T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTAYA BAKIM VERENLERDE BAKIM YÜKÜ, TÜKENMİŞLİK VE SPİRİTUEL İYİ OLUŞ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

EFZA NUR KAPLAN

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZİRAN/2025

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTAYA BAKIM VERENLERDE BAKIM YÜKÜ, TÜKENMİŞLİK VE SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Efza Nur KAPLAN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Şeyma Zehra ALTUNKÜREK

Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Haziran/2025

TEZ KABUL ONAYI

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Efza Nur KAPLAN

30/06/2025

ÖZET

KAPLAN, E. N. (2025). ***Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaya Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Tükenmişlik ve Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi*****, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü̈, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.**

Amaç: Bu araştırma, evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü, tükenmişlik ve spiritüel iyi oluş düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte planlanan araştırmanın örneklemini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine başvuran hastalara bakım veren, 149 birey oluşturmuştur. Veriler, "Katılımcı Bilgi Formu", "Zarit Bakım Yükü Ölçeği (ZBYÖ)", "Tükenmişlik Ölçeği (TÖ)" ve "Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖ)" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde; t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve post hoc testleri (Tukey, LSD); değişkenler arası ilişkiler için Pearson korelasyon ve basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 52,42 ± 11,86 olup, %58,4'ü kadın, %73,2'si evlidir. Katılımcıların %66,4'ü çalışmadığını, %74,5'i ekonomik durumunun 'orta' düzeyde değerlendirdiğini, %42,3'ü kronik hastalığı olduğunu, %84,6'sı ise evde bakım eğitimi almadığını bildirmiştir. Katılımcıların ölçek puan ortalamaları; ZBYÖ 39,83 ± 16,99, TÖ 3,35 ± 1,12 ve SİÖ 119,47 ± 17,69'dur. Bakım verme sürecinde destek almayan, çalışmayan, düşük gelir düzeyine sahip olan, tam bağımlı bireye bakan, günlük 7 saatten fazla bakım veren, bakım verme konusunda kendini yetersiz hisseden, bakım verdiği kişiyle aynı evde yaşayan, psikolojik desteğe ihtiyaç duyan ve evde bakım konusunda eğitim almayan bakım verenlerin ZBYÖ ve TÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). SİÖ puanı ise; gelir durumu, eğitim düzeyi, bakım konusunda yeterli hissetme, alkol kullanımı, bakım sürecinde destek alma ve aynı evde yaşama durumu ile anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Ayrıca, SİÖ'nün Anomi alt boyutu özellikle düşük gelirli, bakım sürecinde destek almayan ve kendi sağlık kontrollerini aksatan bireylerde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Basit doğrusal regresyon analizine göre, bakım yükü tükenmişlik düzeyinin %51,3'ünü, Anomi alt boyutunun %17'sini; spiritüel iyi oluş ise tükenmişlik düzeyinin %7,6'sını açıklamaktadır ($p<0,05$).

Sonuç: Araştırma bulguları, evde bakım veren bireylerin psikososyal ve spiritüel açıdan desteklenmesine yönelik, bütüncül bir yaklaşımla yapılandırılmış evde bakım eğitim programlarının geliştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Evde Sağlık Hizmetleri, Bakım Verenler, Bakım Yükü, Tükenmişlik, Spiritüalite

ABSTRACT

KAPLAN, E. N. (2025). ***An Investigation of Care Burden, Burnout, and Spiritual Well-Being Levels Among Caregivers of Patients Receiving Home Health Care Services*****, University of Health Sciences Gülhane Institute of Health Sciences, Department of Public Health Nursing, Master's Thesis, Ankara.**

Aim: This study aimed to investigate the levels of care burden, burnout, and spiritual well-being among individuals providing care to patients receiving home health care services.

Materials and Methods: A descriptive study was conducted with 149 caregivers of patients registered in the Home Health Care Unit of the University of Health Sciences Gülhane Training and Research Hospital. Data were collected using the "Participant Information Form," "Zarit Caregiver Burden Scale (ZCBS)," "Burnout Measure (BM)," and "Three-Factor Spiritual Well-Being Scale (SWBS)." For statistical analyses, t-tests, ANOVA, post hoc tests (Tukey, LSD), Pearson correlation, and simple linear regression were utilized.

Results: The mean age of the participants was $52,42 \pm 11,86$ years, with 58,4% being female and 73,2% married. Among the participants, 66,4% were unemployed, 74,5% rated their economic status as "moderate," 42,3% reported having a chronic illness, and 84,6% stated they had not received home care training. The mean scores were $39,83 \pm 16,99$ for the ZCBS, $3,35 \pm 1,12$ for the BM, and $119,47 \pm 17,69$ for the SWBS. ZCBS and BM scores were significantly higher in those without caregiving support, who were unemployed, had low income, cared for a fully dependent individual, provided care for more than 7 hours daily, felt inadequate in caregiving, lived with the care recipient, needed psychological support, and lacked home care training ($p<0,05$). SWBS scores differed significantly based on income, education, caregiving competence, alcohol use, caregiving support, and cohabitation ($p<0,05$). The anomie subscale was higher in low-income participants, those without support, and those neglecting their own health checks ($p<0,05$). Simple linear regression showed that caregiver burden explained 51,3% of burnout, anomie explained 17%, and spiritual well-being explained 7,6% of burnout ($p<0,05$).

Conclusion: The findings highlight the necessity of developing structured home care education programs based on a holistic approach, aiming to support caregivers not only physically but also psychosocially and spiritually.

Keywords: Home Care Services, Caregivers, Caregiver Burden, Burnout, Spirituality

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Şeyma Zehra ALTUNKÜREK'e,

Tez sürecinde saha uygulamalarım sırasında desteklerini esirgemeyen, başta Sayın Doç. Dr. Burcu DOĞAN olmak üzere Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne,

Tez savunma sınavımda yapıcı değerlendirmeleriyle çalışmama katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. Esra YILDIZ ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Betülay KILIÇ'a

Eğitim hayatım boyunca manevi destekleriyle her zaman yanımda olan, varlıklarıyla bana güç veren, sabırları ve sevgileriyle bu süreci kolaylaştıran aileme,

Bu yolculukta yanımda olan, güzel anılar ve motivasyonlarla tez sürecimi anlamlı kılan arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Efza Nur KAPLAN
2025

İÇİNDEKİLER

ÖZET iv
ABSTRACT vi
TEŞEKKÜR viii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ xii
SİMGELER VE KISALTMALAR xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ 1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI 3
1.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI 3
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ 5
2.1.1. Evde Sağlık Hizmetleri Kavramı 5
2.1.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı 5
2.1.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantajları ve Dezavantajları 8
2.1.4. Dünyada Evde Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi 8
2.1.5. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi 10
2.2. BAKIM YÜKÜ 13
2.2.1. Bakım Kavramı 13
2.2.2. Bakım Vermenin Bireye Etkileri 14
2.2.3. Bakım Verme Yükü Kavramı 16
2.2.4. Bakım Verme Yüküne Neden Olan Faktörler 17
2.3. TÜKENMİŞLİK 17
2.3.1. Tükenmişlik Tanımı 17
2.3.2. Tükenmişliğin Belirtileri 18
2.3.3. Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler 19
2.3.4. Tükenmişliğin Sonuçları 20
2.3.5. Tükenmişlikle Başa Çıkma Yolları 22
2.4. SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ HALİ 23
2.4.1. Spiritüalite 23
2.4.2. Spiritüalitenin İnsan Yaşamına Etkisi 25

2.4.3. Spiritüel İyi Oluş Kavramı 26
2.5. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLÜ VE ÖNEMİ 27
3. GEREÇ ve YÖNTEM 29
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ 29
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ 29
3.3. ARAŞTIRMANIN ZAMANI 29
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ 29
3.5. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ 30
3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ 30
3.7. ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ 31
3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 31
3.8.1. Katılımcı Bilgi Formu 31
3.8.2. Zarit Bakım Yükü Ölçeği (ZBYÖ) 31
3.8.3. Tükenmişlik Ölçeği (TÖ) 32
3.8.4. Üç-Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖ) 32
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 33
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU 34
3.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ 34
4. BULGULAR 35
4.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 35
4.2. KATILIMCILARIN ZBYÖ, TÖ VE SİÖ PUAN ÖZELLİKLERİ 37
4.3. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE ZBYÖ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR 39
4.4. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE TÖ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR 42
4.5. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE SİÖ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR 46
4.6. KATILIMCILARIN ZBYÖ, TÖ VE SİÖ PUANLARI ARASINDAKİ KORELASYONA YÖNELİK BULGULAR 51
4.7. KATILIMCILARIN ZBYÖ, TÖ VE SİÖ PUANLARI ARASINDAKİ REGRESYONA YÖNELİK BULGULAR 52

5. TARTIŞMA 55
5.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 55
5.2. KATILIMCILARIN ZBYÖ, TÖ VE SİÖ PUAN ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI 63
5.3. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE ZBYÖ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 65
5.4. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE TÖ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 69
5.5. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE SİÖ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 75
5.6. KATILIMCILARIN ZBYÖ, TÖ VE SİÖ ARASINDAKİ KORELASYON VE REGRESYON BULGULARININ TARTIŞILMASI 80
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 83
6.1. SONUÇLAR 83
6.2. ÖNERİLER 85
7. KAYNAKLAR 87
8. EKLER 97
EK-1. KATILIMCI BİLGİ FORMU 97
EK-2. ZARİT BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ 98
EK-3. TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ 99
EK-4. ÜÇ-FAKTÖRLÜ SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ 100
EK-5. ETİK KURUL ONAY FORMU 101
EK-6. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ 102
EK-7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 104
9. ÖZGEÇMİŞ 105

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Evde sağlık hizmetlerinin avantajları ve dezavantajları 8
Tablo 3.1. G power protokolü 30
Tablo 3.2. Araştırma değişkenlerine ait normal dağılım değerleri 33
Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=149) 35
Tablo 4.2. Katılımcıların ZBYÖ, TÖ ve SİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları (n=149) 37
Tablo 4.3. Katılımcıların ZBYÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n=149) 39
Tablo 4.4. Katılımcıların TÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n=149) 42
Tablo 4.5. Katılımcıların SİÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n=149) 46
Tablo 4.6. Katılımcıların ZBYÖ, TÖ VE SİÖ puanları arasındaki korelasyon analizi (n=149) 51
Tablo 4.7. Katılımcıların ZBYÖ, TÖ ve SİÖ puanları arasındaki regresyon analizi (n=149) 52

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ANA : Amerikan Hemşireler Birliği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EBH : Evde Bakım Hizmetleri

ESH : Evde Sağlık Hizmetleri

ESHİM : Evde Sağlık İletişim Merkezi

ESKOM : Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezi

SHSHK : Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

SİÖ : Üç-Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

TÖ : Tükenmişlik Ölçeği

ZBYÖ : Zarit Bakım Yükü Ölçeği

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Günümüz dünyasında teknolojik gelişmelerle beraber sağlık alanında önemli ilerlemeler kaydedilmiş; bu durum yaşam standartlarının yükselmesine, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesine, ölüm oranlarının azalmasına ve yaşam süresinin uzamasına katkı sağlamıştır (1). Yaşam süresinin uzaması ve doğurganlık oranlarının düşmesiyle birlikte, toplumların yaşlanması ve yaşlı bireylerin toplam nüfus içerisindeki oranının artması, küresel ölçekte önemli bir sorun haline gelmiştir (2). Dünya genelinde 60 yaş ve üzeri nüfusun 2050 yılına kadar 2.1 milyara ulaşacağı öngörülmektedir (3). Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de sağlık alanında meydana gelen gelişmeler, yaşam standardının, refah düzeyinin ve doğuşta beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmuş; bu durum nüfusun yaş yapısında belirgin bir dönüşüm yaratmıştır (4). Birleşmiş Milletler'in 2023 yılına ilişkin verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %10'unu yaşlı bireyler oluştururken, Türkiye'de de yaşlı nüfus oranı artmakta ve ülke, yaşlı nüfus oranına göre 184 ülke arasında 67. sırada yer almaktadır (4, 5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) evde sağlık hizmetlerini, kişisel bakımını bağımsız bir şekilde sürdüremeyen, yaşam kalitesini koruma kapasitesine sahip olmayan, bireysel tercihlerine göre hareket etme ve yaşamını devam ettirme konusunda desteğe ihtiyaç duyan bireylere sunulan hizmetler olarak tanımlamaktadır (6). Evde Sağlık Hizmetleri (ESH), kronik veya malign hastalıklar sebebiyle yatağa ya da eve bağımlı hale gelen hastalara, kendi yaşam alanlarında muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulmasının yanı sıra, aile üyelerine sosyal ve psikolojik destek sağlanmasını içeren bütüncül bir bakım modelidir. (7). Bu hizmetten ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzeri bireyler olmak üzere, yatağa bağımlı, kronik hastalığı bulunan, son evre kanser tanısı almış, nörolojik veya kas hastalıkları nedeniyle hareket kabiliyetini kaybeden hastalar faydalanmaktadır (8). Dolayısıyla, farklı sağlık sorunları nedeniyle öz bakım becerileri azalan hastaların sağlık ve bakım hizmetlerinin sürdürülebilmesi için destek almaları gerekmektedir. Bu bakım desteği, ESH kapsamında, bütüncül bir yaklaşımla birden fazla hizmetin entegre bir şekilde sunulmasının yanında özellikle ailelerin sürece aktif katılımını zorunlu kılmaktadır (9). Aile üyeleri ve yakın çevre tarafından sağlanan bu bakım, bakım verenlerin süreçte uzun süreli katılımını gerektirmekte ve onların rollerini daha da kritik hâle getirmektedir (10, 11).

Bakım veren, herhangi bir hastalık ya da fonksiyon kaybı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte güçlük yaşayan bireyin bakımını üstlenen kişi olarak tanımlanmaktadır (12). Bakım veren bireyler hem ev içi hem de ev dışı sorumluluklarının yanı sıra bakımını üstlendiği bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerine yardımcı olurken, aynı zamanda tıbbi bakımın sürekliliğini sağlamada önemli bir rol oynamaktadır (12, 13). Ancak, bu hizmetlerin sürdürülmesi, yoğun bir bakım yükünü beraberinde getirmektedir (13). Yapılan araştırmalar, evde bakım veren bireylerin çoğunlukla orta ve yüksek düzeyde bakım yükü yaşadığını ortaya koymaktadır (14-16). İnmeli hastalara bakım verenlerde yapılan çalışmada da bakım yükünün, ortalamanın üzerinde seyrettiği görülmektedir (17). Ayrıca, literatürde bakım yükü arttıkça ruh sağlığında bozulma riskinin de yükseldiği vurgulanmaktadır (14). Çalışmalarda değinilen yüksek düzeyde bakım yükü bulgusu, bakım verenlerin hem psikolojik hem de fiziksel olarak yoğun stres yaşadığını ve çeşitli güçlüklerle başa çıkmak durumunda kaldıklarını göstermektedir (16). Bakım verenlerde olumsuz etkilere neden olan stres bulgusu ise uzun vadede fiziksel, duygusal ve psikolojik açıdan tükenmeye kadar gidebilmektedir (13, 18, 19). Bu tükenmişliğin temel nedenlerinden biri, zaman alıcı günlük yaşam sorumlulukları ile bakım verme yükümlülüklerinin eşzamanlı olarak yürütülmesidir (20). Göktepe ve ark. (2024) yaptığı çalışmada, ESH alan bireylere bakım verenlerde, bakım ihtiyacı olan bireye olan yakınlığın artmasıyla birlikte tükenmişlik seviyelerinin de yükseldiği gözlemlenmiştir. (21). Benzer şekilde, kanser hastalarına bakım veren aile üyeleriyle yapılan çalışmada da tükenmişlik algılarının yüksek olduğu bulunmuştur (22). Uzun vadede bakım vermenin yarattığı bu olumsuz durum, yalnızca bakım verenin sağlığını değil, aynı zamanda bakım kalitesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (19).

Bakım yükünün neden olduğu olumsuz duygu durumlarla başa çıkmak, tükenmişlik riskini azaltmak ve bakım verenlerin ihtiyaçlarını anlamak; genel yaşam memnuniyetini artırmak ve bakım kalitesini iyileştirmek için spiritüel iyi oluşun da dikkate alınması gerekmektedir (12, 13, 23). Yapılan çalışmalardaki sonuçlar spiritüel iyi oluş ve bakım yükü arasında anlamlı ilişkilerin varlığından söz etmektedir (13, 24). Chafjini ve ark. (2016) inmeli hastalarla yaptığı çalışmada, spiritüel tutumun güçlü olmasının bakım yükünün duygusal, fiziksel, sosyal ve gelişimsel boyutlarda daha düşük olmasına katkı sağladığı belirtilmiştir (17). Ayrıca literatürde, spiritüelitenin bakım verenler için umut, inanç, anlam yaratma ve sosyal destek sağladığını; aynı zamanda moral ve motivasyonu artırarak ruhsal bozukluk riskini

azalttığını ve bakım süreçlerini daha kolay yönetmelerine katkıda bulunduğunu göstermektedir (13, 25). İtalya'da yapılan bir çalışmada, dua veya meditasyon gibi spiritüel aktivitelerde bulunan bakım verenlerin tükenmişlikten korunabildiği ortaya konmuştur. (26). Kanser hastalarının aile üyeleriyle yapılan bir başka çalışmada ise spiritüelitenin güçlendirilmesinin tükenmişlik üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (27). İncelenen çalışmalardan da görüldüğü gibi, bakım yükü, tükenmişlik ve spiritüel iyi oluşu bir arada ele alan bütüncül bir çalışmanın eksikliği dikkat çekmektedir. Bu doğrultuda çalışmamız, söz konusu konuları bütünsel bir yaklaşımla inceleyerek literatüre katkı sağlamayı hedeflemektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü, tükenmişlik düzeyleri ve spiritüel iyi oluşlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

- Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü düzeyleri nasıldır?
- Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin tükenmişlik düzeyleri nasıldır?
- Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş düzeyleri nasıldır?
- Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü ile spiritüel iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin tükenmişlik düzeyi ile spiritüel iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü, tükenmişlik ve spiritüel iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1.1. Evde Sağlık Hizmetleri Kavramı

Evde Sağlık Hizmetleri, bireylerin hastane ya da klinik gibi sağlık kuruluşlarına gitmeden, kendi ev ortamında sağlık hizmetlerine erişimini sağlayan bir sağlık bakım modelidir (7**)**. Ulusal Klinik Evde Bakım Derneği (2011) evde sağlık hizmetlerini "toplumda hastalara doğrudan tıbbi malzeme ve/veya klinik hizmetlerin sağlanması" şeklinde tanımlamaktadır (28). DSÖ ise ESH'yi profesyonel sağlık çalışanları veya bakım verenler tarafından, bireyin yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan ve desteğe ihtiyaç duyan bireylere, yaşadıkları ortamda sunulan sağlık ve bakım hizmetleri olarak tanımlamaktadır (6). Bu tanımlar, ESH'nin yalnızca tıbbi tedaviyi değil, aynı zamanda psikososyal desteği de kapsadığını göstermektedir. Bununla birlikte, başlangıçta eş anlamlı kullanılan ESH ve Evde Bakım Hizmetleri (EBH) kavramları günümüzde farklı anlamlar kazanmıştır. EBH, ESH'yi de içine alarak genellikle yaşlı bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek ve günlük yaşam aktivitelerine destek sağlamak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin bir arada sunulmasını ifade ederken; ESH daha çok sağlık profesyonelleri tarafından verilen ve tedaviye odaklanan bir hizmet olarak öne çıkmaktadır (7, 29). Bu bağlamda, ESH; bireyin yaşam kalitesini artırmak, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve bakım sürecinde aile üyeleri üzerindeki yükü hafifletmek amacıyla, sağlık profesyonelleri tarafından ve bakım verenlerle iş birliği içinde sunulan çok yönlü bir hizmet modeli olarak ortaya çıkmaktadır (30).

2.1.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik'e göre ESH, bireylerin sağlık sorunlarına yönelik muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon gibi hizmetlerin yanı sıra sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsamaktadır (31). DSÖ'ne (2000) göre ise ESH kapsamında sunulan başlıca hizmetler şunlardır (32):

- Hastanın sağlık durumunun değerlendirilmesi, düzenli takibi ve gerektiğinde yeniden gözden geçirilmesi,

- Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar ile ikincil hastalıkların ve sakatlıkların önlenmesi,
- Beslenme, kişisel temizlik ve giyinme gibi temel bakım hizmetlerinin sağlanması, karşılıklı destek ve bireyin kendi bakımını gerçekleştirme becerisinin teşvik edilmesi,
- Tıbbi müdahaleler ve hemşirelik bakımı,
- Ev ortamındaki günlük yaşamı kolaylaştırmak amacıyla temizlik, çamaşır yıkama ve alışveriş gibi ev işleri desteği,
- Özürlü bireylerin ihtiyaçlarına uygun fiziksel çevre düzenlemelerinin yapılması,
- Sağlık hizmetlerine erişim için yönlendirme ve kamu kaynaklarından faydalanma desteği,
- Hastanın evde rehabilitasyon sürecine dahil edilmesi,
- Destekleyici araç-gereçlerin ve ilaçların temin edilmesi,
- Özellikle inkontinans, demans ve diğer zihinsel rahatsızlıklara yönelik özel bakım hizmetleri,
- Bakım gereksinimi yüksek bireylerin geçici kurumsal bakıma alınması ve bakım verenlerin desteklenmesi; bu kapsamda eğitim, danışmanlık ve bilgilendirme hizmetlerinin sunulması,
- Ağrı yönetimi ve belirtilerin hafifletilmesine yönelik palyatif bakım uygulamaları,
- Psikososyal destek ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi ve informal destek ağlarının geliştirilmesi,
- Üretkenlik ve boş zaman aktivitelerinin teşvik edilmesi,
- Fiziksel egzersiz olanaklarının sağlanması,
- Toplumun bakım verme rolünü üstlenmesi için bilinçlendirilmesi ve harekete geçirilmesi (32).

Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler, sunum süresi bakımından ikiye ayrılmaktadır (31).

1. Sürekli evde sağlık hizmeti, hastanın ilk ziyareti sonrası yaşamı boyunca ya da hizmeti sonlandırana kadar devam eden bakımı ifade etmektedir.

2. Süreli evde sağlık hizmeti ise, hastanın ilk ziyaretinden itibaren belirli bir süre (genellikle 30 gün, gerektiğinde hekim onayıyla uzatılabilir) verilen geçici bakımdır.

Bu hizmetlerden;

- 65 yaş ve üzeri olup, sağlık kurulu raporuyla tam bağımlılığı belgelenen bireyler,
- 80 yaş ve üzerindeki tüm bireyler (yaşa bağlı sağlık ihtiyaçları dikkate alınarak),
- Tıbbi cihazlara ya da ev ortamına bağımlı yaşamak zorunda olan hastalar,
- Palyatif bakım sürecini tamamlayıp evde izlenmesi gereken bireyler,
- Hastaneden taburcu edilirken hekiminin evde sağlık hizmeti önerdiği hastalar,
- Taburculuk sonrası, hekim tarafından belirlenen süre boyunca tıbbi bakım ihtiyacı devam eden bireyler,
- Bazı kronik veya özel sağlık durumu bulunan hastalar, örneğin:

- Diyabet
- Kalp yetmezliği
- KOAH
- İnme
- Alzheimer ya da demans gibi nörolojik hastalıklar
- Terminal dönem kanser hastaları

- Aynı anda birden fazla kronik hastalığı bulunan bireyler (multimorbidite)
- Kalça, diz veya omuz kırığı sonrası bakım gerektiren hastalar
- Ampütasyon sonrası düzenli tıbbi izleme ihtiyacı olan bireyler yararlanabilmektedir (31).

Bu kişilere verilecek hizmetin ekibinde; hekim, hemşire, ebe, toplum sağlığı teknisyeni, sağlık memuru, evde hasta bakım teknikeri, yaşlı bakım teknikeri, psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, eczacı, diyetisyen, şoför ve diğer ilgili meslek gruplarından oluşan çok disiplinli bir ekip tarafından yürütülmekte olup, aile bireyleri de tedavinin önemli bir parçası olarak aktif rol almaktadır (7, 33).

2.1.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantajları ve Dezavantajları

Evde Sağlık Hizmetleri; bakım alanlar, verenler ve sağlık sistemi için pek çok avantaj sunarken hastanede verilen bakıma kıyasla bazı dezavantajları da içermektedir (7, 34, 35).

Tablo 2.1. Evde sağlık hizmetlerinin avantajları ve dezavantajları

Avantajlar	Dezavantajlar
Bireyin alışık olduğu ev ortamında bakım alması ve bu sayede psikolojik iyilik hâlinin korunması	Profesyonel sağlık çalışanlarının sürekli gözetiminin sağlanamaması ve acil durumlarda hızlı müdahale zorlukları
Hastaneye yatış sırasında ortaya çıkabilecek enfeksiyon, komplikasyon veya istenmeyen olayların riskinin azalması	Evde bakım verecek sağlık personelinin hastane ortamına kıyasla bazı ileri teknolojik donanımlardan yoksun olması
Bireyin günlük yaşam rutinini ve sosyal ilişkilerini sürdürme imkânının bulunması	Profesyonel sağlık personelinin kişisel güvenlik endişeleri ve aile bireyleri ile etkili iletişim kurmada yaşanabilecek güçlükler
Hastanın, hastane ortamındaki kısıtlamalardan bağımsız olarak kendi yaşam biçimini sürdürebilmesi	Aile üyelerinin bakım yükünün artması ve bu yükün sosyal ve psikolojik sorunlara yol açabilmesi
Hastane yatışlarının azalması ile sağlık kurumlarındaki yatak kapasitesinin daha verimli kullanılması	Sağlık hizmetlerinin bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşımla sunulmasında bazı organizasyonel güçlükler yaşanabilmesi
Sağlık hizmetine erişimde süreklilik ve bireysel bakım planlarının uygulanabilmesi	Evde bakım hizmetlerinin, sağlık çalışanı sayısının yetersizliği nedeniyle aksama riski taşıması

2.1.4. Dünyada Evde Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

İnsanlık tarihinin başlangıcından itibaren ESH'nin varlığı söz konusudur. En temel sağlık hizmetlerinden biri olan doğumun nerede gerçekleşeceği konusu ilk olarak Roma'da gündeme gelmiş, Roma'da ebeler sağlık malzemelerini gebenin evine götürerek doğumu ev ortamında gerçekleştirmiştir (11). Ancak bazı kültürlerde doğumun kutsal sayılması nedeniyle

bu eylem daha özel mekanlarda yapılmıştır (36). Orta Çağ Avrupası'nda veba gibi salgın hastalıkların yaygınlığı nedeniyle hastaların karantina altına alınması ve evlerinde izole edilmesi yaygın bir uygulama haline gelmiştir. Bu uygulamanın temel amacı, hasta olmayan bireyleri korumak ve vebalıların temel ihtiyaçlarını ev ortamında karşılamaktır (37). Söz konusu dönemde evde bakım hizmetleri büyük oranda kilise ve dini gönüllü kuruluşlar tarafından yürütülmüş olup, sağlık hizmetlerinden ziyade barınma, beslenme gibi sosyal hizmetler ön planda olmuştur (36, 37). 18. Yüzyılda avrupadaki hastanelerin olumsuz koşulları evde bakım hizmeti uygulamaları için hazırlayıcı faktördür (37). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) evde bakım hizmeti veren ilk resmi kuruluş olan 1796 tarihli Boston Dispanseri, gelişimlerin temelini oluşturmuştur (38). İngiliz antropolog William Rathbone ise 1856 yılında kilisenin hâkimiyetindeki yapıya alternatif olarak ziyaretçi hemşirelik hizmetini başlatmış ve Nightingale'in öncülüğünde Liverpool'da evde bakım hizmeti verecek ziyaretçi hemşirelerin yetiştirildiği 1,5 yıllık eğitim veren ilk okulu kurulmuştur. Nightingale bu hizmetin eğitimini sistematik hale getirmesini planlamış, Mary Robinson ise Liverpool'da evde hemşirelik yapan ilk kişi olarak hem hemşirelik hizmeti sunmuş hem de aile bireylerine genel hijyen kuralları ve hasta bakımı konusunda eğitim vermiştir (36). Nightingale'in bölge hemşireliği ve evde bakım ile ilgili raporları 1890'dan I. Dünya Savaşı'na kadar ABD'deki sosyal ve kültürel değişimlerle tam olarak örtüşmemiştir. Bu dönemde ülkede evde bakım hizmetlerinin gelişimi için yeni fırsatlar yaratmış ve öncülüğü Lillian Wald üstlenmiştir (36). ABD'de ESH'nin ilk uygulamalarından biri 1893 yılında New York'ta Henry Street Nursing Settlement, organize toplum sağlığı hemşireliği olarak hayata geçirilmiştir (39). Aynı dönemde ziyaretçi hemşirelerin görev kapsamı genişletilmiş ve hizmetlerin multidisipliner bir yaklaşımla sunulabilmesi amacıyla farklı meslek gruplarının katılımı sağlanmıştır (36, 37).

