincil bakım veren bireyler, bedensel, ruhsal, sosyoekonomik ve iş ile ilgili alanlarda pek çok güçlük yaşamaktadır (55). Bu konu ile ilgili yapılan çalışmaları incelediğimizde yaşlı kişiye bakım veren hasta yakınlarının, yaşlı kişilerin bakım gereksinimlerini karşılamada, kronik hastalıklar ve bakım gerektiren diğer hastalıklara bağlı olarak meydana gelen problemlere çözüm

bulmada ve bakım alanlara duygusal olarak destek sağlamada zorluklar yaşadıkları bildirilmektedir. Bakım verenlerin yaşadıkları bu güçlüklerin; yaşlı bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile birlikte bakım verenin yaşı, cinsiyeti, hasta bireye olan yakınlık derecesi, eğitim düzeyi ve bakım verirken yakınlarından destek alma durumu gibi bakım verene ait özelliklerden etkilenebileceği bildirilmektedir (48).

2.2.3. Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar

Kronik hastalıklar, hastada geri dönüşümsüz sekeller bırakabilen, geri dönüşümü olmayan patolojik değişimlere neden olan ve bakım gerektiren ilerleyici olabilen sürekli var olan hastalıklardır. Günümüzde bilimin ilerlemesiyle paralel olarak tıp alanında gelişen tanı ve tedavi yöntemleriyle beraber yaşam süresi uzamakta ve uzayan bu yaşam ile birlikte kronik hastalıklara maruz kalma süresi de artmaktadır. Bunun sonucunda hem bakım alan kişi hem de bakım veren kişi bu süreğen hastalığa ve süreğen hastalıkla birlikte ortaya çıkan problemlere daha sık ve uzun müddet maruz kalmaktadır (56).

Bakım gerektiren kronik sağlık sorunlarında hastaya bakım veren kişi; bireyin hastalığı ile mücadele eden, kişiye bedensel, ruhsal ve sosyal ve maddi yardım sağlayan bireydir. Bakım veren kişiler çoğunlukla ya hastanın akrabasıdır veya bakım ihtiyacı daha çok olan hastalara destek sunan bireylerdir (57).

Bakım yükü; bakım veren bireylerin kendi tam iyilik halini bozan bedensel, metabolik ve ruhsal durumlara daha duyarlı olmasına neden olmaktadır. Bakım verme yüküne bağlı olarak bakım verenlerde bel ağrısı gibi fiziksel patolojiler görülebilmektedir. Ayrıca doğal savunma sisteminin etkilenmesine bağlı olarak kişi bağışıklık durumunun değişmesi, insülin hormon artışı, kan basıncında artış, uyku sorunları ve kronik yorgunluk, iştah değişikliğine bağlı kilo alma veya kilo kaybetme gibi fiziksel güçlükler ve aynı zamanda ruhsal zorluklarda yaşayabilmektedir (58).

Bakım verme durumundan ötürü meydana gelen bakım yükü, bakım veren bireylerin benlik saygısında azalma, huzursuzluk, çökkünlük, uyku sorunları, sosyal kısıtlanma gibi durumlar oluşturur. Bununla birlikte kişide eğlenme, dinlenme ve boş zaman aktivitelerinin azalması ve sosyal güvence ile karşılanmayan masrafların ek maliyet oluşturup ekonomik yük olması, maddi gelir elde edebileceği zaman aralığının daralması gibi negatif durumlara sebep olmaktadır. Bakım vermeye birlikte ortaya çıkan bütün bu olumsuz durumlar bakım

veren kişilerin genel olarak “iyilik hali” olarak tanımlanan hayat kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (56).

2.2.4. Palyatif bakım sürecinde olan hastalara bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar

Palyatif bakım merkezlerinde bakım alan ilerleyici hastalığı veya prognozu belli olmayan hasta kişilerin hayat kalitesi etkilendiği kadar, hasta bireye bakım veren aile, aile üyeleri ve diğer bakım verenlerin hayat kalitesi de etkilenmektedir. Yapılan çalışmalarda kanserin doğrudan veya dolaysız etkili olduğu sıkıntıları yaşayan birçok bakım veren bireyin olduğu ortaya konulmuştur (59,60,61). Hastanın bakım yükü, bakım verme sorumluluğu olan aile üyelerinin ve bakım verenlerin günlük hayatını etkilemektedir. Bakım verme sürecinde bakım veren günlük işlerini bırakıp, bütün gününü bakım alan kişiye göre düzenlemektedir. Bu sebeple bakım verenlerde rol karmaşasına sebep olmaktadır. Bu durum aile içi ilişkilerde ve aile yapısında oluşturduğu problemlerle tahribata yol açmaktadır (61,62).

Hasta bireyin bakım ihtiyacının bakım verenler tarafından karşılanması aile üyelerinin farklı problemler yaşamasına sebep olmaktadır. Bu bakım sürecinde, hasta kişiden daha fazla bakım verenin depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve yorgunluk, rol çatışması, sosyal kısıtlanma ve sıkıntı yaşadığı ortaya çıkarılmıştır. Bunun sonucunda bakım veren bireylerin bağışıklık sisteminin bozulmasıyla beraber hastalanma riskinin arttığı ve hastalıklara karşı daha riskli duruma geldiği çalışmalar tarafından ortaya konulmuştur. Buna bağlı meydana gelen rahatsızlıklardan en sık görülenler; uykusuzluk ve yorgunluk, baş ve sırt gibi vücut ağrıları ve iştah azalmasıdır (61,63). Bakım veren bireylerin fiziksel sorunlarıyla birlikte, yeterli bakım sağlayamama, uygun materyallerin kullanılmayışı, bakım alan bireyin hastalığının semptomlarının varlığı, aile üyesinin kaybını düşünme, aile bireyleri arasında yaşanan sorunlar ve kötü ekonomik koşullar gibi nedenler bakım veren bireylerde çeşitli psikolojik sorunların meydana gelmesine neden olmaktadır (64,65).

Bakım veren bireyin yükü ve hayat kalitesiyle ilişkili faktörler üç ana başlık altında incelenebilir; bakım verenin kendisine ait özellikler, bakım alana ait özellikler ve bakım vermeye ilişkili özellikler. Tüm bu faktörler birleştiğinde bakım veren bireyin bütün hayatını ve tecrübelerini etkilemekte ve yaşadığı bakım yükü sebebiyle hayat kalitesi çoğunlukla olumsuz bir şekilde etkilenmektedir (66). Bakım vermenin bakım verenlerin yaşamlarındaki kısıtlayıcılığı artıkça negatif sonuçlara sebep olma riski artmaktadır (67).

Bakım yükü arttıkça hastayı yıkamak beslemek vb. bakım alan bireyin kişisel bakımı, hastanın kişisel olmayan ihtiyaçlarını karşılamaktan daha zor algılanmaktadır. Meme kanseri olan hastalar ve bu hastalara bakım verenler üzerinde yapılan bir çalışmada bakım verme süresi uzadıkça bakım veren bireylerde bakım yükü ve depresyonun arttığı tespit edilmiştir (68). Ülkemizde beyin tümörü olan hastalarla ve bu hastalara bakım veren bireylerde yapılan çalışmada hastanın hastalığının seyri ne kadar kötüyse bakım yükünün de o oranda arttığı, semptomlar ne kadar fazla ve kötüyse bakım yükünde artış gösterdiği saptanmıştır. Yapılan bu çalışmada sosyal destek alma, bakım verme ve hastaya bakmakta tecrübeli olma, çalışma ve ekonomik durum gibi faktörler bakım veren yüküyle ilişkili bulunmuştur (69). Bizim ülkemizde kanserli hastalara bakım veren bireylerle ilgili yapılan bir çalışmada 165 bakım veren kişi üzerinde çalışma yapılmış olup, bakım süresi arttıkça zamanla bakım verme yükünün arttığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanların %80,3'ünün bakım vermeden önce kendi sağlıklarını iyi olarak algıladıklarını ve bakım vermeye başladıktan sonra %51,6'sının kötü olarak değerlendirdiği tespit edilmiştir (70). Başka bir çalışmada kanser tanılı çocuğu olan annelerde bakım yükü araştırılmıştır. Yapılan bu çalışmada ekonomik durumu iyi olmayan annelerde bakım yükünün daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu bakım yüküne bağlı olarak annelerde bakım vermeye başladıktan sonra sağlıklarında bozulmalar olduğu saptanmıştır (71).

Hastaya, hastalığa ve bakım verme sürecine bağlı ortaya çıkan çeşitli problemlerden dolayı bakım veren bireyin bakım yükü yönünden riskli bir grup olduğu gözlenmiştir. Ülkemizde yeni bir hizmet olan palyatif bakım ve bakım verme sosyo-kültürel etmenlerden de etkilenmektedir. Bu yönüyle de bakım verme yükünün daha kapsayıcı ve geniş süreli araştırmalarla incelenmesine ihtiyaç vardır. Palyatif bakım veren sağlık profesyonelleri riskli grupları incelemeli ve daha fazla destek sağlamalıdır (48).

2.2.5. Bakım yükü ile baş etme stratejileri

Baş etme temel olarak ruhsal sıkıntı, stres ve kaygıya yol açan sebeplerin azaltılmasıyla ve bu durumlarla ilgili anlayış ve davranışsal tepkilerden meydana gelen değişken olabilen bir süreçtir (72). Baş etme sorunlara karşı ve duygusal duruma yönelik stratejileri olarak iki gruba ayrılmıştır. Yapılan bir çalışmada içsel baş etme yöntemleri ve sosyal destek alan bakım veren bireylerde sosyal yaşam memnuniyeti daha yüksek bulunmuştur ve bakım yükü ise daha düşük belirlenmiştir. Dışarıdan destekli baş etme yöntemleri ve sosyal

yardım alan bakım verenlerde sosyal yaşam memnuniyeti daha düşük bulunmuş ve bakım yükü ise daha yüksek tespit edilmiştir (73).

Kronik hastalığı olan hastalara bakım verenler, değişken koşullara sürekli uyum sağlamak ve başarılı olmak için çeşitli baş etme yöntemleri sergilemek zorundadır. Bakım verme sürecinde meydana gelen bunalım ve duygusal gerginlik durumlarında bakım veren bireyler, kendi aile bireylerinden ve arkadaşlarından yardım alma ihtiyacı duyarlar. Bakım alan hastaların desteğe ihtiyaç duydukları gibi bakım veren bireylerin de sosyal desteğe ihtiyacı vardır. Yeterli sosyal destek sağlığın bozulmaması, hastalıkların tedavisi ve sosyal yaşama geri dönüşte olumlu yönde etkilemektedir. Destek alan hasta ve bakım verenleri hastalık sürecine uyumu sağlar ve sosyal kısıtlanmayı azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırır. Yetersiz sosyal destek ise hastalığa sorunların meydana gelme sayısı ve şiddetinin artmasına sebep olur. Bu durum hastalık süresinin uzamasına sebep olarak kişinin hastalığa uyumunu daha güç hale getirdiği belirtilmektedir (74).

Bakım veren bireylerin ilk yıl hastaya bakım sunarken baş etme modellerini kullandıkları ve bakım verme süresi uzadıkça bakım vermeyi anksiyete sebebi olarak algıladıkları tespit edilmiştir. Bu durumu kaygı kaynağı olarak görmekte ve süreç uzadıkça baş etme de problemler yaşayarak bakım yükünün artmasına neden olduğu düşünülmektedir (75). Bakım verenlerin yaşı, cinsiyeti, ırkı, mevcut sağlık durumu, eğitim düzeyi ve ekonomik durumu gibi sosyodemografik özellikleri bakım yükü ile baş etmeyi etkilemektedir. Bu sebeplerden dolayı bakım verenlere olumlu yönde destek olmak, doğru yönlendirebilmek gerekmektedir. Bakım verenlere problemlerle baş etme gibi konularda destek olabilmek için öncelikle bakım verenlerin ortak ihtiyaçları, güçlü oldukları ve eksik yönleri belirlenmeye çalışılmalıdır (76).

2.3.Anksiyete Bozuklukları

2.3.1.Anksiyetenin tanımı

Anksiyete; belirsiz sebeplerden kaynaklanan içten veya dıştan gelebilecek tehlike, olumsuzluk yaşanacak hissi, endişeye sebep olan bunalı duygu durumudur. Yaşamın devam ettirilmesinde ve hayatta karşılaşılabilecek tehlikeleri önleyebilmede temel rol oynayan ve tehdit algısına karşı oluşturulan bir tepki ve içgüdüsel olarak yaşamı devam ettirmeye yönelik bir duygu durumu halidir. Anksiyete kişinin yaşamını tehdit eden veya

kişinin hayatı tehdit altındaymış hissi uyandıran duygu halidir. (77). Endişe ve korku duygularının ön planda olduğu, birçok sebeple görülen duygu durum bozukluğudur. Bunaltı veya tedirginlik olarak da tariflenebilir (78). Anksiyetenin tanımı; kaygı ve korku haline bedensel bulguların eşlik ettiği ruhsal durumdur (79). Anksiyete duygusu insanı ruhsal olarak uyaran bir sinyal olarak değerlendirilebilir. Anksiyete organik bozuklukların çoğuna eşlik edebilen ve neredeyse bütün psikiyatrik bozukluklarla beraber görülebilen bir duygudur (80).

Anksiyete; hastalık boyutunda olmayan ve kişiyi tehlike veya olumsuz durumlara karşı koruyan, kişiyi tetikte olma, farkında olma durumunda tutan organizmanın uyanık olma durumudur. Anksiyete kaç ya da savaş şeklinde kişinin ruhsal olarak verdiği tepkidir. Patolojik olmayan anksiyete bireyin içinde bulunduğu kötü durumdan kurtulmasına yardımcı olur. Anksiyetenin patolojik olarak değerlendirilmesi için, bireyi olumsuz olarak etkileyen uyarının şiddetiyle kişide oluşan anksiyete düzeyinin aynı olmaması, süre ilerledikçe azalmak yerine şiddetlenmesi veya aynı seviyede devam ediyor olması, bu klinik duruma bedensel şikayetlerin de eklenmesi, bu duygu durumunun dayanılmaz hale gelmesi ve işlevsellikte harabiyete sebep olması gerekmektedir. Anksiyete böyle patolojik bir duruma gelince kişinin iş hayatını ve aile yaşamını etkilemektedir. Anksiyete bireysel ilişkilerinde bozulmaya yol açmakta, kişinin günlük yaşamının büyük bir kısmını kapsamakta ve çok sık meydana gelmektedir. Hastalık boyutunda olan anksiyete bireyin baş edemediği bir sağlık sorunudur (81).

2.3.2. Anksiyete bozukluğunun tarihçesi

19. yüzyılın sonlarında tıpta yer edinmeye başlayan anksiyete; kelime olarak 'anğh' dan köken almaktadır. Bu ruhsal bozuklukla ilgili en eski veriler M.Ö.3000'li yıllarda yazılan Gılgamış Destanı'dır (82,83).

1800'lü yılların başlarına kadar anksiyetenin bulguları vücuttaki diğer sistemlerin patolojik bir belirtisi olarak değerlendirilmiştir (84).

Descates ve Mettri'in yaptıkları katkılar ile birlikte anksiyetenin başka bir ruhsal hastalık olduğu anlaşılmıştır (84).

Sigmund Freud ise anksiyetenin bir tipini; bireyin kontrol edemediği libidosundan kaynaklandığını belirtmiştir (84).

Anksiyete tarih boyunca var olmuştur. Hayatın var olduğu ilk zamanlarda insanı olabilecek tüm tehlikelere karşı koruma duygu durumu olan anksiyete günümüzde yaşamla mücadele etmenin, toplumsal yaşamda yer edinebilmenin, yeni keşiflerin, yaşam mücadelesinde daha olumlu işler yapabilmenin bir gereği olarak yaşanmaktadır (85).

Anksiyete ile ilgili elde edilen verilerle farklı klinik durumlar oluşturabilen bunaltı; 1960'lardan sonra ayrılarak değişik bir hastalık grubu olarak değerlendirilmesi ancak 1980 yılında oluşturulan DSM-III tanı rehberi ile olmuştur (84).

2.3.3. Epidemiyoloji

Psikiyatrik hastalıklardan en sık görüleni %25 ile anksiyetedir (79).Ulusal eş tanı araştırmasına göre; Anksiyete yaşam boyunca meydana gelme sıklığı erkek cinsiyetinde %19,2, kadın cinsiyetinde ise sıklığı %30,5'tir. Epidemiyolojik saha çalışmasına göre tüm anksiyete bozukluklarının yıllık sıklığı 12,6, hayat boyunca ise %14,6'dır (79).

Dünyada panik bozukluğuyla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda panik bozukluğunun yaşam süresince görülme sıklığının%1,5-2,5 olduğunu göstermiştir. Anksiyete bozukluğunun gençlerde ve kadın cinsiyetinde daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Panik Bozukluğuysa 30 yaş veya daha öncesinde görülür. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) toplumda yaşam süresi boyunca ortalama %5,5'tir. Kadın cinsiyetinde daha fazla görülür. YAB, anksiyetenin diğer çeşitlerine göre daha ileri yaşlarda ortaya çıkar. Hastalar incelendiğinde çoğunun 35-45 yaş aralığında hastalanmaya başladığı tespit edilmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların yaklaşık dörtte birinde panik bozukluk, yarısından fazlasında ise majör depresif bozukluk eşlik etmektedir (86).

Özgül fobiler cinsiyete göre incelendiğinde kadın cinsiyetinde daha fazla görülür. Çeşitli yaşlarda ortaya çıkabilir ve tedavi edilmezse uzun yıllar devam edebilir (86).

Sosyal fobiler ise genellikle bireyin ergenlik döneminde ortaya çıkar. Elli yaş üstü bireylerde yapılan çalışmalarda sosyal fobi oranının azaldığı tespit edilmiş ve bu bozukluğun yaş arttıkça azaldığını düşündürmüştür. Yaşam süresince görülme sıklığı farklı tanı ölçütlerinde farklı olmakla birlikte %3 ile 13 civarındadır (87,88).

2.3.4.1.DSM-V'e göre anksiyete sınıflandırması

“• Mutizm (Seçici konuşmazlık),”

- “• Agorafobi,”
- “• Ayrılma kaygısı bozukluğu,”
- “• Sosyal fobi (Toplumsal kaygı bozukluğu),”
- “• Özgül fobi,”
- “• Panik bozukluğu,”
- “• Maddenin ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu,”
- “• Tanımlanmamış kaygı bozukluğu,”
- “• Yaygın kaygı (anksiyete)bozukluğu,”
- “• Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu,”
- “• Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu (80).”

2.1.5. Anksiyete etiyolojisi

2.3.5.1. Genetik

Anksiyete etiyolojik olarak incelendiğinde genetik faktörler de rol oynamaktadır. Ruhsal hastalıkların genetik boyutu ile ilgili yapılan çalışmalar mevcut olup hastalıkların oluşmasında bu faktörlerinde etkili olduğu görülmüştür (89).

2.3.5.2. Nörotransmitterler

Beyinde yaşam aktivitesinde birçok bölge sürekli etkileşim halindedir. Bu sebepten dolayı beyin fonksiyonlarının çok azı tek bir bölgeyle ilgilidir. Bunun yanı sıra beyinde bazı belli bölgeler anksiyetenin oluşmasına özgül yollardan katkıda bulunurlar. Beyinde bilgi bir bölgeden diğerine nörotransmitterlerle iletilir. Bazı nörotransmitterler beynin belirli anatomik yapılarında bulunurlar. Bunlar uzak beyin bölgelerinin fonksiyonlarını mesaj taşıyarak düzenlerler. Beyindeki bazı nörotransmitterler primer olarak yakın bölgeleri etkilerler. Her anatomik bölge değişik nörotransmitterler tarafından uyarıldığından aralarındaki etkileşim komplekstir. Beyinde yaygın bulunan GABA-erjik, glutamat ve adenosin sistemleri genellikle yakın bölgeleri etkilerler. Norepinefrin, serotonin ve dopamin ile ilişkili nörotransmitter sistemleri başta olmak üzere diğer sistemler özgül çekirdeklerden ortaya çıkar ve efferentlerini beynin uzak bölgelerine gönderirler. Son zamanlarda elde edilen bilgilere ışığında benzodiazepin-GABA, noradrenerjik, serotonerjik

nörotransmitter sistemleri ve kortikotropin serbestleştirici hormon yolu anksiyete biyolojisiyle direk ilişkili olarak bulunmuştur (90).

2.3.5.3.Psikolojik teoriler

Anksiyeteyi inceleyen psikoanalitik kuramcılar; kişinin bilinçaltının karşılık bulmayı bekleyen, tatmin olma dürtüsü ve bu dürtülerin sebep olduğu uyarı nedeniyle oluştuğu düşünmektedirler. Cinsellik ve saldırganlık gibi öz benliğe ait duyguların doyum için benliğe baskı yapması veya uyarı göndermesi sonucu meydana gelen anksiyete benliğin kendini koruma yöntemleriyle yok edilir. Meydana gelen anksiyete çoğunlukla kontrol altına alınmaya çalışılır. Bu mekanizma başarılıysa patolojik durum yoktur; lakin bastırma olumsuz sonuçlanırsa benliği bir bütün olarak tutmak için çeşitli bastırma yöntemleri ortaya çıkar ve bu yöntemlerin oluşumuna göre çeşitli anksiyete bozukluk türleri meydana gelir (91).

2.3.6.Anksiyetenin risk faktörleri

Anksiyetenin ortaya çıkmasına sebep olan iç dengenin bozulmasıdır. Kişinin toplumsal yaşamda yer edinebilmek ya da rahatlayabilmek için bilinçaltını bastırıldığında, yaşadığı anlık duruma cevap verme veya kaçınmak gayesiyle, içindeki kuvvetleri uyandırmaya sebep olan sinyaller anksiyete nedenidir. Meydana gelen bu sinyaller benliğin yaptığı baskıya cevap verir. Benlik yaptığı baskıda başarılı olursa anksiyetenin savuşturulması ya da kontrol altına alınmasıyla ruhsal durum yeniden düzenlenir (92).

Genetik etkenlerin panik bozukluğundaki rolünü ortaya koyan ikiz çalışmaları genetik ilişkiyi ortaya koymaktadır. Hafif anksiyete bozukluğuna kıyasla panik atak benzeri bulgularla ortaya çıkan ağır anksiyete bozukluklarının genetik yapıyla ilişkili olduğu yapılan ikiz ve aile çalışmalarında büyük oranda genetik altyapının etkili olduğu yönünde bilgilere ulaşılmıştır (93).

Sosyal fobi ise bireylerin %50'den fazlasının travmatik durum sonrası meydana geldiği sonucu elde edilmiştir. Erken başlayan sosyal fobi, kişisel ilişkilerde, ruhsal gelişim ve ileriye yönelik yapılan planlarda olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır. Sosyal fobi ciddi psikiyatrik bozuklukların ve bu psikiyatrik rahatsızlıklara bağlı komplikasyonların meydana gelmesine zemin hazırlamaktadır (94).

2.3.7.Anksiyete bozukluklarında klinik

Korku ve kontrol kaybı hissi psikolojik travmanın en sık ortaya çıkan duygusal şeklidir. Travma sonrasında görülebilen ve bir kaçınma duygu durumu şeklinde olan dissosiyasyon, anksiyete ile birlikte düzeyi artmaktadır. Anksiyete bireyin kontrolü kaybetme ve yaşam sonlanması ve bunun sebep olduğu korkularla bağdaşan travmatik deneyimlere cevap niteliğindedir. Anksiyete bozukluğu hastalarının, anksiyete bozukluğu olmayan kişilere göre daha yüksek bir düzeyde ayrışma yaşadıkları bulunmuştur. Geçici derealizasyon ile depersonalizasyon bulguları pek çok anksiyete türü için tipiktir. Fobiler ise fobinin oluşmasına sebep olan durum veya nesne ile karşılaşma anında ortaya çıkabilir (95,96).

2.3.8.DSM V'e göre anksiyete bozukluğu tipleri ve tanı ölçütleri

a.Seçici konuşmazlık

Konuşmasının gerektiği özgül toplumsal durumlarda, süregelen bir biçimde konuşamıyor ama diğer durumlarda konuşuyor olma durumu vardır. Bu durum mesleki veya okulla ilgili başarıya engel olur. Bozukluğun süresi minimum bir aydır. Konuşamama durumu iletişim bozukluğu ile açıklanamaz. (80).

b.Özgül fobi

Belirli bir durum ya da nesne ile ilgili belirgin kaygı veya korku vardır. Fobi sebebi olan durum ya da nesne hemen hemen her zaman kaygı veya korkuya neden olur. Bireyin yaşadığı kaygı veya korku durumu toplumun normal bireylerinin sosyokültürel normleriyle orantılı değildir. Hissedilen kaygı ve korku başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle açıklanamaz. Korku ya da kaygı, belirgin bir klinik sıkıntıya veya toplumsal işlevsellikte bozulmalara yol açar. Aynı zamanda meslek veya iş gücünde bozulmaya veya azalmaya neden olabilir (80).

c.Toplumsal anksiyete bozukluğu

Sosyal fobi kişinin tanıdık olmayan insanlarla karşılaşma, yemek yerken gözlenme, kalabalık olan ortamlarda veya toplum içinde konuşabilmek gibi başka insanlarca değerlendirilmek bir veya birden çok durumda aşırı korku ya da kaygı duygusu oluşan bir durumdur. Sosyal fobisi olan kişi bu toplumsal durumları sürekli kaygı ya da korku yaşayarak karşılamaktadır. Yaşanan kaygı veya korku toplumsal ve kültürel gerçeklerle ve normallerle orantılı değildir. Sosyal fobiye neden olan uyarının oluşturduğu ruhsal durum sürekli dir. En az altı ay devam eder veya daha uzun süre süreklilik gösterir. Sosyal fobi

linik bulgular olarak önemli düzeyde sıkıntıya veya toplumsal yaşama adaptasyona, mesleki veya diğer sosyal durumlarda işlevsellikte kötüleşmeye sebep olur. Korku, kaçınma ve kaygılanma diğer ruhsal bozukluklarla, madde kullanımıyla, panik bozukluklarıyla, otistik bozukluklar veya organik bir hastalıkla ilişkilendirilemez (80).

d.Panik bozukluğu

Öngörülemeyen bir anda meydana gelen, tekrarlayıcı panik ataklarla meydana gelen durumdur. Dakikalar içinde zirveye çıkan bu panik ataklar ve aşağıdaki bulgulardan en az dört tanesinin ya da dörtten daha çoğunu barındıran, şiddetli korku veya içten kaynaklanan sıkıntının sebep olduğu klinik durumdur (80):

- Kalp hızının artması, çarpıntı
- Aşırı terleme,
- Boğuluyor olma hissi ya da nefes darlığı,
- Sarsılma veya titreme,
- Ayakta duramama, baş dönmesi, baygınlık veya sersemlik,
- Soluğun tıkanıdığı hissi,
- Kontrolünü kaybetme veya çıldırma korkusu,
- Karın ağrısı veya bulantı,
- Göğüste sıkışma veya göğüs ağrısı,
- Duyumsuzluk ya da karıncalanma hissi,
- Üşüme, titreme, ateş basması durumu,
- Vücutta uyuşmalar,
- Yaşamı yitirme korkusu.

Atak seklinde yaşanan bu durum yaşandıktan sonra aşağıda sıralan kriterlerden bir veya ikisini otuz gün veya daha uzun müddet devam eder (80):

- Diğer panik atak bulgularının ortaya çıkacağı ya da bu atakların sonuçlarıyla ilgili kaygılanma ve endişe hissetme,

- Panik ataklarla ilgili, uyum sürecinin olumsuz sonuçlanmasına bağlı gelişen davranış değişikliği sergileme.
- Bu bozukluğu hipertiroidi- kalp hastalıkları gibi başka bir sağlık sorununa veya madde kullanımını gibi durumlarla açıklayamama.
- Panik bozukluğunun başka bir psikiyatrik hastalıkla açıklanmaması.

e.Agorafobi

Kapalı alan korkusu olarak da bilinen agorafobi; aşağıdaki beş kriterin iki veya daha fazlasıyla ilgili korkma, kaygılanma hissine neden olması durumudur (80):

- Kapalı alanda olma (örneğin tiyatro, mağaza, sinema vb.) ,
- Ulaşım araçlarından toplu taşıma araçlarını kullanma esnasında (örneğin otobüs, metrobüs, uçak vb.),
- Birey yalnızken evin dışında bulunuyor olma,
- Otopark, alışveriş merkezleri gibi açık alanlarda bulunma sırasında,
- Kalabalık bir ortamda bulunma veya kuyrukta bekleme.

Kaçamayacağını veya kaçmanın güç olabileceğini düşünen birey agorafobi yaşayabileceği ortamlardan kaçır. Panik gibi durumun utanç veren kaygılandırır diğer semptomlarının meydana gelmesine sebep olabileceği sırada çaresiz kalacağını düşünüp bunlardan kaçır. Agorafobi yaşayabileceği durumunda birey destek sağlayan birine ihtiyaç duyar veya şiddetli kaygı ya da korkuyla bunu deneyimler. Agorafobi durumunda yaşanan kaygı ve korku toplumsal gerçeklere göre daha şiddetlidir ve kültürel toplumsal gerçeklerle bağdaşmaz. Bu kaygı ve korku durumu aynı uyaranlar karşısında süreklilik teşkil eder. Agorafobi en az altı ay sürer. Yaşanan bu ruhsal durum iş gücü kaybı, toplumsal yaşama adaptasyon problemi, işlevsellikte bozulmalara sebep olur. Kaçınma, korku ya da kaygı abartılıdır ve diğer ruhsal bozukluklarıyla ile daha iyi açıklanamaz (80).

f.Yaygın anksiyete bozukluğu

Minimum altı ay olmak üzere uzun süre devam eden ve bu zaman aralığındaki günlerin çoğunda yaşanan, eğitim hayatında veya mesleki yaşamda başarı ve devamlılık gerektiren durumlar veya etkinliklerle ilgili, şiddetli korku ya da kaygı vardır. Yaşanan bu ruhsal

duruma aşağıda sıralanan semptomların altısından üç bulgu ya da daha fazlasının yaşanması durumudur (80):

- Gevşeyememe (kas gerginliği),
- Huzursuzluk (Sakinleşememe), tetikte olma veya gergin olma hali,
- Konsantrasyon güçlüğü, odaklanmada güçlük,
- Yorgunluk (çabuk yorulma),
- Kızgınlık(Kolay kızma),
- Uyku problemleri (Uykuya dalamama veya uykuyu sürdürememe ve yeterince dinlendirmeyen uyuma).

Bu semptomlar kişilerin iş hayatında öğrenim hayatında ve toplumsal hayata uyum sağlama sürecinde yoğun sıkıntılara yol açar. Bu durum aynı zamanda işlevsellikte bozulmaya neden olur. Yaşanan bu ruhsal durum, maddenin kötüye kullanımını ya da başka ruhsal bozuklukla bağlanamaz (80).

g.Ayrılma kaygı bozukluğu

Ayrılma kaygı bozukluğu; bireyin kendisini bağlı veya bağımlı hissettiği kişilerden veya objelerden ayrılma durumuyla alakalı olarak şiddetli ve uygunsuz bir düzeyde kaygı veya korku yaşamasıdır (80).

2.3.9.Anksiyete tedavisi

Anksiyete tedavisinde öncelikle tanıyı doğru tespit etmek oldukça etkilidir. Anksiyete yaşayan bireylerde klinik durumu hafif olanlarda sadece bilişsel davranışçı tedavi uzun süreli ve daha iyi prognoza olanak sağlamaktadır. Ağır anksiyete yaşayan bireylerde bilişsel davranışçı terapi ile beraber antidepressanlar kullanılmaktadır. Tedavinin etkili olması için mutlaka tanı doğru olmalıdır. Tedavinin başarısında hastanın davranışçı bilişsel terapiye ve ilaçlara uyumu başarıyı etkiler. Hastalara ilaç başlandıktan sonra hastaların hemen hemen yarısı ilaç kullanmayı ilk üç ayda bırakmaktadır. Bazı hastalarda düzenlenen ilaçları hiç kullanmaz. Tedavide hasta uyumu çok önemli bir yer tutmakta ve bu durum hastaya iyi bir şekilde kavratılmalıdır. Doğru tanı ile uygun tedavi yapılmaz ise sık sık doktora başvuru olmaktadır. Yanlış tanı sebebiyle panik bozukluğu olan hastalara acil servislere, kardiyoloji ve aile hekimlerine sık sık muayene olmaktadır. Yanlış ve sık

yapılan bu başvurular nedeniyle ciddi maliyet ve ekonomik kayıplara da sebep olur. Bu nedenlerden dolayı özellikle birinci basamak hekimliği ve acillerde çalışan hekimler tarafından panik bozukluk başta olmak üzere anksiyete bozukluklarına doğru tanı konulmalı ve doğru tedavi edilmelidir (98).