20. yüzyılda yaşanan hızlı kentleşme ile birlikte yoksullaşan bireylerin sayısındaki artış, ESH'ye olan gereksinimi de önemli ölçüde artırmış aynı zamanda bilimde yaşanan gelişmeler sağlık sektörünü de etkilemiştir (37, 39). 1909 yılında sağlık sigorta şirketlerinin de evde sağlık hizmeti sunmaya başlaması, bu alandaki hizmetlerin kurumsallaşmasına katkıda bulunmuştur. ESH; 1916 yılında halk sağlığı hizmeti olarak tanımlanmış, 1922 yılında ise kurumsal bir temele oturtularak yaygınlaştırılmıştır. 1921 yılında prenatal ve neonatal bakım uygulamaları ev ortamında başlatılmış, 1935 yılında ise devlet desteğiyle yürütülmeye başlanmıştır. 1947 yılında ABD'de Montefiore Hastanesi, ilk hastane destekli evde bakım programını uygulamaya

koymuştur. 1960 yılında yaşlı bireylere yönelik ücretsiz evde bakım desteği sağlanmış, 1965 yılında Medicare ve Medicaid sigorta sistemlerinin devreye girmesiyle evde bakım hizmetlerinin finansmanı güvence altına alınmıştır (37). Bu kapsamda, Medicare programı özellikle yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını karşılarken, Medicaid programı ekonomik yetersizlik yaşayan bireylere destek sağlamıştır (40). Medicare programının yürürlüğe girmesiyle birlikte, ABD'deki lisanslı evde bakım şirketlerinin sayısı 1965 yılında 1.753 iken, 1993 yılına kadar 6.497'ye çıkmıştır. 1990-1996 yılları arasında bu artış %31,4 olarak kaydedilmiş; 1995 yılında ise yaklaşık 15.000 şirket ve 700.000 sağlık çalışanı hizmet vermekte olduğu kaydedilmiştir (36).

Günümüzde ESH dünya genelinde birçok ülkede yaygın olarak uygulanmakta olup, bazı ülkelerde yalnızca temel düzeyde pratik yardım sunulurken, diğer ülkelerde hastane ortamını aratmayan gelişmiş tıbbi hemşirelik bakımını da içeren kapsamlı hizmetler sağlanmaktadır (7, 41). İngiltere'de hasta-hekim görüşmelerinin yaklaşık %10'u evde gerçekleştirilirken, Hollanda'da bu oran %8,5'tir. Kanada'da ise aile hekimlerinin yaklaşık %50'si haftada en az bir kez ev ziyareti yaparak ESH sunmakta, bu hizmetlerin büyük bir kısmı hemşireler tarafından yürütülmektedir (7**)**. İspanya'da yaklaşık 14 milyon kişi evde bakım hizmetlerinden yararlanırken Japonya'da yaşlıların önemli bir bölümü geleneksel aile yapısına bağlı olarak ev ortamında aileleri tarafından bakılmaktadır (42). Amerika ve Avrupa ülkelerinde ise ESH kapsamında kısa süreli rehabilitasyon, hastane sonrası bakım, fizik tedavi, kişisel bakım, hemşirelik hizmetleri ve ergoterapi gibi çeşitli sağlık hizmetleri sunulmaktadır (7). Bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek amacıyla yaşadıkları ortamda sunulan bir hizmet modeli olan ESH, bilim ve teknolojideki ilerlemeler ile sağlık alanındaki gelişmeler sonucunda beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle giderek daha da fazla önem kazanmaktadır (39, 43).

2.1.5. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin tarihsel kökenlerine ilişkin ilk uygulamalardan biri olarak, 15. yüzyılda Osmanlı Devleti'nde gezici hekimlik hizmetlerinin sunulması ve hasta bireylere aile fertleri tarafından bakım verilmesi gösterilmektedir (11). Zaman içinde, evde bakım hizmetlerinin özel hemşireler ve evde hasta bakımı sağlayan hasta bakıcılar aracılığıyla veya aile bireyleri tarafından sürdürüldüğü görülmektedir (11, 33). Türkiye'de ESH ile ilgili ilk düzenlemeler, 1930 yılında yürürlüğe giren 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

kapsamında bulaşıcı ve salgın hastalıkların evde muayenesi ve hastaların tecrit edilmesine yönelik olarak başlamıştır (11, 39, 44). Bu dönemde ESH hem tıbbi hem de sosyal boyutları içerecek şekilde uygulanmıştır (42). 1946 yılında hazırlanan sağlık planı çerçevesinde, sağlık merkezleri aracılığıyla gezici sağlık hizmetlerinin organizasyonu yapılmış ve bu hizmet kapsamında ekiplerin ev ziyaretleri planlanmıştır (11, 39). 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) kapsamında 09.09.1964 tarihli ve 11802 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik" ile ise kronik hastalığı olan kişilerin izlenmesi ve bakımının sağlanması sağlık ocaklarının sorumluluğuna verilmiş olup sağlık hizmetlerinin temel esasları belirlenmiştir (11, 45). SHSHK kapsamında yürütülen ESH, bağışıklama, gebe ve çocuk izlemleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerini içermekte ve bu hizmetlerin sağlık evi, sağlık ocağı veya risk grubunun evinde yürütülmesi öngörülmekte olup kronik hastalığı olan bireylerin evde takibinin halk sağlığı hemşirelerinin sorumluluğuna bırakıldığı belirtilmiştir (42, 45, 46). 1963 yılında hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ise, yüksek maliyetli hastane tedavileri yerine evde ve ayaktan tedavi hizmetleri sunacak bir sağlık teşkilatının kurulması gerekliliği vurgulanmıştır (47). 1980 sonrası dönemde de hastaneden taburcu edilen hastalara evde tıbbi bakım hizmeti sunmak amacıyla özel sağlık kuruluşlarının kurulmaya başlandığı ve bu kuruluşların ESH'ye katkı sağladığı görülmektedir (29).

Türkiye'de ESH'nin kamu hastanelerinde ilk kez 2004 yılında Balıkesir Devlet Hastanesi tarafından yatağa bağımlı hastalara yönelik ev ziyaretleri şeklinde başlatılması, bu alandaki önemli gelişmelerden biri olarak değerlendirilmektedir (46). Ancak yasal açıdan, 2005 yılına kadar evde bakım hizmetlerini sağlayacak yapılar oluşturulmamış, bu eksiklik 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile giderilmiş ve hizmetlerin kanuni çerçevesi çizilmiştir (11, 48). Daha sonra 2007 ve 2008 yıllarında yönetmelikte bazı değişiklikler yapılmış; 1 Şubat 2010 tarihinde yayımlanan "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile kamu kurum ve kuruluşlarında ESH sunulmaya başlanmıştır (9, 49). Bu yönergeyle ilk kez "evde bakım hizmeti" tanımı yerine "evde sağlık hizmeti" terimi kullanılmıştır (49). Yönerge'nin amacı, ESH gereksinimi olan bireylerin evde ve aile ortamında muayene, tetkik, tedavi, bakım ve rehabilitasyonlarının sağlanması, sosyal ve psikolojik destek

verilmesi, ESH birimlerinin kurulması, personel görev ve yetkilerinin belirlenmesi, iletişim ve kayıt sistemlerinin oluşturulması ve uygulamanın denetlenerek ESH'nin etkin ve ulaşılabilir şekilde yürütülmesidir (49). 2011 yılında yayımlanan "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik"te hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumlulukları ayrıntılı olarak belirtilmiş ve bu kapsamda "Halk Sağlığı Hemşireliği" başlığı altında "Evde Bakım Hemşiresi" de tanımlanmıştır (50). 27 Şubat 2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" ile ESH'nin kapsamı, teşkili, sevk ve idaresi, hizmet birimlerinin kurulması gibi konular düzenlenmiş; ayrıca muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin evde ve aile ortamında sunulması ile birlikte bireylere ve ailelerine sosyal ve psikolojik destek verilmesi hedeflenmiştir (51). Bu yönetmelikle ayrıca ESH'nin yalnızca hastaneler değil, halk sağlığı ve toplum sağlığı merkezleri tarafından da sunulması sağlanmıştır (51). 2017 yılında Sağlık Bakanlığı, evde sağlık hizmetlerinin sunumunu tamamen hastanelere devrederek, toplum sağlığı merkezleri ve aile hekimlerini bu uygulamanın dışına çıkarmıştır (9). Son olarak 2 Haziran 2023 tarihinde, 32209 sayılı "Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik" yayınlanmış olup 27/2/2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır (51, 52). Yönetmelik kapsamında; birimler arası koordinasyonun sağlanması, ekiplerin yönetimi ve hizmetin sürekliliğinin temini için Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezi (ESKOM) kurulmuş, hasta başvurularının alınması, yönlendirilmesi ve kayıt altına alınması amacıyla Evde Sağlık İletişim Merkezi (ESHİM) oluşturulmuş ve 444 38 33 hattı ile hizmet verilmesi sağlanmıştır. Hizmet sunumunda görev alan evde sağlık hizmet birimleri ise, işlev ve bulundukları sağlık tesislerine göre ayrılarak; ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde kurulan H Tipi (ESH-H) birimler ile ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunulduğu D Tipi (ESH-D) birimler olarak tanımlanmıştır (52). Ayrıca, 2022 yılına kadar ESH'den yararlanan toplam hasta sayısı 2,178,571 iken, 2023 yılında bu sayı 2,485,940'a ulaşmıştır (53).

2.2. BAKIM YÜKÜ

2.2.1. Bakım Kavramı

Bakım, bireylerin yaşamları boyunca ihtiyaç duyduğu temel bir gereksinimdir (54). Türk Dil Kurumu'na (2025) göre bakım; birine bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi ya da korunması için harcanan emek ve bir bireyin beslenme, giyinme gibi temel gereksinimlerini üstlenme olarak tanımlanmaktadır (55). Bakım kavramı yalnızca fiziksel yardımı değil; emosyonel, sosyal ve ekonomik destek gibi çok boyutlu unsurları da içermektedir (56). Kişilerin günlük yaşamsal faaliyetlerini sürdürebilmeleri için gerekli olan bakım, bireyin sosyal, ekonomik ve kültürel bağlamına göre şekillenmektedir (57). Bu doğrultuda Hugman (1991), bakımın hem zihinsel bir dikkat yönelimi hem de bu yönelimin sonucunda ortaya çıkan somut uygulamalardan oluşan çift yönlü bir süreç olduğunu belirtmiştir (58). Hugman'a göre bakım; sağlık ve sosyal bakım olarak iki temel kategoriye ayrılmaktadır. Sağlık bakımı, hastalık, yaralanma veya sakatlık gibi durumlarda tıbbi müdahaleyi kapsarken; sosyal bakım, bireyin beslenme, giyinme, yıkanma, hareket etme ve çevresiyle iletişim kurma gibi temel günlük yaşam aktivitelerinde desteklenmesini ifade etmektedir (58).

Bakım kavramı hemşirelik kuramcıları tarafından farklı perspektiflerle ele alınmıştır. Bu yaklaşımlar, bakımının bütüncül doğasını açıklamada yol göstericidir (54). Jean Watson'ın İnsan Bakım Modeli'ne göre bakım; bireyin sağlığını geliştirmek, yeniden kazandırmak ve hastalıkları önlemek için insan gereksinimlerinin karşılanmasıyla sonuçlanan kişilerarası girişimler bütünüdür. Watson, bakım vermeyi hemşireliğin temel taşı ve uygulamanın merkezi olarak tanımlar (54, 59). Joyce Travelbee (1971), hemşirenin yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda duygusal ve ruhsal boyutları da kapsayan bütüncül (holistik) bakım sağlaması gerektiğini vurgulamıştır (54). Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Kuramı'nda bakım, terapötik ilişkiler bağlamında tanımlanmakta ve bireyin psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasına odaklanılmaktadır (59, 60). Neuman'ın Sistemler Modeli ise bireyin stresörlere karşı savunma hatları geliştirdiğini varsayarak bakımın yalnızca fiziksel değil, psikolojik ve çevresel faktörleri de içermesi gerektiğini savunur. Bu kuramsal yaklaşımlar, bakım kavramının bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel yönleriyle bir bütün olarak ele alınmasının önemini ortaya koymaktadır (59).

Bakım, veriliş biçimi ve sağlayıcıları açısından formal ve informal bakım olarak sınıflandırılmaktadır (61).

- Formal bakım, profesyonel sağlık çalışanları tarafından, yasal düzenlemeler çerçevesinde verilen planlı bakım hizmetlerini kapsar. Bu hizmetler genellikle evde sağlık hizmetleri, sosyal bakım hizmetleri ve profesyonel destekleri içerir (9, 61).

- İnformal bakım ise genellikle aile bireyleri, komşular ya da arkadaşlar tarafından gönüllü ve çoğunlukla ücretsiz olarak sunulan yardımlardır. Bu tür bakım, bireyin temel yaşam aktivitelerinde (yemek yeme, giyinme, temizlik, iletişim vb.) destek sağlamayı içerir (61, 62). Türkiye'de ve birçok ülkede evde bakımın büyük bir bölümü informal bakım verenler tarafından karşılanmaktadır (36).

Bakım hizmetlerinin sunumunda formal ve informal bakımın yanı sıra, bilinmesi gereken önemli bir diğer kavram da primer bakım vermedir. Primer bakım veren, hastanın bakımını yürütme veya süreci izleme sorumluluğunu birinci derece üstlenen kişidir (63). Bu bireyler genellikle ESH'nin informal bakım verenleri; eş, çocuk, kardeş gibi yakın akrabalardan oluşmaktadır ve bakımın fiziksel, emosyonel ve organizasyonel yönlerini üstlenmektedir (61, 63).

2.2.2. Bakım Vermenin Bireye Etkileri

Bakım, bireyin yaşam kalitesini artırmak, sağlık durumunu korumak ve iyileştirmek amacıyla sürdürülen çok yönlü bir süreçtir. Bu sürecin en önemli bileşenlerinden biri bakım veren kişilerdir. Bakım veren; hastaya fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik yönlerden destek sunan, tıbbi tedavi ile psikososyal iyileşme arasında köprü kuran kişidir (61). ESH'de bakım verenler, sürecin temel taşı olarak değerlendirilmektedir (9).

Evde Sağlık Hizmetleri'nin etkin, sürekli ve kaliteli biçimde sürdürülebilmesi, bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin bilinmesine ve bu doğrultuda zorluk riski taşıyan grupların belirlenmesine bağlıdır. Bu amaçla, risk altındaki bakım verenleri desteklemeye yönelik özel planlamaların yapılması büyük önem taşımaktadır (15). Evde sağlık hizmetleri raporu'na göre (2021); evde bakım alan bireylerin yaklaşık %13'üne bakım, aile üyeleri ya da

yakın arkadaşlar tarafından sağlanmakta; bu informal bakım verenlerin %60'ını ise kadınlar oluşturmaktadır (9). Özellikle yaşlı bakımında birincil sorumluluk genellikle yetişkin kız çocuklarına ait iken, eşler ikinci sırada yer almakta; erkek çocukların katkısı ise daha sınırlı kalmaktadır. Gelinlerin ise özellikle günlük bakımda destekleyici roller üstlendiği bildirilmektedir (9).

Bakım verenin yaşı, ailevi sorumlulukları, fiziksel ve ruhsal sağlığı, ekonomik durumu ve yaşam koşulları gibi çeşitli faktörler bakım kapasitesini doğrudan etkilemektedir. Çoğu zaman bakım veren, bireyin yakın çevresinden bir aile üyesidir. Bu durum, bakım verme sürecinin yalnızca teknik bir faaliyet değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal bir sorumluluk olduğunu da ortaya koymaktadır (9). Bakım verme süreci, ev düzenini, aile ilişkilerini ve bireyin kişisel yaşamını önemli ölçüde dönüştürmekte; bakım verenin rol çatışmaları yaşamasına ve kişilik özelliklerinde değişimlere yol açabilmektedir (64).

Bakım sürecinde bakım verenler, hastanın günlük yaşam aktivitelerine destek olmakla kalmayıp, sağlık profesyonelleri tarafından hastane ortamında gerçekleştirilen birçok işlemi de üstlenmektedir. Bunlar arasında besleme, banyo yaptırma, ilaç uygulama, pansuman yapma ve hastayı takip gibi işlemler yer almaktadır (20, 65). Bu görevlerin sürekliliği ve zorluğu, bakım verenlerde fiziksel tükenmişlik, ruhsal çöküntü, kronik yorgunluk, depresyon, anksiyete ve stres artışı gibi pek çok olumsuz sonuca neden olmaktadır (66-68).

Fiziksel belirtiler arasında hazımsızlık, baş ağrısı, kas ağrıları, uyku ve iştah düzensizlikleri öne çıkarken; emosyonel etkiler olarak huzursuzluk, sosyal izolasyon, benlik saygısında azalma, depresyon, anksiyete ve madde kullanımında artış görülebilmektedir (56). Ayrıca sosyal destek yetersizliği, ekonomik sıkıntılar ve işle ilgili problemler de bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bakım yükü, zamanla kişilik değişimlerine, tükenmişliğe ve uyku bozukluklarına zemin hazırlayarak, bireyin genel sağlığını tehdit eden bir faktör haline gelebilmektedir (20).

Tüm bu olumsuzluklara karşın, bakım verme süreci bazı bireyler için anlamlı ve ödüllendirici bir deneyim olarak da algılanabilmektedir. Özellikle sevgi ve bağlılık temelli ilişkilerde bakım verenler, yardım etme duygusundan haz duyduklarını, yaşamlarına anlam kattığını ve problem çözme becerilerinin geliştiğini ifade etmektedir (66, 69). Bu süreç aynı

zamanda ruhsal doyum sağlayarak bireyin öz yeterlik duygusunu da desteklemektedir (66, 69). Bu nedenle, bakım verenlerin iyi olma halini artırmak amacıyla yalnızca olumsuz etkiler değil, bakım verme deneyiminin olumlu yönlerinin de fark edilmesi ve desteklenmesi önem arz etmektedir (66, 69).

2.2.3. Bakım Verme Yükü Kavramı

Bakım verme yükü, bir bireyin başka bir kişinin sürekli bakımını üstlenmesiyle ortaya çıkan fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik zorlukların bütününü ifade eden çok boyutlu bir kavramdır (15, 70). Kavram ilk olarak 1963 yılında Grand ve Sainsbury (1963) tarafından tanımlanmış, demans hastalarına bakım veren bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada ele alınmıştır (71). Hoenig ve Hamilton (1966) ise bu kavramı "objektif" ve "subjektif" olmak üzere iki boyutta ele alarak literatürdeki temel sınıflamayı yapmıştır (72).

- Objektif yük, bakım sürecinde harcanan zaman, para, fiziksel çaba ve sosyal yaşamdan fedakârlık gibi dışsal ve ölçülebilir unsurları içerir (73, 74).

- Subjektif yük ise bakım verenin yaşadığı duygusal stres, kaygı, suçluluk, tükenmişlik gibi bireysel ve içsel hislerle ilgilidir (73, 70).

Bakım verme yükü, bakım vermenin sonucunda bakım vericiyi olumsuz olarak etkileyerek birçok sorunu doğurabilen kişisel bir durumdur (70, 75). Bu durum, bakım verenin kendi yaşamı ile bakım sorumlulukları arasında denge kuramaması durumunda daha da artar (15). Artan bakım yükü, bakım verenin fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz yönde etkileyerek depresyon, anksiyete ve tükenmişlik gibi psikolojik sorunların yanı sıra kronik hastalık riskini de artırır (76, 77). Sosyal izolasyon, iş-aile dengesi kuramama gibi durumlar da bakım yükünü ağırlaştıran diğer etkenlerdendir (10). Bu yükün azaltılması için bakım veren bireylere yönelik destek programları önemlidir. Psikososyal danışmanlık, eğitim programları ve ESH gibi uygulamalar hem bakım verenin hem de bakım alanın yaşam kalitesini artırabilmektedir (8, 75, 78).

2.2.4. Bakım Verme Yüküne Neden Olan Faktörler

Bakım verme yükü; hastanın ve bakım verenin bireysel özellikleri, hastalığın niteliği, bakım süresi ve niteliği, bakım verenin içinde bulunduğu sosyal roller, bilgi düzeyi, sağlık durumu, ekonomik olanaklar, sosyal destek gibi çok sayıda faktörün etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir süreçtir (79, 80). Bakım vericinin yaşı, cinsiyeti, eğitim ve ekonomik düzeyi, hastayla yakınlık derecesi, bakım vermeye gönüllülüğü, kronik hastalığının olup olmaması, başka sorumluluklarının bulunması, kendine zaman ayıramaması, sosyal izolasyon yaşaması ve yeterli sosyal destek alamaması gibi etmenler bakım yükünü doğrudan etkilemektedir (73, 80, 81). Aynı zamanda bakım verilen hastanın fiziksel ve bilişsel yetersizlikleri, davranışsal sorunları, aşırı ilgi beklentisi ve bakım vericinin yaşamına müdahale etmesi gibi durumlar da psikolojik yükü artırmaktadır (73). Bu bağlamda bakım verenin bakım sürecine dair bilgi ve deneyim eksiklikleri, süreci daha da zorlaştırmakta, stres, mutsuzluk, depresyon ve uyku problemleri gibi duygusal sorunlara yol açabilmektedir (81, 82). Hemşireler ve ESH ekibinin, bu faktörleri göz önünde bulundurarak hasta ve bakım verenin ihtiyaçlarına yönelik bütüncül hemşirelik süreci planlaması, bakım yükünü azaltma ve süreci yönetme açısından kritik öneme sahiptir (83).

2.3. TÜKENMİŞLİK

2.3.1. Tükenmişlik Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığını bireyin yaşamın normal stresleriyle başa çıkabilmesi, kendi yeteneklerini gerçekleştirebilmesi, öğrenim görebilmesi, çalışabilmesi ve topluma katkıda bulunabilmesi durumu olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte, yoksulluk, eşitsizlik, şiddet ve çevresel yoksunluk gibi olumsuz koşullar bireyin ruh sağlığını olumsuz etkileyerek tükenmişlik riskini artırabilmektedir (84).

Tükenmişlik kavramı ilk kez Freudenberger tarafından kullanılmış, daha sonra Maslach tarafından kuramsallaştırılmış ve işle ilişkili kronik stresin sonucu olarak tanımlanmıştır (85). Bu bağlamda tükenmişlik, üç temel boyutta; duygusal tükenme, duyarsızlaşma (depersonalizasyon) ve kişisel başarıda azalma olarak ele alınmaktadır (86, 87). Duygusal tükenme, bireyin enerji rezervlerinin tükenmesiyle birlikte kronik yorgunluk ve stres yaşaması

durumudur (87). Duyarsızlaşma, kişinin hizmet sunduğu bireylere karşı ilgisiz ve kopuk bir tutum sergilemesiyle kendini gösterirken, kişisel başarıda azalma boyutu, bireyin mesleki yetkinlik ve başarı hissinin azalması ile ilgilidir (87). DSÖ, tükenmişliği ICD-11'de "başarılı şekilde yönetilemeyen kronik iş yeri stresinin sonucu oluşan bir sendrom" olarak tanımlamakta; bu sendromu enerji tükenmesi, işle ilgili zihinsel mesafe veya alaycı tutumlar ve mesleki verimlilikte azalma gibi belirtilerle açıklamaktadır (88).

Pines ve Aronson (1988), tükenmişliği bireyin şevk, enerji, idealizm ve yaşam amacını kaybetmesiyle oluşan fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenmişlik hali olarak tanımlamış; bu durumun bireyde çaresizlik, umutsuzluk, stres ve kapana kısılmışlık hislerini tetikleyebileceğini ifade etmişlerdir (89). Bu tanım, özellikle hasta yakınlarına bakım veren bireylerde gözlemlenen durumlarla örtüşmektedir. Bu bireyler zamanla artan fiziksel ve psikolojik yük altında ilgisizlik, huzursuzluk, kızgınlık ve dışa kapanma gibi olumsuz tutumlar geliştirebilmekte, hatta yaşamın anlamını sorgulamaya başlayabilmektedirler (22). Nitekim bakım süresinin uzaması yalnızca hastayı değil, bakım verenin yaşam kalitesini de ciddi biçimde etkilemekte; artan stres, psikolojik zorlanma ve sosyal baskılar sonucunda bu durum literatürde "bakım verenin tükenmesi" olarak tanımlanmaktadır (20).

2.3.2. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik, bireyin maruz kaldığı yoğun stres ve baskı ortamı nedeniyle ortaya çıkabileceği gibi, herhangi bir belirgin dış etken olmadan da gelişebilmektedir (90). Bu durum yalnızca olumsuz duyguların varlığıyla değil, aynı zamanda pozitif duyguların yitirilmesiyle de şekillenmektedir. Tükenmişlik, yalnızca bireyin ruhsal durumunu değil; aynı zamanda iş yaşamındaki hizmet kalitesini, özel yaşamını ve ailevi ilişkilerini de olumsuz yönde etkileyerek bireysel olmaktan çıkar, çevresel ve toplumsal bir sorun haline gelir (90).

Tükenmişliğin belirtileri genel olarak fiziksel, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir: (85, 91, 92).

- Fiziksel belirtiler arasında halsizlik, baş ağrısı, uyku problemleri, kilo kaybı veya artışı, sindirim bozuklukları, nefes darlığı, üst solunum yolu enfeksiyonlarına yatkınlık ve kalp-damar sorunları yer almaktadır (85, 91, 92).

- Psikolojik belirtiler, bireyde olumsuz düşüncelerin artması, sabırsızlık, kaygı, depresyon, suçluluk hissi, güçsüzlük, özgüvensizlik, duygusal yük, öfke, panik, çökkünlük ve kontrol kaybı yaşanması gibi durumları kapsamaktadır (85, 92).

- Davranışsal belirtiler arasında ise madde kullanım eğilimi, aşırı çalışma, yerinde duramama, içe kapanma, sosyal ilişkilerden kaçınma, öfke patlamaları, ağlama krizleri, şiddet eğilimi ve riskli davranışlar sayılabilir (85, 91, 92).

Bunların yanında ise bezginlik, asosyallik, sosyal izolasyon, aile içi sorunlar, eleştiriye aşırı duyarlılık ve bağımlı davranış biçimlerinin gelişmesi gibi sosyal belirtiler ile; konsantrasyon eksikliği, dikkat dağınıklığı, karar vermede güçlük, düşünce içeriğinde bozulma, kendini ayıplama, fazla rüya görme, bazı düşüncelerden kaçınma ve uyarıcılara aşırı hassasiyet gibi zihinsel belirtiler de gözlemlenmektedir (92). Bu çok boyutlu yapı, tükenmişlik sendromunun yalnızca bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda işlevselliğini ve sosyal çevresini de etkilediğini göstermektedir.

2.3.3. Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler

Tükenmişlik, özellikle yoğun iş yükü ve stresin hâkim olduğu meslek alanlarında sıkça gözlemlenen bir sendromdur. Ancak bu durum yalnızca çalışma yaşamındaki güçlüklerden kaynaklanmamakta, bireyin psikolojik, biyolojik ve sosyal yönleriyle ilişkili çok boyutlu bir çöküş süreci olarak değerlendirilmektedir (93).

Tükenmişliğin ortaya çıkışında etkili olan unsurlar genel olarak iki temel başlık altında incelenmektedir: bireysel faktörler ve örgütsel faktörler (94). Bireysel faktörler, bireyin kişisel özellikleri ve içsel kaynaklarıyla bağlantılıyken; örgütsel faktörler, bireyin içinde bulunduğu iş ortamı ve kurumsal yapı ile ilişkilidir (91, 93).