Yaygın anksiyete bozukluğunda davranışçı bilişsel psikoterapiler, relaksasyon ve ilaç tedavisi gibi uygulamalar faydalıdır. Tedavide daha etkili olduğu düşünülen ilaç ve psikolojik tedavi modellerinin birlikte kullanılması önerilmektedir (99).

Panik bozukluklarının çoğu için, SSRI(serotonin geri alım inhibitörleri) veya SNRI(serotonin nöradrenalin geri alım inhibitörleri) bilinen en etkili ilaç tedavileridir. Farmakoterapilerden çoğunlukla ilk tercih olarak başlanan ilaç grubu SSRI'dir. Panik bozukluğu hastalarına uygulanan tedavilerden bilişsel-davranışçı tedavinin ilk evresini kas gevşetme teknikleri ile fizyolojik olarak uyaran semptomlarının yok edilmesidir (100).

Yaygın anksiyete bozukluğunun benzer belirtilere sebep olabilen diğer tıbbi durumlardan ya da madde kullanımından meydana gelen anksiyeteden ayırt edilmesi etkili tedavi için oldukça önemlidir. Hastaya anksiyeteye neden olabilen ürünleri kullanmaması öğretilmelidir. Mümkün olduğu kadar kafein içeren gıdalar ve çikolata kişinin tükettiği gıdalar arasında olmamalıdır. Anksiyeteyi artıran alkol, esrar, kokain, dekonjestanlar, teofilin, kullanımı kesilmelidir. Yaygın anksiyete bozukluğu için ABD'de FDA(Food and Drug Administration) tarafından onay alan üç ilaç vardır. Bu ilaçlar farklı etki mekanizmasına ve yan etki profiline sahiptir. FDA tarafından onaylanan ilaçlar buspiron, venlafaksin ve benzodiazepinlerdir. Anksiyete bozukluklarında son zamanlarda tedavide ondansetron, hidroksizin ve β -adrenerjik antagonistler'de kullanılmaktadır (101).

Sosyal anksiyeteyi azaltmak veya tedavi etmek için korkuya kaygıya neden olan abartılı düşünce ve duyguların kontrolü amaçlanmıştır. Anksiyetenin kişide meydana getirdiği fizyolojik ve otonomik semptomları azaltmak, fobi nedeni olabilen durumlardan çekinmeyi azaltmak, eşlik eden hastalıkları tedavi etmek ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik destek olmak şarttır (101)

2.4. Depresyon

2.4.1. Tanım

Depresyon; ilgi kaybı, karamsarlık, istekte azalma, yavaş konuşma, durağanlık, değersizlik, dürtü ve düşünmenin bozulması, gamlı ve kederli olmak ve fizyolojik işlevlerde bozulma gibi belirtiler içeren bir bozukluktur (102).

Depresyon kişinin yaşam isteği ve yaşamdan zevk alma isteğinin kaybolduğu, bireyin gamlı ve kederli olduğu, ileriye yönelik yaşam beklentisinin karamsar-kötümser düşünceler içerdiği, geçmişiyile ilgili pişmanlık ve suçluluk hislerinin yoğun yaşandığı bir bozukluktur. Depresif duygu durumunda iştahta değişiklik, uyku problemleri ve cinsel istekte azalma veya artma olabilmektedir. Bu hastalık intihar düşüncesinin olduğu ve bu duygu durumuna bağlı suisid girişimde bulunarak kişinin yaşamını sonlandırabileceği bir ruhsal bozukluktur (103).

Dünyada yaklaşık olarak 350 milyon insan depresyondan etkilenmektedir. Depresyonun etkilediği kişide iş ve aile yaşamında olumsuz sonuçlar doğurup işlev kaybına neden olmakta ve bireyde intihar düşüncesi ile yaşamını sonlandırmaya neden olabilmektedir. Dünyada 15 ile 29 yaş aralığındaki nüfusta ikinci sırada olan ölüm sebebi suisiddir (104).

Depresyonun önlenmesi için; iyi tanımlanması ve tedavi edilmesi önemlidir. Depresyon bozukluğu primer bozukluk olarak meydana gelebildiği gibi diğer ruhsal bozukluk ve tıbbi hastalıklara bağlı olarak da görülebilmektedir (105). Depresyon, sosyal faktörler biyolojik ve fizyolojik etmenlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkar. Bu rahatsızlığı tetikleyen ve yaşanmasına sebep olan olumsuz yaşam koşulları yaşayan bireylerde ortaya çıkma ihtimali daha yüksektir. Depresyonun etkilediği kişide disfonksiyon ve stres ile hayatı kötüleştirmekte ve yaşamda kısır döngüye sebep olarak kişinin yaşadığı çökkünlük artmaktadır (104).

Depresyonun yeterli ve etkili tedavileri olmasına rağmen, bu ruhsal bozukluğu yaşayan bireylerin yarısından azı tedaviye ulaşmakta ve bazı ülkelerde tedavi alma oranı %10'dan bile azdır. Yeterli ve etkili tedavinin az olmasındaki sebepler; yanlış değerlendirmeler, ruhsal ve mental hastalıklar hakkındaki toplumsal damgalanmalar, hizmet veren eğitilmiş sağlık sunucusu eksiklikleridir. DSÖ tarafından depresyon "mhGAP(Mental Health Gap Action Programme)" kapsamında öncelikli durumlardan biri olarak ele alınmıştır (104).

2.4.2. Depresyonun tarihçesi

Hipokrat depresyonu; "kara safra" anlamı içeren melankoli kelimesiyle, karaciğer işlev bozukluğu ve safra akımı yollarındaki problemlerden meydana geldiğini belirtmiştir. Hipokrat'a göre depresyon; istekte azalma, ilgi kaybı, uyku sorunları, durağanlık, kaygı ve intihar düşünceleriyle seyreden bir rahatsızlıktır. Duygu durumuyla ilişkili rahatsızlıkların geniş bir biçimde değerlendirilmesini önce Kahlbaum, sonra Kraepelin yapmıştır (106). 1968 yılında oluşturulan DSM-II'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Kraepelin'in ruhsal bozukluklar ile ilgili sınıflandırması etkili olmuştur. 1980 senesinde yayınlanan DSM-III kriterleriyle ile 1987 yılında yayınlanan DSM-III-R'de bu sınıflandırmada değişiklik yapılmış olup, depresyonun ruhsal bir durum olduğu kabul edilmiştir. 1994 yılında DSM-IV yayınlanmış ve 2013 Mayıs ayında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan DSM V kriterleri kullanılmaya başlanmıştır (107).

2.4.3.Epidemiyoloji

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki majör depresif bozukluğu yaş ile değişiklik göstermekle birlikte yaklaşık prevalansı %7'dir. Depresyonun 18-29 yaş aralığındaki kişilerde görülme sıklığı 60 yaş ve üstü kişilerde görülme sıklığından üç kat fazladır ve aynı zamanda adolesan kadınlarda görülme sıklığı adolesan erkeklere göre 1,5-3 kat daha siktir (108). Türkiye'de bu alanda yapılmış bir çalışmanın sonuçlarına göre; "Türkiye'deki klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 civarındadır". Bu çalışmada depresyona bağlı oluşan fiziksel belirtiler ortalama %20, suçluluk benzeri duygusal belirtilerin prevalansı yaklaşık %10'dur. Küey ve Güleç'in yaptığı bu çalışmada süregelen fiziksel hastalığa bağlı meydana gelen depresyon nokta prevelansı ise %4-8,8 civarındadır (109).

2.4.4.Depresyonda risk etkenleri

a.Yaş

Depresyon 45 yaş altında daha sık görülmekte ve bu sebepten ötürü depresyona orta yaş hastalığı da denilmektedir (109).

b.Cinsiyet

Diğer ruhsal bozuklukların birçoğunda olduğu gibi depresyon kadın cinsiyetinde erkeklere göre iki katı kadar daha fazladır. Cinsiyetler arasındaki bu farklılık genç ve orta yaşlarda daha belirgindir. Yaş ilerledikçe cinsiyetler arasındaki fark azalmaktadır. Menstürel siklus gibi kişinin yaşamında olan hormon değişikliklerine bağlı ortaya çıkan anormal yanıtlar

depresyona sebep olabilmektedir. Postpartum dönemde progesteron artışı ve östrojen hormonunda azalma depresyon hastalığının etiolojisinden sorumlu tutulmaktadır. Kadınların toplum içindeki rolü, yaşadıkları stresler ve bunlarla mücadele ederken yetersiz kalmaları da depresyonun oluşmasına neden olabilmektedir (109).

c.Aile öyküsü ve genetik özellikler

Duygu durumu ve ruhsal bozukluklarının ortaya çıkmasında genetik faktörlerin etkili olduğu yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (102).

d.Medeni durum

Evli olan bireylere göre evli olmayan kişilerde depresif duygu durumlarının daha sık görüldüğü bilinmektedir. Boşanmış, bekâr ve ayrı bir yaşam sürdüren bireylerde daha yüksek miktarda depresyon bozukluğu olduğu düşünülmekte ancak bazı çalışmalar bu durumu desteklememektedir (110).

e.Sosyoekonomik düzey

Almanya'da ki bir çalışmada depresyonun kentsel merkezlerde daha fazla görüldüğü bulunurken, Avustralya ve Amerikada yapılan çalışmalarında şehir ve köy alanlarda yaşamını sürdüren bireyler arasında fark bulunamamıştır (111). Antalya'da yapılan bir araştırmada yüksek gelir düzeyi olan insanlarda depresyon görülme riski düşük gelir düzeyi olan kişilere göre daha düşük bulunmuştur (112). Eskişehir'de yapılan bir araştırmada ise sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bir mahallede olan sağlık ocaklarına başvuran bireylerde depresyon bozukluğu daha yüksek oranda bulunmuştur (113).

f.Eğitim düzeyi

Çoğu ruhsal bozukluklarla paralel olarak eğitim seviyesi arttıkça depresyon azalmakta ve eğitim düzeyi azaldıkça depresyon riski artmaktadır; fakat bazı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Clare ve Blaker (114) eğitim seviyesi azaldıkça depresyon riskinin arttığını, Almeida ve ark. (115) ise eğitim süresinin yükseldikçe ruhsal sağlık sorunlarının azaldığını ileri sürmüştür.

2.4.5. Depresyonda belirtiler

Depresyon çökkün duygu durumu, iştah kaybı veya artması, değersizlik ya da aşırı uygun suçluluk, odaklanma sorunları ve konsantre olma yeteneğinde azalma veya karasızlık gibi semptomlar kompleksinden oluşan bir duygu durum bozukluğudur. Depresyonda libido

kaybı, aşırı zayıflama, hipersomnia veya insomnia, psikomotor reterdasyon, enerji kaybı ve tekrarlayan ölüm isteği, intihar düşünceleri gibi diğer bulgularda olabilmektedir. Bu belirtilerin şiddeti hastadan hastaya değişkenlik gösterebilmektedir (116).

Depresyonda çoğunlukla bütün hareket ve davranışlarda yavaşlama mevcuttur. Hastalarda bazen ajitasyon ve sikkın görünüm olur. Hastalarda hareketlerde yavaşlamayla beraber durgun bir görünüm olabilmektedir. Depresyonda bireylerde genel görünüm; belirgin yüz çizgileri, derinleşmiş alın çizgileri, çökkünlük, kişisel bakımda azalma ve üzüntülü bir sima vardır. Depresyon bozukluğu olan hastalarda acı çekme ve üzgün ruh halinin yanı sıra ağlamaya daha meyilli duygu durumu sıklıkla görülür. Normal etkinliklerden zevk alamama, aile, çevre ile ilişkilerin anlamsız düşünülmesi nedeniyle kopmalar yaşanmaktadır. Hastalarda istekte azalma veya kaybolma, daha önce zevk ve istekle bulunduğu davranışlardan isteksizlik yaşanmaktadır. Değersizlik düşünceleri, suçluluk duygusu, bitkinlik, kararsızlık, karamsarlık, gerçekle bağdaşmayan çarpık düşünce, odaklanmada zorluk görülebilir. Psikomotor yavaşlama (hareketlerde ve düşüncede yavaşlama) tipiktir. Depresyondaki birey kendini yetersiz, değersiz ve aşırı suçluluk düşünceleriyle anlamsız bir yaşam sürdürdüğünü düşünüp intihara eğilimde artış ve suisid girişimine meyilli olabilmektedir (116).

Depresyondaki kişinin ruhsal bozukluğuyla paralel olarak psikomotor yavaşlama görülür. Konuşmada yavaşlama, ağır ağır yürüme ve iş görmede zorluklar yaşanabilmesine karşın yoğun anksiyetenin eşlik ettiği ruhsal durumlarda; ajitasyon, ellerini ovuşturma, yerinde duramama ve aşırı tedirginlik gözlemlenebilir. İştah değişiklikleri, kilo kaybı veya kilo artışı, kabızlık, uyku problemleri, adet kanamasındaki değişiklikler, vücut ağrıları meydana gelebilir. Uyku problemleri bazı hastalarda uykuya dalamama, uykuyu sürdürmeme ve çabuk uyanma şeklinde görülür. Uyku sorunları bazı hastalarda ise aşırı uyuma şeklinde görülebilir. Kararsızlık, unutkanlık, dikkat dağınıklığı ve değerlendirme yetisinde bozulmalar bilişsel yetilerde bozulmalar tipiktir. Nadiren de olsa kişinin kendini aşağılayıcı ve suçlayıcı tarzda işitme halüsinasyonlarından muzdarip olduğundan bahsedebilir. Gerçek bir bellek bozukluğu olmadan unutkanlık yaşayabilir. Depresyonda sıkıntı, dikkat bozukluğu ve üzüntü nedeniyle unutkanlık meydana gelir. Depresyon duygu durumu yaşayan kişiler kendilerini çirkin, yetersiz, toplum içinde değersiz, ekonomik saygınlık sahibi olmayan ve işlevsiz bireyler olarak değerlendirirler (117).

2.4.6. Depresyonun tanı kriterleri

DSM-V TR Majör depresif bozukluk tanı kriterleri (108).

A. Sıralanan kriterlerden en az beşinin en az 15 gün boyunca gün boyunca devam etmesi

(1.veya 2. kriter mutlaka olmalı)

1.Çökkünlük,

2.İlgi-istekte kayıp-azalması (anhedoni),

3.İştah değişiklikleri,

4.Uyku sorunları(uykusuzluk, uykuda azalma ya da artma),

5.Konuşma ve hareketlerde retardasyon(yavaşlama) ya da ajitasyon,

6.Enerjide azalma, bitkinlik, yorgunluk

7.Suçluluk hissi, değersizlik hissi,

8.Odaklanma problemi,

9.Ölüm düşüncesi,

B. İşlevsellikte kayıp olur.

C. Bulguların madde kullanımıyla veya başka hastalıklarla ilişkisinin olmaması gerekir.

D. Bu bulgular diğer ruhsal hastalıklarla daha iyi bağdaştırılamaz.

E. Unipolar depresyonda manik veya hipomanik nöbet asla yoktur.

DSÖ bünyesinde ICD-10 tanı rehberi ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin güncellediği tanı kriterlerini içeren DSM-V sınıflamasında, DSM-IV'deki E bendindeki Tanı Ölçütlerinde bulunan “yastan sonra 2 ay” şartını kaldırmışlardır. DSM-4-Tr'deki “Majör Depresif Atığın” E bendinde belirtilen tanı kriterleri şu şekildedir: “Bu bulgular ölümden sonraki süreç olan yas ile daha iyi açıklanamaz, sevilen birinin yaşamının sona ermesine bağlı meydana gelen yas sürecinden sonra bu bulgular 2 aydan daha fazla devam eder veya semptomlar, kişide belirgin işlev kaybına, hastalık düzeyinde değersizlik hissi yaşamasına, psikotik bulgular veya psikomotor retardasyon, ölüm düşünceleri yaşamasına neden olur.” DSM-V'te bu kısım tanı kriterleri arasından kaldırılmıştır (108).

2.4.7. Depresyonun tedavisi

2.4.7.1. İlaç ile tedavisi: Depresyon semptomlarını azaltmak-kontrol altına almak için tedavide kullanılan ilaçlar aşağıda açıklanmıştır.

a.Trisiklik Antidepresanlar: Trisiklik antidepresanlar (TSA)'ın sedatif etkileri de mevcuttur. Histaminerjik reseptörler aracılığıyla uyku ve anksiyete semptomlarında TSA kullanımının ilk haftalarında olumlu düzelmeler görülmüştür. TSA'ların tedavi edici bu sedatif etkileri ilk haftalarda üstünlük gibi görülse de; psikomotor etkinliği azalttığı için bireyin günlük yaşam işlevselliğini de bozabilir. Depresyon hastalığıyla birlikte anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği vakalarda intihar riski yüksek olduğundan, yüksek dozda güvenli değildirler (118).

b.Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI), TSA'lara göre daha az yan etkilere neden olurlar. Bu nedenle daha güvenli ve tedaviye daha iyi uyum sağlanan ilaçlardır. SSRI'nin tedavinin başlarında huzursuzluk, kaygı ve ajitasyonu geçici olarak arttırmalarından dolayı depresyonun kötüleştiği hissi yaratabilir. SSRI ile tedavi başlanınca depresyona anksiyete eşlik ediyorsa hasta ile yakından ilgilenme, hastayı izleme, sağaltımın ilk günlerinde bilgilendirilme ve gereğinde tedavinin yeniden düzenlenmesi, intihar eğilimi olasılığının engellenebilmesi için önem arz etmektedir (118).

c.Serotonin ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri: Serotonin ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri (SNRI) genel olarak nörotransmitter maddelerin geri emilimini inhibe ederek etkilerini gösterirler. SNRI'nden olan Venlafaksin, diğer anti-depressanlardan yapı olarak farklı kimyada olan feniletilamin türevidir. Venlafaksin, serotonin ve norepinefrin geri alımının potent bir inhibitörüdür. Venlafaksin aynı zamanda dopamin gerilimının zayıf inhibitörüdür. Muskarinik, histaminerjik, nikotinik, adrenerjik ve opioid reseptörlerinde aktivitesi yoktur. Diğer antidepressanlardan daha hızlı başlangıç etkisine sahip olduğu ileri sürülmüştür. Serotonin ve norepinefrin gerilim inhibitörü olan milnasipran depresyon tedavisi için Avrupa'da kullanılmaktadır; venlafaksin ve duloksetin ile benzer etki yollarını paylaşmaktadır (119).

2.4.7.2. Bilişsel davranışçı tedavi

Davranışların bilişsel tedavisi; depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan yönlendirici, belirli bir süre uygulanan psikoterapidir. Depresyonun akut tedavisinde kullanıldığı gibi ilaç tedavisine dirençli hastalarda da kullanılabilen bir sözel tedavi yöntemidir. Bilişsel davranışçı tedavi farmakolojik tedaviyle beraber ya da diğer yöntemler olmaksızın hastaya uygulandığında başlangıç tedavisinde ilaç tedavisine benzer etkilerle başarı elde edilmektedir (120,121).

2.4.7.3. Diğer tedavi yöntemleri

Elektrokonvülf tedavi (EKT) beyine elektrik uyarımı veya elektroşok olarak da bilinen EKT "derin beyin uyarımı, vagal sinir uyarımı, tekrarlayan transmanyetik uyarımı" gibi farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri de artarak kullanılmaya başlanmıştır.

EKT ruhsal bozukluklardan majör depresyonda endikedir. EKT, çoğunlukla farmakolojik tedavilere yanıt alınamayan veya ilaç kullanamayan hastalarda bir seçenek olarak kullanılmaktadır. Kendi yaşamını sonlandırma veya başka bireylerin yaşamına zarar verme riski yüksek, aşırı ajite veya beslenme sorunu olan olgularda ilk yaklaşım EKT olmalıdır. (122).

Manyetik uyarılar ile transkranyal uyarımın antidepresan etkisinin olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Dirençli olabilen depresyon hastalarında tedavide yeni bir gelişme olmakla birlikte sıklıkla kısa sürelidir (123).

3. MATERYAL VE METOD

Araştırmamız kesitsel tipte çalışma olarak planlamıştır. Çalışmamızın evrenini Üniversitemiz Tıp Fakültesi Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde 01.11.2018 ve 01.02.2019 tarihleri arasında yatan hasta ve hastaların bakım verenleri oluşturmuştur.

Bakım verenlerin çalışmaya dâhil edilme kriterleri;

- 1-Mental motor hastalığı olmamak
- 2-Deliryum tablosu içinde olmamak
- 3-Mental retardasyonu olmamak
- 4-Ciddi görme ve işitme kaybı olmamak

Hastanemiz palyatif bakım merkezine belirlenen tarihlerde yatarak tedavi alan çalışmaya katılmayı kabul eden yukarıdaki özelliklere sahip tüm bakım veren refakatçileri çalışmaya alınmıştır.

Bakım verenlerin çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri;

1. Deliryum tablosu
2. Mental retardasyon
3. Ciddi görme ve işitme probleminin olması
4. Merkezi sinir sistemini ilgilendiren muhakeme yeteneğini engelleyen diğer durumların olması
5. Madde veya alkol bağımlılığı
6. Herhangi bir psikiyatrik hastalık için tedavi alıyor olmak
7. Son 1 (bir) yıl içinde kronik hastalıkları nedeniyle yatarak tedavi almış olmak
8. Kalıcı özür grubu raporu olmak

Çalışmamız için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 273 sayılı ve 17.10.2018 tarihli onam alınmıştır (Ek 1).

Kasım 2018 ile Mart 2019 tarihleri aralığında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Palyatif Servisinde yatan hastalara bakım verenlere yüz yüze görüşülerek anket uygulanıp veriler elde edilmiş, sonuçların analizini Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Bilim Dalı yapmıştır. İstatistik analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versiyon 24.0 programı ile yapılmıştır. Veriler, ortalama \pm standart sapma (ort. \pm SD) olarak gösterilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadıkları Kolmogorov/Smirnov Testi ile kontrol edilmiştir. Veriler normal dağılıma uymayan ikili grupların karşılaştırılması için Mann Whitney U, normal dağılıma uyan ikili grupların karşılaştırılması Student T Testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılması için Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Gruplar arası değerlendirmede, kategorik veriler için ki-kare analizi yapılmıştır. Verilerin arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Değerlendirmede $p < 0,05$ ise gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; bakım yükü, anksiyete düzeyleri ve depresyon düzeyleri olup bağımsız değişkenleri sosyodemografik veri anketinde yer alan bilgilerdir (Ek-2).

Araştırmadaki güç (power) %80 olacak şekilde örnek hacminin The Survey System tarafından hazırlanmış olan “This Sample Size Calculator Software” (<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>) ile hesaplandığında minimum 256 kişi olması gerektiği görülmüş, tarafımızca 132 bakım veren kişiye ulaşılmıştır ve 72 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Hastalara bakım verenlere Beck anksiyete (Ek-3), Beck depresyon (Ek-4), Zarit bakım yükü (Ek-5) ölçekleri, aydınlatılmış onam (Ek-6) alındıktan sonra yüz yüze görüşme metodu ile uygulanmıştır.

3.1.Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği

Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği; Zarit, Reever ve Bach-Peterson (124) tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı sıkıntıyı değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 1“den 5“e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu

göstermektedir. Puanlama aralığı 0-88 arasındadır ve elde edilen puanlar 0-24 puan arasında ise “hafif yük”; 25-33 puan arasında ise “orta derecede yük”; 34-88 puan arasında ise “şiddetli yük” şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin ortalamasının 20.37 ± 16.54 (min. 0 - max. 72) olduğu, cronbach alpha değeri ise 0.92 olduğu saptanmıştır (). Ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenirlik çalışması 2008 yılında İnci ve Erdem (125) tarafından yapılmıştır.

3.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck tarafından geliştirilen anksiyete belirtilerini ölçmeye ve anksiyetenin bilişsel yanlarını ortaya koyan 21 maddeden oluşan bir ölçektir (126). Ulusoy ölçeğin ilk geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yürütmüştür (test-tekrar test-güvenilirlik katsayısı $r=0,57$). Çalışmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda anksiyete derecelendirme ve tedavi izleme çalışmalarında güvenli kullanılabileceği belirtilmiştir (127). 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Her madde için “Hiç”, “Hafif Derecede”, “Orta Derecede”, “Ciddi Derecede” seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmektedir. En yüksek 63 puandır, puanın yüksekliği anksiyetenin şiddetini gösterir ve 0-7 puan anksiyete yok, 8-15 puan hafif anksiyete, 16-25 orta düzey anksiyete ve 26-63 puan şiddetli anksiyete olarak dört kategoriye ayrıldı. 13 madde fizyolojik semptomları değerlendirir, 5 madde kavrama yönünü açıklar, 3 maddede hem somatik hem kavrama semptomlarını simgelemektedir.

3.3 Beck Depresyon Ölçeği

Beck depresyon ölçeği, Aaron T. Beck (128) tarafından geliştirilen 21 sorudan oluşan kişilerin depresyon yönünden riskini belirleyen ve depresif düzeyini ve şiddetini ölçen çoktan seçmeli öz bildirim ölçeğidir. Beck depresyon ölçeğinde verilen her cevap için 0 ile 3 arası puan verilir. Alınan puanlara göre hastalar, (0-9 puan) depresif değil, (10-16 puan) hafif depresyonda, (17-29 puan) orta depresyonda ve (30-63) ağır depresyonda olarak 4 kategoriye ayrıldı. Ülkemizde de, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Hisli (1989), Tuğlu C (2014) tarafından yapılmıştır (129,130).

4. BULGULAR

Yaptığımız çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların sosyodemografik verileri incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması $55,1\pm 17,0$, çalışmaya katılan bakım verenlerin yaş ortalaması $36,8\pm 14,1$ olarak bulundu. Katılımcıların yaş durumu Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların yaş durumu

Yaş	Ortalama (\pm SS)	Medyan	Minimum	Maksimum
Hasta	$55,1\pm 17,0$	55	16	82
Bakım veren	$36,8\pm 14,1$	33	16	78

Hastaların sosyodemografik verilerinden cinsiyet dağılımı incelendiğinde %38,9’u erkek, %61,1’i kadındı. Olguların %65,3’ü evli, %19,4’ü bekâr ve %15,3’ü dul olduğu görüldü. Eğitim durumu incelendiğinde %41,7 sinin okur-yazar olmadığı, % 32,3 nün lise ve üzeri düzeyde eğitim görmüş olduğu bulunmuştur. Hastaların sosyodemografik verilerinin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Hastaların sosyodemografik verilerinin dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	N		%
Cinsiyet	Erkek	28	38,9
	Kadın	44	61,1
Medeni durum	Evli	47	65,3
	Bekar	14	19,4
	Dul	11	15,3
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	30	41,7
	Okur-yazar	18	25,0
	İlkokul	10	13,9
	Ortaokul	3	4,2
	Lise	9	12,5
	Üniversite	2	2,8

Bakım verenlerin sosyodemografik verileri incelendiğinde %54,2'si kadın, %45,8'i erkekti. Olguların medeni durumları incelendiğinde %55,6'sı evli, %44,4'ü bekârdı. Hastaya bakım verenlerin % 55,6'sı birinci derece yakını, %44,4'ü bakıcı, profesyonel bakım verenler, hastaların arkadaşları ve kan bağı olan diğer akrabaları (torun vb.) olduğu görüldü. Bakım verenlerin eğitim düzeyi incelendiğinde %16,7'sinin okur-yazar olmadığı, %66,6'sının eğitim görmüş oldukları bulundu. Bakım verenlerin %52,8'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %61,1'inin sigara içmediği, %63,9'unun sağlık sorunu olmadığı ve %55,6'sının 6 aydan uzun süredir bakım vermekte olduğu tespit edilmiştir. Bakım verenlerin sosyodemografik verilerinin dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Bakım verenlerin sosyodemografik verilerinin dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	N		%
Cinsiyet	Erkek	33	45,8
	Kadın	39	54,2
Medeni durum	Evli	40	55,6
	Bekâr	32	44,4
Yakınlık derecesi	Anne-baba	6	8,3
	Çocuk	21	29,2
	Eş	13	18,1
	Diğer	32	44,4
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	12	16,7
	Okur-yazar	12	16,7
	İlkokul	10	13,9
	Ortaokul	4	5,6
	Lise	17	23,6
	Üniversite	17	23,6
İş hayatı	Çalışıyor	34	47,2
	Çalışmıyor	38	52,8
Sigara kullanımı	Var	28	38,9
	Yok	44	61,1
Sağlık sorunu	Var	26	36,1
	Yok	46	63,9
Bakım süresi	1-6 ay arası	32	44,4
	6 aydan uzun	40	55,6

Bakım verenlere uygulanan ölçeklerden alınan puanlar incelendiğinde katılımcıların Beck anksiyete ölçeği ortalama puanı $11,9\pm 9,8$ olarak bulundu. Beck depresyon ölçeğinin ortalama puanı $12,7\pm 9,2$ olarak bulundu. Zarit bakım yükü ölçeği ortalama puanı $29,3\pm 16,1$ ' idi. Ölçeklerden alınan puanlara ait sonuçlar Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4: Ölçeklerden alınan puanlara ait sonuçlar

	Ortalama (\pm SS)	Medyan	Minimum	Maksimum
Beck Anksiyete Ölçeği	$11,9\pm 9,8$	8,0	0	40
Beck Depresyon Ölçeği	$12,7\pm 9,2$	11,5	0	42
Zarit Bakım Yükü Ölçeği	$29,3\pm 16,1$	29,0	0	73

Bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin dağılımını incelediğimizde %43,1'inde anksiyete olmadığı, diğer katılımcıların ise çeşitli düzeyde anksiyete yaşadığı görüldü. Bakım verenlerin depresyon düzeylerini incelediğimizde % 45,3'ünde depresyon olmadığı, diğer katılımcıların ise çeşitli düzeyde depresyon puanlarının yüksek olduğu görüldü. Bakım verenlerin bakım yükü ölçeği puanları incelendiğinde % 36,1'inde bakım yükü olmadığı, diğer katılımcıların ise farklı düzeyde bakım yükü yaşadığı görüldü. Bakım verenlerin anksiyete, depresyon ve bakım yükü düzeylerinin dağılımı Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: Bakım verenlerin anksiyete, depresyon ve bakım yükü düzeylerinin dağılımı

Ölçekler	N		%
Beck Anksiyete Ölçeği	Yok	31	43,1
	Hafif	19	26,4
	Orta	11	15,3
	Şiddetli	11	15,3
Beck Depresyon Ölçeği	Yok	33	45,3
	Hafif	17	23,6
	Orta	18	25,0
	Şiddetli	4	5,6
Zarit Bakım Yükü Ölçeği	Yok	26	36,1
	Hafif	25	34,7
	Orta	19	26,4
	Şiddetli	2	2,8

Cinsiyete göre katılımcıların depresyon durumları değerlendirildiğinde kadınların depresyon puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,009$). Cinsiyete göre katılımcıların anksiyete durumları değerlendirildiğinde kadınların anksiyete puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,039$). Cinsiyete göre katılımcıların bakım yükü değerlendirildiğinde istatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,577$). Cinsiyete göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Cinsiyete göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri

	Cinsiyet	Ortalama \pm SS	İstatistiksel test
Zarit Bakım Yüğü	Erkek	28,1 \pm 14,5	p=0,577* t=-0,560
	Kadın	30,3 \pm 17,5	
Beck Depresyon Ölçeği	Erkek	10,9	p=0,009** z=-2,361
	Kadın	15,0	
Beck Anksiyete Ölçeği	Erkek	9,3	p=0,039** z=-2,061
	Kadın	14,2	

*Student T-testi **Mann-Whitney U testi

Bakım veren katılımcıların medeni durumuna göre bakım yükünü incelediğimizde medeni durum ile zarit bakım yükü arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Katılımcıların beck depresyon ölçeği skoru ile medeni durumları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Katılımcıların medeni durumları ile beck anksiyete ölçeği skoru arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Medeni duruma göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri arasında ilişki Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Medeni duruma göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri

	Medeni Durum	Ortalama±SS	İstatistiksel test
Zarit Bakım Yüğü	Evli	31,8±15,8	p=0,139*
	Bekar	26,1±16,3	t=-0,560
Beck Depresyon Ölçeği	Evli	11,43±8,5	p=0,190**
	Bekar	14,47±9,98	z=-1,310
Beck Anksiyete Ölçeği	Evli	11,25±9,27	p=0,574**
	Bekar	12,84±10,635	z=-0,562