- Bireysel Faktörler

Bireysel faktörler, tükenmişliğe karşı bireyler arasında farklı düzeylerde duyarlılık yaratan kişisel özellikleri kapsamaktadır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, kişilik özellikleri, stresle başa çıkma biçimi, özsaygı, motivasyon düzeyi, işe bağlılık, iş

doyumu, kişisel beklentiler, mükemmeliyetçilik, sosyal destek eksikliği, sosyal izolasyon, ekonomik sorunlar ve özel yaşamda yaşanan stres kaynakları bu grupta değerlendirilmektedir (90, 91, 93, 94).

Bireyin yaptığı işi isteyerek seçmemesi, sorumluluk dengesizliği, destek yetersizliği ve esnek olmayan düşünce kalıpları gibi unsurlar tükenmişlik açısından önemli risk faktörleridir (94). Ayrıca kişinin tüm zamanını işe ayırması, ailesine ve kendine yeterince zaman ayıramaması da bu süreci olumsuz etkileyebilmektedir (90).

- Örgütsel Faktörler

Örgütsel faktörler ise bireyin kontrolü dışındaki mesleki çevresel koşulları içermektedir. Bunlar arasında; aşırı iş yükü, uzun çalışma saatleri, düşük ücret ve yetersiz ödüllendirme, örgütsel iletişim eksikliği, sosyal desteğin azlığı, kurum içi çatışmalar, rol belirsizliği ve rol çatışmaları, liderlik problemleri, kariyer gelişimi olanaklarının sınırlılığı, iş güvencesinin eksikliği ve hiyerarşik, katı örgüt yapısı yer almaktadır (90, 91, 93, 94).

Çalışan performansının ödüllendirilmemesi, bireyin kişisel başarı algısında düşüşe neden olmakta ve tükenmişlik hissini artırmaktadır (93). Örgüt içindeki belirsizlikler, yetersiz liderlik desteği ve olumsuz kurum atmosferi de çalışanların psikolojik dayanıklılığını zayıflatmaktadır (90, 91).

Cesur ve ark.'nın (2023) aktardığı üzere, Maslach ve Leiter'in yaklaşımına göre tükenmişlik, bireyin iş yaşamındaki temel alanlarla olan uyuşmazlıklarından kaynaklanmaktadır (90). Bu alanlar; iş yükü, kontrol, ödül, aidiyet, adalet ve kişisel değerlerle uyum başlıklarında toplanmaktadır. Söz konusu alanlarda yapılacak iyileştirmeler, tükenmişliği önleyici etki yaratabilir (90, 91). Ancak aynı iş koşullarında çalışan bireyler arasında dahi, kişisel özelliklere bağlı olarak tükenmişliğe duyarlılık farklılaşabilmektedir (91).

2.3.4. Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişlik, birey üzerinde çok boyutlu ve derin etkiler oluşturan kronik bir stres durumudur. Özellikle uzun süreli stresin etkisinde kalan bireylerde psikolojik, fiziksel ve

davranışsal düzeyde pek çok olumsuz sonucun ortaya çıktığı bilinmektedir (94). Bu sonuçlar yalnızca bireyin kendisiyle sınırlı kalmayıp ailesi, iş çevresi ve genel yaşam kalitesini de kapsamlı biçimde etkileyebilmektedir (93).

Tükenmişlik yaşayan bireylerde duygusal tükenmişliğe eşlik eden fiziksel yorgunluk, zamanla ciddi sağlık problemlerine dönüşebilmektedir. Bu süreçte bireyler kronik yorgunluk, gerginlik, dikkat eksikliği, karar vermede zorluk, isteksizlik gibi belirtilerle karşılaşırken, psikolojik düzeyde de depresyon, uykusuzluk ve genel ruhsal çöküntü yaşayabilmektedir (93, 95). Uzun vadede bu durum, psikiyatrik ilaç kullanımında artış ve ruh sağlığı sorunlarının derinleşmesiyle sonuçlanabilmektedir (96).

Fiziksel açıdan değerlendirildiğinde ise tükenmişliğin; yüksek kolesterol, tip 2 diyabet, kardiyovasküler rahatsızlıklar, kas-iskelet ağrıları, sindirim ve solunum problemleri, yorgunluk ve erken ölüm gibi ciddi sağlık sorunlarına zemin hazırladığı görülmektedir (95, 96). Ayrıca, tükenmişliğe bağlı olarak artan allostatik yük, beyin yapısında ve işlevinde değişiklikler, bağışıklık sisteminin zayıflaması, inflamasyon, metabolik sendrom ve sistemik bozulmalar gibi biyolojik etkiler de söz konusu olabilmektedir (96).

Tükenmişliğin etkileri yalnızca bireysel değil, aynı zamanda sosyal ve örgütsel düzeyde de kendini göstermektedir. Bu süreçte birey hem ailesiyle hem de iş çevresiyle olan ilişkilerinde ciddi problemler yaşamaya başlar. Aile içi ilişkilerde karşılıklı anlayış ve destek zayıflarken, bireyin ailesine karşı ilgisi azalabilir ve bu durum aile üyelerinde yalnızlık, suçlama ve huzursuzluk gibi duygulara yol açabilir (94). Ayrıca, kanser gibi ağır hastalıklara sahip bireylerin aile üyelerinde yaşanan tükenmişlik, sadece onların ruh sağlığını olumsuz etkilemekle kalmayıp, hastaların bakım sürecini ve iyilik halini de sekteye uğratabilmektedir (27).

İş yaşamında ise tükenmiş bireylerde performans düşüklüğü, iş tatminsizliği, devamsızlık, hata yapma eğilimi ve iş kazalarında artış gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (93, 95). Bununla birlikte, çalışanların hizmet kalitesinde düşüş yaşanmakta, sosyal ilişkiler zayıflamakta ve işten ayrılma eğilimi artmaktadır (93). Zamanla birey, içinde bulunduğu örgüte ve mesleğine karşı yabancılaşmakta, duygusal bağlanma azalmakta ve yaratıcı üretkenlik kaybolmaktadır (93).

Tüm bu olumsuzluklar, örgütsel açıdan da önemli sonuçlar doğurmaktadır. Tükenmişliğin çalışan sağlığına zarar vermesi, hizmet kalitesini ve verimliliği düşürmekte; bu da kurumların başarısını ve sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir (91). Örgüt içinde tükenmişliğe bağlı olarak yaşanan bu bozulmalar, hem çalışan sirkülasyonunu artırmakta hem de kurumsal bağlılığı zayıflatmaktadır (93, 95).

Sonuç olarak, tükenmişliğin etkileri psikolojik, fiziksel, sosyal ve örgütsel düzeyde geniş bir yelpazeye yayılmaktadır. Başlangıçta yalnızca bireyin ruhsal sağlığını etkileyen bu durum, zamanla bedensel hastalıklara, sosyal ilişkilerde kopukluklara ve iş hayatında verimliliğin azalmasına neden olmaktadır (95, 96).

2.3.5. Tükenmişlikle Başa Çıkma Yolları

Tükenmişlikle başa çıkma yolları, bireysel ve örgütsel düzeyde ele alınmakta; hem bireyin kendi iç kaynaklarını kullanmasını hem de dış çevreden gelen destekleri etkin biçimde devreye sokmasını gerektirmektedir (93). Özellikle stresörlerle başa çıkmada etkili yöntemler geliştiren bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarını korumada daha başarılı oldukları bilinmektedir (97). Bu süreçte sosyal destek önemli bir rol oynamakta; aile, arkadaş ve sosyal çevresinden alınan duygusal destek, tükenmişlik düzeyini azaltmada etkili olmaktadır (27, 97).

Bireyin, kendine zaman ayırması, düzenli egzersiz yapması, yeterli uyuması ve sağlıklı beslenmesi gibi yaşam tarzı düzenlemeleri hem fiziksel hem de psikolojik iyilik halini desteklemekte ve tükenmişlik riskini azaltmaktadır (97). Bununla birlikte, bireyin kendi sınırlarını tanıması, gerçekçi hedefler belirlemesi, sorunlara aktif çözümler üretmesi ve gerektiğinde sınır koyabilmesi de tükenmişliğin önlenmesinde etkili olmaktadır (90). Zaman zaman bilinçli geri çekilme ya da kısa molalarla yapmış olduğu işten uzaklaşmak, bireyin zihinsel olarak toparlanmasına ve stresle daha etkili başa çıkmasına yardımcı olmaktadır (90). Bununla birlikte olumlu iç konuşmalar geliştirme ve düşünce biçimini yeniden yapılandırma, bireyin olumsuz duygularla baş etmesini kolaylaştırmakta ve duygusal dayanıklılığı artırmaktadır (90, 97). Öte yandan, bireyin kendi sınırlarını tanıması ve aşırı yüklenmeyi reddederek sınırlarını koruması, tükenmişliğin önlenmesinde önemli bir yer tutmaktadır (90, 97).

İş ortamında ise görevlerin çalışanların yetkinliklerine göre dağıtılması, adil ve destekleyici bir yönetim anlayışının benimsenmesi, iş doyumunu artırarak tükenmişlik düzeyini düşürmektedir (90, 93). Aynı zamanda, örgütlerin tükenmişliği önlemeye yönelik koruyucu politikalar geliştirmesi, iş yükünün dengeli dağılımını sağlaması ve çalışanların ruhsal ihtiyaçlarını gözetmesi de önemli birer örgütsel başa çıkma stratejisi olarak değerlendirilmektedir (90).

Tüm bu yöntemlere ek olarak, bireyin yaşamına yönelik derin bir farkındalık geliştirerek spiritüelitesinin artırtılması tükenmişlikle başa çıkmada giderek daha çok önem kazanmaktadır (27). Spiritüalite, kişinin stresli yaşam olayları karşısında umut duygusunu sürdürmesine, yaşadıklarını anlamlandırmasına ve psikolojik dayanıklılığını güçlendirmesine olanak tanımaktadır (27).

2.4. SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ HALİ

2.4.1. Spiritüalite

Spiritüalite, bireyin yaşamı, varoluşu, değerleri ve ilişkileri anlamlandırma sürecini içeren çok boyutlu bir kavramdır (98). Latince kökenli “spiritus” kelimesinden türeyen bu kavram, tarihsel süreçte sıklıkla dini pratiklerle ilişkilendirilmiş olmakla birlikte, günümüzde kişinin kendisi, başkaları ve aşkın bir varlıkla kurduğu ilişkileri de kapsayan daha geniş bir anlamda ele alınmaktadır (99). Türkçede spiritüalite kavramının yerine daha çok Arapça kökenli maneviyat kelimesi kullanılmaktadır (99, 100). Spiritüalite (Maneviyat), bireyin yaşamındaki amacı, değerleri ve toplumla olan ilişkisini sorgulama ve anlamlandırma sürecine işaret eder (13). Bu yönüyle spiritüalite, bireyin psikolojik dayanıklılığını güçlendirerek yaşamsal krizlerle baş etme kapasitesini artırır (13). Özellikle zorlu yaşam olayları, hastalık, ölüm ve travmalar gibi durumlar bireylerin spiritüel ihtiyaçlarını daha görünür hale getirir (101).

Din psikolojisi bağlamında spiritüalite, aşkın olanla kurulan ilişkiler üzerinden tanımlanırken, modern yaklaşımlar ise bu kavramı yalnızca dini inançlarla sınırlı tutmayarak bireyin içsel dünyasıyla ve yaşamın anlamıyla kurduğu bağları da kapsamına almaktadır (98,

99). Bu doğrultuda, spiritüalite bireyin yalnızca dini yönelimlerini değil, aynı zamanda varoluşsal, etik ve insani değerlerini de içine alan bütünsel bir anlam yapısına sahiptir (98).

Spiritüalitenin boyutlarını anlamaya yönelik yapılan sınıflandırmalar, bu kavramın çok katmanlı doğasını ortaya koymaktadır. McSherry ve Cash (2004), spiritüaliteyi bir yelpaze şeklinde tanımlayarak bir ucunda dini ve teistik inançları, diğer ucunda ise seküler ve hümanist öğeleri içeren bir yapı sunduklarını belirtmişlerdir (102). Benzer şekilde Ko ve ark. (2017), spiritüaliteyi yatay ve dikey olmak üzere iki eksende ele almışlardır. Yatay eksende bireyin kendisi, başkaları ve çevresiyle kurduğu ilişkiler yer alırken; dikey eksende bireyin Tanrı veya aşkın olanla kurduğu bağ yer almaktadır (103). Bu çok boyutlu yapı, bireyin hem bireysel hem de toplumsal düzeyde anlam ve bağlılık geliştirmesine olanak sağlamaktadır (103).

Spiritüalite, özellikle yaşamın kırılganlaştığı anlarda önemli bir baş etme kaynağı olarak öne çıkmaktadır. Ölüm, hastalık, umutsuzluk ve yaşamın anlamsızlığı gibi durumlarda bireylerin sıklıkla spiritüel değerlere yöneldikleri ve bu sayede anlam arayışlarını sürdürdükleri görülmektedir (104). Bu çerçevede, hemşirelikte spiritüel bakımın önemi giderek artmaktadır. Spiritüel bakım, bireyin yaşamla bağ kurmasını desteklemenin yanı sıra, onun bütüncül iyilik hâline de katkıda bulunur (13). Quinn ve Connolly (2023), yaşamı tehdit eden hastalıklar sürecinde bireylerin değer sistemlerinin sarsılabileceğini, bunun ise anlam kaybı ve ruhsal çatışmalara neden olabileceğini ifade etmektedirler. Dolayısıyla sağlık profesyonellerinin bireyin spiritüel ihtiyaçlarını fark edebilmesi ve bu ihtiyaçlara duyarlı bakım sunması, etik bir sorumluluk olarak değerlendirilmektedir (101).

Dünya Sağlık Örgütü'de yalnızca fiziksel değil, ruhsal acının da giderilmesini sağlık hizmetlerinin kapsamı içinde görmekte ve bu yönüyle spiritüel bakımın sağlık hizmetleri içinde yer alması gerektiğini vurgulamaktadır (105). Dellenborg ve Enstedt (2023), evde sağlık ve palyatif bakım bağlamında spiritüel bakımın temel bir ihtiyaç olarak değerlendirilmesi gerektiğini, bu ihtiyacın karşılanmasının ise bakım kalitesini doğrudan etkilediğini belirtmektedirler (106). Bu çerçevede, spiritüel bakım yalnızca bireyin ruhsal denge kurmasına yardımcı olmakla kalmayıp aynı zamanda hastalık sürecinde anlam ve umut duygusunu güçlendirmeye de katkı sağlamaktadır (106).

Sonuç olarak, spiritüalite bireyin kendisi, ailesi, çevresi ve aşkın olanla kurduğu ilişkiler üzerinden yaşamı anlamlandırmasını sağlayan çok boyutlu bir yapıdır. Hem bireysel anlam arayışında hem de profesyonel sağlık hizmetlerinde bireyin bütüncül olarak ele alınması gerektiğinde, spiritüel ihtiyaçların belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara yanıt verilmesi büyük önem taşımaktadır (13). Bu yönüyle spiritüel bakım, hemşirelik mesleğinde holistik yaklaşımın ayrılmaz bir bileşeni olarak değerlendirilmelidir (98).

2.4.2. Spiritüalitenin İnsan Yaşamına Etkisi

Spiritüalite, bireylerin sağlık durumları, hastalıkla başa çıkma yöntemleri ve duygusal süreçleri üzerinde etkili olan çok boyutlu bir kavramdır (107). Bireylerin spiritüel inanç ve uygulamaları, yaşamlarını anlamlandırmalarına ve kendilerine olan saygılarını korumalarına olanak sağlar; bu da stresli durumlarla başa çıkma becerilerini güçlendirir (98). Spiritüalite, bireylere güç, umut, huzur ve rahatlama sunarken; kişisel değerler ve dünya görüşünde olumlu değişimleri destekleyerek sosyal sorumluluk üstlenmelerini, hastalıklarını kabullenmelerini, acı, ağrı, stres ve depresyon düzeylerini azaltmalarını ve yaşam kalitelerini artırmalarını sağlar (98).

Spiritüalite, bireylerin stresle başa çıkmasını kolaylaştıran önemli bir kaynak olarak işlev görür. Beklenmedik yaşam olaylarına karşı dayanıklılığı artırır ve olumlu yaşam düşüncelerini güçlendirir (108). Spiritüel açıdan iyi olan bireylerin, yaşama bağlılıkları, kendini sevme düzeyleri ve stresle başa çıkma güçleri daha yüksektir (109).

Dine ve spiritüaliteye katılım, hem kapsam hem de derinlik bakımından yaygın bir olgudur (110). Spiritüalitenin refahı artırdığı görüşü, dinin bireyleri birbirine bağlama kapasitesini vurgulayan sosyal-işlevsel yaklaşımlar ile desteklenir; ayrıca spiritüalite psikolojik faydalarla ilişkilendirilir (110). Karşılanmamış spiritüel ihtiyaçlar ise spiritüel sıkıntıya yol açmakta ve sağlık hizmeti kullanımını artırmaktadır (106). Aynı zamanda spiritüalite, madde kullanımı azalması, intihar girişimlerinin ve depresyonun düşmesi, daha az hastaneye yatış, hastalıkla daha iyi başa çıkma, tedaviye uyumun artması ve daha düşük ölüm oranları ile ilişkilidir (111). Bu nedenle spiritüalite, sağlık alanında bütüncül yaklaşımların ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir (111). Yaşam kalitesinin artırılabilmesi için bireyin spiritüel

gereksinimlerinin karşılanması önemlidir (100, 112). Ayrıca spiritüel bakımın, hastalar ve bakım verenlerin refahı üzerinde olumlu etkileri kabul görmektedir (101).

Sonuç olarak, spiritüalite insan yaşamında çok yönlü ve derinlemesine etkileri olan, psikolojik, sosyal ve fiziksel sağlıkla iç içe geçmiş bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinde spiritüel ihtiyaçların karşılanması, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve bütüncül bakımın güçlendirilmesi için vazgeçilmezdir (101).

2.4.3. Spiritüel İyi Oluş Kavramı

Spiritüel iyi oluş, bireyin kutsal olanla kurduğu içsel bağ ve bu bağ üzerinden yaşamına anlam ve yön katmasıyla ilişkilendirilen çok boyutlu bir kavramdır (99). Spiritüalite bireyler arasında farklılık gösteren, kişisel deneyim ve değer sistemlerine dayalı öznel bir olgudur. Bu nedenle, bireyin spiritüel iyi oluşu da kendi yaşam görüşü ve inançlarına bağlı olarak şekillenir (107).

1960'lı yıllardan itibaren bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve spiritüel yönleriyle birlikte değerlendirilmesini savunan bütüncül sağlık anlayışı güç kazanmış, Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde yer alan kendini gerçekleştirme düzeyiyle birlikte spiritüel iyi oluş kavramı daha görünür hâle gelmiştir (100). Birey yalnızca biyolojik değil; zihinsel, duygusal ve spiritüel yönleriyle bir bütün olarak ele alınmalıdır (113).

Spiritüel iyi oluş, diğer iyi oluş boyutlarından ayrışan değil; onları birbirine bağlayan ve karşılıklı etkileşim sağlayan çekirdek bir yapı olarak değerlendirilir. Her iyi oluş alanı kendi içinde bir spiritüel yön taşır; bu nedenle, tüm boyutlar birbiriyle ilişkili ve bütüncül bir yapının parçalarıdır. Spiritüel açıdan güçlü bireyler, yaşamla daha uyumlu, anlamlı ve dengeli ilişkiler kurabilirler (113).

Spiritüalite, tarih boyunca bireylerin kriz anlarında anlam arayışına yönelttiği, iyileştirici ve güçlendirici bir unsur olarak var olmuştur. Bu yönüyle sadece bireyin ruhsal sağlığında değil, genel yaşam doyumu, umut, sevgi, affedicilik, amaç duygusu gibi psikososyal yapılar üzerinde de olumlu etkiler sunar (99). Ancak spiritüel iyi oluş, spiritüelite ile eş anlamlı

değildir. Kişinin spiritüel alanlardan ne derece anlam ve doyum geliştirdiği, doğrudan iyi oluş düzeyini belirler (99).

2.5. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLÜ VE ÖNEMİ

Evde Sağlık Hizmetleri, bireyin yaşam alanında sağlık hizmetine erişimini sağlayarak bütüncül bakımın sürekliliğini hedefleyen önemli bir sağlık hizmeti alanıdır. Bu hizmetlerin sunumunda hemşireler, özellikle de halk sağlığı hemşireleri, temel aktörler arasında yer almaktadır (114, 115). Evde bakım hemşireleri; akut, kronik veya terminal dönemdeki hastaların yaşam alanlarında gereksinimlerini belirleyerek hemşirelik hizmetlerini planlamakta, uygulamakta ve değerlendirmektedir (116). Hemşirelik hizmetlerinin yalnızca bireye değil, aynı zamanda ailesine yönelik olarak da eğitim, danışmanlık ve psikososyal destek içermesi önemlidir (13, 116).

Hemşirelik Yönetmeliği'nde evde bakım hemşiresi, halk sağlığı hemşireliği kapsamında tanımlanmış; yatağa bağımlı ya da kendi gereksinimlerini tek başına karşılayamayan bireylere ev ortamında hemşirelik hizmeti sunmakla görevli sağlık personeli olarak belirtilmiştir (50). Yönetmelikte ayrıca hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları detaylandırılmış; hasta bakım alanının hijyen, havalandırma, aydınlatma gibi fiziksel koşulları açısından değerlendirilmesi, günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi ve birey-aileye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması gerektiği vurgulanmıştır (50). Ayrıca evde bakım hemşireliği, Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında yayımladığı "Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği" kapsamında tanımlanarak, uzmanlık gerektiren bir alan olarak kabul edilmiştir. Bu bağlamda, Evde Sağlık Hizmetleri Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı'nın standartları belirlenmiş ve uygulayıcı hemşirelerin sertifikalandırılması zorunlu hale getirilmiştir (117). Bu düzenlemeler, evde sağlık hizmetlerinin yalnızca uygulamalı bilgiyle değil aynı zamanda mevzuat bilgisi ve yönetsel yeterlilikle de yürütülmesi gerektiğini göstermektedir.

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), evde bakım hemşireliğini toplum sağlığı hemşireliği ve klinik uzmanlık alanlarının birleşimi olarak tanımlamakta ve hemşirelerin ev ortamında çok disiplinli ekiplerle birey merkezli hizmet sunması gerektiğini vurgulamaktadır (118). Bu kapsamda hemşirelerden esneklik, yaratıcılık, bağımsız karar verebilme, değişen

koşullara uyum sağlama ve bireysel farklılıklara göre bakım planlama gibi ileri düzey beceriler beklenmektedir (118, 119).

Evde bakım hemşireliği yalnızca fiziksel bakım sunan bir alan değildir; aynı zamanda bireyin duygusal, sosyal ve ruhsal bütünlüğünü de dikkate alan bütüncül bir yaklaşımla hizmet sunan bir alandır. (13). Bu doğrultuda ev hemşireleri bireyin yalnızca hastalığına değil, genel yaşam kalitesini etkileyen tüm yönlere odaklanmalıdır (115, 119).

Evde bakım hemşireleri ayrıca bakım yöneticisi rolü üstlenerek bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal ihtiyaçlarını değerlendirir, bireyselleştirilmiş bakım planları oluşturur ve çok disiplinli sağlık ekibi ile koordineli çalışır (119). Bu süreçte kullanılan hemşirelik bilgi ve becerilerinin yanı sıra, güçlü iletişim yetkinlikleri ve kültürel duyarlılık da etkin bakım için vazgeçilmezdir (116, 119). ESH'de hemşirenin temel sorumluluğu, bireyin ev ortamında bütüncül, güvenli ve etkili sağlık hizmeti almasını sağlamaktır (115). Hemşire, bireyin fiziksel, psikososyal ve çevresel durumunu değerlendirerek bakım gereksinimlerini belirler ve kişiye özgü bir bakım planı geliştirir (114). Bu kapsamda ilaç uygulama, yara bakımı, beslenme desteği ve oksijen tedavisi gibi klinik girişimleri gerçekleştirir (115). Aynı zamanda birey ve ailesine sağlık eğitimi sunar, danışmanlık yapar ve bakım sürecine aktif katılımlarını destekler (114, 116). Ev ortamının hastanın bakımına uygunluğunu değerlendirerek gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlar, bakım destek elemanlarını denetler ve bakım sürecinin organizasyonunu yürütür (115). Ayrıca, sosyal hizmetlere yönlendirme yapma, hasta haklarını savunma ve kültürel değerlere duyarlı bakım sunma gibi sorumluluklar da üstlenir (114). Bu çok boyutlu roller, evde bakım hemşiresini yalnızca bir uygulayıcı değil; aynı zamanda eğitimci, danışman, savunucu ve koordinatör kimliğiyle ESH'nin vazgeçilmez bir üyesi hâline getirmektedir (34, 115, 119).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu çalışma, ESH alan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü, tükenmişlik ve spiritüel iyi oluşlarını incelemek amacıyla, kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Bu araştırma, Ankara ilinde yer alan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesindeki Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nde gerçekleştirilmiştir. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, akademik ve klinik yönü güçlü, yüksek hasta kapasitesine sahip bir üçüncü basamak sağlık kuruluşu olup Türkiye'nin önde gelen sağlık merkezlerinden biridir.

Evde Sağlık Hizmetleri Birimi; kronik hastalıklar, yaşlılık, engellilik veya hareket kısıtlılığı gibi nedenlerle sağlık kuruluşlarına ulaşmakta zorluk yaşayan bireylere kendi yaşam ortamlarında sağlık hizmeti sunmayı hedeflemektedir. Bu hizmet, multidisipliner bir ekip tarafından sunulmakta olup; birimde görev yapan sağlık personeli arasında 10 hekim, 9 hemşire, 7 sağlık teknikeri, 5 sekreter ve 6 şoför yer almaktadır. Birim, toplam 17.000 kayıtlı hasta bulunmakta olup, bu hastaların yaklaşık 7.500'üne aktif olarak ev ziyaretleri gerçekleştirilmektedir. Ayrıca birimin bulunduğu ilçede, hizmet verilen mahalle sayısı 29'dur.

3.3. ARAŞTIRMANIN ZAMANI

Araştırma, Kasım 2024 ile Şubat 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu süreçte konu seçimi, alanyazın taraması, veri toplama araçlarının belirlenmesi, tez önerisinin hazırlanması ve etik izinlerin alınması gibi hazırlık aşamaları tamamlanmış; ardından veri toplama, veri girişi, analiz ve raporlama basamakları planlı bir şekilde gerçekleştirilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine başvuran hastaların bakım veren bireyleri oluşturmaktadır.

3.5. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın örneklem büyüklüğü G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. İlgili literatürde benzer bir araştırma Bakım Yükü ile Spiritüel İyi Oluş arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere Kaplan & Beydağ (2023) yaptığı araştırmada aradaki ilişkiyi r=-0,366 olarak bulmuştur (13). İki değişken arasındaki korelasyonun test edilmesi için gereken minimum örneklem büyüklüğünü 128 olarak belirlemiştir. Bu örneklem büyüklüğü, %5 hata olasılığı ve %99 güç ile hipotezin test edilmesi için yeterli kabul edilmektedir. Bu, 0.366'lık bir korelasyonun (ρ H1) tespit edilmesi için gereken örneklem büyüklüğüdür. Araştırmada testin gücünün yüksek olması göz önünde bulundurularak 128 ve üzeri kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın örneklem yöntemi olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemidir.