*Student T-testi **Mann-Whitney U testi

Bakım verenlerin yakınlık derecesine göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde zarit bakım yüğü, beck anksiyete ölçeği ve beck depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile anlamlı bir fark bulunmadı. Yakınlık derecesine göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8: Yakınlık derecesine göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri

	Yakınlık Durumu	Ortalama±SS	İstatistiksel test
Zarit Bakım Yüğü	1. Derece Yakın	30,4±15,2	p=0,522*
	Diğer	27,9±17,3	t=0,644
Beck Depresyon Ölçeği	1. Derece Yakın	12±8,7	p=0,551**
	Diğer	13,75±10	z=-0,596
Beck Anksiyete Ölçeği	1. Derece Yakın	11,75±9,5	p=0,812**
	Diğer	12,22±10,4	z=-0,238

*Student T-testi **Mann-Whitney U testi

Bakım veren katılımcıların eğitim düzeyleri lise altı ve lise/lise üstü olarak iki gruba ayrılarak ölçeklerden aldıkları puanlar incelendiğinde eğitim düzeyi ile bakım yüğü, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark görülmedi. Eğitim düzeyine göre puan ortalamaları Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: Eğitim düzeyine göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri

	Eğitim Düzeyi	Ortalama±SS	İstatistiksel test
Zarit Bakım Yüğü	Lise altı	28,8±17,3	p=0,771*
	Lise ve Üstü	29,9±14,9	t=-0,293
Beck Depresyon Ölçeği	Lise altı	12,89±9,8	p=0,986**
	Lise ve Üstü	12,6±8,7	z=-0,017
Beck Anksiyete Ölçeği	Lise altı	11,95±9,4	p=0,743**
	Lise ve Üstü	11,9±10,4	z=-0,328

*Student T-testi **Mann-Whitney U testi

Bakım veren katılımcılardan çalışmayanların depresyon puanları çalışan katılımcılara göre daha yüksek bulundu (p=0,011). Bakım veren katılımcılardan çalışmayanların çalışan bakım verenlere göre anksiyete puanları daha yüksek bulundu (p=0,037). Bakım veren katılımcıların iş hayatına göre incelendiğinde, işsizlik veya çalışıyor olmak ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark bulunmadı. İş hayatına göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: İş hayatına göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri

	İş Hayatı	Ortalama±SS	İstatistiksel test
Zarit Bakım Yüğü	Çalışıyor	30,3±17,7	p=0,631*
	Çalışmıyor	28,4±14,8	t=0,482
Beck Depresyon Ölçeği	Çalışıyor	10,1	p=0,011**
	Çalışmıyor	15,1	z=-2,546
Beck Anksiyete Ölçeği	Çalışıyor	9,4	p=0,037**
	Çalışmıyor	14,2	z=-2,091

*Student T-testi **Mann-Whitney U testi

Bakım veren katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre; Zarit bakım yükü ölçeği, Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Sigara kullanımına göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11: Sigara kullanımına göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri

	Sigara	Ortalama±SS	İstatistiksel test
Zarit Bakım Yüğü	İçiyor	30,2±16,5	p=0,817**
	İçmiyor	28,7±16	z:-0,231
Beck Depresyon Ölçeği	İçiyor	12,1±10,8	p=0,312**
	İçmiyor	13,2±8,3	z=-1,012
Beck Anksiyete Ölçeği	İçiyor	10,6±9,3	p=0,415**
	İçmiyor	12,8±10,1	z=-0,816

**Mann-Whitney U testi

Bakım veren katılımcıların sağlık sorunu olup-olmamasına göre; zarit bakım yüğü ölçeği, beck depresyon ölçeği ve beck anksiyete ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Sağlık sorunu olup-olmamasına göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Sağlık sorunu olup-olmamasına göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri

	Sağlık Sorunu	Ortalama±SS	İstatistiksel test
Zarit Bakım Yüğü	Var	29,3±18,4	p=0,639*
	Yok	29,3±14,9	z=-0,469
Beck Depresyon Ölçeği	Var	12,2±8,4	p=0,860**
	Yok	13,07±9,8	z=-0,176
Beck Anksiyete Ölçeği	Var	10,8±8,8	p=0,518**
	Yok	12,5±10,4	z=-0,646

*Student T-testi **Mann-Whitney U testi

Bakım veren katılımcıların bakım süresi incelendiğinde; zarit bakım yüğü ölçeği, beck depresyon ölçeği ve beck anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile bakım süresi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bakım süresine göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri Tablo 13’te verilmiştir.

Tablo 13: Bakım süresine göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve p değerleri

	Bakım Süresi	Ortalama±SS	İstatistiksel test
Zarit Bakım Yüğü	1-6 ay arası	26,5±14,0	p=0,198*
	6 aydan uzun	31,5±17,5	t=-1,298
Beck Depresyon Ölçeği	1-6 ay arası	11,9±8,5	p=0,511**
	6 aydan uzun	13,4±9,8	z=-0,658
Beck Anksiyete Ölçeği	1-6 ay arası	11,9±9,6	p=0,941**
	6 aydan uzun	11,9±10,1	z=-0,074

*Student T-testi **Mann-Whitney U testi

Yaş ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük-orta derecede pozitif korelasyon bulundu. Bakım veren katılımcıların bakım yükü ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak düşük orta düzeyde korelasyon bulundu. Bakım veren katılımcıların bakım yükü ile anksiyete puanları arasında anlamlı orta derecede korelasyon bulundu. Bakım veren katılımcıların depresyon puanları ile anksiyete puanları arasında anlamlı ileri derecede korelasyon bulundu. Çalışmada kullanılan ölçeklerin yaş ve birbirleriyle ilişkileri Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14: Çalışmada kullanılan ölçeklerin yaş ve birbirleriyle ilişkileri

	Yaş	Zarit Bakım Yüğü Ölçeği	Beck Depresyon	Beck Anksiyete

			Ölçeği	Ölçeği
Yaş	1			
Zarit Bakım Yüğü Ölçeği	p=0,003 r=0,349	1		
Beck Depresyon Ölçeği	p=0,783 r=0,033	p=0,002** r=0,360	1	
Beck Anksiyete Ölçeği	p=0,334 r=0,115	p=0,001** r=0,418	p=0,001** r=0,643	1

*Spearman's korelasyon

5. TARTIŞMA

Tutum, bilim ve bağlam temellerinden oluşan ve bütüncül modelleme ile insanları fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel özellikleriyle kapsamlı bir yaklaşımla değerlendiren bir branş olan aile hekimliği bünyesinde de hizmet veren palyatif bakım; dünyada ve ülkemizde yeni bir hizmet modelidir. Aile hekimliğinin kapsamlı yaklaşımıyla palyatif bakım; bakım alan hastaların yaşamın niteliğini iyileştirmek, acıları hafifletmek, psikososyal, fiziksel ve manevi semptomları hafifletmek, ölüm ve yas süresince aileye destek sağlamak gibi hizmetleri kapsamaktadır. Palyatif bakım diğer branşların yanında aile hekimliği bünyesinde de hizmet veren hastalığı gidermekten ziyade hastalığın etkilerini yok etmeye çalışan ve aynı zamanda hastaya bakım verenlerin hasta, hastalık ve bakım konusunda eğitimi, bu zorlu süreçte olabilecek psikiyatrik sorunlarla baş etme ve bakım yükünün hafifletilmesine olanak sağlayan bir hizmettir. Palyatif bakımdaki temel amaç yaşama günler değil günlere hayat katmaktır.

Aile üyelerinden bir bireyin sağlık sorunu yaşaması diğer aile bireylerini etkilemektedir. Bakım gerektiren uzun süreli hastalıklar hastayı etkilediği gibi hastaya bakım veren bireylerin yaşamına da etki etmektedir. Bakım verme çoğunlukla aile bireyleri tarafından sağlanır. Kronik hastalıkların ve semptomlarının gittikçe artması, bakım veren bireyi ekonomik, ruhsal ve sosyo-kültürel açıdan kısıtlaması ile birlikte ciddi yüke sebep olmaktadır.

Yaptığımız çalışmada Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Palyatif Bakım Merkezi'nde yatan hastalara bakım verenlerin bakım yükü anksiyete ve depresyon durumunu sosyodemografik verilerle birlikte çeşitli yönleriyle inceledik.

Çalışmaya 72 bakım veren birey katılmıştır. Bakım veren kişilerin yaş ortalaması $36,8 \pm 14,1$ 'dir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında %54,2'si kadın, %45,8'i erkektir. Hasta bireylere genellikle kadınlar bakım vermektedir (131). Cebeci ve ark. (132) hastanede yatan ve bakım alan hastalara bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadınlardan oluştuğunu bulmuştur. Çalışmamızda bakım verenlerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ancak literatür ile paralel olarak katılımcıların yarısından fazlası kadındır.

Bakım verenlerin bakım yükü Zarit ve ark. (124) tarafından geliştirilmiş Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği ile ölçülmektedir. Çalışmamızda zarit bakım veren yükü ortalaması $29,3\pm 16,1$ olarak bulunmuştur. Wei ve ark.'nın (133) karaciğer nakli olmuş hastalara bakım verenlerde bakım yükünü ve yaşam kalitesini araştırdığı çalışmada bakım yükü $27,2\pm 15,2$ hesaplanarak orta yük altında oldukları tespit etmiştir. Bakım yükünün orta çıkmasının sebebi beklenen yaşam beklentisi, bakım süresi veya hastanın genel durumu ile ilgili kaygıdan kaynaklanabilir. Bizim çalışmamızda benzer şekilde orta yük bulunmuştur. Bunun sebebi olarak palyatif servisimizde yatan hastaların çoğunluğunun renal transplant ve kronik böbrek hastalığı tanıları ile takipli olup beklenen yaşam süresinin uzun olması ve bu durumun oluşturduğu kaygıdan olabileceği düşünülmüştür. Çeler ve ark.'nın (134) meme kanseri hastalarına bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirdiği çalışmasında $24,83\pm 10,09$ ortalama saptanmıştır. Bu ortalama değer bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada bakım verenler hafif-orta yük altında bulunmuştur. Çalışmamıza katılan bakım verenlerin cinsiyetlerine, medeni durumlarına, yakınlık durumlarına, eğitim düzeyine, sigara kullanma durumuna, sağlık sorununa ve bakım süresine göre Zarit bakım veren yükü ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik göstermemektedir. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da; bakım süresi daha uzun olan bakım verenlerde (%55,6), eğitim düzeyi düşük olanlarda (%52,8) ve kadınlarda ($30,3\pm 17,5$) bakım yükü daha yüksek bulunmuştur. Garlo ve ark.'nın (135) yaptıkları bir çalışmada bakım verme süresi uzadıkça bakım yükünün anlamlı bir artış gösterdiği bulunmuştur. Palyatif servisinde hastası olan bakım verenlerin bakım yükü puanları daha yüksektir. Tarı Selçuk ve Avcı'nın (136) çalışmasında primer bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının $60,70\pm 14,19$ olduğu ve buna göre bakım verenlerin ileri derecede yük altında olduğu belirlenmiştir. Palyatif servisinde yatan hastalara bakım verenlerin yükünün, küratif tedaviler alan hastaların bakım verenlerine göre daha fazla olduğu yapılan farklı çalışmalarda ortaya konulmuştur (137). Or ve ark.'nın (138) yaşlılara bakım veren aile bireylerinin iyilik halini ve bakım yükünü araştırmak için yaptıkları bir çalışmada; bakım yükü ile hastanın sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bakım verenlerin sağlık sorunu ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Sonuçların farklı çıkmasının nedeni bakım verilen hasta grupları, bakım süresi ve hasta yaş gruplarının farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Bizim

çalışmamızda katılımcıların algılanan sağlık durumu veya bakım alanın kronik hastalığının olmasına göre bakım yükü anlamlı olarak etkilenmemiş olsa da ruhsal durumunun etkilendiği görülmüştür. Bu durum bakım veren bireyin kendi sağlığından daha çok hastanın bakımına ve iyilik haline önem vermesinden, bakım verme sürecinde yaşadığı üzüntü veya kaygıdan kaynaklanıyor olabilir. Bu durumun asıl sebebinin bulunabilmesi için daha detaylı araştırmalar gerekebilir.

Karahan ve ark.'nın (139) yaptığı çalışmada evde bakım veren bireylerde ortalama bakım yükü daha yüksek bulunmuştur. Bunun yanı sıra hastanede bakım verenlerle ilgili yapılan çeşitli çalışmalar incelendiğinde yaşlı, hasta veya engelli bireylere hastanede bakım vermenin bakım verenleri ruhsal yönden olumlu etkilediği saptanmıştır (140). Türkiye şartlarında hastane ortamında bakım vermenin bakım yükünü hafiflettiği düşünülmektedir (140). Aradaki bu farkı oluşturan etmenler; bakım alan aile bireyelerine evde bakım verenlerin hastanede doktor, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personellerinin destekleriyle hem fiziksel yükün azalması hem de güven duygusunun oluşması ve bakım veren bireyin daha değerli hisetmesine bağlı duygusal yükün azalması olabilmektedir.

Ruhsal bozuklukların %25'i anksiyetedir. Ulusal eş tanı araştırmasına göre; anksiyetenin hayat boyunca random olarak ortaya çıkma sıklığı kadınlarda erkek cinsiyete göre daha fazladır. Epidemiyolojik saha çalışmasına göre tüm anksiyete bozukluklarının yıllık görülme oranı %12, ömür süresince görülme riski %14 civarındadır. Bu tanı %30 ila %60 aralığında değişmektedir (79). Aynı çalışmada; dünyada panik bozukluğuyla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar panik hastalıklarının hayat boyunca %1,5 ile %2,5 arasında olduğunu göstermiştir. Anksiyete bozukluğu toplumda kadın cinsiyetinde ve genç bireylerde topluma oranla daha yüksek sıklıkta görülebilmektedir. Panik bozukluğuyasa erişkinliğe geçiş döneminde veya 30'lu yaşlarda sıklığı artarak hastalık oluşturmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğunun toplumda görülme sıklığı %5 civarında olup kadın cinsiyetinde erkeklere oranla bakıldığı zaman 1,5 kat daha fazla ortaya çıkmakta ve diğer psikiyatrik hastalıklara göre ise daha ileri yaşlarda sıklığı artmaktadır. Hastalar incelendiğinde, çoğunun 35 ile 45 yaş arasında belirti veremeye başladığı tespit edilmiştir (79). Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların yaklaşık %25 kadarında panik bozukluk, %50-80'inde ise majör depresif bozukluk eşlik etmektedir (86). Çalışmamıza katılan bakım verenlerin anksiyete puan ortalaması $11,9 \pm 9,8$ olarak bulunmuştur. Anksiyete ölçek puanlarının dağılımını incelediğimizde %43,1'inde anksiyete yok, %26,4'ünde hafif

anksiyete, %15,3'ünde orta düzeyde anksiyete ve %15,3'ünde de şiddetli düzeyde olduğu bulunmuştur. Ölçeklerden yüksek puan alınması anksiyetenin klinik ile birlikte değerlendirilmesi gerektiğine ve anksiyete bozukluğu riskini arttırdığına işaret etmektedir. Bakım verenleri cinsiyete göre incelediğimizde kadınlarda anksiyete anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzerlik gösteren bir araştırmada üniversite öğrencilerinde kadınların anksiyete skorunun erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (141). Cox ve arkadaşlarının (142) yaptığı bir çalışmada cinsiyet ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ancak kadınlarda panik atak bozukluğu riskinin erkek cinsiyete göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Lewinsohn ve ark.'nın (143) ergen bireylerde anksiyete bozuklukları konusunda yaptığı bir çalışmada kadın cinsiyetinde erkeklere göre belirgin bir biçimde yüksek anksiyete belirtileri olduğu saptamıştır. Hewitt ve Norton'un (144) yaptığı çalışmada ise kadın katılımcıların Beck anksiyete skorlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Katılımcıların anksiyete puanları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır. Medeni durumun bireylerde anksiyete düzeyini, tedaviye bakışı ve yanıtı etkilediğini gösteren farklı sonuçlar barındıran çalışmalar mevcuttur. Özcan ve ark.'nın (145) yaptığı bir araştırmada evli kişilerin anksiyete düzeylerinin bekar insanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada depresyon ve anksiyete düzeylerinin medeni durum ile arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (146). Hunt'un (147) yaptığı çalışmada ise evli olmayan bireylerin anksiyete düzeyi evlilere göre daha yüksek saptanmıştır. Anksiyete bozukluğunun sebeplerinden biri de kişilerin tükenmişlik sendromuna girmeleridir. Yurt dışında yapılan bir araştırmada destekleyici bir eş ile evli olmak bireylerde tükenmişliği önlemede önemli bir etken olarak bildirilmiştir (148).

Yaptığımız çalışmada katılımcıların hastalara olan yakınlık dereceleriyle anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer olarak Anderson ve ark. (149)'nın yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yakınlık derecesi ile anksiyete arasında ilişki saptanmamıştır. Pochard ve arkadaşlarının (150) yaptıkları çalışmada ise hastaların eşlerinde anksiyete ve depresyon belirtilerinin sıklığının diğer hasta yakınlarından daha fazla olduğu saptanmıştır. Aradaki bu farkın nedeninin hasta eşlerinin hasta ile ilgili daha çok karar vermek zorunda kalmaları ve bu durumda kaygı yaşayabilmeleri olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda bakım verenlerin eğitim düzeyi ile anksiyete durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Karaman'ın (151) yaptığı çalışmada ise çalışmamıza benzer olarak eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon semptomlarına anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların çalışma durumu incelendiğinde çalışanlara göre çalışmayan bireylerde anksiyete puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yaptığımız çalışmaya benzer olarak Karaman'ın (151) yaptığı çalışmada yoğun bakım ünitesindeki hasta yakınlarından çalışanlara göre çalışmayanlarda anksiyete bozukluğu görülme riski anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmayan bireylerde anksiyete puanlarının daha yüksek çıkmasının sebebi olarak; hastalar ve hastane ortamında daha fazla zaman geçirmeleri, ekonomik zorluklar ve hastalığa bağlı sorunlarla daha çok baş etmeye çalışmaları gösterilebilir.

Çalışmamızda sigara içen ve içmeyen bakım verenlerin anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak yapılan bir çalışmada anksiyete hastalarında sigara bağımlılığı oranı yüksek bulunmuştur (152). Yine aynı çalışmada sigara içenlerde anksiyete bozukluğu da yüksek bulunmuştur. Sigara bağımlılığı ve anksiyete bozukluklarına paralel olarak; yapılan pek çok çalışma sigara içimi ile kaygılanma, kaçınma, duygusal uyuşma gibi anksiyete bozukluğu belirtilerinde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (153).

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin sağlık sorunu olup-olmaması ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin yarısından fazlasında tanı konulmuş bir hastalık mevcuttur ve bu bakım verenlerin çoğunluğunun depresyon hastası olduğu saptanmıştır (154). Hosaka ve Sugiyama'nın (154) çalışmasında bakım verenlerin bakım vermeye bağlı olarak sağlık sorunları yaşadıklarını ortaya konmuştur. Takahashi ve ark. (155) yaptıkları bir çalışmada profesyonel olmayan bakım veren bireylerin tükenmişlik ve depresyon gibi ruhsal sorunları diğer bakım verenlerden daha fazla yaşamakta olduklarını ve yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiğini saptamıştır (156). Aradaki bu farkın sebebi olarak bizim çalışmaya aktif psikiyatrik hastalığı olan veya tedavi alan hastalarının alınmamasının etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin bakım süresi ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde bakım süresinin bakım yükünü etkilediği belirtilmektedir (158,159). Bakım yükünü etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalara bakıldığında bakım yükü ile bakım veren bireyin yaşı, cinsiyeti, ekonomik durumu, iş durumu gibi değişkenler ile ilişkili olduğu, bazı çalışmalarda ise bu faktörlerin bakım yükünü etkilemediği bildirilmektedir (69, 159, 160, 161).

Depresyon bakım verenleri etkileyen önemli sağlık sorunudur. Amerika Birleşik Devletleri'nde depresif bozukluk yaş ile değişiklik göstermekle birlikte yaklaşık prevalansı %7 olarak bildirilmiştir. Depresyonun genç yaşlarda görülme sıklığının yaşlılıkta görülme sıklığından üç kat fazla olduğu ve ergenlik dönemindeki kadınlarda görülme sıklığının erkeklere göre 1.5-3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (108). Küey ve Güleç'in (109) yaptığı bir çalışmada klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 civarında bulunmuştur. Çalışmamıza katılan bakım verenlerin depresyon ölçeklerinden aldıkları ortalama puanları $12,7 \pm 9,2$ olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin ölçeklerden aldıkları puanlar incelendiğinde %45,3'ünde depresyon bulgusu saptanmamış olup %57,7'inde depresyon ölçeğinden yüksek puanlar aldıkları görülmüştür.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin cinsiyetine göre depresyon düzeyleri incelendiğinde erkeklere göre kadın katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Keskin ve ark.'nın (162) Eskişehir'de yaptıkları bir çalışmada her iki cinsiyette de en yaygın görülen duygu durum bozukluğunun majör depresif bozukluk olduğu ve cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde kadınların %31,9'u, erkeklerin ise %17,9'u majör depresif bozukluk tanısı aldığı bulunmuştur (162). Arévalo-Flores ve ark. (163) paranoid şizofreni tanılı hastalara bakım verenlerle yaptıkları bir çalışmada kadın bakım vericilerde depresyon puanlarının erkek bireylerden daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Gülseren ve ark. (164) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin cinsiyetine göre kadın olmak ile depresyon puanları arasında ilişki saptamışlardır. Çalışmamızdan farklı olarak Perlick ve ark. (165) bipolar bozukluğu olan hastalara bakım verenlerin cinsiyeti ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Kadınlarda depresyonun yüksek olması toplum geneli ile uyumludur. Bunun sebepleri olarak toplum içinde kadına biçilen rol, kadınların daha duygusal yapısı ve bakım verenlerin daha fazla kadın olması olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumu ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Boşanmış olanlarda, bekârlarda ve ayrı yaşayan bireylerde depresyon bozukluğunun daha yüksek olduğu düşünülmekte fakat bazı çalışmalar bu durumu desteklememektedir (110). Çalışmamızdan farklı olarak Maral ve ark. (166) yaptıkları çalışmada evli olmayanlarda depresyon sıklığını %46,5, evli olanlarda %15,6 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada bekâr/dul olma durumu depresyon açısından risk etkeni olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda bakım verenlerin hastaya olan yakınlık dereceleriyle depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer olarak bakım verenin hastaya olan yakınlık derecesiyle depresyon arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar vardır (167). Çalışmamızdan farklı olarak bakım verenin bakıma muhtaç olan kişiyle olan yakınlığının da depresyonu kolaylaştırıcı etmenlerden olduğu düşünülmektedir (168). Bu konuda Babaoğlu ve Öz'ün (168) çalışmalarında son dönem kanser hastasına bakım veren eşlerde en sık meydana gelen ruhsal sorunun depresif bozukluk olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise Çivi ve ark. (169) kanserli hastalara bakım veren hasta yakınlarında depresyon olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda bakım verenlerin hastaya yakınlığı ile depresyon arasında ilişki olmamasının sebepleri olarak sosyokültürel farklar, aile yapısı, bakım verenlerin sosyal destek alması ve hastaların hastane ortamında doktor, hemşire ve yardımcı sağlık çalışanlarından da destek almasıyla ruhsal yükün de paylaşılmış olması düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyi ile depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da eğitim düzeyi düşük olanlarda depresif duygu durumu daha yüksek olarak saptanmıştır. Çalışmamızla benzer olarak Uğuz ve ark. (170) yaptıkları bir çalışmada depresyon ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamışlardır. Blacker ve Clare (114) düşük eğitim durumunun depresyonu arttırıcı bir risk oluşturduğunu saptamıştır. Almeida ve ark.'nın (115) yaptıkları bir çalışmada eğitim süresi arttıkça ruhsal bozuklukların meydana gelme riskinin azaldığı tespit edilmiştir. Çalışmamızla farklı olarak Çelik ve Acar'ın (171) yaptıkları bir araştırmada eğitim seviyesi yüksek olanların depresyon ölçeklerinde puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bu farklılığın sebebinin çalışmamızın katılımcı sayısının az olması, bölgesel farklılıklar ve bölgemizdeki eğitim durumu olduğu düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin iş hayatı ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmayan bakım verenlerde depresyon ortalama puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Türkçapar ve ark. (172) yaptıkları bir çalışmada çalışmayan bireylerde depresif belirti sıklığı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Çelik ve Acar'ın (171) yaptıkları bir çalışmada depresyon ile çalışma durumu arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmayan işsiz kişilerde maddi gelirin olmaması, ekonominin bozulmasına ve buna bağlı olarak yaşam standartlarının düşmesine sebep olmaktadır. Bu durum kişinin sosyo-kültürel olarak ve yaşadığı çevreye göre daha zor şartlarla mücadele etmesine neden olmakta ve kişinin ruhsal durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışmayan bakım verenlerin depresyon bozukluğuna bu sebeplerden dolayı daha yatkın oldukları düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin sigara içme durumu ile depresyon ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Medeni'nin (173) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak sigara ile depresif duygu durum bozuklukları arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızın aksine sonuçların bulunduğu çalışmalara baktığımızda; Patton ve ark. (174) sigara kullanan bireylerde depresyonun sigara kullanmayan kişilere göre anlamlı bir biçimde yüksek olduğunu saptamıştır. Benzer başka bir çalışmada ise Breaslau ve ark. (175) sigara, keyif verici madde ve alkol bağımlılığı olan kişilerde anksiyete bozuklukları ve depresif bozuklukların istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturduğunu fakat sadece sigara kullanıp, alkol ile uyuşturucu madde kullanmayan bireylerde ise depresyon ve anksiyete ile anlamlı bir ilişki bulunmadığını saptamışlardır. Çalışmamızda sigara içen kişilerde depresyon puan ortalaması ile anlamlı bir ilişki bulunmamasının sebebi; madde ve alkol bağımlısı olan ve psikiyatrik hastalık veya geçmişi olanları çalışmaya dâhil etmememizin olduğu da varsayılabilir. Çünkü sigara içimi ile anksiyete ve depresyon sıklıkla beraber olduğu ve aralarındaki ilişkinin sebep sonuç açısından henüz tam olarak çözülemediği bir gerçektir.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin sağlık sorunu olup-olmamasıyla depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızın aksine yapılan bazı çalışmalarda sağlık sorunu olan bireylerde depresyon bulgularında artış saptanmıştır (176). Bu çalışmalarda kronik, ilerleyici, sekel bırakabilen veya tam iyileşme ihtimali olmayan hastalıklarla depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bireyde herhangi bir hastalığın varlığı günlük yaşamı bozup, kişinin dengesini sarsabilir, hastalığa uyum

gerektirebilir ve kişiyi sınırlayabilir olduğundan dolayı depresyona yol açabilmektedir (176). Sağlık sorunları olan bireylerde depresyon daha sık görülebilmektedir. Kişinin sağlığını yitirmesi, sorunlarıyla baş edememesi depresyona neden olabilmektedir. Aynı zamanda kronik hastalığı olan bireylerde ilaç kullanımına bağlı, bazı ilaçlara bağlı da depresyon görülebilmektedir (177). Çalışmamızda sağlık sorunu ile depresyonun arasında anlamlı ilişki bulunmamasının sebeplerinin çalışmaya dâhil ettiğimiz katılımcıların; psikiyatrik hastalık tanısı almamış olması, mental retardasyonlarının olmaması, görme işitme problemlerinin olmaması, merkezi sinir sistemini ilgilendiren hastalıklarının olmaması ve kronik hastalıklarının olmaması olduğu kanısına varılmıştır.

Katılımcılarımızda bakım süresi ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Özden ve ark.'nın (178) yaptıkları bir çalışmada bakım süresi ile bakım verenlerin anksiyete, depresyon ve bakım yükü skorları arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Bakım verme süresi uzadıkça bakım vermektten dolayı meydana gelen gerginlik bakım veren kişide çeşitli sağlık sorunlarına sebep olabildiği gibi depresyon hastalığı riskini de arttırabilmektedir. Bakım yükü bireylerde ve toplumlarda farklı sonuçlar doğurabilmektedir (48). Çalışmamız kısıtlı bir zamanda ve tek bir klinikte yapıldığı için çalışmaya katılan bakım verenlerin bakım süresi değişkendir. Buna bağlı olarak böyle bir sonuç elde ettiğimizi düşündürmektedir.

Çalışmamızda zarit bakım yükü ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Literatür tarandığında çalışmamıza paralel olarak bakım yükünün yaşla arttığı, 38 yaş ve üstü bakım verenlere daha fazla yük bindiği yapılmış çalışmalarda saptanmıştır (179). Bir başka araştırmada 55 yaş ve üstü yaş grubundaki bakım verenlerin zarit bakım yükünün puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur (180). Bu çalışmada bakım verenin yaşı ilerledikçe bakım yükünün arttığı bulunmuştur. Çalışmamızın aksine yaşı daha küçük olan bakım verenlerin daha fazla yüke maruz kaldığını gösteren çalışmalarda vardır (181). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu sonucun bakım verenlerin yaşı ilerledikçe kendi sağlık sorunlarının da ortaya çıkması, yaşadıkları fiziksel güçlükler ile daha çok yük altında kalmasına bağlı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda zarit bakım yükü, anksiyete ve depresyon ölçekleri puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Zarit bakım yükü ile anksiyete ortama puanı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Çalışmamıza paralel olarak Beckham ve ark. (182) yaptıkları bir

çalışmada bakım verenlerin yaşadıkları stres, anksiyete ve depresyonun bakım yükü ile beraber artış gösterebileceğini saptamıştır. Bakım verme, bakım yükünden dolayı bakım veren bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını bozabilmektedir. Bakım verenlerin yaşadıkları bakım yükünden kaynaklanan yorgunluk, bitkinlik ve bakım verenin sağlığının olumsuz etkilenmesi, depresyon ve anksiyetede artışa neden olabilmektedir (183). Bakım verenlerin bakım yükü arttıkça psikolojik belirti düzeyleri de artmaktadır. Literatürde farklı grup bakım verenlerde yapılan çalışmalar da sonuçlarımızı destekler niteliktedir (184,185).

Çalışmamızda zarit bakım yükü ölçeği ile depresyon ölçeklerinden alınan ortalama puanlar arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak yapılan bir çalışmada bakım verme süresi arttıkça bakım verenlerde bakım yükü ve depresyonun arttığı tespit edilmiştir (68). Yine çalışmamıza benzer sonuçları olan çalışmalarda bakım yükü arttıkça depresyon hastalığı riskinin de arttığı saptanmıştır (184,185). Başka bir çalışmada ise bakım süresinin uzamasıyla bakım verenlerin stres, üzüntü ve bakım verme yüklerinin arttığı gösterilmiştir (186).