Tablo 3.1. G power protokolü

Exact	Correlation: Bivariate normal model	
Options	exact distribution	
Analysis	A priori: Compute required sample size	
Input	Tail(s)	Two
	Correlation ρ H1	0,366
	α err prob	0,05
	Power (1-β err prob)	0,99
	Correlation ρ H0	0
Output	Lower critical r	-0,1736231
	Upper critical r	0,1736231
	Total sample size	128
	Actual power	0,9904360

3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Araştırmaya katılacak bireylerde aşağıdaki şartlar aranmıştır:

1. SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne başvurmuş olmak

2. 18 yaşından büyük olmak

3. Türkçe bilmek

4. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek

3.7. ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ

Aşağıdaki koşullar gözlenen bireyler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur:

1. Araştırmadan kendi isteğiyle çekilmiş olmak
2. Anket formlarını eksik veya yanlış doldurmak

3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplamak amacıyla, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından oluşturulan 26 soruluk "Katılımcı Bilgi Formu" kullanılmıştır. Ayrıca bakım veren bireylerin bakım yükünü değerlendirmek amacıyla 22 maddelik "Zarit Bakım Yükü Ölçeği", tükenmişlik düzeylerini ölçmek için 21 maddelik "Tükenmişlik Ölçeği" ve spiritüel iyi oluş düzeylerini belirlemek amacıyla 29 maddelik "Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği" kullanılmıştır (Bkz. EK-1, EK-2, EK-3, EK-4).

3.8.1. Katılımcı Bilgi Formu

Katılımcı Bilgi Formu, bakım veren bireylerin kişisel özelliklerine ve bakım sürecinin bakıcı üzerindeki etkilerine ilişkin bilgileri toplamak amacıyla oluşturulmuştur. Formda, bireylerin sosyodemografik özelliklerini değerlendirmeye yönelik 12 soru, bakım verme sürecinin güncel durumuna ilişkin 10 soru ve bakımın bakıcıya etkisine yönelik 4 soru yer almaktadır. Toplam 26 sorudan oluşan bu form, araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (8, 13, 18, 27).

3.8.2. Zarit Bakım Yükü Ölçeği (ZBYÖ)

Zarit Bakım Yükü Ölçeği, Zarit ve arkadaşları tarafından bakım veren bireylerin karşılaştıkları zorlukların ve üstlendikleri bakım yükünün düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerindeki etkisini değerlendiren toplam 22 maddeden oluşmakta olup, 5'li Likert tipi bir yapıya sahiptir. Her bir madde, "0 = Asla", "1 = Nadiren", "2 = Bazen", "3 = Sık sık" ve "4 = Hemen her zaman" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 0 ile 88 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar

bireyin algıladığı bakım yükünün fazla olduğunu göstermektedir (120). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ve geçerlik-güvenirlik çalışması İnci ve Erdem (2008) tarafından gerçekleştirilmiş ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,95 olarak rapor edilmiştir (121). Ölçekten elde edilen toplam puan 0–20 arasında ise az ya da hiç bakım yükü, 21–40 arasında ise orta düzeyde bakım yükü, 41–60 arasında ise ileri düzeyde bakım yükü ve 61–88 arasında ise aşırı düzeyde bakım yükü olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamızda, Bakım Yükü Ölçeği için elde edilen alpha değeri 0,91 olup, ölçeğin oldukça yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

3.8.3. Tükenmişlik Ölçeği (TÖ)

Bireylerin yaşadığı tükenmişlik düzeyini belirlemek amacıyla Pines ve Aronson (1988) tarafından geliştirilmiş, 2006 yılında ise Burhan Çapri tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (89, 122). Tükenmişlik Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden sonra en yaygın kullanılan tükenmişlik değerlendirme aracı olarak kabul edilmektedir. Ölçek, 21 maddeden oluşmakta olup 7 dereceli Likert tipi bir yapıya sahiptir. Her madde "1 = Hiçbir zaman" ile "7 = Her zaman" arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan '7', en düşük puan ise '1'olup, yüksek puanlar bireyin daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını göstermektedir. Ölçek yapısal olarak üç bileşenden oluşmasına rağmen, tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirtilmektedir. Ölçeğin güvenirliği; iç tutarlılık, madde-toplam korelasyon katsayıları ve test-tekrar test yöntemleriyle değerlendirilmiştir. Çalışmalar sonucunda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur (122). Ayrıca ölçek, bireylerin kendi durumlarını öz değerlendirme yoluyla ifade etmelerini sağlayan öz bildirim temelli bir ölçme aracı niteliğindedir. Bu çalışmada ölçeğin genel puanı için Cronbach's Alpha katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçeğin tutarlı ve güvenilir ölçümler sağladığını göstermektedir.

3.8.4. Üç-Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖ)

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından geliştirilmiş olup (123), 2019 yılında adı "Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği" olarak değiştirilmiştir (124). Ölçek, yetişkin bireylerin psikolojik ve emosyonel yönlerini incelemeyi amaçlamakta ve 29 maddeden oluşan, 5'li Likert tipi (1 = Bana hiç uygun değil, 5 = Bana tamamen uygun) bir yapıya sahiptir. Araştırmacılar, bireyin yaşamı anlama ve anlamlandırma süreçlerinde; bireysel, toplumsal,

çevresel ve aşkın (transandantal) yönlerini değerlendirebilmek için bu ölçeği geliştirmişlerdir. Ölçek, bireyin inançla anlam bulmasını ifade eden aşkınlık, doğayla bütünleşmesini yansıtan doğayla uyum ve yaşamda yönsüzlük ve boşluk hissini belirten anomi olmak üzere üç alt boyuttan oluşur. Toplam puan hesaplanırken, anomi alt boyutundaki maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 29 ile 145 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar bireyin spiritüel iyi oluş düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenilirlik analizlerinde, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı genel ölçek için 0,88 olarak bulunurken, alt boyutlar için aşkınlık 0,95, doğayla uyum 0,86 ve anomi 0,85 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda ise Üç-Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nin toplam alpha değeri 0,89'dır. Alt boyutlar düzeyinde ise Aşkınlık 0,88, Doğayla Uyum 0,88 ve Anomi 0,86 alt boyutları da yüksek güvenilirlik düzeyleriyle dikkat çekmektedir.

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen verilerin analizi, bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde dağılımları, ölçeklere ilişkin genel değerlendirmelerde ise ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (SS) değerlerinden yararlanılmıştır.

Araştırma değişkenlerinin normal dağılıma uygunluğunu belirlemek amacıyla basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri incelenmiştir. İlgili literatüre göre, değişkenlerin normal dağılım gösterdiğinin kabul edilebilmesi için basıklık ve çarpıklık değerlerinin ±1.5 aralığında olması (125) veya bazı kaynaklarda ±2.0 aralığında bulunması (126) yeterli görülmektedir. Tablo 3.2'de sunulan değerlere göre araştırma kapsamında ele alınan tüm değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Bu nedenle, verilerin analizinde parametrik istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

Tablo 3.2. Araştırma değişkenlerine ait normal dağılım değerleri

Değişken	Basıklık	Çarpıklık
ZBYÖ Toplam	-0,512	0,288
TÖ Genel	0,284	0,473
SİÖ Toplam	0,328	-0,988
SİÖ Aşkınlık Alt boyutu	1,928	-1,566
SİÖ Doğayla Uyum Alt boyutu	0,975	-1,278
SİÖ Anomi Alt boyutu	-0,488	0,258

Ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiş; değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin belirlenmesine yönelik olarak lineer regresyon analizi uygulanmıştır. Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek puanlarındaki farklılıkları incelemek amacıyla, iki grup karşılaştırmalarında bağımsız gruplar için t-testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post hoc (Tukey, LSD) analizleri yapılmıştır.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Bu araştırma, Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yürütülmüş olup gerekli etik izinler araştırmanın yürütülmesinden önce alınmıştır. Öncelikle Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu onayı, ardından SBÜ Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı temin edilmiştir (EK-5). Araştırmada kullanılan ölçekleri geliştiren ve/veya Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmalarını yapan araştırmacılardan, ilgili ölçeklerin kullanımı için gerekli izinler alınmıştır (EK-6). Katılımcılara araştırmanın amacı açık ve anlaşılır bir biçimde açıklanmış; araştırmaya katılmaları öncesinde Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile yazılı onamları alınmıştır (EK-7). Tüm bu etik önlemler, katılımcıların gönüllülük esasına dayalı ve bilgilendirilmiş bir şekilde araştırmaya katılımını güvence altına almayı amaçlamaktadır.

3.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışma, yalnızca bir hastanenin Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne kayıtlı bakım veren bireylerle sınırlandırılmıştır. Bu durum, elde edilen sonuçların farklı coğrafi bölgelerdeki veya farklı kurumlara bağlı evde sağlık hizmeti birimlerinde görev yapan bakım verenlere genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

Araştırmanın veri toplama süreci, bakım veren bireylerin yoğun bakım sorumlulukları ve sınırlı zamanları nedeniyle belirli bir zaman dilimi içinde yürütülmüştür. Ayrıca, araştırma kesitsel bir tasarıma sahip olduğundan, değişkenler arasında nedensellik ilişkisi kurmak mümkün değildir. Diğer bir sınırlılık ise verilerin öz bildirim yoluyla toplanmış olmasıdır.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=149)

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (Ort=52,420±11,862; Min=23; Max=78**)**		
40 ve Altı	26	17,4
41-50	29	19,5
51-60	53	35,6
61 ve Üzeri	41	27,5
Cinsiyet		
Erkek	62	41,6
Kadın	87	58,4
Medeni Durum		
Evli	109	73,2
Bekar	40	26,8
Çocuk Varlığı		
Var	120	80,5
Yok	29	19,5
İşte Çalışma Durumu		
Evet	50	33,6
Hayır	99	66,4
Ekonomik Durum		
Düşük	34	22,8
Orta	111	74,5
Yüksek	4	2,7
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	24	16,1
Ortaokul	16	10,7
Lise	60	40,3
Üniversite ve Üzeri	49	32,9
Evde Yaşayan Kişi Sayısı		
1-3	89	59,7
4-6	60	40,3
Kronik Hastalık		
Var	63	42,3
Yok	86	57,7
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı		
Var	74	49,7
Yok	75	50,3
Sigara		
Evet	49	32,9
Hayır	100	67,1
Alkol		
Evet	15	10,1
Hayır	134	89,9
Bakım Verilen Kişinin Bağımlılık Düzeyi		
Bağımlı Değil	11	7,3
Kısmi Bağımlı	71	47,7
Tam Bağımlı	67	45,0

Tablo 4.1. (devam) Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=149)

Bakım Verilen Kişinin Yakınlık Derecesi		
Anne/ Baba	82	55,0
Çocuk	12	8,1
Eş	12	8,1
Kayınvalide/ Kayınbaba	23	15,4
Diğer (Kardeş/ Büyükanne/ Amca vb.)	20	13,4
Aynı Evde Yaşama Durumu		
Evet	90	60,4
Hayır	59	39,6
Başka Birine Daha Bakma Yükümlülüğü		
Evet	46	30,9
Hayır	103	69,1
Bakım Verme Sürecinde Destek Alma Durumu		
Evet	103	69,1
Hayır	46	30,9
Bakım Ücreti Alma		
Evet	17	11,4
Hayır	132	88,6
Evde Bakım Eğitimi Alma		
Evet	23	15,4
Hayır	126	84,6
Bakımın Yeterlilik Durumu		
Yetersiz	21	14,1
Kismen Yeterli	63	42,3
Yeterli	65	43,6
Bakım Süresi		
6 Aydan Az	24	16,1
6-12	28	18,8
13 Ay ve Üzeri	97	65,1
Günlük Bakım Süresi		
1-3	53	35,6
4-6	41	27,5
7 ve Üzeri	55	36,9
Bakım Nedeniyle Sağlık Kontrollerini Aksatma Durumu		
Evet	59	39,6
Hayır	90	60,4
Bakım Vermekten Memnun Olma Durumu		
Evet	110	73,9
Hayır	9	6,0
Kararsızım	30	20,1
Bakım Verme Sebebi		
Ailevi Sorumluluk	67	45,0
Sevdiğim için	54	36,2
Benden Başka Bakacak Kimse Yok	17	11,4
Diğer (Evde Bakım hizmetleri yetersiz kaldığı için/ Ekonomik olarak katkı sağladığı için)	11	7,4
Psikolojik Destek İhtiyacı		
İhtiyacım Var	62	41,6
İhtiyacım Yok	87	58,4

Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1'de verilmiştir. Bakım verenlerin yaş ortalaması 52,42 ± 11,86 olup, yaşları 23 ile 78 arasında değişmektedir. Katılımcıların %35,6'sı 51–60 yaş aralığında, %27,5'i ise 61 yaş ve üzerindedir. Kadın katılımcılar %58,4 ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Katılımcıların %73,2'si evli, %80,5'inin çocuğu bulunmaktadır. Çalışma durumu açısından bakıldığında, %66,4'ü

çalışmadığını belirtmiştir. Ekonomik durumu "orta" olarak ifade edenlerin oranı %74,5 olup, %22,8'i düşük ekonomik düzeyde olduğunu belirtmiştir. Eğitim düzeyi dağılımı incelendiğinde, %40,3'ü lise, %32,9'u ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %59,7'si evde 1–3 kişiyle yaşadığını ifade etmiştir.

Sağlıkla ilgili özellikler incelendiğinde, katılımcıların %42,3'ü kronik bir hastalığa sahip olduğunu, %49,7'si sürekli ilaç kullandığını belirtmiştir. Sigara kullanımı %32,9, alkol kullanımı ise %10,1 oranında gözlemlenmiştir. Bakım verdikleri kişilerin %47,7'si kısmi bağımlı, %45'i ise tamamen bağımlı durumdadır. Bakım verilen kişilerle olan yakınlık derecesine göre en yüksek oran %55 ile anne veya baba kategorisinde yer almaktadır. Katılımcıların %60,4'ü bakım verdikleri kişiyle aynı evde yaşamakta, %30,9'unun başka birine daha bakım verme yükümlülüğü bulunmaktadır. Ayrıca, %69,1'i bakım verme konusunda destek olan kişilerin var olduğunu belirtmiştir.

Bakımın maddi ve duygusal yönleri değerlendirildiğinde, yalnızca %11,4'ü bakım için ücret aldığını, %15,4'ü bu konuda eğitim aldığını belirtmiştir. Bakım verme yeterliliği açısından %43,6'sı kendini yeterli görmektedir. Katılımcıların %65,1'i bir yıldan uzun süredir bakım verdiğini, %36,9'u ise günde 7 saat ve üzeri süreyle bakım sunduğunu ifade etmiştir. Bakımın kendi sağlık kontrollerini aksattığını düşünenlerin oranı %39,6'dır. Katılımcıların %73,9'i bakım vermekten memnun olduğunu bildirirken, %20.1'i kararsızdır. Bakım verme nedenleri arasında ailevi sorumluluk (%45) ve sevgi (%36,2) ön plandadır. Son olarak, katılımcıların %41,6'sı psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir.

4.2. KATILIMCILARIN ZBYÖ, TÖ VE SİÖ PUAN ÖZELLİKLERİ

Tablo 4.2. Katılımcıların ZBYÖ, TÖ ve SİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları (n=149)

Ölçekler	Ort± SS	Min±Max	Ölçek Ranjı
ZBYÖ Toplam	39.83±16.99	4±81	0-88
TÖ Genel	3.35±1.12	1±7	1-7
SİÖ Toplam	119.47±17.69	64±144	29-145
SİÖ Aşkınlık Alt Boyutu	63.84±13.35	17±75	15-75
SİÖ Doğayla Uyum Alt Boyutu	31.25±4.32	17±35	7-35
SİÖ Anomi Alt Boyutu	17.62±5.91	7±34	7-35

Bakım veren bireylerin ZBYÖ, TÖ toplam ile SİÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.2'de verilmektedir. Bakım verenlerin ZBYÖ puan ortalamaları incelendiğinde, ölçekten elde edilen toplam puanların ortalaması 39,83±16,99 olarak hesaplanmıştır. Puanların en düşük değeri 4, en yüksek değeri ise 81'dir. Bu sonuçlar, katılımcıların bakım sürecinde orta düzeyde bir bakım yükü hissettiklerini göstermektedir. ZBYÖ'nin toplam puan aralığı 0 ile 88 arasında değişmektedir. Elde edilen ortalama puanın bu aralıkta orta seviyeye karşılık gelmesi, bakım veren bireylerin önemli ölçüde fiziksel, duygusal ve zaman açısından yük hissettiklerine işaret etmektedir.

Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin TÖ puan ortalamalarına göre, genel tükenmişlik puan ortalaması 3,35±1,12 olarak hesaplanmıştır. Puanların minimum değeri 1, maksimum değeri ise 7 olup, ölçek puan aralığı 1 ile 7 arasında değişmektedir. Elde edilen bu ortalama, bakım veren bireylerin tükenmişlik düzeylerinin orta seviyede olduğunu göstermektedir. Bu durum, bakım sürecinin bireylerde zamanla duygusal yorgunluk, enerji kaybı ve psikolojik tükenmişlik oluşturabildiğini düşündürmektedir.

Bakım veren bireylerin SİÖ puan ortalamaları, genel olarak yüksek düzeyde bir spiritüel iyi oluş algısını ortaya koymaktadır. SİÖ toplam puan ortalaması 119,47±17,69 olup, puanlar 64 ile 144 arasında değişmektedir. Ölçeğin teorik puan aralığı 29–145 olduğundan, bu değerler katılımcıların genel olarak yüksek düzeyde spiritüel iyi oluş yaşadıklarını göstermektedir. Toplam puan hesaplanırken Anomi alt boyutundaki maddeler ters kodlanmıştır, bu da düşük anomi puanlarının toplam iyi oluş puanına olumlu katkı sunduğu anlamına gelmektedir. Alt boyutlar incelendiğinde, en yüksek ortalama puan Aşkınlık alt boyutuna aittir. Katılımcıların bu alt boyuttaki puan ortalaması 63,84±13,35 olup, bu durum bireylerin yaşamlarını daha geniş bir anlam çerçevesinde değerlendirme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Doğayla Uyum alt boyutunda ortalama puan 31,25±4,32 olarak bulunmuş, bu da katılımcıların doğayla olan ilişkilerinde güçlü bir ruhsal bağlılık hissettiklerini düşündürmektedir. Anomi alt boyutu için ortalama puan 17,62±5,91 olarak hesaplanmıştır. Anomi, bireyin yaşamı anlamsız ve boş hissetmesine ilişkin algılarını değerlendirmekte olup, bu alt boyuttaki yüksek puanlar, bireylerin daha fazla anlamsızlık hissi yaşadığını göstermektedir. Ancak bu puanlar düz haliyle raporlanmıştır; yalnızca toplam spiritüel iyi oluş puanı hesaplanırken ters çevrilmektedir. Bu veriler ışığında, katılımcıların genel olarak spiritüel yapılarının güçlü olduğu, özellikle aşkınlık ve doğayla uyum alanlarında belirgin bir yüksekliğe sahip oldukları görülmektedir.

4.3. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE ZBYÖ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.3. Katılımcıların ZBYÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n=149)

Demografik Özellikler	n (%)	ZBYÖ Toplam (Ort ± SS)	Test İstatistiği	p
Yaş				
40 ve Altı	26 (17,4)	37,96±16,28		
41-50	29 (19,5)	35,10±16,12	2,127[a]	0,10
51-60	53 (35,6)	39,42±18,22		
61 ve Üzeri	41 (27,5)	44,90±15,65		
Cinsiyet				
Erkek	62 (41,6)	37,82±16,14	-1,220[b]	0,22
Kadın	87 (58,4)	41,26±17,53		
Medeni Durum				
Evli	109 (73,2)	39,40±17,18	-0,507[b]	0,61
Bekar	40 (26,8)	41,00±16,66		
Çocuk Varlığı				
Var	120 (80,5)	39,63±16,72	-0,302[b]	0,76
Yok	29 (19,5)	40,69±18,40		
İşte Çalışma Durumu				
Evet	50 (33,6)	35,48±14,41	-2,251[b]	**0,03****
Hayır	99 (66,4)	42,03±17,84		
Ekonomik Durum				
Düşük	34 (22,8)	47,82±21,25		
Orta	111(74,5)	37,58±14,77	5,211[a]	**0,01****
Yüksek	4 (2,7)	34,50±18,43		
PostHoc=		1>2 (p<0,05)		
Eğitim Düzeyi				
İlkokul	24 (16,1)	46,63±17,20		
Ortaokul	16 (10,7)	42,00±16,71	2,049[a]	0,11
Lise	60 (40,3)	36,80±16,57		
Üniversite ve Üzeri	49 (32,9)	39,51±16,98		
Evde Yaşayan Kişi Sayısı				
1-3	89 (59,7)	41,48±17,55	1,449[b]	0,15
4-6	60 (40,3)	37,38±15,98		
Kronik Hastalık				
Var	63 (42,3)	41,43±16,85	0,981[b]	0,33
Yok	86 (57,7)	38,66±17,11		
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı				
Var	74 (49,7)	42,08±17,69	1,613[b]	0,11
Yok	75 (50,3)	37,61±16,10		
Sigara				
Evet	49 (32,9)	37,65±16,94	-1,096[b]	0,28
Hayır	100 (67,1)	40,90±17,01		
Alkol				
Evet	15 (10,1)	34,07±16,52	-1,389[b]	0,17
Hayır	134 (89,9)	40,48±16,99		

Tablo 4.3. (devam) Katılımcıların ZBYÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n=149)

Bakım Verilen Kişinin Bağımlılık Düzeyi				
Bağımlı Değil	11 (7,3)	29,82±16,28		
Kısmi Bağımlı	71 (47,7)	37,62±15,38	4,564[a]	**0,01****
Tam Bağımlı	67 (45,0)	43,82±17,86		
PostHoc=		3>1, 3>2 (p<0,05)		
Bakım Verilen Kişinin Yakınlık Derecesi				
Anne/ Baba	82 (55,0)	39,65±17,31		
Çocuk	12 (8,1)	36,08±17,68		
Eş	12 (8,1)	52,92±16,16	2,194[a]	0,07
Kayınvalide/ Kayınbaba	23 (15,4)	38,09±15,89		
Diğer (Kardeş/ Büyükanne/ Amca vb.)	20 (13,4)	37,00±14,80		
Aynı Evde Yaşama Durumu				
Evet	90 (60,4)	43,10±17,64	2,974[b]	**0,003****
Hayır	59 (39,6)	34,85±14,77		
Bakım Verme Sürecinde Destek Alma Durumu				
Evet	103 (69,1)	36,50±15,53	-3,728[b]	**0,001***
Hayır	46 (30,9)	47,28±17,94		
Bakım Ücreti Alma				
Evet	17 (11,4)	36,65±16,66	-0,820[b]	0,41
Hayır	132 (88,6)	40,24±17,06		
Evde Bakım Eğitimi Alma				
Evet	23 (15,4)	28,48±13,30	-3,623[b]	**0,001***
Hayır	126 (84,6)	41,90±16,82		
Bakımın Yeterlilik Durumu				
Yetersiz	21 (14,1)	51,10±16,46		
Kismen Yeterli	63 (42,3)	38,83±17,38	5,881[a]	**0,003****
Yeterli	65 (43,6)	37,17±15,53		
PostHoc=		1>2, 1>3 (p<0,05)		
Bakım Süresi				
6 Aydan Az	24 (16,1)	42,42±17,76		
6-12	28 (18,8)	37,11±15,51	0,638[a]	0,53
13 Ay ve Üzeri	97 (65,1)	39,98±17,27		
Günlük Bakım Süresi				
1-3	53 (35,6)	31,21±14,94		
4-6	41 (27,5)	39,68±11,81	16,398[a]	**0,001***
7 ve Üzeri	55 (36,9)	48,25±18,12		
PostHoc=		2>1, 3>1, 3>2 (p<0,05)		
Bakım Nedeniyle Sağlık Kontrollerini Aksatma Durumu				
Evet	59 (39,6)	49,81±16,15	6,580[b]	**0,001***
Hayır	90 (60,4)	33,29±14,18		
Bakım Vermekten Memnun Olma Durumu				
Evet	110 (73,9)	35,75±16,26		
Hayır	9 (6,0)	53,22±15,41	14,358[a]	**0,001***
Kararsızım	30 (20,1)	50,77±13,17		
PostHoc=		2>1, 3>1 (p<0,05)		

Tablo 4.3. (devam) Katılımcıların ZBYÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n=149)

Bakım Verme Sebebi				
Ailevi Sorumluluk	67 (45,0)	41,01±15,77		
Sevdiğim için	54 (36,2)	36,31±17,21	3,239[a]	**0,02****
Benden Başka Bakacak Kimse Yok	17 (11,4)	49,65±17,08		
Diğer (Evde Bakım hizmetleri yetersiz kaldığı için/ Ekonomik olarak katkı sağladığı için)	11 (7,4)	34,73±18,18		
PostHoc=		3>2, 3>4 (p<0,05)		
Psikolojik Destek İhtiyacı				
İhtiyacım Var	62 (41,6)	47,50±16,72	5,013[b]	**0,001***
İhtiyacım Yok	87 (58,4)	34,37±15,05		

a = Anova Testi; b = Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD; SS = Standart Sapma; * = p<0,001; ** = p<0,05

Bakım yükü puanlarının bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler, bazı değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3). Yaş değişkenine göre fark anlamlı düzeye ulaşmasa da 61 yaş ve üzeri grubun bakım yükü ortalamasının en yüksek olduğu görülmektedir. Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı gibi değişkenlerde anlamlı fark bulunmazken, işte çalışma durumu bakım yükünü anlamlı düzeyde etkilemiştir (p=0,03); çalışmayan bireylerin bakım yükü puanı daha yüksektir. Ayrıca ekonomik duruma göre fark anlamlı bulunmuş (p=0,01) ve post hoc analizlere göre düşük gelir grubundakilerin bakım yükü orta gelir grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazladır.

Bakım verilen kişinin bağımlılık düzeyi arttıkça bakım yükünün anlamlı düzeyde yükseldiği görülmüştür (p=0,01). Özellikle tam bağımlı bireylere bakım verenlerin yükü, bağımlı olmayanlara ve kısmi bağımlılara kıyasla anlamlı düzeyde daha fazladır. Aynı şekilde aynı evde yaşama durumu da önemli bir farklılaşma yaratmış (p=0,003), aynı evde yaşayanların bakım yükü daha yüksektir. Bakım sürecinde destek almayan bireyler, destek alanlara kıyasla anlamlı ölçüde daha fazla yük hissetmektedir (p=0,001). Ayrıca, bakım eğitimi alan bireylerin bakım yükü anlamlı olarak daha düşüktür (p=0,001), bu da eğitimin yükü azaltıcı etkisini göstermektedir.

Günlük bakım süresi arttıkça yük düzeyinin de anlamlı biçimde arttığı gözlemlenmiştir (p=0,001); özellikle günde 7 saat ve üzeri bakım verenlerin yükü en yüksektir. Bakımın bireyin kendi sağlık kontrollerini aksatması, bakımdan memnuniyetsizlik ve psikolojik destek ihtiyacı da bakım yükü üzerinde belirleyici olmuş ve anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,001). Ayrıca,

bakım nedenine göre anlamlı fark bulunmuş (p=0,02), "benden başka bakacak kimse yok" diyen bireylerin yükü diğer gruplara göre daha yüksek çıkmıştır.

4.4. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE TÖ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.4. Katılımcıların TÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n=149)

Demografik Özellikler	n (%)	TÖ Genel (Ort ± SS)	Test İstatistiği	p
Yaş				
40 ve Altı	26 (17,4)	3,16±1,25		
41-50	29 (19,5)	3,24±1,07	0,546[a]	0,65
51-60	53 (35,6)	3,46±1,18		
61 ve Üzeri	41 (27,5)	3,40±1,01		
Cinsiyet				
Erkek	62 (41,6)	3,08±0,95	-2,478[b]	**0,01****
Kadın	87 (58,4)	3,54±1,20		
Medeni Durum				
Evli	109 (73,2)	3,30±1,13	-0,837[b]	0,40
Bekar	40 (26,8)	3,48±1,11		
Çocuk Varlığı				
Var	120 (80,5)	3,33±1,11	-0,450[b]	0,65
Yok	29 (19,5)	3,43±1,18		
İşte Çalışma Durumu				
Evet	50 (33,6)	3,07±0,95	-2,202[b]	**0,03****
Hayır	99 (66,4)	3,49±1,18		
Ekonomik Durum				
Düşük	34 (22,8)	4,00±1,46		
Orta	111(74,5)	3,20±0,91	10,315[a]	**0,001***
Yüksek	4 (2,7)	2,11±0,49		
PostHoc=		1>2, 1>3, 2>3 (p<0,05)		
Eğitim Düzeyi				
İlkokul	24 (16,1)	3,84±1,18		
Ortaokul	16 (10,7)	3,60±1,14	2,516[a]	0,06
Lise	60 (40,3)	3,20±1,13		
Üniversite ve Üzeri	49 (32,9)	3,21±1,02		
Evde Yaşayan Kişi Sayısı				
1-3	89 (59,7)	3,43±1,15	1,052[b]	0,29
4-6	60 (40,3)	3,23±1,08		
Kronik Hastalık				
Var	63 (42,3)	3,37±1,06	0,196[b]	0,85
Yok	86 (57,7)	3,33±1,17		
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı				
Var	74 (49,7)	3,46±1,19	1,236[b]	0,22
Yok	75 (50,3)	3,24±1,04		

Tablo 4.4. (devam) Katılımcıların TÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n=149)

Sigara				
Evet	49 (32,9)	3,30±1,06	-0,410[b]	0,68
Hayır	100 (67,1)	3,38±1,15		
Alkol				
Evet	15 (10,1)	3,19±1,04	-0,578[b]	0,56
Hayır	134 (89,9)	3,37±1,13		
Bakım Verilen Kişinin Bağımlılık Düzeyi				
Bağımlı Değil	11 (7,3)	2,71±0,90		
Kısmi Bağımlı	71 (47,7)	3,19±0,93	4,727[a]	**0,01****
Tam Bağımlı	67 (45,0)	3,62±1,27		
PostHoc=		3>1, 3>2 (p<0,05)		
Bakım Verilen Kişinin Yakınlık Derecesi				
Anne/ Baba	82 (55,0)	3,28±1,10		
Çocuk	12 (8,1)	3,30±1,24	1,325[a]	0,26
Eş	12 (8,1)	4,05±1,39		
Kayınvalide/ Kayınbaba	23 (15,4)	3,23±0,85		
Diğer (Kardeş/ Büyükanne/ Amca vb.)	20 (13,4)	3,37±1,20		
Aynı Evde Yaşama Durumu				
Evet	90 (60,4)	3,50±1,23	2,006[b]	**0,03****
Hayır	59 (39,6)	3,12±0,90		
Başka Birine Daha Bakma Yükümlülüğü				
Evet	46 (30,9)	3,13±1,20	-1,572[b]	0,12
Hayır	103 (69,1)	3,45±1,07		
Bakım Verme Sürecinde Destek Alma Durumu				
Evet	103 (69,1)	3,11±1,00	-4,132[b]	**0,001***
Hayır	46 (30,9)	3,89±1,19		
Evde Bakım Eğitimi Alma				
Evet	23 (15,4)	2,71±0,98	-3,069[b]	**0,003****
Hayır	126 (84,6)	3,47±1,11		
Bakımın Yeterlilik Durumu				
Yetersiz	21 (14,1)	3,92±0,99		
Kısmen Yeterli	63 (42,3)	3,48±1,20	6,038[a]	**0,003****
Yeterli	65 (43,6)	3,04±0,99		
PostHoc=		1>3, 2>3 (p<0,05)		
Bakım Süresi				
6 Aydan Az	24 (16,1)	3,48±0,85		
6-12	28 (18,8)	3,03±0,78	1,488[a]	0,23
13 Ay ve Üzeri	97 (65,1)	3,41±1,24		
Günlük Bakım Süresi				
1-3	53 (35,6)	2,94±0,80		
4-6	41 (27,5)	3,29±1,01	8,706[a]	**0,001***
7 ve Üzeri	55 (36,9)	3,79±1,30		
PostHoc=		3>1, 3>2 (p<0,05)		
Bakım Nedeniyle Sağlık Kontrollerini Aksatma Durumu				
Evet	59 (39,6)	3,96±1,13	6,005[b]	**0,001***
Hayır	90 (60,4)	2,95±0,92		

Tablo 4.4. (devam) Katılımcıların TÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n=149)

Bakım Vermekten Memnun Olma Durumu				
Evet	110 (73,9)	3,13±1,10		
Hayır	9 (6,0)	3,60±1,24	9,217[a]	**0,001***
Kararsızım	30 (20,1)	4,06±0,85		
PostHoc=		3>1 (p<0,05)		
Bakım Verme Sebebi				
Ailevi Sorumluluk	67 (45,0)	3,47±1,14		
Sevdiğim için	54 (36,2)	3,06±1,07	3,489[a]	**0,02****
Benden Başka Bakacak Kimse Yok	17 (11,4)	3,96±1,00		
Diğer (Evde Bakım hizmetleri yetersiz kaldığı için/ Ekonomik olarak katkı sağladığı için)	11 (7,4)	3,10±1,07		
PostHoc=		1>2, 3>2, 3>4 (p<0,05)		
Psikolojik Destek İhtiyacı				
İhtiyacım Var	62 (41,6)	3,82±1,19	4,656[b]	**0,001***
İhtiyacım Yok	87 (58,4)	3,01±0,93		

a = Anova Testi; b = Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD; SS = Standart Sapma; * = p<0,001; ** = p<0,05

Tükenmişlik puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, bazı değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo 4.4). Cinsiyet değişkenine göre kadınların tükenmişlik puan ortalaması erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p=0,01). Benzer şekilde, işte çalışmayan bireylerin tükenmişlik düzeyi çalışanlara göre daha yüksektir (p=0,03). Ekonomik durum da tükenmişlik üzerinde belirleyici bir değişkendir; düşük gelir grubundaki bireylerin tükenmişlik puanı orta ve yüksek gelir grubuna kıyasla anlamlı biçimde daha yüksektir (p<0,001).

Bakım verilen kişinin bağımlılık düzeyi arttıkça tükenmişlik düzeyi de artmakta; özellikle tam bağımlı bireylere bakım verenler, bağımlı olmayanlara ve kısmi bağımlılara göre daha yüksek tükenmişlik yaşamaktadır (p=0,01). Aynı evde yaşayan bireylerin tükenmişlik düzeyi de istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,03). Ayrıca bakım sürecinde destek almayan bireyler, destek alanlara göre daha yüksek tükenmişlik yaşamaktadır (p<0,001). Bakım eğitimi alan bireylerin tükenmişlik düzeyi anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (p=0,003), bu da eğitimin koruyucu etkisini ortaya koymaktadır. Bakım konusunda kendini yeterli hisseden bireylerin tükenmişlik düzeyi anlamlı düşüktür (p=0,003).

Günlük bakım süresi arttıkça tükenmişlik puanları da anlamlı biçimde yükselmektedir (p<0,001); özellikle günde 7 saat ve üzeri bakım veren bireylerin tükenmişlik düzeyleri en

yüksektir. Bakımın kişinin kendi sağlık kontrollerini aksatması, bakımdan memnun olmama durumu, psikolojik destek ihtiyacı ve bakım verme sebebi gibi değişkenler de tükenmişlik düzeyinde anlamlı farklılıklara yol açmaktadır. Özellikle “benden başka bakacak kimse yok” diyen bireylerin tükenmişlik düzeyleri, diğer gruplara kıyasla belirgin biçimde daha yüksektir ($p=0,02$).

4.5. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE SİÖ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.5. Katılımcıların SİÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n=149)

Demografik Özellikler	n (%)	SİÖ Toplam (Ort ± SS)	Test İstatistiği	p	Aşkınlık Alt Boyutu (Ort ± SS)	Test İstatistiği	p	Doğayla Uyum Alt Boyutu (Ort ± SS)	Test İstatistiği	p	Anomi Alt Boyutu (Ort ± SS)	Test İstatistiği	p
Yaş													
40 ve Altı	26 (17,4)	117,54±19,11			61,73±14,97			30,81±4,82			17,00±6,28		
41-50	29 (19,5)	120,62±17,07	0,470[a]	0,70	65,03±12,51	0,840[a]	0,47	31,52±4,11	0,700[a]	0,55	17,93±5,74	0,373[a]	0,77
51-60	53 (35,6)	118,06±19,18			62,51±14,45			30,77±5,06			17,23±5,80		
61 ve Üzeri	41 (27,5)	121,71±15,38			66,05±11,27			31,95±2,87			18,29±6,06		
Cinsiyet													
Erkek	62 (41,6)	119,00±18,37	-0,273[b]	0,79	62,52±15,30	-1,021[b]	0,33	31,37±4,19	0,292[b]	0,77	16,89±5,81	-1,276[b]	0,20
Kadın	87 (58,4)	119,80±17,29			64,78±11,77			31,16±4,42			18,14±5,96		
Medeni Durum													
Evli	109 (73,2)	120,75±17,41	1,466[b]	0,15	64,46±12,70	0,935[b]	0,35	31,34±4,35	0,424[b]	0,67	17,05±5,47	-1,967[b]	0,05
Bekar	40 (26,8)	115,98±18,19			62,15±15,03			31,00±4,26			19,18±6,80		
Çocuk Varlığı													
Var	120 (80,5)	120,46±17,70	1,392[b]	0,17	64,43±13,04	1,106[b]	0,27	31,52±4,17	1,551[b]	0,12	17,49±5,66	-0,527[b]	0,60
Yok	29 (19,5)	115,38±17,37			61,38±14,57			30,14±4,78			18,14±6,94		
İşte Çalışma Durumu													
Evet	50 (33,6)	120,76±16,74	0,631[b]	0,53	63,86±13,23	0,014[b]	0,99	31.58±4.49	0,666[b]	0,51	16.68±5.72	-1,380[b]	0,17
Hayır	99 (66,4)	118,82±18,20			63,83±13,48			31,08±4,24			18,09±5,98		
Ekonomik Durum													
Düşük	34 (22,8)	112,18±17,89			60,53±14,62			29,68±4,53			20,03±6,95		
Orta	111(74,5)	121,77±16,98	4,012[a]	**0,02****	64,88±12,87	1,399[a]	0,25	31,77±4,00	3,352[a]	**0,04****	16,88±5,48	3,829[a]	**0,02****
Yüksek	4 (2,7)	117,50±23,30			63,00±14,49			30,00±8,12			17,50±2,52		
PostHoc=		2>1 (p<0,05)						2>1 (p<0,05)			1>2 (p<0,05)		

Tablo 4.5. (devam) Katılımcıların SİÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n=149)

Eğitim Düzeyi													
İlkokul	24 (16,1)	122,25±17,76			65,83±14,16			32,29±4,15			17,88±6,67		
Ortaokul	16 (10,7)	121,69±13,56	1,292[a]	0,28	67,63±8,98	2,879[a]	**0,04****	30,81±3,60	0,840[a]	0,47	18,75±5,94	0,752[a]	0,52
Lise	60 (40,3)	121,05±17,22			65,65±11,49			31,42±4,33			18,02±6,04		
Üniversite ve Üzeri	49 (32,9)	115,45±19,15			59,41±15,34			30,67±4,59			16,63±5,38		
PostHoc=					1>4, 3>4 (p<0,05)								
Evde Yaşayan Kişi Sayısı													
1-3	89 (59,7)	118,44±18,06	-0,866[b]	0,39	63,10±13,57	-0,821[b]	0,41	31,21±4,32	-0,120[b]	0,91	17,88±6,02	0,650[b]	0,52
4-6	60 (40,3)	121,00±17,17			64,93±13,06			31,30±4,35			17,23±5,77		
Kronik Hastalık													
Var	63 (42,3)	121,43±15,40	1,158[b]	0,23	66,57±11,07	2,165[b]	**0,03****	31,44±4,19	0,474[b]	0,64	18,59±5,96	1,726[b]	0,09
Yok	86 (57,7)	118,03±19,16			61,84±14,54			31,10±4,42			16,91±5,81		
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı													
Var	74 (49,7)	120,70±16,53	0,844[b]	0,40	65,93±12,56	1,918[b]	0,06	31,47±4,17	0,630[b]	0,53	18,70±6,07	2,257[b]	**0,03****
Yok	75 (50,3)	118,25±18,81			61,77±13,86			31,03±4,47			16,55±5,59		
Sigara													
Evet	49 (32,9)	117,14±18,17	-1,125[b]	0,26	62,61±13,90	-0,784[b]	0,43	30,73±4,57	-1,017[b]	0,31	18,20±6,15	0,847[b]	0,40
Hayır	100 (67,1)	120,61±17,43			64,44±13,11			31,50±4,19			17,33±5,80		
Alkol													
Evet	15 (10,1)	106,27±17,01	-3,137[b]	**0,002****	51,53±17,32	-3,945[b]	**0,01****	30,33±5,15	-0,865[b]	0,39	17,60±6,38	-0,012[b]	0,99
Hayır	134 (89,9)	120,95±17,21			65,22±12,16			31,35±4,22			17,62±5,88		
Bakım Verilen Kişinin Bağımlılık Düzeyi													
Bağımlı Değil	11 (7,3)	112,73±19,94			59,82±15,80			29,09±5,43			18,18±5,08		
Kısmi Bağımlı	71 (47,7)	119,37±17,50	0,958[a]	0,39	63,86±13,11	0,572[a]	0,57	31,38±4,24	1,501[a]	0,23	17,87±5,57	0,241[a]	0,79
Tam Bağımlı	67 (45,0)	120,69±17,54			64,48±13,29			31,46±4,17			17,25±6,43		
Bakım Verilen Kişinin Yakınlık Derecesi													
Anne/ Baba	82 (55,0)	118,76±17,43			63,84±13,24			30,98±4,43			18,06±5,50		
Çocuk	12 (8,1)	122,92±22,38	0,376[a]	0,83	64,42±16,53	0,025[a]	1,00	32,17±3,86	0,863[a]	0,49	15,67±6,10	1,283[a]	0,28
Eş	12 (8,1)	117,67±18,42			64,00±13,91			31,50±4,98			19,83±5,18		
Kayınvalide/ Kayınbaba	23 (15,4)	118,26±17,61			63,13±12,69			30,48±4,43			17,35±6,18		
Diğer (Kardeş/ Büyükanne/ Amca vb.)	20 (13,4)	122,80±16,52			64,20±13,56			32,55±3,49			15,95±7,23		
Aynı Evde Yaşama Durumu													
Evet	90 (60,4)	118,71±18,05	-0,645[b]	0,52	64,10±13,18	0,294[b]	0,77	31,22±4,31	-0,091[b]	0,93	18,61±5,95	2,582[b]	**0,01****
Hayır	59 (39,6)	120,63±17,21			63,44±13,71			31,29±4,36			16,10±5,57		

Tablo 4.5. (devam) Katılımcıların SİÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n=149)

Başka Birine Daha Bakma Yükümlülüğü													
Evet	46 (30,9)	121,59±17,74	0,976[b]	0,33	64,98±11,25	0,695[b]	0,49	31,30±4,59	0,106[b]	0,92	16,70±5,86	-1,275[b]	0,20
Hayır	103 (69,1)	118,52±17,68			63,33±14,21			31,22±4,21			18,03±5,91		
Bakım Verme Sürecinde Destek Alma Durumu													
Evet	103 (69,1)	120,84±17,54	1,424[b]	0,16	64,05±13,19	0,286[b]	0,78	31,34±4,26	0,386[b]	0,70	16,54±5,60	-3,437[b]	**0,001***
Hayır	46 (30,9)	116,39±17,85			63,37±13,85			31,04±4,47			20,02±5,94		
Evde Bakım Eğitimi Alma													
Evet	23	116,78±17,27	-0,791[b]	0,43	61,65±13,93	-0,853[b]	0,40	30,30±5,01	-1,142[b]	0,26	17,17±5,39	-0,390[b]	0,70
Hayır	126	119,96±17,79			64,24±13,26			31,42±4,17			17,70±6,02		
Bakımın Yeterlilik Durumu													
Yetersiz	21 (14,1)	109,90±18,58			57,57±15,76			29,43±4,57			19,10±6,58		
Kısmen Yeterli	63 (42,3)	122,21±15,11	3,998[a]	**0,02****	65,60±12,17	2,958[a]	0,06	31,92±3,52	2,700[a]	0,07	17,32±5,58	0,767[a]	0,47
Yeterli	65 (43,6)	119,91±18,90			64,15±13,24			31,18±4,80			17,43±6,03		
PostHoc=		2>1, 3>1 (p<0,05)											
Bakım Süresi													
6 Aydan Az	24 (16,1)	123,71±14,14			68,96±8,45			31,50±4,18			18,75±5,57		
6-12	28 (18,8)	114,04±18,77	2,081[a]	0,13	59,21±16,36	3,564[a]	**0,03****	30,61±3,80	0,386[a]	0,68	17,79±5,06	0,599[a]	0,55
13 Ay ve Üzeri	97 (65,1)	119,99±17,95			63,91±13,03			31,37±4,51			17,29±6,23		
PostHoc=					1>2 (p<0,05)								
Günlük Bakım Süresi													
1-3	53 (35,6)	120,81±15,77			64,49±12,30			31,13±4,35			16,81±5,41		
4-6	41 (27,5)	118,80±15,96	0,235[a]	0,79	63,78±11,71	0,115[a]	0,89	31,49±3,94	0,088[a]	0,92	18,46±5,76	0,929[a]	0,40
7 ve Üzeri	55 (36,9)	118,67±20,66			63,25±15,51			31,18±4,60			17,76±6,47		
Bakım Nedeniyle Sağlık Kontrollerini Aksatma Durumu													
Evet	59 (39,6)	118,46±17,41	-0,564[b]	0,57	64,44±12,48	0,444[b]	0,66	31,19±4,33	-0,141[b]	0,89	19,17±6,15	2,647[b]	**0,01****
Hayır	90 (60,4)	120,13±17,94			63,44±13,95			31,29±4,33			16,60±5,55		
Bakım Vermekten Memnun Olma Durumu													
Evet	110 (73,9)	120,95±18,27			64,14±14,11			31,45±4,42			16,64±5,67		
Hayır	9 (6,0)	117,89±12,71	1,620[a]	0,20	66,44±8,23	0,490[a]	0,61	30,89±4,31	0,492[a]	0,61	21,44±5,10	6,414[a]	**0,002****
Kararsızım	30 (20,1)	114,50±16,23			61,97±11,69			30,60±3,99			20,07±6,00		
PostHoc=											2>1, 3>1 (p<0,05)		

Tablo 4.5. (devam) Katılımcıların SİÖ puanlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu (n=149)

Bakım Verme Sebebi												
Ailevi Sorumluluk	67 (45,0)	117,00±19,63			61,63±14,72			30,93±4,59			17,55±5,93		
Sevdiğim için	54 (36,2)	121,98±16,87	1,440[a]	0,23	65,98±11,91	1,466[a]	0,23	31,43±4,28	0,299[a]	0,83	17,43±5,73	0,887[a]	0,45
Benden Başka Bakacak Kimse Yok	17 (11,4)	116,94±13,63			63,06±14,70			31,41±4,17			19,53±6,48		
Diğer (Evde Bakım hizmetleri yetersiz kaldığı için/ Ekonomik olarak katkı sağladığı için)	11 (7,4)	126,09±12,33			68,00±5,78			32,09±3,11			16,00±5,88		
Psikolojik Destek İhtiyacı												
İhtiyacım Var	62 (41,6)	117,00±19,91	-1,444[b]	0,17	62,34±15,79	-1,159[b]	0,28	31,18±4,36	-0,169[b]	0,87	18,52±5,84	1,574[b]	0,12
İhtiyacım Yok	87 (58,4)	121,23±15,81			64,91±11,28			31,30±4,31			16,98±5,91		

a = Anova Testi; b = Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD; SS = Standart Sapma; * = p<0,001; ** = p<0,05

Spiritüel iyi oluş puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu inceleyen analiz sonuçları, bazı değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 4.5). Ekonomik durum, toplam spiritüel iyi oluş puanında anlamlı farklılık yaratmıştır (p=0,02); orta gelir düzeyine sahip bireyler, düşük gelir grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek spiritüel iyi oluş puanı almıştır. Benzer şekilde, doğayla uyum alt boyutunda da ekonomik duruma göre anlamlı farklılık saptanmış (p=0,04) ve post hoc analizlere göre orta gelir düzeyindekiler düşük gelir düzeyindekilere göre daha yüksek puan almıştır. Anomi alt boyutunda ise ters yönde bir bulgu elde edilmiş; düşük gelir düzeyine sahip bireylerin anomi puanları, orta gelir düzeyindekilere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0,02).

Eğitim düzeyi açısından, aşkınlık alt boyutu anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,04). Post hoc analizler, ortaokul ve lise mezunlarının, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek aşkınlık puanı aldığını göstermektedir. Ayrıca, bakımın yeterlilik durumu değişkenine göre toplam spiritüel iyi oluş puanı anlamlı olarak farklılaşmaktadır (p=0,02); kendini "yetersiz" olarak değerlendiren bireylerin puanları, "kısmen yeterli" ve "yeterli" olarak değerlendirenlere göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Kronik hastalık varlığı (p=0,03) ve bakım süresi (p=0,03) aşkınlık alt boyutunda anlamlı farklılık görülmektedir. Sürekli ilaç kullanan bakım verenlerin anomi alt boyutu puanları anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0,03). Önemli bir bulgu da alkol kullanımı ile ilgilidir. Alkol kullanan bireylerin toplam spiritüel iyi oluş (p=0,002) ve aşkınlık (p=0,01) alt boyut puanları, kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Ayrıca, bakım sürecinde destek almayan bireylerin anomi puanları, destek alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0,001). Benzer şekilde, bakımın sağlık kontrollerinin aksamasına neden olduğunu belirten bireylerde de anomi düzeyi anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,01). Aynı evde yaşama ve Bakım vermekten memnun olma değişkenleri de anomi puanını anlamlı düzeyde etkilemiştir; memnun olmayan ya da kararsız olan bireylerin anomi puanları, memnun olanlara göre daha yüksektir (p=0,002).

4.6. KATILIMCILARIN ZBYÖ, TÖ VE SİÖ PUANLARI ARASINDAKİ KORELASYONA YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların ZBYÖ, TÖ VE SİÖ puanları arasındaki korelasyon analizi (n=149)

Ölçek ve Boyutları		**ZBYÖ Toplam**	**TÖ Genel**	**SİÖ Toplam**	SİÖ Aşkınlık Alt Boyutu	SİÖ Doğayla Uyum Alt Boyutu	SİÖ Anomi Alt Boyutu
ZBYÖ Toplam	r	1					
	p						
TÖ Genel	r	0,719*	1				
	p	**0,001**					
SİÖ Toplam	r	-0,156	-0,287*	1			
	p	0,058	**0,001**				
SİÖ Aşkınlık Alt Boyutu	r	-0,001	-0,111	0,904*	1		
	p	0,987	0,177	**0,001**			
SİÖ Doğayla Uyum Alt Boyutu	r	-0,060	-0,188**	0,739*	0,565*	1	
	p	0,466	0,022	**0,001**	**0,001**		
SİÖ Anomi Alt Boyutu	r	0,419*	0,470*	-0,411*	-0,036	-0,205**	1
	p	**0,001**	**0,001**	**0,001**	0,665	0,012	

* = p<0,001; ** = p<0,05; Pearson Korelasyon Analizi

Bakım yükü, tükenmişlik ve spiritüel iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişkileri ortaya koymak amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçları aşağıda yorumlanmıştır (Tablo 4.6).

Bakım yükü ile tükenmişlik arasında güçlü, anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,719$, $p < 0,001$). Bu bulgu, bakım yükü arttıkça tükenmişlik düzeyinin de arttığını göstermektedir. Benzer şekilde, bakım yükü ile anomi arasında da anlamlı ve pozitif orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,419$, $p < 0,001$). Bu durum, bakım veren bireylerde bakım yükü arttıkça yaşamı anlamsız ve boş hissetme eğiliminin de yükseldiğine işaret etmektedir.

Öte yandan, tükenmişlik ile spiritüel iyi oluş arasında anlamlı ve negatif bir zayıf ilişki gözlemlenmiştir ($r = -0,287$, $p < 0,001$). Bu ilişki, spiritüel iyi oluş düzeyi arttıkça tükenmişlik düzeyinin azaldığını göstermektedir. Spiritüel iyi oluşun alt boyutlarından doğayla uyum ile tükenmişlik arasında zayıf ancak anlamlı bir negatif ilişki bulunmuştur ($r = -0,188$, $p < 0,05$). Ayrıca, anomi ile tükenmişlik arasında da orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,470$, $p < 0,001$), bu da tükenmişlik düzeyi arttıkça bireylerin anomi duygusunun da arttığını göstermektedir.

4.7. KATILIMCILARIN ZBYÖ, TÖ VE SİÖ PUANLARI ARASINDAKİ REGRESYONA YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4.7. Katılımcıların ZBYÖ, TÖ ve SİÖ puanları arasındaki regresyon analizi (n=149)

Bağımsız Değişken	**Standart Edilmemiş Katsayılar**		**Standart Edilmiş Katsayılar**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
	B	**SE**	**ß**			**Alt**	**Üst**
Sabit	1,463	0,164		8,944	0,001	1,140	1,786
ZBYÖ Toplam	0,047	0,004	0,719	12,533	**0,001**	0,040	0,055
*Bağımlı Değişken=TÖ Genel, *R=0,719; R^2=0,513; F=157,068; p=0,001; Durbin Watson Değeri=2,014*							
Bağımsız Değişken	**Standart Edilmemiş Katsayılar**		**Standart Edilmiş Katsayılar**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
	B	**SE**	**ß**			**Alt**	**Üst**
Sabit	11,818	1,127		10,483	0,001	9,590	14,045
ZBYÖ Toplam	0,146	0,026	0,419	5,591	**0,001**	0,094	0,197
*Bağımlı Değişken=SİÖ Anomi Alt Boyutu, *R=0,419; R^2=0,170; F=31,257; p=0,001; Durbin Watson Değeri=2,359*							
Bağımsız Değişken	**Standart Edilmemiş Katsayılar**		**Standart Edilmiş Katsayılar**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
	B	**SE**	**ß**			**Alt**	**Üst**
Sabit	5,518	0,604		9,134	0,001	4,324	6,712
SİÖ Toplam	-0,018	0,005	-0,287	-3,629	**0,001**	-0,028	-0,008
*Bağımlı Değişken=TÖ Genel, *R=0,287; R^2=0,076; F=13,168; p=0,001; Durbin Watson Değeri=1,792*							

Bakım yükünün tükenmişlik üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen basit doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre, model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=157,068, p<0,001). Regresyon modeli, tükenmişlik düzeyindeki toplam varyansın %51,3'ünü açıklamaktadır (R^2=0,513). Bu sonuç, bakım yükünün tükenmişlik üzerinde güçlü bir yordayıcı olduğunu göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre, bakım yükü toplam puanı tükenmişlik üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahiptir (β=0,719, p<0,001).

Bakım yükünün anomi düzeyi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonuçları, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir (F = 31,257, p < 0,001). Modelin açıklayıcılık gücü orta düzeydedir; bakım yükü, anomi düzeyindeki toplam varyansın yaklaşık %17'sini açıklamaktadır (R^2 = 0,170). Regresyon katsayıları incelendiğinde, bakım yükü toplam puanının anomi üzerinde anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir (β = 0,419, p < 0,001).

Spiritüel iyi oluşun tükenmişlik üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen basit doğrusal regresyon analizi, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir (F = 13,168, p < 0,001). Elde edilen sonuçlara göre, spiritüel iyi oluş toplam puanı, tükenmişlik düzeyinin anlamlı bir yordayıcısıdır. Modelin açıklayıcılık düzeyi göreceli

olarak düşüktür; spiritüel iyi oluş, tükenmişlikteki toplam varyansın %7,6'sını açıklamaktadır ($R^2 = 0,076$). Ancak bu oran, bireyin tükenmişlik düzeyinde spiritüel iyi oluşun yine de önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Analize göre, spiritüel iyi oluş arttıkça tükenmişlik düzeyi azalmaktadır ($\beta = -0,287$, $p < 0,001$).

5. TARTIŞMA

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin bakım süreçleri, yalnızca profesyonel sağlık çalışanlarının katkısını değil, aynı zamanda bakım verenlerin uzun süreli ve aktif katılımını da gerektirmektedir (9). Bu doğrultuda yürütülen çalışmamızın bulguları, evde bakım veren bireylerde evde bakım süreçlerine yönelik eğitim eksikliği, uzun bakım süresi, bakım desteği yetersizliği ve düşük gelir düzeyi gibi faktörlerin, bakım yükü ve tükenmişlik üzerinde belirleyici olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, bakım yükü ile tükenmişlik arasında güçlü ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken; spiritüel iyi oluşun, tükenmişlik üzerinde koruyucu bir rol oynadığı saptanmıştır. Bu kapsamda, ESH alan hastalara bakım verenlerin bakım yükü, tükenmişlik ve spiritüel iyi oluş düzeylerini incelemek amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Çalışmanın bulguları altı başlıkta tartışılmıştır.

5.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamıza katılan bakım veren bireylerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde, katılımcıların yaş ortalamasının 52,42 ± 11,86 olduğu ve %35,6'sının 51–60 yaş aralığında bulunduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Arıcan ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada da bakım verenlerin ortanca yaşı 52,4 olarak bildirilmiştir (127). Evde bakım veren bireylerle yapılan bir diğer çalışmada katılımcıların %63,7'sinin 35–64 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir (8). Demanslı bireylere evde bakım veren bireylerle yapılan bir çalışmada ise yaş ortalaması 63,79 olarak rapor edilmiştir (128). Bu veriler, evde bakım verme sorumluluğunun genellikle orta yaş ve üzerindeki bireyler tarafından üstlenildiğini ve yaşla birlikte bireylerin bakım rollerini daha fazla üstlendiklerine işaret edebilir.

Araştırmamızda bakım verenlerin %58,4'ünün kadın olduğu görülmüş ve bu oran, kadınların bakım verme rolünü daha sık üstlendiğini ortaya koymuştur. Literatürde de benzer sonuçlar yer almakla birlikte kadın bakım verenlerin oranları çalışmamıza göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Arıcan ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada kadın bakım veren oranı %87,3 (127); Dağdeviren ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada %85 (8); Jiménez García-Tizón ve ark. (2025) tarafından yapılan çalışmada ise %62,5 olarak bildirilmiştir (128). Ayrıca Çakır ve Yaman (2022) ile Moss ve ark. (2023) tarafından yapılan çalışmalarda da

benzer şekilde katılımcıların çoğunluğunun kadın olduğu ifade edilmiştir (64, 129). Bu bulgular, toplumsal cinsiyet rollerinin etkisiyle bakım verme sorumluluğunun ağırlıklı olarak kadınlar tarafından üstlenildiğini gösterebilir. Ancak çalışmamızda erkek bakım veren oranının da göz ardı edilemeyecek düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, katılımcıların %73,2'sinin evli bireylerden oluştuğu belirlenmiştir. Bu bulgu, evli bireylerin evde bakım verme sorumluluğunu daha sık üstlendiğini göstermektedir. Literatürde yer alan çalışmalar da bu sonucu destekler nitelikte bakım verenlerin evli olma oranı %70'in üzerinde bildirilmiştir (8, 127, 128). Evli bireylerin bakım sürecinde daha fazla yer almalarının, aile içi roller, geleneksel sorumluluk paylaşımı ve toplumsal beklentilerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda çalışmamıza katılan bakım verenlerin %80,5'inin çocuğu olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, bakım veren bireylerin aynı zamanda ebeveynlik sorumluluğu da taşıdıklarını ve çoklu roller üstlendiklerini göstermektedir. Literatürde yer alan benzer çalışmalar da bu sonucu destekler niteliktedir (8, 13). Bu veriler, evde hasta bireye bakım verenlerin önemli bir kısmının aynı zamanda ebeveyn olduklarını ve bu nedenle hem kendi çocuklarının ihtiyaçlarını hem de bakım verdikleri bireyin ihtiyaçlarını karşılamak zorunda kaldıklarını gösterebilir.

Araştırmamızda, katılımcıların %66,4'ünün çalışmadığı, %74,5'inin ekonomik durumunu "orta", %22,8'inin ise "düşük" olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Bu bulgu, evde bakım veren bireylerin önemli bir kısmının istihdam yaşamından uzaklaştığını ve ekonomik kaynaklarının sınırlı olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, Çakır ve Yaman (2021), bakım veren bireylerin bir kısmının bakım süreciyle birlikte iş yaşamından ayrıldığını ve bunun gelirde ciddi bir düşüşe yol açtığını belirtmiştir (130). Ayrıca, Dağdeviren ve ark. (2020) çalışmasında katılımcıların %60'ının gelirinin giderinden az olduğu (8); Kaplan ve Beydağ (2023) çalışmasında ise %48,7'sinin gelir-gider dengesini sağlamakta zorlandığı bildirilmiştir (13). Uluslararası düzeyde ise Lee (2024), özellikle kadınlar ve yaşlı bireylerin güvencesiz işlerde çalıştıklarını ve evde bakım verme sorumluluğu başladığında işlerini bırakmak zorunda kaldıklarını ortaya koymuştur (131). Lee ve ark. (2019) ile Wolff ve ark. (2022) ise evde bakım veren bireylerin çoğunlukla düşük gelir grubunda yer aldıklarını ve ekonomik yük, rol çatışması, iş-yaşam dengesizliği, gelir kaybı ile sosyal güvence eksikliği gibi çok boyutlu finansal zorluklar yaşadıklarını belirtmiştir (132, 133). Bu bulgular birlikte

değerlendirildiğinde, evde bakım veren bireylerin ekonomik açıdan ciddi bir yük altında oldukları ve bu yükün onların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir.

Araştırmamızda katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında, %40,3'ünün lise, %32,9'unun ise üniversite ve üzeri eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, bakım veren bireylerin eğitim seviyesinin göreceli olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde ise bu duruma ilişkin farklı sonuçlar bildirilmiştir. Örneğin, demanslı bireylere bakım verenlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %42,5'inin lise mezunu olduğu belirtilmiş (128); bir başka çalışmada ise %39'unun yalnızca ilkokul mezunu olduğu görülmüştür (13). Bununla birlikte, inme hastalarına ve yaşlı bireylere bakım verenlerle yürütülen bazı araştırmalarda katılımcıların büyük çoğunluğunun ilkokul düzeyinde eğitime sahip olduğu rapor edilmiştir (20, 78). Çalışmamızda üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip birey oranının görece yüksek bulunması, örneklem grubumuzun daha kent merkezli ve eğitim olanaklarına erişimi daha yüksek bir kitleyi yansıtıyor olabileceği düşünülebilir.

Çalışma bulgularımıza göre, katılımcıların %42,3'ünün kronik bir hastalığa sahip olduğu ve %49,7'sinin düzenli olarak ilaç kullandığı belirlenmiştir. Bu bulgular, evde bakım veren bireylerin yalnızca bakım verdikleri kişilerin değil, aynı zamanda kendi sağlıklarının da önemli bir konu olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde bu konuda farklı oranlar bildirilmiştir. Dağdeviren ve ark. (2020), bakım verenlerin %65'inin kronik hastalığa sahip olduğunu belirtirken (8); Kaplan ve Beydağ (2023) çalışmasında bu oran %33,1 olarak rapor edilmiştir (13). Gök Uğur ve Erci (2019), inme hastalarına bakım veren bireylerin %60'ından fazlasının kronik hastalık taşıdığını bildirmiştir (78). Öte yandan, Kalınkara ve Kalaycı (2017) tarafından yaşlı bireylere bakım verenlerle yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %73,2'sinin kronik hastalık taşımadığı ifade edilmiştir (20). Wu ve ark. (2021) ise bakım verenlerin çoğunlukla orta yaş ve üzeri bireylerden oluştuğunu ve bu yaş grubunda kronik hastalıkların yaygın olduğunu vurgulamıştır (134). Bu farklılıklar, örneklem gruplarının demografik yapısı, bakım verilen bireyin hastalık profili ve çalışmanın yürütüldüğü bölge gibi değişkenlerle açıklanabilir. Ancak genel olarak değerlendirildiğinde, bakım veren bireylerin kendi sağlık sorunlarıyla da mücadele ettikleri ve bu durumun bakım sürecini daha karmaşık hale getirdiği önemli bir gösterge olarak kabul edilebilir. Bu nedenle, bakım verenlerin sağlık durumlarının düzenli olarak izlenmesi ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin desteklenmesi öncelikli bir ihtiyaç olabilir.

Araştırmamızda, katılımcıların %32,9'unun sigara ve %10,1'inin alkol kullandığı belirlenmiştir. Bu bulgular, evde bakım veren bireyler arasında sağlık açısından riskli davranışların da göz ardı edilemeyecek düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde bu konuda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Kunicki ve Jones (2020), Alzheimer ve benzeri demans hastalarına bakım veren bireylerde ağır alkol kullanım oranını %6,3 olarak bildirmiş; ayrıca sigara içen bireylerde ağır alkol kullanımının daha yaygın olduğunu ifade etmiştir (135). Turner ve ark. (2019), bakım verenlerin yaklaşık %60'ında tehlikeli düzeyde alkol tüketimi olduğunu ve bu durumun yaş, cinsiyet ve çevresel koşullarla ilişkili olabileceğini belirtmiştir (136). Çetinkaya ve Dönmez (2023) ise inmeli bireylere bakım verenlerde sigara ve alkol kullanımında artış olduğunu rapor etmiştir (137). Bulgulara göre, bakım sürecinin yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik olarak da zorlayıcı olduğu ve bireylerin başa çıkma stratejisi olarak riskli sağlık davranışlarına yönelebileceği şeklinde yorumlanabilir. Bu nedenle, bakım veren bireylerin sağlık davranışlarının değerlendirilmesi, stresle başa çıkma becerilerinin desteklenmesi ve bu bireylere yönelik önleyici destek programlarının geliştirilmesi önemli bir gereklilik olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızın bulgularına göre, bakım verilen bireylerin %47,7'si kısmi, %45'i ise tam bağımlıdır. Bu durum, bakım verenlerin çoğunlukla fiziksel ve fonksiyonel desteğe ihtiyaç duyan bireylerle ilgilendiğini göstermektedir. Evde sağlık hizmeti alan bireylerle yürütülen çeşitli çalışmalarda da benzer bir tablo görülmektedir. Örneğin, bazı araştırmalarda hizmet alanların yarısından fazlasının yatağa bağımlı olduğu (8) ya da tam/ileri düzeyde bağımlılık gösterdiği bildirilmiştir (2). Arıcan ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada ise bakım verilen bireylerin %77,8'inin tam, %22,2'sinin yarı bağımlı olduğu saptanmıştır (127). Benzer şekilde, Kalınkara ve Kalaycı'nın (2017) araştırmasında da hizmet alanların %54,1'inin tam, %24,4'ünün ise yarı bağımlı olduğu bildirilmiştir (20). Bu bulgular, evde sağlık hizmetinin yalnızca rehberlik değil, aynı zamanda sürekli fiziksel destek ve zaman gerektiren çok yönlü bir sorumluluk alanı olduğunu, bu nedenle bakım verenlerin de desteklenmesi gerektiğini ortaya koyabilir.

Çalışmamızdaki katılımcıların bakım verilen bireyle olan yakınlık derecesini baktığımızda, en yüksek oranın %55 ile anne veya baba kategorisinde yer aldığı görülmüştür. Bu bulgu, bakım verme sorumluluğunun büyük ölçüde çocuklar tarafından üstlenildiğini göstermektedir. Literatürde de benzer eğilimler dikkat çekmektedir (138). Örneğin, Kaplan ve

Beydağ'ın (2023) çalışmasında katılımcıların %63,3 (13), Göger ve ark.'nın (2023) çalışmasında ise katılımcıların %71.1'nin bakım verdiği kişinin anne ya da babası olduğu saptanmıştır (138). Gök Uğur ve Erci'nin (2019) çalışmasında ise bu oranın %30'un üzerinde olduğu bildirilmiştir (78). Kalınkara ve Kalaycı (2017) ise bakım sürecinde yer alanların %49,3'ünün hizmet alan bireyin kızı veya oğlu olduğunu belirtmiştir (20). Bunun yanı sıra, uluslararası araştırmalarda da bakım verenlerin çoğunluğunu eş, çocuk, kardeş gibi birinci derece yakınların oluşturduğu ifade edilmektedir (139). Elde edilen veriler, evde bakım sürecinin çoğunlukla aile bireyleri arasında paylaşıldığını ve bakım sorumluluğunun genellikle geleneksel aile yapısı çerçevesinde şekillendiğini gösterebilir.

Çalışmamızda, katılımcıların %60,4'ünün bakım verdikleri bireyle aynı evde yaşadığı ve %59,7'sinin ise evde 1–3 kişiyle yaşadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, evde bakım sürecinin çoğunlukla ortak yaşam alanı içerisinde sürdürüldüğünü göstermektedir. Benzer şekilde, çeşitli araştırmalarda da bakım verenlerin önemli bir kısmının hasta bireyle aynı evde yaşadığı bildirilmiştir. Kaplan ve Beydağ (2023) çalışmasında katılımcıların %51,9'u evde 4 kişi ve üzeri kişiyle yaşadağı belirtilirken aynı evde yaşama oranı %70,8 olarak (13), Göger ve ark. (2023) çalışmasında aynı evde yaşama oranı ise %78,7 olarak rapor edilmiştir (138). Uluslararası literatürde de aynı evde yaşamanın bakım kalitesini olumlu yönde etkileyebilse de, bakım verenin kişisel alanının daralması ve psikolojik yükünün artması gibi riskleri de barındırdığına değinilmiştir (140). Bu nedenle, yalnızca bakım ortamının fiziksel koşulları değil, bakım verenin bu süreci nasıl deneyimlediği de dikkate alınabilir.

Araştırmamızda, katılımcıların %30,9'unun bakım verdikleri bireyin yanı sıra başka bir kişiye daha bakım sağladığı belirlenmiştir. Bu durum, bakım yükünün zaman zaman yalnızca bir bireyle sınırlı kalmadığını, aynı anda birden fazla kişiye yönelerek daha karmaşık ve zorlayıcı hâle gelebildiğini göstermektedir. Literatürde, demans hastalarına bakım veren bireylerin %75'inin yalnızca bir kişiye bakım verdiği belirtilirken (128), bazı çalışmalarda katılımcıların %14'ünün aynı anda birden fazla aile bireyine bakım sunduğu bildirilmektedir (141). Ayrıca, bakım verenlerin %69,8'inin, dışarı çıkmaları gerektiğinde yerlerini alabilecek bir destek kaynağına sahip olduklarını ifade ettikleri de görülmektedir (142). Bu veriler, bakım sürecinin bireysel olduğu kadar sosyal çevreyle de şekillendiğini, ancak çoklu bakım yükü taşıyan bireylerin daha yüksek düzeyde destek ihtiyacı duyabileceğini ortaya koyabilir.

Araştırmamızda, katılımcıların %69,1'inin bakım verme sürecinde destek aldığı belirlenmiştir. Literatürde ise bu oranın çalışmalara göre değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Kaplan ve Beydağ (2023), Kalınkara ve Kalaycı (2017) ile Öğür ve ark. (2019) tarafından yürütülen çalışmalarda, bakım verenlerin yarısından fazlasının destek aldığı bildirilmiştir (13, 20, 142). Buna karşılık, Dağdeviren ve ark. (2020) çalışmasında katılımcıların %63,7'sinin bakım yükünü tek başına üstlendiği ifade edilmiştir (8). Çakır ve Yaman (2021) ile Çetinkaya ve Dönmez (2023), sosyal destek alan bireylerin uzun süreli bakım süreçlerinde daha dirençli olduklarını; destekten yoksun kalan bireylerin ise fiziksel ve duygusal olarak daha fazla zorlandıklarını belirtmiştir (130, 137). Ayrıca, Çakır ve Yaman (2022), aile üyelerinin sürece dâhil olmasının yalnızca fiziksel yükü hafifletmekle kalmayıp, iletişimi güçlendirdiğini, olumlu duyguları pekiştirdiğini ve stresle baş etmede iş birliğini artırdığını vurgulamıştır (64). Bu çerçevede, araştırmamızda ortaya konan destek alma oranı, aile içi dayanışmanın evde bakım hizmetlerinde yalnızca bireyin iyilik halini korumakla kalmayıp, bakımın sürdürülebilirliği açısından da kritik bir unsur olduğunu düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların yalnızca %11,4'ü bakım hizmeti karşılığında herhangi bir ücret aldığını ifade etmiştir. Bu durum, bakımın büyük ölçüde gönüllülük esasına dayalı yürütüldüğünü ve bakım yükünün maddi destek olmaksızın sürdürüldüğünü göstermektedir. Benzer şekilde, Egici ve ark. (2019) palyatif bakım ünitelerinde yürüttüğü çalışmada bakım verenlerin yalnızca %16,3'ünün bu hizmeti ücretli olarak üstlendiği bildirilmiştir (143). Rodrigues ve ark. (2016) yaptığı çalışmada da, bakım verenlerin %60'ının tamamen gönüllü olduğu belirtilmiştir (144). OECD tarafından yürütülen kapsamlı analizlerde ise informal bakım verenlere yönelik desteklerin çoğu ülkede doğrudan ücret yerine izin hakkı ya da dolaylı mali yardım biçiminde sunulduğu ortaya konmuştur (145). Bakım verenlerein bu denli yüksek düzeyde karşılıksız bakım sorumluluğu üstlenmeleri, özellikle düşük gelirli ve sosyal güvence desteği sınırlı olan bireylerde tükenmişlik, iş gücü kaybı ve sosyal izolasyon gibi sonuçları beraberinde getirebilir (64).

Öte yandan, çalışmamızdaki katılımcıların yalnızca %15,4'ü bakım ile ilgili herhangi bir eğitim aldığı görülmektedir. Literatürde benzer biçimde yüksek oranda eğitimsizliğe işaret edilmektedir. Kaplan ve Beydağ'ın (2023) çalışmasında bakım verenlerin %91,6'sının (13); Kalınkara ve Kalaycı'nın (2017) çalışmasında ise %87,1'inin eğitim almadığı bildirilmiştir (20). Chen ve ark.(2024) tarafından yapılan çalışmada ise, informal bakıcıların %85'inden

fazlasının en az bir temel bakım becerisi alanında eğitim ihtiyacı duyduğu saptanmıştır (146). Ayrıca, Falbo ve ark.'nın (2024) palyatif bakım alanında yaptıkları derleme, bakım verenlere yönelik eğitim programlarının yalnızca bilgi düzeyini değil; yeterlik hissi, bakım kalitesi ve psikolojik dayanıklılığı da artırdığını göstermektedir (147). Elde edilen veriler, bakım sürecine hazırlık düzeyinin artırılmasının yalnızca hasta güvenliği açısından değil, aynı zamanda bakım verenin fiziksel ve ruhsal sağlığını korumak açısından da kritik bir gereklilik olduğunu gösterebilir. Bu kapsamda, evde bakım konusunda yapılandırılmış eğitim programlarının yaygınlaştırılması önemli ve öncelikli bir ihtiyaç olarak değerlendirilebilir.

Katılımcıların %43,6'sı bakım konusunda kendini yeterli hissettiğini ifade etmiştir. Bu oran, Dağdeviren ve ark. (2020) çalışmasında bildirilen %70'lik yeterlilik algısına göre daha düşüktür (8). Bununla birlikte, Kaplan ve Beydağ (2023) bakım verenlerin %64,9'unun kendini yalnızca "kısmen yeterli" gördüğünü (13); Kalınkara ve Kalaycı (2017) ise %67,9'unun bakım konusunda kendini yetersiz hissetmediğini belirtmiştir (20). Özellikle bakım deneyimi olan bireylerde yeterlilik hissi daha yüksek olabilmektedir (148). Bu durum, bireyin bakım yeterliliği algısının yalnızca bilgiye değil; deneyime, destek sistemine, bakım verilen bireyin durumuna ve kültürel faktörlere bağlı olarak değiştiğini gösterebilir.

Bakım süresine ilişkin veriler ise bu yükün süregiden ve yoğun bir sorumluluk olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmamızda katılımcıların %65,1'i bir yıldan uzun süredir bakım verdiği, %36,9'u ise günde yedi saatten fazla zaman harcadığı belirlenmiştir. Literatürde de bu durumun benzer örnekleri mevcuttur. Dağdeviren ve ark. (2020) çalışmasında bu sürenin %98,7 oranında bir yılı aştığı (8), Kaplan ve Beydağ (2023) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %61'inin 13 ay ve üzeri süredir bakım verdiği saptanmıştır (13). Jiménez García-Tizón ve ark. (2025), günlük ortalama bakım süresini 17,05 saat olarak rapor etmiştir (128). Egici ve ark.'nın (2019) bulgularına göre ise katılımcıların %83,7'si haftanın her günü bakım verirken, %93,8'i bakım verilen günlerde 24 saatlik sorumluluğun tamamen kendisinde olduğunu ifade etmiştir (143). Ayrıca Öğür ve ark. (2019) araştırmasında bakım süresi ortalama iki yıl olarak belirtilmiştir (142). Rodrigues ve ark. (2016) çalışmasında ise yalnızca %24,1'inin 12 aydan kısa süredir bakım verdiği görülmüştür (144). Dolayısıyla, ESH veren bakım verenlerin bakım için uzun zaman harcadığı bu durumun ise çeşitli olumsuz sonuçlara neden olabileceği düşünülebilir.

Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında bakım veren bireylerin, hizmet sürecinde yalnızca hasta bireyin değil, aynı zamanda kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarını da korumaları oldukça önemlidir. Ancak çalışmamızda, katılımcıların %39,6'sı bakımın kendi sağlık kontrollerini aksattığını belirtmiştir. Literatürde de benzer şekilde Dağdeviren ve ark. (2020), bakım verenlerin %56,3'ünün sağlık kontrollerinde aksamalar yaşadığını ve yalnızca %21,2'sinin bakımın kendi sağlığı üzerinde hiçbir etkisi olmadığını belirttiğini ortaya koymuştur (8). Bu bulgulara paralel olarak, Şahin ve ark. (2009) çalışmasında, bakım verme öncesinde bireylerin %80,3'ü kendi sağlık durumlarını "iyi" olarak değerlendirirken, bu oran bakım verdikten sonra %51,6'ya düşmektedir (69). Kaschowitz ve Brandt'ın (2017) Avrupa genelini kapsayan çalışması da ev içinde bakım verenlerin, ev dışındaki bakım sağlayanlara ve bakım vermeyenlere kıyasla daha kötü sağlık bildiriminde bulunduklarını göstermektedir (149). Bu sonuçlar, bakım sürecinin bireyin fiziksel sağlığına doğrudan zarar verebilecek düzeyde stres ve ihmal barındırdığına işaret edebilir.

Öte yandan, bu fiziksel yükün yanı sıra bakım sürecine dair öznel memnuniyetin de değerlendirilmesi, bakım verenin sürece ilişkin motivasyonunu anlamada önemlidir. Çalışmamızda katılımcıların %73,9'i bakım vermekten memnun olduklarını ifade ederken, %20,1'i kararsız olduklarını belirtmiştir. Benzer şekilde Kaplan ve Beydağ (2023), katılımcıların %62,3'ünün bu süreçten memnuniyet duyduğunu ortaya koymuştur (13). Bu memnuniyetin temelinde sıklıkla ailevi sorumluluk (%45) ve sevgi (%36,2) gibi özveriye dayalı nedenlerin yer aldığı çalışma bulgularımızda görülmektedir. Kalınkara ve Kalaycı (2017), benzer şekilde %90,9 oranında aile bağı ve sorumluluğun öne çıktığını vurgulamıştır (20). Barton-Burke ve ark. (2025) ise etkili iletişim ve öz bildirimli destek mekanizmalarına sahip bakım verenlerin, yatarak tedaviden evde son dönem bakıma geçiş sürecinde daha yüksek memnuniyet bildirdiklerini ifade etmektedir (150). Ancak bu olumlu duyguların varlığına rağmen, literatürde kadın cinsiyet, evli olmama durumu, bakım verilen bireyin ileri düzeyde bilişsel bozukluğa sahip olması, artan stres, boş zaman eksikliği ve ekonomik güçlüklerin yaşam memnuniyetini olumsuz etkilediği ortaya konulmuştur (151). Bu durum, memnuniyetin mutlak bir kavram olmadığını ve bakım verenin karşılaştığı çevresel koşullarla doğrudan ilişkili olduğunu gösterebilir.

Araştırmamızda katılımcıların %41,6'sı psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde, %61'i kendini sürekli yorgun hissettiğini ve ruhsal destek

gereksinimi duyduğunu ifade etmiştir (13). Çakır ve Yaman'ın (2021) çalışmasında da bakım verenlerin, sürecin uzun soluklu ve kesintisiz olması nedeniyle tükenmişlik, çaresizlik, çözümsüzlük, üzgünlük ve öfke gibi olumsuz duyguları sıkça yaşadıkları ortaya konmuştur (130). Aynı araştırmacıların 2022 yılında yaptıkları çalışmada ise bu olumsuz duyguların aile içi ilişkileri de etkileyerek bakım veren bireylerin öfke ve gerginliklerini diğer aile üyelerine yansıttıkları belirtilmiştir (64). Bakım eyleminin bireyin tek meşguliyeti haline gelmesi, zamanla ruhsal yıpranmayı beraberinde getirmektedir (130). Bu doğrultuda, %32,5'inin geçmişte veya hâlihazırda antidepresan ilaç kullanmış olması dikkat çekicidir (8). Kaschowitz ve Brandt'ın (2017) Avrupa'da yaptığı çalışmada da benzer biçimde, evde bakım veren bireylerin daha düşük sağlık bildiriminde bulundukları, özellikle de bu bireylerin ruhsal açıdan daha fazla etkilendiği ifade edilmiştir (149). Pandemi döneminde yapılan bir sistematik derlemede, informal bakım verenler için uygulanan psikolojik destek müdahalelerinin tükenmişlik düzeylerini azalttığı, öz yeterliliği ve genel iyi oluşu artırdığı görülmüştür (152). Psikolojik destek ihtiyacının bu denli yüksek olması, bakım veren bireylerin yalnızca fiziksel değil, duygusal yönden de ciddi yükler taşıdığını gösterebilir. Dolayısıyla, ruhsal destek hizmetlerinin yalnızca öneri değil, zorunlu bir halk sağlığı müdahalesi olarak ele alınması gerektiğine işaret edebilir.

5.2. KATILIMCILARIN ZBYÖ, TÖ VE SİÖ PUAN ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda bakım verenlerin ZBYÖ puan ortalaması 39,83±16,99 olarak belirlenmiş olup, bu durum bakım sürecinde orta düzeyde bir yük algılandığını göstermektedir. Bu sonuç, bakım verenlerin fiziksel, duygusal ve zaman açısından belirgin bir yük altında olduklarına işaret etmektedir. Literatürde, bakım veren bireylerin ZBYÖ puan ortalamaları çeşitli seviyelerde rapor edilmiştir; örneğin Ural ve Ayyıldız (2021) tarafından yapılan çalışmada bakım yükü ortalaması 23,01±11,99 olarak bulunmuş, bu durum çalışmamızdaki bulgudan görece daha hafif bir yük algısını yansıtmaktadır (70). Buna karşın, Kaplan ve Beydağ (2023) tarafından evde yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerde ölçülen ZBYÖ puan ortalaması 68,11±5,40 ile oldukça yüksek çıkmıştır (13). Benzer şekilde, meme kanserli kadınlara bakım verenlerde yüksek bakım yükü oranları (%86,7) bildirilmiştir (153). Demir Barutcu (2019) ise orta düzeyde bakım yükü deneyimlendiğini ortaya koymuştur (154). Bakım yükü çeşitli seviyelerde var olması, bakım verenlerin fiziksel ve psikososyal açıdan önemli zorluklar

yaşadığını, buna rağmen bakım sürecini sürdürmeye çalıştıklarını ve bu nedenle kapsamlı destek ve eğitim gerekliliğini ortaya koyabilir.

Araştırmamıza katılan bakım veren bireylerin TÖ puan ortalaması 3,35±1,12 olup, bu durum katılımcıların orta düzeyde tükenmişlik yaşadığını göstermektedir. Bu bulgu, bakım sürecinin yalnızca fiziksel değil aynı zamanda duygusal ve zihinsel bir yük oluşturduğunu da ortaya koymaktadır. Maslach Tükenmişlik Envanteri ile yapılan bir çalışmada, yaşlı bireylere evde bakım veren bireylerin tükenmişlik düzeylerinin oldukça yüksek olduğu (54,92±0,68) ve katılımcıların yaklaşık %50'sinin yoğun tükenmişlik yaşadığı bildirilmiştir (20). Benzer şekilde, Zech ve Gérain (2020) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında, gayri resmi bakım verenlerin, bakım vermeyen bireylere kıyasla daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadığı ve kişisel başarı algılarında azalma olduğu ortaya konmuştur (155). Ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerde de orta düzeyde tükenmişlik saptandığı görülmektedir (156). Tükenmişlik seviyesi, bakım verenlerde psikolojik destek ihtiyacının başladığını ve duygusal dayanıklılığın azaldığını gösterebilir. Bu sonuçlar, tükenmişliğin bakım verme sürecine özgü evrensel bir sorun olduğunu ve kültürel farklılıklardan bağımsız olarak duygusal dayanıklılığı zorladığını ortaya koyabilir.

Araştırmamızda bakım veren bireylerin SİÖ toplam puan ortalaması 119,47±17,69 olup, bu bulgu genel olarak yüksek düzeyde bir spiritüel iyi oluş algısına işaret etmektedir. Alt boyutlar incelendiğinde en yüksek ortalamanın Aşkınlık boyutunda (63,84±13,35) olduğu, bunu Doğayla Uyum (31,25±4,32) ve Anomi (17,62±5,91) alt boyutlarının izlediği görülmektedir. Bu sonuçlar, katılımcıların yaşamı aşkın, bütüncül ve ruhsal bir bağlamda değerlendirdiklerini ve doğayla güçlü bir bağ kurduklarını göstermektedir. Öte yandan, anomi alt boyutuna ait puanlar, bazı katılımcılarda yaşamın anlamına dair sorgulamaların devam ettiğini göstermekte; bu durum, bakım sürecinin getirdiği içsel karmaşanın ve anlam arayışının bir yansıması olabileceğini düşündürmektedir. Elde edilen bulgular, daha önce yapılan çalışmalarla da büyük ölçüde örtüşmektedir. Kaplan ve Beydağ (2023), benzer bir örneklemde toplam SİÖ puanını 115,09±18,89 olarak saptamış; aşkınlık, doğayla uyum ve anomi alt boyutlarının benzer eğilimler gösterdiğini bildirmiştir (13). Aynı şekilde, Türkben Polat ve Kıyak (2023), meme kanserli hastalara bakım veren bireylerde de yüksek düzeyde spiritüel iyi oluş saptamıştır (157). Palyatif bakım sürecinde olan (158) ve kanserli hastalara (159) bakım verenlerle yapılan çalışmalarda da benzer şekilde yüksek SİÖ puanlarına ulaşılmıştır. Bu

bulgular, spiritüel iyi oluşun, özellikle zorlu bakım süreçlerinde bireylerin baş etme mekanizmalarını destekleyici bir faktör olarak işlev gördüğünü ve bakım verenlerin ruhsal dayanıklılığını güçlendirdiğini düşündürebilir.

5.3. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE ZBYÖ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Yaş, cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olma gibi değişkenler açısından çalışmamızda anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Bu bulgu ile uyumlu araştırma (8) olmakla birlikte, kadınların (160), evli bireylerin (161, 162, 163) ve çocuk sahibi olmanın (164) daha yüksek bakım yükü yaşadığını bildiren çalışmalarla çelişmektedir. Bu durum, bakım yükünün yalnızca demografik değişkenlerle açıklanamayacağını, bireysel ve sosyal faktörlerin de etkili olduğunu gösterebilir.

Çalışmamızda, bakım veren bireylerin işte çalışma durumunun bakım yükü üzerinde anlamlı bir etki yarattığı saptanmış; özellikle çalışmayan bireylerin bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, Beck ve ark. (2022) çalışmasında da çalışmayan bakım verenlerin daha düşük genel sağlık, olumlu duygu durumu ve iyi oluş düzeyine sahip oldukları, dolayısıyla daha yüksek düzeyde bakım yükü yaşadıkları bildirilmiştir (165). Ancak Tarı Selçuk ve Avcı'nın (2016) araştırmasında, çalışma durumu ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (163). Çalışmayan bireylerin tüm zamanlarını bakım sürecine ayırmak zorunda kalmaları, sosyal etkileşimlerinin ve kişisel zamanlarının azalması gibi nedenlerle daha yoğun bir yük hissedebileceklerini düşündürebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin gelir düzeyi bakım yükü açısından anlamlı bir fark yaratmış; düşük gelir grubundaki bireylerin daha yüksek yük hissettikleri saptanmıştır. Bu durum, Çetin ve ark. (2013) ile paralellik gösterirken (166), Dağdeviren ve ark. (2020) ile Tarı Selçuk ve Avcı'nın (2016) çalışmalarıyla çelişmektedir (8, 163). Literatürde, finansal kaynakların yetersizliğinin bakım yükünü artıran bir unsur olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (81, 167). Dolayısıyla, finansal güçlüklerin giderilmesine yönelik destekleyici politikaların geliştirilmesi, bakım verenlerin yükünün hafifletilmesinde önemli bir rol oynayabilir.

Çalışmamızda; bakım veren bireylerin eğitim durumu, hane halkı sayısı, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı, sigara ve alkol kullanımı gibi bireysel özelliklerin bakım yükü ile anlamlı bir ilişki göstermediği belirlenmiştir. Bu bulgu, Tarı Selçuk ve Avcı'nın (2016) çalışmasıyla benzerlik göstermekte olup, bu çalışmada da eğitim düzeyi gibi bireysel faktörlerin bakım yükü üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (163). Benzer şekilde, Kalınkara ve Kalaycı (2017) de eğitim düzeyi, kronik hastalık ve evde yaşayan birey sayısının bakım yüküyle yalnızca düşük düzeyde ilişkili olduğunu belirtmiştir (20). Bununla birlikte, bazı araştırmalar bu değişkenlerin bakım yükü üzerinde belirgin bir etkisinin olabileceğine işaret etmektedir. Örneğin, Salama ve El-Soud'un (2012) Mısır'da gerçekleştirdiği çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan bireylerde bakım yükünün daha yüksek olduğu saptanmıştır (168). Pelit Aksu ve Şentürk Erenel (2021) ise ilkokul mezunu olan bakım verenlerin bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (162). Kronik sağlık sorunları açısından da benzer çelişkili bulgular söz konusudur. Çalışmamızda kronik hastalık varlığının bakım yükü üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmasa da, Öner ve Karabulutlu'nun (2024) çalışmasında, sağlık problemi yaşayan bakım verenlerin daha yüksek bakım yükü yaşadığı bildirilmiştir (160). Bu durum, bireyin kendi sağlığının bakım sürecini nasıl etkilediği ile yakından ilişkili olabilir. Aynı şekilde Kalınkara ve Kalaycı'nın (2017) çalışmasında, kronik rahatsızlığı olan bireylerde bakım yükünün arttığı ifade edilmiştir (20). Sonuç olarak, çalışmamızda bireysel sağlık ve yaşam tarzı değişkenlerinin bakım yükü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamakla birlikte, literatürdeki bazı bulgular bu etkenlerin bağlama göre farklı sonuçlar doğurabileceği gösterebilir.

Çalışmamızda, bakım verilen bireyin bağımlılık düzeyinin bakım yükü üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Özellikle tam bağımlı bireylere bakım verenlerin, bağımsız ya da kısmi bağımlı bireylere bakım verenlere kıyasla daha yüksek düzeyde bakım yükü yaşadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, literatürdeki benzer sonuçlarla örtüşmektedir. Kalınkara ve Kalaycı'nın (2017) çalışmasında, yatağa bağımlı bireylere bakım verenlerin bakım yükü puanlarının, bağımsız bireylere bakım verenlerin puanlarının iki katından daha fazla olduğu belirtilmiştir (20). Benzer şekilde, Tarı Selçuk ve Avcı (2016) da bağımlı olan yaşlılara bakım veren bireylerde bakım yükünün daha yüksek olduğunu saptamışlardır (163). Uluslararası literatürde de, bireyin fiziksel ve zihinsel bağımlılık düzeyinin, bakım yükünün en önemli belirleyicilerinden biri olduğu vurgulanmaktadır (80). Ayrıca, çalışmamızda bakım veren ile bakım verilen kişinin aynı evde yaşama durumunun da bakım yükünü anlamlı şekilde etkilediği

görülmüştür. Aynı evde yaşayan bakım verenlerin bakım yükü puanları, ayrı yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durum, bakım sürecinin sadece fiziksel değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal açıdan da sürekli bir etkileşim halinde yürütülmesinden kaynaklanabilir. Öner ve Karabulutlu'nun (2024) onkoloji hastalarına yönelik çalışmasında, hasta ile aynı evde yaşayan bireylerin bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı ifade edilmiştir (160). Bu durum, aynı evde yaşamanın duygusal yakınlık ve sorumluluk hissini artırması nedeniyle bakım yükünü daha yoğun hissettirme ihtimaliyle açıklanabilir.

Çalışmamızda, bakım veren bireyin hastaya olan yakınlık derecesi ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç, Dağdeviren ve ark. (2020) çalışmasıyla paralellik göstermekte olup, ilgili çalışmada da bakım verenin hastaya olan akrabalık derecesi ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (8). Bununla birlikte, literatürde konuyla ilgili farklı bulgular da mevcuttur. Örneğin, Tarı Selçuk ve Avcı'nın (2016) çalışmasında, yaşlının birinci derece akrabası olan bireylerin bakım yükünün daha düşük olduğu, dolayısıyla yakınlık derecesi ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmiştir (163). Benzer şekilde, Ademoğlu ve Kutlu'da (2024) ESH alan ailelerde bakım yükü ile engelli bireyle olan yakınlık derecesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve ESH alan bireylerin, almayanlara kıyasla daha düşük yük yaşadıkları saptamışlardır (164).

Araştıramamızın bulgularına göre, bakım desteği almayan bireylerin, destek alanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bakım yükü hissettikleri saptanmıştır. Bu bulgu, destekleyici bireylerin varlığının yükü azalttığını gösteren literatürle paralellik göstermektedir (160). Ancak yapılan çalışmalarda sadece fiziksel yardım değil, genel sosyal desteğin de bakım yükünü azaltmada önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır (169). Ayrıca, sosyal destek eksikliği, yüksek algılanan stres ve bakım alanla olan yakın ilişkiler (örneğin eş olma durumu), bakım yükünü artıran önemli faktörler arasında yer almaktadır (170). Bu doğrultuda bakım verenlerin yükünü hafifletmede destek sistemlerinin etkisi kritik rol oynayabilir.

Çalışmamızda, bakım veren bireylerin bakım karşılığında ücret alıp almamasının bakım yükü puanı üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, Egici ve ark. (2019)'nın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir; söz konusu çalışmada da bakım ücreti almanın bakım yükü ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermediği bildirilmiştir (143).

Bununla birlikte, literatürde bakım verenlerin karşılaştığı finansal zorlukların, özellikle yetersiz gelir, çoklu sorumluluk çatışması ve sosyal izolasyonla birleştiğinde, bakım yükünü dolaylı olarak artırabileceği vurgulanmaktadır (81, 167). Dolayısıyla, doğrudan bakım ücreti alımı ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmasa da, bakım sürecindeki finansal destek ve sosyal kaynakların yeterliliği, bakım yükünün birey tarafından daha katlanılabilir bulunmasında önemli bir rol oynayabilir.

Çalışmamızda, evde bakım eğitimi alan bireylerin bakım yükü puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da, inme hastalarının bakım verenlerine yönelik verilen eğitimin bakım yükünü azaltacağı böylelikle yaşam kalitesinin de etkileneceği vurgusu yapılmıştır (78, 171). Ayrıca, çalışmamızda bakım konusunda kendini yetersiz hisseden bireylerin bakım yükü puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kalınkara ve Kalaycı (2017) de benzer şekilde, bakım sürecinde yetersizlik hissinin bakım yükünü artıran önemli bir unsur olduğunu vurgulamaktadır (20). Bu sonuçlar, hasta bakımına yönelik eğitimlerin bakım yükünü azaltıcı etkiye neden olacağını düşündürebilir.

Çalışmamızda, günlük bakım süresi arttıkça bakım yükünün anlamlı biçimde yükseldiği ve özellikle günde 7 saatten fazla bakım veren bireylerin yük puanları diğer gruplara göre belirgin biçimde daha yüksek seyrettiği görülmüştür. Bu bulgu, bakım süresinin bakım yükünü doğrudan etkileyen önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Tarı Selçuk ve Avcı'nın (2016) çalışmasında da, 37 ay ve daha uzun süre bakım veren bireylerin bakım yükü puanlarının anlamlı biçimde yüksek olduğu belirtilmiştir (163). Benzer şekilde, Öner ve Karabulutlu (2024) tarafından yapılan araştırmada da, 24 saat bakım veren bireylerin yük düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (160). Öte yandan, bazı çalışmalar, bakım süresi ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki olmadığını (8) veya düşük ilişkinin olduğunu (20) bulmuştur. Bu farklılıklar, yalnızca sürenin değil, bireyin bakım sürecinde aldığı sosyal destek, hastanın bağımlılık durumu ve bakımın niteliği gibi etmenlerin de bakım yüküne etki ettiğini gösterebilir.

Çalışmamızda bakım yükü üzerinde bireyin kendi sağlık kontrollerini aksatması, bakım sürecinden memnuniyetsizlik ve psikolojik destek ihtiyacının belirleyici ve anlamlı etkileri olduğu bulunmuştur. Dağdeviren ve ark. (2020), bakım yükündeki artışla birlikte bakım verenlerin kendi sağlık durumlarının kötüleştiğini hissetmeleri ve sağlık kontrollerini ihmal

etmeleri dikkat çekmiştir (8). Ayrıca, bakım yükü yükseldikçe bakım verenlerin bakım hizmetinden duydukları memnuniyetin azaldığı ve yaşlıya bakım vermekten memnun olmayan bireylerde bakım yükünün daha fazla olduğu gözlenmiştir (20). Polonya'da yapılan bir çalışmada bakım yükü ile anksiyete ve depresyon semptomlarının doğrusal ilişki içinde olduğu raporlanmıştır (172). Benzer şekilde Türkiye'de zihinsel bozukluğu olan hastaların birinci derece bakım verenlerinde orta düzeyde anksiyete görülmekte ve anksiyete arttıkça aile bakım yükünün de yükseldiği tespit edilmiştir (173). Bakımın, bakım verenlerin psikososyal durumlarını doğrudan etkileyerek, artan yükle beraber anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunların da ortaya çıkabileceğine işaret edebilir.

Çalışmamızda bakım verme nedenine göre de anlamlı farklılıklar saptanmıştır. "Benden başka bakacak kimse yok" ifadesini kullanan bireylerin bakım yükü diğer gruplara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Literatürde, bakım yükü düşük olan bakım verenlerin daha çok duygusal nedenlerle ve kendi istekleri doğrultusunda bakım verdikleri, yükü yüksek olanların ise zorunluluk hissettiklerini göstermektedir (8). Kalınkara ve Kalaycı, (2017) ise yaşlı hastalara evde bakım veren bireylerin bakım yükü ile bakım verme nedeni arasında düşük ilişki saptamıştır (20). Bu bulgular, bakım verenlerin yükünü belirleyen faktörlerin yalnızca fiziksel sorumluluklar değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal destek eksiklikleri, kişisel memnuniyetsizlikler ve bakım verme motivasyonları gibi çok boyutlu olduğunu gösterebilir.

5.4. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE TÖ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda, bakım veren bireylerin yaşı ile tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, literatürde yer alan bazı çalışmalarla örtüşmektedir. Örneğin: Egici ve ark. (2019), örneklemlerinde yaş ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir (143). Benzer şekilde, Kalınkara ve Kalaycı'nın (2017) çalışmasında da yaşın tükenmişlikle olan ilişkisinin düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir (20). Ancak bazı çalışmalarda bu bulgunun aksine, yaşın tükenmişlik üzerindeki etkisini vurgulayan sonuçlara da rastlanmaktadır. Tuna ve Olgun (2010), hasta yakınının yaşı arttıkça duygusal tükenme düzeyinin azaldığını belirtmişlerdir (174). Benzer şekilde yaşın tükenmişlikle ilişkilendirildiğini söyleyen çalışmalar bulunmaktadır (175,

176). Diğer yandan, Szlenk-Czyczerska ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada, genç bakıcılarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında daha yüksek puanlara rastlanmıştır (177). Bu doğrultuda yaş, tükenmişliği doğrudan belirleyen bir unsurdan ziyade, diğer değişkenlerle etkileşim içinde olan ara bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin cinsiyetine göre tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmış, kadınların tükenmişlik puan ortalamalarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, kadın bakım verenlerin bakım sürecinde daha yoğun psikolojik, duygusal ve fiziksel yük altında kaldığını ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, Heo ve Shin (2019), kanser hastalarına bakım veren bireylerde kadınların erkeklere göre daha yüksek tükenmişlik düzeyine sahip olduğunu vurgulamışlardır (178). Szlenk-Czyczerska ve ark. (2020) da kadın bakım verenlerin tükenmişlik ölçeğinin alt boyutu olan kişisel başarı algısında erkeklere göre daha fazla azalma bildirdiklerini ortaya koymuştur (177). Ancak literatürde bu konuda farklı sonuçlara da rastlanmaktadır. Tuna ve Olgun (2010) tarafından inmeli hastalara bakım verenlerde yapılan çalışmada, kadınlardan ziyade erkeklerin daha yüksek tükenmişlik yaşadığı ve bu farkın anlamlı olduğu bildirilmiştir (174). Öte yandan, Egici ve ark. (2019) ise cinsiyet ile tükenmişlik puanları arasında anlamlı bir fark bulmamıştır (143). Kadınların toplumda bakım verme rolünü daha fazla üstlenmeleri, duygusal emeğin çoğunu taşıma eğilimleri ve aynı anda birden çok rol (anne, eş, çalışan vb.) üstlenmeleri bu farkın oluşmasında etkili olabilir.

Çalışmamızda medeni durum ve çocuk sahibi olma değişkenlerinin tükenmişlik düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Ancak literatürde bu konuda çelişkili bulgular yer almaktadır. Tuna ve Olgun'un (2010) çalışmasında, bekar bireylerde duygusal tükenme ve toplam tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilirken (174), Egici ve ark. (2019) tarafından yürütülen çalışmada medeni durum ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (143). Ayrıca, Szlenk-Czyczerska ve ark. (2020) dul ya da boşanmış bireylerde tükenmişliğin daha yüksek olabileceğine dikkat çekmişlerdir (177). Çocuk sahibi olma durumu ise bazı araştırmalarda ebeveynlik sorumluluğunun özellikle hem çocuklara hem de ebeveynlere bakım veren bireylerde tükenmişliği artırabildiği rapor edilmiştir (179, 180).

Çalışmamızda, işte çalışmama durumu ve düşük gelir düzeyi, tükenmişlik puanları üzerinde anlamlı bir etki yaratmıştır. Çalışmayan bireylerin tükenmişlik düzeyleri çalışanlara

kıyasla daha yüksek bulunurken, benzer şekilde düşük gelir grubunda yer alan bireylerin tükenmişlik puanları da orta ve yüksek gelir grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgular, literatürdeki çeşitli çalışmalarla örtüşmektedir. Altay ve ark. (2024) ile Heo ve Shin (2019), düşük gelir düzeyinin hem bakım yükünü hem de tükenmişliği artıran önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (22, 178). Szlenk-Czyczerska ve ark. (2020) ise tam zamanlı çalışmayan ya da işsiz bakım verenlerin, çalışanlara kıyasla daha yüksek oranda duygusal tükenme bildirdiklerini saptamışlardır (177). Bu veriler, ekonomik güçlüklerin ve işsizlik durumunun yalnızca maddi değil, aynı zamanda psikolojik düzeyde de bakım vereni etkilediğini ve tükenmişlik riskini artırdığını gösterebilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu, Egici ve ark.'nın (2019) çalışmasıyla paralellik göstermektedir (143). Ancak literatürde eğitim düzeyinin tükenmişlik üzerindeki etkisini destekleyen çalışmalar da mevcuttur. Szlenk-Czyczerska ve ark. (2020), ilköğretim düzeyinde eğitim almış bireylerin duygusal tükenme bildirme olasılığının yüksek olduğunu belirtmiş (177); benzer şekilde, Tel ve Ertekin Pınar (2013) da ilkokul mezunu bakım verenlerin duygusal tükenme puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (176).

Çalışmamızda kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı, sigara ve alkol kullanımı ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde ise bu konuda çelişkili bulgular yer almaktadır. Tuna ve Olgun (2010), hasta yakınının sağlık sorunu yoksa daha fazla duygusal tükenme yaşandığını bildirmiştir (174). Benzer şekilde, Egici ve ark.'da (2019) kronik hastalığı olan bakım verenlerin duygusal tükenme puanlarının daha yüksek olduğunu raporlamıştır (143). Öte yandan, Kalınkara ve Kalaycı (2017) bakım verenin kronik fiziksel hastalık durumu ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığını belirtmiştir (20). Sigara kullanımının ise öznel stresle bağlantılı olduğu vurgulanmaktadır (180). Bu farklılıklar, bireylerin sağlık durumu, stres yönetimi ve sosyal destek gibi faktörlerle etkileşim içinde değerlendirildiğinde daha anlamlı hale gelebilir.

Çalışmamızda, bakım verilen kişinin bağımlılık düzeyinin artmasıyla birlikte tükenmişlik düzeyinin de anlamlı şekilde yükseldiği belirlenmiştir. Özellikle tam bağımlı bireylere bakım verenlerde, bağımlı olmayan veya kısmi bağımlılara kıyasla daha yüksek tükenmişlik yaşandığı gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar, Kalınkara ve Kalaycı'nın (2017) yaşlı

bireylerde bakım gereksinimi arttıkça tükenmişlik puanlarının yükseldiğini gösteren çalışmasıyla paralellik göstermektedir (20). Benzer şekilde, Yılmaz ve ark. (2009) Alzheimer hastalarının aile bakım verenlerinde, bakım alıcısının fonksiyonel seviyesinin azalmasının duygusal tükenmişliği artırdığını ortaya koymuştur (181). Ayrıca, Wang ve ark. (2021) Hong Kong ve Yeni Zelanda'daki demans hastalarının bakıcılarında tükenmişlik yaşandığını, bakım alıcının bağımlılık düzeyinin bu durumu etkileyen önemli faktörlerden biri olduğunu belirtmiştir (182). İnme mağdurlarının bakıcılarında ise inme şiddeti ve bağımlılık düzeyinin tükenmişlik riskini artıran temel belirleyiciler olduğu vurgulanmaktadır (183). Bu doğrultuda, bakım verilen kişinin bağımlılık düzeyi bakım verenin tükenmişliğinde etkili bir faktör olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda, bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri ile hasta ile olan yakınlık derecesi arasında literatürle uyumlu şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (143). Ancak, bakım verenin hastaya olan yakınlık derecesinin tükenmişlik algıları üzerinde anlamlı etkisi olduğunu bildiren çalışma da mevcuttur (22). Aynı şekilde çalışmamızda evde yaşayan kişi sayısı ile tükenmişlik arasında da anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Kalınkara ve Kalaycı, 2017 yaptığı çalışmada evde yaşayan kişi sayısının tükenmişlikle düşük bir ilişkili olduğundan bahsetmiştir (20). Bununla birlikte, çalışmamızda aynı evde yaşayan birey sayısının artmasının tükenmişlik düzeyini anlamlı biçimde yükselttiği görülmüştür. Bu durum, aynı evde yaşamanın bakım kalitesini artırabilme potansiyelinin yanı sıra, bakım verenin kişisel alanının daralması ve psikolojik yükünün artması gibi olumsuz etkilerini de göstermektedir (140). Benzer şekilde, Kore'de yapılan bir çalışmada aynı evde yaşamanın bakım verenlerde tükenmişlikle ilişkili olduğu belirlenmiştir (184). Ayrıca, Hong Kong ve Yeni Zelanda'da demans hastalarının bakıcıları üzerinde yapılan araştırmalar da aynı evde yaşamanın tükenmişlik düzeyinde önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (182). Bu sonuçlar, bakım verenlerin tükenmişliğini anlamada yakınlık derecesi gibi demografik değişkenlerin etkisinin karmaşık ve bağlama bağlı olduğunu; aynı evde yaşamanın ise hem destekleyici hem de zorlayıcı boyutları olabileceğini gösterebilir.

Çalışmamızda, bakım veren bireylerin başka birine daha bakım verme yükümlülüğü ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak literatürde bu konuda farklı bulgular mevcuttur. Örneğin Altay ve ark. (2024), aynı anda birden fazla kişiye bakım verenlerin tükenmişlik algılarının daha yüksek olduğunu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı

olduğunu bildirmiştir (22). Diğer yandan, bakım sürecinde destek almanın tükenmişlik düzeylerini azalttığı da açıkça ortaya konmuştur. Çalışmamızda, bakım sürecinde destek almayan bireylerin tükenmişlik düzeyleri, destek alanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, Kalınkara ve Kalaycı (2017) ile Altay ve ark. (2024) çalışmalarındaki verilerle de örtüşmektedir (20, 22). İlgili çalışmalarda, sosyal destek alan bireylerin tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu ve destek eksikliğinin tükenmişlik üzerinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmıştır. Öte yandan, Tuna ve Olgun'un (2010) çalışmasında, hastaya bakım veren başka bir kişinin varlığı durumunda, hasta yakınının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (174). Dolayısıyla, literatür doğrultusunda değerlendirildiğinde, hem sosyal destek eksikliği hem de çoklu bakım dinamiklerinin, bakım verenin tükenmişliğini farklı açılardan etkileyebileceği söylenebilir.

Çalışmamızda evde bakım eğitimi alan bireylerin tükenmişlik düzeyleri, eğitim almayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu, eğitimin tükenmişlik üzerinde koruyucu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Literatürde de benzer yönde sonuçlara ulaşılmıştır. Escribano-Sotos ve ark. (2020), demans hastalarına bakım veren profesyonellere yönelik uygulanan pratik bir eğitim programının tükenmişlik düzeylerini azalttığını bildirmiştir (185). Anton ve ark. (2017) palyatif bakım ekipleriyle yürüttükleri çalışmada ve Cengiz ve ark.'nın (2024) informal bakım verenlerle gerçekleştirdikleri randomize kontrollü araştırmada, farkındalık ve şefkat temelli müdahalelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı azalttığı, kişisel başarı, öz-bakım, öz-şefkat ve ekip içi iletişimi artırdığı belirtilmiştir (186, 187). Bu bulgular, hem profesyonel hem de informal bakım ortamlarında yapılandırılmış eğitimlerin tükenmişliği önlemede etkili bir müdahale alanı olduğunu gösterebilir.

Çalışmamızda bakım yeterliliği algısı ile tükenmişlik düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki saptanmış; bakım konusunda kendini yetersiz hisseden bireylerin tükenmişlik puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kalınkara ve Kalaycı (2017), yaşlı bireylere bakım sürecinde kendini yetersiz hisseden bireylerin daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıklarını ortaya koyarken (20), Voumbo ve ark. (2022) ise yetersizlik algısının bakım verenler arasında tükenmişlik için risk faktörü oluşturduğunu vurgulamıştır (188). Bu doğrultuda, bireyin bakım sürecinde kendini yeterli hissetmesine yönelik psikososyal desteklerin sağlanması gerektiği söylenebilir. Eğitim, bu bağlamda bilgi ve becerinin yanı sıra öz-yeterlilik duygusunu da geliştirerek tükenmişliği önlemede çok yönlü bir güçlendirme aracı olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda, bakım veren bireylerin bakım verme süresi ile tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak, günlük bakım süresi arttıkça tükenmişlik düzeylerinin anlamlı biçimde yükseldiği görülmüş; özellikle günde 7 saat ve üzeri bakım veren bireylerin tükenmişlik puanları en yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu bulgular, bazı literatür çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Örneğin Egici ve ark. (2019), bakım süresi ile tükenmişlik alt boyutları arasında çok düşük düzeyde anlamlı ilişkiler bildirerek uzun süreli bakımın duygusal tükenmeyi hafif düzeyde artırabileceğini, kişisel başarı hissini ise azaltabileceğini belirtmişlerdir (143). Benzer şekilde, Szlenk-Czyczerska ve ark. (2020), daha uzun süre bakım verenlerin kısa süreli bakım sağlayanlara göre duyarsızlaşma (depersonalizasyon) bildirme olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (177). Diğer taraftan, günlük bakım süresine odaklanan Oliva-Moreno ve ark. (2018) çalışmasında, özellikle bakım saatlerinin artmasıyla birlikte tükenmişlik riskinin de belirgin şekilde arttığı, bu bireylerin ağır bir yük altına girdikleri ifade edilmiştir (183). Ji ve Zhang (2024) ile Mohamed ve ark. (2024) çalışmalarında da uzun saatler boyunca bakım vermenin, hem işlevsel tükenmişliğe hem de psikolojik yük artışına neden olduğu belirtilmiştir (175, 180). Bu durumda, bakım sürelerinin fazlalığı bakım vereni psikolojik anlamda olumsuz etkilediğini düşündürebilir.

Araştırma bulgularımız, bakımın kişinin kendi sağlık kontrollerini ertelemesi, bakımdan memnun olmama durumu, psikolojik destek ihtiyacı ve bakım verme sebebi gibi değişkenlerin tükenmişlik düzeyinde anlamlı farklılıklara yol açtığını göstermektedir. Kalınkara ve Kalaycı'nın (2017) çalışması, özellikle yaşlıya bakım vermekten memnun olma durumu ile paralellik göstermekte; memnun olmama durumunun tükenmişlik üzerinde etkili olduğunu belirtirken, bakım verme nedeninin tükenmişlikle ilişkisinin düşük bulunması ise bizim bulgumuzla çelişmektedir (20). Memnuniyet ve tükenmişlik arasındaki negatif korelasyon ise Blom ve ark. (2023) tarafından da desteklenmiş olup, bu durum bakım verenlerin psikososyal destek ve memnuniyetinin tükenmişlik üzerindeki belirleyici rolünü ortaya koymaktadır (189). Bu kapsamda, psikolojik destek ihtiyacının artması tükenmişliğin yükselmesiyle ilişkilidir; sistematik derlemelerde kadın bakım verenlerin daha fazla psikolojik stres, aile içi çatışma ve suçluluk duygusu yaşadığı, psikolojik yaşam kalitelerinin düştüğü ve rahatsız edici düşünceleri kontrol etme yeteneklerinin azaldığı belirtilmiştir (190). Ayrıca, bakım verenlerde tükenmişlik daha düşük refah, artan psikolojik sıkıntı, olumsuz duygular ve azalan olumlu duygularla

ilişkilidir (191). Tükenmişlik ile depresyon arasındaki ilişki Yılmaz ve ark. (2009) tarafından doğrulanırken (181), bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin normal popülasyona kıyasla yüksek olduğu ve kendilerini sürekli stres altında hissettikleri de Rodakowski ve ark. (2012) tarafından rapor edilmiştir (192). Bu doğrultuda, bazı bakım verenlerde düşük tükenmişlik seviyesi gözlenmekte olsa bile yaşam kalitelerini etkileyen önemli psikolojik sıkıntılar varlığından devam etmektedir (180). Böylelikle, bakım verenlerin psikolojik destek gereksinimlerinin erken tanımlanmasının ve etkili müdahalelerin tükenmişlik ve psikolojik sıkıntıların azaltılmasında kritik öneme sahip olduğunu gösterebilir.

5.5. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİ İLE SİÖ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı ve işte çalışma gibi demografik özellikleri ile SİÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, Kaddourah ve ark. (2018) Suudi Arabistan'da yürüttükleri çalışmada medeni durum ile spiritüel iyi oluş arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını göstermesiyle paralellik taşımaktadır (193). Benzer şekilde, Kutlu ve ark.'da (2020) yoğun bakım hemşireleri üzerinde yaptıkları araştırmada cinsiyet ile spiritüel iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını rapor etmişlerdir (194). Bununla birlikte, bazı çalışmalar çalışmamızın aksine farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Örneğin, Kutlu ve ark.'nın (2020) diğer bir bulgusunda yaş ile spiritüel iyi oluş arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuşken (194), Spatuzzi ve ark. (2019) kadınların spiritüel iyi oluş düzeylerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu bildirmiştir (195). Ayrıca, aynı çalışma çalışan bireylerin spiritüel iyi oluş düzeyinin daha yüksek olduğunu da göstermiştir. Deb ve ark. (2016) ise genç yetişkinler arasında yapılan araştırmada, kız öğrencilerin özellikle manevi uygulamalar ve yaşamda anlam/birliktelik duygusu açısından erkek öğrencilere kıyasla daha yüksek spiritüel iyi oluş sergilediklerini belirtmiştir (196). Yaş faktörüne yönelik olarak, Kocabaş ve Toraman (2018) tarafından yapılan bir çalışmada ise 35 yaş ve üzerindeki bireylerin işyeri maneviyatının daha yüksek olduğu bulunmuştur (197). Bu sonuçlar, yaş, cinsiyet ve diğer demografik değişkenlerin spiritüel iyi oluş üzerindeki etkisinin kültürel, sosyal ve bireysel farklılıklara bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğini düşündürebilir.

Çalışmamızda ekonomik durum, toplam spiritüel iyi oluş puanları ile anlamlı bir ilişki göstermiştir. Orta gelir düzeyine sahip bireylerin, düşük gelir grubundakilere kıyasla hem toplam spiritüel iyi oluş hem de doğayla uyum alt boyutunda daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. Buna karşılık, anomi alt boyutunda düşük gelir grubundakilerin puanlarının anlamlı biçimde daha yüksek olması, ekonomik yetersizliğin bireylerde anlam ve bağlılık eksikliğine yol açtığını düşündürebilir. Bu sonuçlar, Mirham ve ark. (2023) düşük gelirli prostat kanseri hasta yakınlarına maneviyatın yaşam kalitesiyle olumlu ilişkili olduğunu ve bireyler arasında farklılıklar gösterdiğini ortaya koyan bulgularıyla paralellik taşımaktadır (198). Benzer şekilde, Kocabaş ve Toraman'ın (2018) çalışması, gelir düzeyi yüksek olan hemşirelerin işyeri maneviyatının daha yüksek olduğunu göstermiştir (197). Sosyoekonomik durumun hem bireysel hem de çalışma ortamındaki spiritüel iyi oluşu etkilediği anlaşılmaktadır. Ayrıca, Deb ve ark. (2016) Hindistan'daki araştırmasında Hindu dini mensupları ve düşük aile gelirine sahip bireylerin daha düşük maneviyat düzeyleri sergilediği bulunmuş, bu da sosyoekonomik ve kültürel faktörlerin spiritüel iyi oluş üzerinde belirleyici olduğunu desteklemektedir (196). Elde edilen bulgular, ekonomik durumun spiritüel iyi oluşun farklı boyutları üzerinde belirleyici bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Gelir düzeyinin yükselmesiyle bireylerin maneviyat, doğayla uyum ve genel iyi oluş düzeyleri artarken; ekonomik yetersizliklerin anomi ve anlam kaybı gibi olumsuzlukları beslediği söylenebilir. Bu doğrultuda, ekonomik ve sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, bireylerin anlam arayışlarını ve spiritüel iyi oluş düzeylerini destekleyerek daha bütüncül bir iyilik halinin oluşmasına katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda bakım konusunda eğitim alma durumu ile spiritüel iyi oluş arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Ancak eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, aşkınlık alt boyutunda anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Post hoc analizler, ortaokul ve lise mezunlarının, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerden anlamlı derecede daha yüksek aşkınlık puanı aldığını göstermektedir. Benzer şekilde, Semerci ve ark.'nın (2023) çalışmasında, ilköğretim mezunlarının 'Doğa ile uyum' alt boyutu puanlarının, lisans ve lisansüstü mezunlarına kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir (199). Ayrıca, lisansüstü mezunlarının 'Anomi' alt boyutu puanları, lisans mezunlarına göre anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur (199). Yaşlı bireylerde yapılan bir çalışmada ise eğitim düzeyi ile spiritüel iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (200). Öte yandan, Spatuzzi ve ark. (2019), lise mezunu bireylerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek

olduğunu ortaya koymuş ve bu bulgu çalışmamızdaki eğitim düzeyi ile aşkınlık alt boyutu arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (195). Dolayısıyla, öğrenim düzeyinin artmasıyla birlikte bireylerin aşkınlık eğilimlerinde bir azalma görülebileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda sigara kullanımı spiritüel iyi oluş puanları ile anlamlı bir ilişki göstermemiştir. Ancak, kronik hastalık varlığı aşkınlık alt boyutunda; ilaç kullanımı ise anomi alt boyutunda anlamlı farklılık yaratmıştır. Benzer şekilde, kronik hastalığı bulunan bakım verenlerin 'Doğayla uyum' alt boyutu puan ortalamaları, kronik hastalığı olmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (199). Literatürde de kronik hastalığı olan bireylerde spiritüel ihtiyaçlara yönelik sağlık hizmetlerinin, hastalıkla başa çıkma sürecinde psikolojik dayanıklılığı artırdığı ve yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmektedir (201, 202, 203). Ayrıca yüksek spiritüel iyi oluş haline sahip hastaların semptom yüklerinin daha düşük, ilaç tedavisine uyumlarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır (201, 204). Öte yandan, çalışmamızda alkol kullanan bireylerin toplam spiritüel iyi oluş ve aşkınlık puanlarının, kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, daha yüksek alkol tüketimi Ukraynalı yetişkinlerde daha düşük spiritüel iyi oluş, belirli başa çıkma davranışları, genç yaş ve düşük spiritüel iyilik oluşlukla ile ilişkilendirilmiştir (205). Bu doğrultuda DiClemente (2013), spiritüel iyi oluşun bağımlılık sürecinde hem risk hem de koruyucu faktör olabileceğini vurgulamış (206); Kızılgeçit ve Akça (2023) ise spiritüel alanı güçlendiren terapötik müdahalelerin bireyleri bağımlılık davranışlarından koruyucu etkilerine değinmesi sonucumuzu destekler niteliktedir (207). Böylelikle, spiritüel iyi oluş hem kronik hastalıklarla başa çıkmada hem de bağımlılık risklerinin azaltılmasında önemli bir koruyucu faktör olarak rol oynayabileceği sonucuna ulaşılabilir.

Çalışmamızda bakım verilen hastanın bağımlılık durumu, yakınlık derecesi ve başka birine daha bakma yükümlülüğünün varlığı ile spiritüel iyi oluş puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Semerci ve ark.'nın (2023) çalışmasında ise bakım verilen hastanın bağımlılık düzeyi ile "Anomi" alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (199). Ancak söz konusu çalışmanın bulgularına göre, hastası bağımsız olan bakım verenlerin "Anomi" puanları, hastası bağımlı olan bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, bakım verilen kişinin bağımlılık durumunun spiritüel iyi oluş üzerindeki etkisinin karmaşık olduğunu göstermektedir. Spatuzzi ve ark.'da (2019) çalışmamıza paralel olarak, yakınlık derecesinin spiritüel iyi oluş düzeyini etkilemediğini bildirmiştir (195). Ayrıca çalışmamızda

evde yaşayan kişi sayısı bakımından anlamlı bir ilişki bulunmazken, bakım sürecinde destek almayan bireylerin "Anomi" alt boyut puanları, destek alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş ve aynı evde yaşamanın "Anomi" alt boyut puanlarını anlamlı şekilde etkilediği görülmüştür. Bu durum, bakım konusunda desteğin spiritüel iyi oluş ve özellikle anomi düzeyinin belirlenmesinde önemli bir faktör olduğunu ve bakımın sürekli hale gelmesi bireyi olumsuz etkilediğini ortaya koyabilir. Yapılan çalışamada, sosyal destek düzeyinin yüksek olması, genel spiritüel iyi oluş ve alt boyutlarda olumlu değişim olasılığını artırdığına değinilmiştir (208). Yüksek spiritüel iyi oluşun uygun aile ortamı ve sosyal destekle güçlü ilişkisi olduğu literatürde de desteklenmektedir (196). Terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım verenlerde yapılan bir çalışmada ise yüksek spiritüel iyi oluşun bakım vermeye ayrılan zamanı artırdığı ve bakım sürecinde oluşan duygusal sıkıntıya karşı koruyucu rol oynadığı bulunmuştur (209). Ayrıca, spiritüel iyi oluşun, özellikle bakım yükü, finansal yük ve aile desteği eksikliği gibi faktörlerle ilişkili depresyon ve tükenmişlik arasındaki olumsuz etkileşimi hafiflettiği belirtilmektedir (210).

Çalışmamızda, bakım verme yeterliliğine ilişkin öz değerlendirme yapan bakım verenlerin toplam SİÖ puanı arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kendini "yetersiz" olarak değerlendiren bireylerin toplam SİÖ puanları, kendini "kısmen yeterli" ve "yeterli" olarak değerlendiren bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu, bireyin bakım sürecine yönelik öz yeterlilik algısının, SİÖ düzeyini etkileyebileceğini düşündürmektedir. Wei ve ark. (2020) ile Chuang ve ark. (2020) çalışmaları da, spiritüel bakım konusunda olumlu algılara sahip hemşirelerin kendilerini daha yetkin hissettiklerini ve bu durumun spiritüel iyi oluşla ilişkili olduğunu göstermektedir (211, 212). Bu noktada, bireyin kendine duyduğu güven ve bakım sürecine yönelik yeterlilik algısı, spiritüel iyi oluş açısından önemli bir belirleyici olabilir.

Ayrıca çalışmamızda, altı aydan kısa süredir bakım veren bireylerin aşkınlık alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, bakım sürecinin henüz başlangıç aşamasında olan bireylerin spiritüel kaynaklarla daha güçlü bir bağ içerisinde olabileceğini düşündürebilir. Ayrıca çalışmamızda günlük bakım süresi ile SİÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu, bakım süresinin niceliksel değil, birey üzerindeki algısal ve duygusal etkisinin daha önemli olduğunu gösterebilir. Buna karşın, Türkben Polat ve Kıyak'ın (2023) çalışmasında, günde 3 ila 6 saat bakım veren bireylerin ruhsal

iyilik hâlinin, 24 saat bakım veren bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (157). Benzer şekilde, Rafati ve ark. (2020) çalışmasında haftada bir kez diyalize giren hastaların bakım verenlerinin yükünün, daha sık diyalize giren hastaların bakım verenlerine kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir (24). Bu durum, haftada bir diyalize giren hastaların böbrek yetmezliği düzeylerinin daha hafif olması ve dolayısıyla sağlık durumlarının daha iyi, bakım ihtiyaçlarının ise daha az olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bu sayede bakım veren bireylerin hem fiziksel yükleri azalmakta hem de spiritüel iyi oluş düzeyleri daha yüksek olabilmektedir (24). Bu bulgular, aylık bakım verme süresi ile günlük bakım süresinin birey üzerindeki etkilerinin farklı boyutlarda değerlendirilebileceğini; ancak bireyin sahip olduğu sosyal ve duygusal destek ile bakımın niteliğinin de spiritüel iyi oluş üzerinde belirleyici olabileceğini düşündürebilir.

Çalışmamızda Bakım vermekten memnun olma değişkeninin anomi alt boyutunu anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür. Bakım sürecinden memnun olmayan ya da kararsız olan bireylerin anomi puanlarının, memnun olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, bakımın kendi sağlık kontrollerini aksattığını belirten katılımcıların da anomi puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ancak bakım verme sebebi ve psikolojik destek alma durumu, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu bulgu, her ne kadar bireyin bakım vermeyi hangi nedenle sürdürdüğünü ya da profesyonel psikolojik destek durumunu verdiği için önemli olsa da literatürle desteklenmemektedir. Literatürde, bakım veren bireylerin yaşadığı yoğun psikolojik baskı ve stresin özellikle kaygıyı artırabildiği belirtilmektedir (213). Bu noktada, spiritüel iyi oluşun hem bireysel hem de bakım süreciyle ilişkili duygusal sorunlarla başa çıkmada önemli bir koruyucu faktör olduğu vurgulanmaktadır (213). Torabi Chafjiri ve ark. (2017), spiritüel tutumların sadece zihinsel iyilik halini değil, aynı zamanda fiziksel sağlığı da olumlu etkilediğini ve kriz durumlarında baş etme kapasitesini artırdığını ifade etmektedir (214). Benzer şekilde, Mandhouj ve ark. (2012), spiritüel kaynakların anksiyete, depresyon ve stres düzeyini azaltarak yaşam kalitesini artırdığını ortaya koymuştur (215). İran'da yapılan deneysel bir çalışmada ise, spiritüel grup terapisinin Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin gerginliğini azalttığı bulunmuştur (216). Ayrıca Turgut ve Ekşi (2023), Alzheimer ve demans gibi kronik süreçlerde bakım veren bireylerin psikolojik sıkıntılarla başa çıkmada spiritüel baş etme stratejilerinden yararlandığını belirtmişlerdir (217). Yıldız ve Kılıçarslan Törüner'in (2024) çalışmasında da, kanser tanısı almış çocuklara bakım

veren ebeveynlere yönelik uygulanan spiritüel destek programlarının psikososyal sorunlarla başa çıkmayı kolaylaştırdığı belirtilmiştir (218). Bu doğrultuda, düşük bakım vermekten memnun olma ve bakımın bireyin sağlığı üzerindeki olumsuz etkisinin, spiritüel iyi oluşu zayıflatabileceğini ve anomi düzeyini artırabileceğini gösterebilir. Ayrıca, spiritüel iyi oluşun psikolojik problemler arasındaki ilişki üzerinde tamponlayıcı etkisi olduğu (208) ve zaman içinde bu etkiyi sürdürebildiği de ifade edilmiştir (210).

5.6. KATILIMCILARIN ZBYÖ, TÖ VE SİÖ ARASINDAKİ KORELASYON VE REGRESYON BULGULARININ TARTIŞILMASI

Evde sağlık hizmetlerinde bakım veren bireylerin bütüncül bir düzlemde ele alınması, yalnızca fiziksel destek sağlamakla sınırlı kalmayan çok boyutlu bir bakım sürecini anlamayı gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda, araştırmamızda ZBYÖ, TÖ ve SİÖ arasındaki ilişkileri ve bu değişkenlerin birbirleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla korelasyon ve regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Çalışmamızdaki pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre, bakım yükü ile tükenmişlik arasında anlamlı ve pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu bulgu, bakım yükü arttıkça tükenmişlik düzeyinin de arttığını göstermektedir. Bu ilişkinin nedensel niteliği basit doğrusal regresyon analizi ile de desteklenmiştir. Regresyon modeli anlamlı bulunmuş ve bakım yükü değişkeni tükenmişliğin güçlü bir yordayıcısı olarak belirlenmiştir. Literatürde de benzer sonuçlar dikkat çekmektedir. Egici ve ark. (2019) tarafından palyatif bakım merkezlerinde yürütülen çalışmada, bakım yükü arttıkça tükenmişlik düzeyinin arttığı ve bu durumun yalnızca bakım veren değil, bakım gören bireyi de olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (143). Khalaila (2022) ise, bakım verme yükünün duygusal tükenme ve duyarsızlaştırma (depersonalizasyon) ile pozitif yönde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (219). Engelli yaşlı bireylere bakım verenlerle (168) ve yaşlı bireylere bakım verenlerde (20) yürütülen çalışmalarda da bakım yükü düzeyi ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Bulgular, ağır bakım yükü taşıyan bireylerin daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşama eğiliminde olduğunu göstermektedir (168). Sonuç olarak söz konusu ilişki, daha önce yürütülmüş çalışmalarla da desteklenerek bakım yükünün tükenmişlik düzeyinde önemli bir belirleyici olduğunu ortaya koyabilir.

Araştırmamızda, ZBYÖ ile SİÖ'nin anomi alt boyutu arasında da anlamlı ve pozitif bir orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Regresyon analizinden elde edilen sonuçlar da bu bulguyu

desteklemekte olup ZBYÖ, anomi alt boyutunun anlamlı bir yordayıcısıdır. Elde edilen bu bulgular, literatürdeki bazı çalışmalarla örtüşmektedir. Örneğin, Kaplan ve Beydağ'ın (2023) evde yatağa bağımlı bireylere bakım verenlerle yürüttükleri araştırmada, anomi alt boyutu ile ZBYÖ arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır (13). Rafati ve ark. (2020), hemodiyaliz hastası yakınlarına bakım veren bireylerde spiritüel iyi oluş düzeyinin artmasının bakım yükünü hafifletici etkisi olduğunu belirtmiştir (24). Benzer biçimde, Türkben Polat ve Kıyak'ın (2023) meme kanseri hastalarının bakım vericileriyle yürüttüğü çalışmada da, yüksek spiritüel iyi oluş düzeyine sahip bireylerin daha düşük bakım yükü algıladıkları bildirilmiştir (157). Wang ve ark. (2021) ise yaşlı bireylere bakım verenlerde spiritüelitenin teşvik edilmesinin hem bakım yükünü azalttığını hem de yaşam kalitesini artırdığını ortaya koymuştur (182). Öte yandan, Duracak ve Özmen (2023), palyatif bakım veren bireylerde spiritüel iyi oluşun depresyon ve bakım yükünü azaltıcı etkisini vurgu yapmıştır (158). Bu doğrultuda çalışmamızdaki anomi alt boyutunda elde edilen anlamlı bulgu, bakım yükünün varoluşsal etkilerini ortaya koyarken; spiritüel iyi oluşun da, bakım verenlerin ruhsal yükünü değerlendirme ve uygun müdahaleler geliştirme açısından önemli bir referans noktası olabileceğini düşündürebilir.

Çalışma bulgularımıza göre, TÖ ile SİÖ arasında zayıf düzeyde fakat anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur. TÖ ile SİÖ'nin anomi alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif anlamlı ilişki görülmektedir. Ancak SİÖ'nin doğayla uyum alt boyutu ile TÖ arasında ise negatif ve anlamlı bir zayıf ilişki saptanmıştır. SİÖ'nin TÖ üzerindeki etkisi regresyon analizi ile de doğrulanmıştır. Çalışma bulgularımızla paralel şekilde Jun ve ark. (2021), kanser hastalarının aile üyeleriyle gerçekleştirdikleri çalışmada, spiritüalitenin tükenmişlik üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (27). Yıldız ve Kılıçarslan Törüner (2024) ise, çocuklarına kanser tanısı konmuş ebeveynlere yönelik spiritüel bakım programlarının, psikososyal sorunlarla başa çıkmada etkili olduğunu vurgulamaktadır (218). Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerde de spiritüel yolların psikolojik yükü hafifletmede etkili olduğu bildirilmektedir (217). Pür'ün (2023) hemşireler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada da benzer bulgulara rastlanmaktadır (220). Bu bulgular, spiritüel kaynakların tükenmişlik sürecinde koruyucu ve onarıcı bir işlev üstlenebileceğini gösterebilir.

Sonuç olarak, bakım veren bireylerin çok boyutlu ihtiyaçları, sağlık hizmetlerinin yalnızca hastaya değil, aynı zamanda bakım verene de yönelmesi gerektiğini göstermekte; bu da bütüncül ve sürdürülebilir bir bakım anlayışının temel bir gereklilik haline geldiğini ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu araştırmada, evde sağlık hizmeti alan bireylere bakım verenlerin bakım yükü, tükenmişlik düzeyi ve spiritüel iyi oluş durumları ile bu değişkenleri etkileyen sosyodemografik ve bakım sürecine ilişkin faktörler incelenmiştir. Araştırma sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

- Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 52,42 ± 11,86 olup, yaş dağılımı 23 ile 78 arasındadır. Katılımcıların %35,6'sı 51–60 yaş arasında, %27,5'i ise 61 yaş ve üzerindedir. Kadınların oranı %58,4 ile çoğunluğu oluşturmakta, %73,2'si evli ve %80,5'inin çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların %66,4'ü çalışmamaktadır ve %74,5'i ekonomik durumunu "orta" olarak ifade etmektedir. Eğitim düzeyleri incelendiğinde %40,3'ünün lise, %32,9'unun ise üniversite ve üzeri mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların %42,3'ü kronik bir hastalığa sahip olduğunu, %49,7'si ise sürekli ilaç kullandığını belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların %84,6'sı bakım konusunda eğitim almamıştır.

- Katılımcıların ZBYÖ puan ortalaması 39,83 ± 16,99 olarak bulunmuş, bu durum bireylerin orta düzeyde bakım yükü algıladığını göstermiştir. ZBYÖ puan ortalamaları üzerinde etkili olan bazı değişkenler şunlardır: Çalışma durumu, ekonomik durum, hastanın bağımlılık düzeyi, aynı evde yaşama, bakım verme sürecinde destek alma durumu ve evde bakım eğitimi, günlük bakım süresi ile bakım nedeniyle bakım verenin sağlık kontrollerinin aksaması, bakım vermekten memnun olmama ve psikolojik destek ihtiyacı gibi faktörlerin tümü bakım yükü üzerinde anlamlı farklılık yaratmış; çalışmayan bireylerde, ekonomik durumu düşük olanlarda, tam bağımlı hastaya bakanlarda, aynı evde yaşayanlarda, bakım desteği almayan ve eğitim almamış bireylerde, ayrıca günlük ≥ 7 saat bakım sağlayanlarda bakım yükü puanları daha yüksek saptanmış; bakım nedeniyle bakım verenin kendi sağlık kontrollerinin aksaması, bakım vermekten memnun olmama ve psikolojik destek ihtiyacı da bakım yükünü artıran diğer önemli faktörler olmuştur ($p < 0.05$).

- TÖ puan ortalaması 3,35 ± 1,12 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu, bakım verenlerin orta düzeyde tükenmişlik yaşadığını göstermektedir. Tükenmişlik düzeyini etkileyen değişkenler şunlardır: Katılımcıların cinsiyeti, çalışma ve gelir durumu, hastanın bağımlılık düzeyi, aynı evde yaşama durumu, bakım sürecinde destek alma durumu ve evde bakım eğitimi,

günlük bakım süresi ile bakım sürecine ilişkin çeşitli etkenlerin tükenmişlik düzeyi üzerinde anlamlı etkisi olduğu bulunmuş; kadın bireylerde, çalışmayanlarda, düşük gelir düzeyine sahip olanlarda, tam bağımlı bireylere bakım verenlerde, aynı evde yaşayanlarda, bakım sürecinde destek almayan ve evde bakım eğitimi almamış olan bireylerde tükenmişlik düzeyleri daha yüksek saptanmıştır ($p < 0.05$). Ayrıca günlük ≥ 7 saat bakım sağlayan bireylerde tükenmişlik puanları en yüksek düzeye ulaşmış; bakım verenin kendi sağlık kontrollerinin aksatması, bakım vermekten memnun olmama, psikolojik destek ihtiyacı ve bakım verme nedeni gibi faktörler de tükenmişlik üzerinde anlamlı farklılık yaratmıştır ($p < 0.05$).

- SİÖ toplam puan ortalaması 119,47 ± 17,69 olup, bu durum katılımcıların yüksek düzeyde spiritüel iyi oluş deneyimlediklerini göstermektedir. Spiritüel iyi oluş ve alt boyutlarına ilişkin bulgular şöyledir: Ekonomik durum, eğitim düzeyi, bakım yeterliliği algısı, alkol kullanımı, bakım sürecinde destek alma, aynı evde yaşama durumu, bakım verenin sağlık kontrollerinin aksaması ve bakım vermekten memnun olma durumu gibi faktörlerin spiritüel iyi oluş düzeyleri üzerinde anlamlı etkileri bulunmuştur ($p < 0.05$). Ekonomik durumu orta düzeyde olan bireyler, düşük gelir grubuna kıyasla daha yüksek toplam spiritüel iyi oluş ve Doğayla Uyum puanları alırken; düşük gelirli bireylerde Anomi alt boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Ortaokul–lise mezunu bireylerin Aşkınlık alt boyutu puanları, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerden daha yüksek saptanmış olup kendini "yetersiz" olarak değerlendiren bireylerin toplam spiritüel iyi oluş puanları, "kısmen yeterli" ve "yeterli" olduğunu belirten bireylerden anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Alkol kullanan