Çalışmamızda anksiyete ve depresyon arasında karşılıklı olarak pozitif korelasyon bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak yapılmış olan başka bir çalışmada anksiyete hastalığı olan kişilerin çoğunda depresyon bozukluğu da bildirilmiştir (187). Benzer olan başka çalışmalar incelendiğinde yaklaşık 40 yıllık bir zaman sürecinde takip edilen anksiyete bozuklukları olan hastaların yarısından fazlasında depresyon hastalığı da görülmüştür (188).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Dünyada ve ülkemizde yeni bir hizmet dalı olan palyatif bakım merkezleri aile hekimliği anabilim dalı bünyesinde de hastalara bakım vermektedir. Palyatif bakım yaşamı doğal bir süreç olarak görmekte olduğu gibi yaşam sonunu ve yas sürecini de yaşamın doğal bir aşaması olarak görmektedir. Çalışmamızda palyatif bakım merkezimizde yatan hastalara bakım verenlerin bakım yükü, anksiyete ve depresyonu hasta ve bakım verenlerin sosyodemografik özellikleriyle birlikte değerlendirdik. Sonuç ve öneriler aşağıda sıralanmıştır:

1. Bakım verenlerin yaşı arttıkça bakım yükü artmaktadır. Bu sonuçlar özellikle ileri yaştaki bakım verenlerin desteğe ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.
2. Bakım verenlerin eğitim düzeyi azaldıkça bakım yükü artmaktadır. Çalışmamızda istatistiksel bir fark bulunmamış olsa da literatür incelendiğinde bakım yükü ile eğitim düzeyi negatif korelasyon göstermektedir. Bizim çalışmamızda anlamlı bir fark olmamasının nedeni sınırlı katılımcı olması ve kültürel farklılıklar olabilir.
3. Bakım yükü ile cinsiyet arasında çalışmamızda anlamlı ilişki bulunamamış olup literatür incelendiğinde kadınlarda bakım yükünün daha fazla olduğu görülmektedir. Bu konuda daha geniş katılımlı ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.
4. Bakım verenlerin cinsiyetine bakıldığında kadınlarda depresyon bozukluğu daha fazla tespit edilmiştir. Literatür ile uyumlu olan bu sonuç incelendiğinde kadın bakım verenlere destek olunmalı, gereğinde sosyolog ve psikiyatrik destek almaları sağlanmalıdır.
5. Bakım verenler çalışma durumuna göre incelendiğinde işsiz olanlarda depresyon bozukluğu daha yüksek bulunmuş ve literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Düzenli bir iş hayatı olmayan bakım verenlere psikososyal destek sağlanmalıdır.
6. Bakım verenler cinsiyete göre incelendiğinde kadınların anksiyete bozukluğuna yatkınlığı daha yüksek bulunmuştur. Literatür ile uyumlu olarak elde ettiğimiz bu sonuçla, kadın bakım verenlerin psikolojik desteğe daha fazla ihtiyaçları olduğu düşünülmüştür.
7. Bakım verenler iş hayatına göre incelendiğinde çalışmayanlarda anksiyete bozukluğu daha yüksek bulunmuştur. İşsizliğin sebep olduğu kötü ekonomik şartlar psikolojik

durumu etkilemektedir. Hastaya bakım verenlerden işsiz olanlara psikososyal destek sağlanmalıdır.

8. Bakım verenlerde bakım yükü arttıkça anksiyete ve depresyon bozukluğu riski de artmaktadır. Literatür ile paralel olan bu bulgumuz ışığında palyatif servisimizde yatan hastalarla birlikte hastaya bakım verenlere de destek sağlanmalıdır.

9. Çalışmamızda palyatif servisimizde yatan hastalara bakım verenler çeşitli yönleriyle değerlendirildiğinde hastalara bakım sağlanırken çoğunlukla bakım verenlerin göz ardı edildiği saptanmıştır. Hasta bakımında önemli bir rolü olan bakım verenler; bakım yükü, anksiyete ve depresyon bozukluğu açısından yüksek risk altındadırlar. Bakım verenlerin bu risklerini en aza indirmek için periyodik olarak sosyolog desteği veya psikiyatrik muayeneye yönlendirilmeleri gerekmektedir. Hastaya bakım verilirken bakım verenler de unutulmamalıdır.

7.KAYNAKÇA

- 1.World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care, 2002. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Erişim tarihi: 03.04.2019.
- 2.Ferris FD, Gomez-Batiste X, Fürst CJ, Connor S. Implementing quality palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33:533-541.
- 3.Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting family caregivers in providing care. Ed: Hughes RG, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* pp. 1-64, AHRQ Publication, Rockville, USA, 2008.
- 4.Kristjanson LJ, Aoun S. Palliative care for families: remembering the hidden patients. *Can J Psychiatry.* 2004;49(6):359-365.
- 5.Sullivan AB, Miller D. Who is taking care of the caregiver *Journal of Patient Experience.* 2015;1(2):7-12.
- 6.Ringer T, Hazzan AA, Agarwal A, Mutsaers A, Papaioannou A. Relationship between family caregiver burden and physical frailty in older adults without dementia: a systematic review. *Syst Rev.* 2017;6(1):55.
- 7.Lecovich E. Caregiving burden, community services, and quality of life of primary caregivers of frail elderly persons. *Journal of Applied Gerontology.* 2016;27(3):309-330.
- 8.Erdem M. Yaşlıya bakım verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2005;8(3):101-106.
- 9.Njoku GU. The impact of caring for seniors on the caregiver's stress level. Walden University, College of Health Sciences, Doctoral Study, Minneapolis 2015. https://pdfs.semanticscholar.org/bcb9/ff83ec308b6cb96d69989318efcdc694213b.pdf?_ga=2.83136340.396739371.1562837509-298843409.1562837509. (Erişim Tarihi:11.07.2019)
- 10.Judge KS, Cho K, Gagnon D, et al. Partners in dementia care: A care coordination intervention for individuals with dementia and their family caregivers. *The Gerontologist.* 2011;51(2):261-272.
- 11.Sürmeli D, Akçiçek F. Palyatif bakım: Tanımı ve tarihçesi. *Türkiye Klinikleri.* 2016;9(1):8-11.

12. Batiste XG, Connor S. Building integrated palliative care programs and services. Palliative Care Programs And Services. 2017;23:63-207.
13. Palyatif bakım tarihçesi. Palyatif Bakım Ünitesi. <http://gedizdh.saglik.gov.tr/TR,34498/palyatif-bakim-unitesi.html>. Erişim Tarihi: 05.04.2019
14. Uzuncu HB, Buyruk H, Alnak E. Yoğun bakımda yapılacak bir şeyi kalmayan kanserli terminal dönem hastalara insanca bakım önerisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2013;35:143-151.
15. Ulusal Kanser Kontrol Programı. [http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal Kanser Kontrol Programı 20092015.pdf](http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_20092015.pdf). Erişim Tarihi: 05.04.2019
16. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 01.02.2010 tarih ve 3895 Sayılı Makam Onayı. www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html. Erişim Tarihi: 05.04.2019
17. Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/19150,evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik-10032005-tarihli-ve-25751-sayili-resmi-gazetepdf.pdf?0>. Erişim Tarihi: 05.04.2019
18. Erel S. Dünyada Palyatif Bakımın Durumu ve Hospis Sistemleri. Ed: Tuncer AM. Türkiye’de Kanser Kontrolü. pp. 287-298, Koza Matbaacılık, Ankara, 2009.
19. Çelik M. Hospis ve Palyatif Bakım. Ed: Ünlüoğlu İ, Saatçi E. Aile Hekimliğinde Evde Bakım. Birinci Baskı. pp 96-135, Akademi Yayınevi, İstanbul, 2015.
20. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2010;1:1-6.
21. Akçakaya A. Türkiye’de palyatif bakım merkezleri mevcut durumu. Sağlık Düşünceleri ve Tıp Kültürü Dergisi. 2018;48:36-38.
22. Kaya A. Türkiye’de ve Dünyada Palyatif Bakım. <http://www.acibademhemsirelik.com/edergi/82/makale.asp>. Erişim Tarihi: 09.04.2019

23. Beresford L, Kerr K. Next Generation of Palliative Care: Community Models Offer Services Outside the Hospital. <http://www.chcf.org/publications/2012/11/next-generation-palliative-care> (Erişim Tarihi: 08.06.2019).
24. Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, et al. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe Part I. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal Of Palliative Care*. 2009;16(6):278-289.
25. Meier DE. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. *Milbank Quarterly*. 2011;89(3):343–380.
26. Moss AH, Holley JL, Davison SN, et al. Palliative care. Core curriculum in nephrology. *American Journal of Kidney Diseases*, 2004;43(1):172-185.
27. Beardmore S, Fitzmaurice N. Palliative care in paediatric oncology. *Eur J Cancer* 2002;38:1900-1907.
28. Sandra MN, Vaughn C, Ewan H. Palliative Care. Ed: Stead L. *The Lipincott Manual of Nursing Practice*. pp 61, Philadelphia, USA, 2001.
29. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı*. 2015;27(2):104-110.
30. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding economic and other burdens of terminal illness: The experience of patients and their caregivers. *Ann Intern Med*. 2000;132:451-459.
31. Ağrı Tanımı <http://www.iasp-pain.org/> Erişim tarihi:11.04.2019
32. Kroenke K, Theobald D, Wu J, Loza JK, Carpenter JS, Tu W. The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2010;40:327-341.
33. Singh DP. Quality of life in cancer patients receiving palliative care. *Indian J Palliat Care*. 2010;16:36-43.
34. Köknel Talu G. Ağrılı hastanın değerlendirilmesi. Ed: Erdine S. *Ağrı 3*. Baskı. pp. 61-69, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007.

- 35.Özkan S. Ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığında palyatif ve yaşam sonu bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;2(3):275-277.
- 36.Köse B, Palyatif Bakım Hizmetleri Yönerge Mevcut Durum ve Planlama www.tkhk.gov.tr/DB/9 (Erişim Tarihi: 08.06.2019).
- 37.Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenlerin rolleri ve destek gereksinimleri. Türk Onkoloji Dergisi. 2010;1:1-6.
- 38.Öven Ustaaliğlu B, Acar E, Çalışkan M. The predictive factors for perceived social support among cancer patients and caregiver burden of their family caregivers in Turkish population. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2017;9:1-7.
- 39.Yıldırım S, Akyüz Ö, Engin E, Gültekin K. The relationship between psychiatric patients' caregivers burden and anger expression styles. J Clin Nurs. 2017;(3):725-731.
- 40.Çetinkaya Duman Z, Bademli K. Families of chronic psychiatric patients: a systematic review. Current Approaches in Psychiatry. 2013;5:78-94.
- 41.Pérez-Cruz M, Muñoz-Martínez MA, Parra-Anguita L, Del-Pino-Casado R. Coping and subjective burden in primary caregivers of dependent elderly relatives in Andalusia. Spain, Aten Primaria. 2017;49(7):381-388.
- 42.Aires M, Mocellin D, Fengler Fl, et al. Association between filial responsibility when caring for parents and the caregivers overload. Rev Bras Enferm. 2017;70(4):767-774.
- 43.Liu JF, Lu MC, Fang TP, Yu HR, Lin HL, Fang DL. Burden on caregivers of ventilator-dependent patients: A cross-sectional study. Medicine. 2017;96(27):1-6.
- 44.Montgomery JRJ, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Fam Relat. 1985;34:19-26.
- 45.Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M. Subjective burden and quality of life in family caregivers of patients with end stage renal disease. ANNA J. 1997;24:531-538.
- 46.Ribe JM, Salamero M, Perez-Testor C, Mercadal J, Aguilera C, Cleris M. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics,

caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2017;11:1-9.

47. Webb C, Pfeiffer M, Mueser M, et al. Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: The role of coping style and social support. *Schizophr Res*. 1998;34:169-180.

48. Atagün MI, Balaban OD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(3):513-552.

49. Kruithof WJ, Post MW, Van Mierlo ML, et al. Caregiver burden and emotional problems in partners of stroke patients at two months and one year post-stroke: determinants and prediction. *Patient Education and Counseling*. 2016;99:1632–1640.

50. Charlifue SB, Botticello A, Kolakowsky-Hayner SA, Richards JS, Tulsy DS. Family caregivers of individuals with spinal cord injury: exploring the stresses and benefits. *Spinal Cord*. 2016;54:732–736.

51. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. *JAMA*. 1999;(23):2215-2229.

52. 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. *Gerontologist*. 2010;50:76-86.

53. Sağlam Z, Koç Z, Çınarlı T, Korkmaz M. Altmış beş yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;(2):40-60.

54. Dişçigil G. Geriatri de sık karşılaşılan sorunlar. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*. 2009;3:7-13.

55. Altun İ. Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Bildiri Kitabı, s.71-78. Ulusal Evde Bakım Kongresi, İstanbul, 24-26 Eylül 1998.

56. Yılmaz A, Turan E. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve baş etme yolları. *Türkiye Klinikleri*. 2007;27:445-454.

- 57.Yeşil T, Çetinkaya Uslusoy E, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(4):54-66.
- 58.Aranda S, Hays WK. Home care givers of the person with advanced cancer: An australian perspective. Cancer Nursing. 2001;24(4):300-305.
- 59.Snyderman D, Wynn D. Depression in cancer patients. Prim Care. 2009;36:703–719.
- 60.Große J, Treml J, Kersting A. Impact of caregiver burden on mental health in bereaved caregivers of cancer patients: A systematic review. Psycho-oncology. 2018;27(3):757-767.
- 61.Lynch SH, Shuster G, Lobo ML. The family caregiver experience – examining the positive and negative aspects of compassion satisfaction and compassion fatigue as caregiving outcomes. Aging and Mental Health. 2017;16:18-20.
- 62.Richardson AE, Morton RP, Broadbent EA. Illness perceptions and coping predict post-traumatic stress in caregivers of patients with head and neck cancer. Support Care Cancer. 2016;24:4443-4450.
- 63.Rahnama M, Shahdadi H, Bagheri S, Moghadam MP, Absalan A. The relationship between anxiety and coping strategies in family caregivers of patients with trauma. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2017;11(4):6-9.
- 64.Özer S. Kalp yetersizliğinde aile ve bakım verici yükü. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2010;1(1):3-7.
- 65.Reblin M, Small B, Jim H, Weimer J, Sherwood P. Mediating burden and stress over time: caregivers of patients with primary brain tumor. Psychooncology. 2018;27(2):607-612.
- 66.Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, Van Den Bos GA. Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients. Cancer. 1999;86:577-588.
- 67.Gopinath B, Craig A, Kifley A, et al. Implementing a multimodal support service model for the family caregivers of persons with age related macular degeneration: a study protocol for a randomised controlled trial. BMJ Open. 2017;7(8):1-9.

- 68.Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, et al. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ*. 2004;170:1795-1801.
- 69.Malak AT, Dicle A. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*. 2008;18:118-121.
- 70.Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009;12(2):1-9.
- 71.Özdemir FK, Şahin ZA, Küçük D. Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*. 2009;26:153-158.
- 72.Bacanlı H. Sürücü M. Gülhan T. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun (BÇSÖ-KF) psikometrik özelliklerinin güncellenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 2013;13(1),81-96.
- 73.Ateş E, Bilgili N. Omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle baş etme ve sosyal destek. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2013;15(3):1-12.
- 74.Eslami AA, Rabiei L, Abedi HA, Shirani M, Masoudi R. Coping skills of Iranian family caregivers' in care taking of patients undergoing haemodialysis: a qualitative study. *Journal of Renal Care*. 2016;42(3):162–171.
- 75.Eğilli CS, Sunal N. Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*. 2017;3(2):83-91.
- 76.Demirtepe D, Bozo Ö. Bakıcı İyilik Ölçeği'nin uyarlama, güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2009;12(23):28-37.
- 77.Karakaya İ. Psikiyatrik hastalıklar ve psikiyatrik tedavi gören hastalarda dış hekimliği yönünden yaklaşım, Ege Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Bitirme Tezi, İzmir 2012.
- 78.Doğan P. Aerobik egzersizin kadınlarda ve erkeklerde anksiyeteye olan etkisinin araştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Spor Fizyolojisi Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2010.
- 79.Bal U. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık tezi, Adana 2010.

- 80.American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. London. pp 189-232, American Psychiatric Publishing, USA, 2013.
- 81.Özakkaş T. Anksiyete Bozukluklu Hastaların Çeşitli Tedavilere Karşı Anlık ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Değişiminin İncelenmesi. <http://www.psikoterapi.org/mod/page/view.php?id=58>. Erişim 8.06.2019.
- 82.Medeni İ. Bir ilçede 15 yaş ve üzeri kişilerde depresyon ve anksiyete belirtileri sıklığı ile ilişkili risk etmenleri. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanlık tezi, Ankara 2016.
- 83.Tekin M, Tekin A. Anksiyete bozukluklarında dissosiyatif belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014;6(4):330-339.
- 84.Tükel R. Yaygın anksiyete bozukluğunun patogenezi. Ed: Tükel R, Alkın T. Anksiyete bozuklukları. pp. 481-509, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2006.
- 85.Çevik A. Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği. Ed: Doğan O. II. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu. pp. 25-33, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi, Sivas, 1993.
- 86.Sungur MZ. Fobik bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*. 1997;1(1):5-11.
- 87.Wittchen U, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;1(417):4-18.
- 88.Lampe LA. Social phobia: a review of recent research trends. *Current Opinion in Psychiatry*. 2000;13(2):149-155.
- 89.Arnold PD, Zai G, Richter MA. Genetics of anxiety disorders. *Current Pshichatry Reports*. 2004;6(4):243-254.
- 90.Kocabaşoğlu N. Stres ve anksiyete. <http://www2.ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4719.pdf>. (Erişim tarihi: 12.04.2019).
- 91.Marneros A. Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry Elsevier*. 2006;5(4):119-122.
- 92.Bayraktar E. Yaygın anksiyete bozukluğunun fenomenolojisi. *Bilimsel Çalışma Birimleri Dizini*. 2006;1:469-481.

- 93.Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Küçük A, Yargıç İ, Yazıcı O. Anksiyete risk faktörleri. Ed: Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Psikiyatri. pp. 59-60, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Basım ve Yayınevi, İstanbul ,2009.
- 94.Rosenbom J. The etiology of social phobia. The Journal of Clinic Psychiatry. 1994;55(6):10-16.
- 95.Hoyer J. Depersonalization/derealization during acute social stres in social phobia. Journal of Anxiety Disorders. 2013;27(2):178-187.
- 96.Selvi Y, Beşiroğlu L, Aydın A, et al. Kronobiyoloji ve duygudurum bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(3):368-386.
- 97.Alper Y, Gendaş AŞ. Tanısı, nedenleri, psikodinamiği ve tedavisi. Bütün Yönleriyle Depresyon. 1999;1:19-20.
- 98.Ertan T. Psikiyatrik Hastalıkların Epidemiyolojisi. Ed: Uğur M, Balcıoğlu İ, Kocabaşoğlu N. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. pp 25-30, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınevi, İstanbul, 2008.
- 99.Roberts RE. Does growing old increase the risk for depression. American Journal of Psychiatry. 1997;154:1384-1390.
- 100.Tükel R. Panik hastasına yaklaşım, klinik görünüm, ayırıcı tanı ve tedavi ilkeleri. Klinik Gelişim Dergisi. 2009;22(4):1-9.
- 101.Saatçioğlu Ö. Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2001;15(24):60-77.
- 102.Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozukluğunun tanımlanması. Ed: Oztürk MO, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. pp 129-133, Hekimler Yayın Birliği, Ankara ,1994.
- 103.Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi. 1993;3:109-122.
- 104.Depression. WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (Erişim tarihi: 15.04.2019).

105. Marakođlu K, ivi S, Őahsıvar Ő, zdemir S. Tıp fakóltesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi. 2006;7:129-134.
106. Babaoğlu A. Psikiyatri tarihi. Ed: Mumcu C. pp. 56-95, Okuyan Us Yayınevi, İstanbul, 2002.
107. Köknel . Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Dizisi. 2000;1(1):5-11.
108. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. London. pp 155-189, American Psychiatric Publishing, USA, 2013.
109. Key L, Gle C. Depresyonun epidemiyolojisi. Depresyon Monografları Serisi. 1993;(2):53-68.
110. Kaplan H, Sadock B. Behavioral sciences, clinical psychiatry, Synopsis of Psychiatry. 1995;(7):516-555.
111. Baumeister H, Harter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2007;42(7):537-554.
112. Belek İ. Genel Sağlık Anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eŐitsizlikler–Antalya’da bir alan araştırması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999;10:163-72.
113. Ayrancı , Yenilmez . Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanılarını ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001;2(2):87-98.
114. Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. Br J Psychiatry. 1987;150:737-51.
115. Almeida OP, Forlenza OV, Lima NKC. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting-report from a survey in So Paulo, Brazil. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1997;12(7):728-36.

- 116.Özer SK, Demir B, Tuğal Ö. Montgomery - Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12(3):185-194.
- 117.Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12(2):89-98.
- 118.Mavissakalian MR, Perel JM. The side effects burden of extended Imipramine treatment of panic disorder, J Clin Psychopharmacol. 2000;20(5):547-555.
- 119.Duran A. Psikiyatride ilaçla tedavi, Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi No:62. 2008;(1):275-302.
- 120.Türkçapar H. Dirençli depresyon tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşım, Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi. 2011;1(3):239-240.
- 121.Higgins PM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide. Br J Gen Pract. 1990;40(330):46.
- 122.Zeren T, Tamam L, Evlice Y. Elektrokonvülsif Terapi (EKT): Bir Genel Değerlendirme. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2003;12(4):340-71.
- 123.Ebrinç S. Tedaviye dirençli tek uçlu depresyonun tedavisinde yenilikler. Journal of Mood Disorders. 2013;3(5):51-53.
- 124.Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20(6):649-655.
- 125.İnci FH, Erdem M. Bakım verme yükü ölçeğinin türkçeye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11(4):85-95.
- 126.Beck AT, Epstein N, Brown G, Ster RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Consul Clin Psychol. 1988;56:893-897.
- 127.Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. Cognitive Psychotherapy Int Quaterly. 1998;12:28-35.
- 128.Beck AT, Warc CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 1961;4:561-571.

- 129.Tuğlu C, Türe M, Dağdeviren N, Aktürk Z. The reliability and validity analysis of the Turkish version of Beck Depression Inventory for primary care. *Turkish Journal of Family Practice*. 2014;9(3):117-122.
- 130.Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7:3-13.
- 131.Faison KJ, Faria SH, Frank D. Caregivers of chronically ill elderly: perceived burden. *Journal of Community Health Nursing*. 1999;16(4):243-53.
- 132.Cebeci F, Bektaş HA, Dağ GS, Karazeybek E. Families as hospital care givers: A pilot study in Turkey. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2017;7(6):27-34.
- 133.Wei L, Li J, Cao Y, et al. Quality of life and care burden in primary caregivers of liver transplantation recipients in China. *Medicine*. 2018;97(24):10993.
- 134.Çeler HG, Özyurt BC, Elbi H, Özcan F. Meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesinin ve bakım yükünün değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*. 2018;18(2):164-74.
- 135.Garlo K, O'leary JR, Van Ness PH, Fried TR. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(12):2315-22.
- 136.Tarı Selçuk K, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016;(7)1:1-7.
- 137.Otis-Green S, Juarez G. Enhancing the social well-being of family caregivers. *Semin Oncol Nurs*. 2012;28(4):246-255.
- 138.Or R. Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve bakım verenin iyilik hali. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Denizli 2013.
- 139.Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *MÜSBED*. 2013;1:1-7.
- 140.Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2017; 3(1):3-28.
- 141.Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research Therapy*. 1986;24(1):1-8.

- 142.Cox BJ, Endler NS, Swinson RP. Clinical and nonclinical panic attacks: An empirical test of a panic anxiety continuum. *Journal of Anxiety Disorders*. 1991;5:21-34.
- 143.Wacker HR, Mullejons R, Klein KH, et al. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD 10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 1992;2:91-100.
- 144.Norton G. R, McLeod L, Guertin J, Hewitt P. The growth of anxiety disorders during the 1980s. *Journal of Anxiety Disorders*. 2001;9:7585.
- 145.Ozcan M, Uguz F, Cilli AS. The prevalence of generalized anxiety disorder and comorbidity among psychiatric outpatients. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):276-85.
- 146.Soskolne V, Bonne O, Denour AK, Shalev AY. Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey. *Int J Psychiatry Med*. 1996;26:271-285
- 147.Hunt C The diagnosis and the nature of generalized anxiety disorder. *Current Opinion in Psychiatry*. 2000;13:157–161.
- 148.McMurray JE, Linzer M, Konrad TR. The work lives of women physicians. *J Gen Intern Med*. 2000;15:372-380.
- 149.Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med*. 2008;23:1871-6.
- 150.Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care*. 2005;20:90-6.
- 151.Karaman Z. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanlık Tezi, Ankara, 2011.
- 152.McCabe RE, Chudzik SM, Antony MM, et al. Smoking behaviors across anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*. 2004;18(1):7-18.

153. Beckham JC, Crawford AL, Feldman ME, et al. Chronic posttraumatic stress disorder and chronic pain in Vietnam combat veterans. *Journal of psychosomatic research*. 1997;43(4):379-389.
154. Hosaka T, Sugiyama Y. Structured intervention in family caregivers of the demented elderly and changes in their immune function. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2003;57:147-151.
155. Takahashi M, Katsutoshi T, Miyaoka H. Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005;59:473-480.
156. Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2009;16(3):32-49.
157. Scholte op Reimer WJ, de Haan RJ, Rijnders PT, Limburg M, van den Bos GA. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke*. 1998;29(8):1605-1611.
158. Orak OS, Sezgin S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2015;6(1):33-39.
159. Salama RAA, El-Soud FAA. Caregiver burden from caring for impaired elderly: a cross-sectional study in rural Lower Egypt. *IJPH*. 2012;9(4):1-10.
160. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 2011; 68(4): 846-855.
161. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Toraks Derg*. 2012;13(3):87-92.
162. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013;50:344-351.
163. Arévalo-Flores M, Krüger-Malpartida H, Vega-Dienstmaier J. Depressive symptoms in primary caregivers of patients diagnosed with paranoid schizophrenia attending at a

psychiatric office of a general hospital in Lima, Peru. *Vertex* (Buenos Aires, Argentina). 2012;23(102):92-97.

164.Gülseren L, Cam B, Karakoç B, Yiğit T, et al. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. *Türk Psikiyatri Derg.* 2010;21:203-12.

165.Perlick DA, Miklowitz DJ, Link BG, Struening E, et al. Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 2007;190:535-6.

166.Maral I, Aslan S, İlhan MN, et al. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2001;12(4):251-259.

167.Ergh TC, Hanks RA, Rapport LJ, Coleman RD. Social support moderates caregiver life satisfaction following traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology.* 2003;25(8):1090-1101.

168.Babaoğlu E. Öz F. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2003;(2):24-33.

169.Çivi S, Kutlu R, Çelik H. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi.* 2011;53(4):248-253.

170.Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri.* 2004;7:42-47.

171.Çelik HC, Acar T. Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi.* 2007;12(1):23-27.

172.Türkçapar H, Güriz O, Özel A, Işık B, Örsel SD. Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda öfke ve depresyonun ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2004;15(2):119-124.

173.Medeni İ. Bir ilçede 15 yaş ve üzeri kişilerde depresyon ve anksiyete belirtileri sıklığı ile ilişkili risk etmenleri. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Ankara 2016.*

174. Patton G, Hibbert M, Rosier MJ, Carlin JB, Caust J, Bowes G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *American Journal of Public Health*. 1996;86(2):1-6.
175. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(12):1069-1074.
176. Boztaş MH, Arısoy Ö. Tıbbi hastalıklarda depresyon: tanısal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2:318-32.
177. Elbi Mete H. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11(3):3-18.
178. Oğul E. Ö, Düz H., Bumin G. İnmeli hastalara bakım verenlerde görülen bakım yükü, anksiyete ve depresyon durumunun incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2013;1(2),136-137.
179. Özmen S. Multiple sklerozlu hastalara bakım verenlerin bakım yükleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum 2015.
180. Küçükgülü Ö. Bakımverenlerin yükü envanterinin türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir 2004.
181. van den Heuvel ET, de Witte LP, Schure LM, Sanderman R, Meyboom-de Jong B. Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clin Rehabil*. 2001;15:669-677.
182. Beckham JC, Lytle BL, Feldman ME. Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1996; 64:1068-1072.
183. Toseland RW, Smith G, McCallion P. Family caregivers of the frail elderly. Ed: Gitterman A. *Handbook of Social Work Practise with Vulnerable and Resilient Population-Second Edition*. pp 99-109, Columbia University Press, Columbia, USA, 2001.
184. Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciencs*. 2009;12(2):1-9.

185. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(3):513-52.
186. Palos GR, Mendoza TR, Liao KP, et al. Caregiver symptom burden: the risk of caring for an underserved patient with advanced cancer. *Cancer*. 2011;117(5):1070–1079.
187. Kessler RC, Brandenburg N, Lane M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
188. Murphy JM, Horton NJ, Laird NM, et al. Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(5):355-375.

8. EKLER

EK:1 Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

DICLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DICLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
243					
KARAR					
Dr. Öğr. Üyesi Hamza ASLANHAN, Arş. Gör. Dr. Bekir YAKUT isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Palyatif bakım merkezinde yatan hastalara bakım verenlerin anksiyete, depresyon ve bakım yüklerinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Klinik araştırma tamamlandıktan sonra yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurulu'na verilmesi zorunludur.					
DECISION					
The project titled as "Evaluation of the anxiety, depression and care burdens of the caregivers of patients hospitalized in a palliative care center" planned by Hamza ASLANHAN, Bekir YAKUT has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
Oturum No (Meeting number):	Tarih (Date): 17.10.2018	Saat (Time): 14:00-15:00			
KURUL BAŞKANI (CHIEF)	Prof. Dr. Hüseyin BÜYÜKBAYRAM				
KURUL ÜYELERİ / MEMBERS					
	İSİM	ADI-SOYADI	KURUMU	BİRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
2	Prof. Dr.	Levent MİRMECİ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya	
3	Doç. Dr.	Azra KARAHANLI	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kardiyoloji	
4	Prof. Dr.	Cihan AKOĞLU ÖZMEN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radyoloji	
5	Prof. Dr.	Hakkı KARAHAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Azotemiyoloji ve Reninasyon	
6	Doç. Dr.	Faik KELLİ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Fizyoloji	
7	Doç. Dr.	Zülfikar YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
8	Doç. Dr.	Y. Nevai JAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
9	Doç. Dr.	Özali AZARCAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Öğretim Üyesi	
10	Dr. Öğr. Üyesi	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Histopatoloji	
11	Dr. Öğr. Üyesi	Ölçühan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Psikiyatri	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüsü/DIYARBAKIR
Telefon:+90.412.248.80.01-164641 Faks:+90.412.248.8440 ku.etik@yasar.com

EK 2: Hasta Ve Hastaya Bakım Veren Sosyodemografik Bilgi Formu

Hastanın:

1.Yaş:

2.Cinsiyet:

1.Erkek..... 2.Kadın.....

3.Medeni Durum:

1.Evli..... 2.Bekar..... 3.Dul.....

4.Eğitim durumu:

1.okuma yazma bilmiyor....2.Okur-yazar.....

3.ilkokul4.ortaokul.....5.lise.....6.üniversite

Hastaya bakım verenin:

1.Yaş:

2.Cinsiyet:

1.Erkek..... 2.Kadın.....

3.Medeni Durum:

1.Evli..... 2.Bekar..... 3.Dul.....

4.Eğitim durumu:

1.okuma yazma bilmiyor....2.Okur-yazar.....

3.ilkokul4.ortaokul.....5.lise.....6.üniversite

5.Sigara içme durumunuz?

1.içiyor.....2.içmiyor.....

6. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1.çalışıyor.....2.çalışmıyor.....

7. Herhangi bir sağlık sorununuz var mı?

1.var.....2.yok.....

8.Hastaya yakınlık dereceniz nedir?

1.Anne/baba.....2.Çocuğu.....3.Eşi.....4.Diğer.....

9. Hastaya ne kadar süredir bakım vermekttesiniz?

1. 1-6 ay....2. 6 aydan fazla....

EK:3 Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK:4.BeckDepresyonÖlçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlattanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarsız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarsız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarsızlıklarımla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarsız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılacağını düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 5: Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

Açıklama: Aşağıda bakım verirken insanların yaşadıkları durumları yansıtan açıklamalar bulunmaktadır, sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler arasından en uygun olanı tercih etmenizi istemekteyiz.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunı düşünüyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığı düşünüyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz için en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman

22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

(1) Hiçbir zaman (2) Nadiren (3) Bazen (4) Oldukça sık (5) Hemen her zaman

EK 6 : Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Danışmanlığını DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hamza ASLANHAN'ın yaptığı, DÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi almakta olan Asist. Dr. Bekir YAKUT'un 'PALYATİF BAKIM MERKEZİNDE YATAN HASTALARA BAKIM VERENLERİN ANKSİYETE, DEPRESYON VE BAKIM YÜKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ' isimli çalışması hakkında ve neden görüşümün istendiği konusunda bilgilendirildim. Çalışmaya katılıp katılmama ve herhangi bir anda çalışmadan çıkma, hatta katıldıktan sonra bilgilerimin kullanılması iznini istediğim zaman geri çekebilme hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu yüzden herhangi bir ceza veya hak kaybı ile de karşılaşmayacağım bana iletildi.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Ankette kimlik bilgilerimin yer almayacağı ve bilgilerin tamamen gizli kalacağı, bilimsel amaç dışında kullanılmayacağı ve ihtimalla korunacağı bana ayrıntılı şekilde anlatıldı.

Anketi nasıl dolduracağım konusunda da bilgilendirildim. Kendi rızamla, hiç kimsenin etkisi altında kalmadan benim için uygun olan cümleleri doğru; görüşlerimi yansıtmayan cümleleri yanlış olarak işaretleyeceğim. Konu ve anketle ilgili sorum olursa araştırmacılara soracağım.

Katılımcı :

Ad-Soyad:

Telefon:

e-mail:

İmza:

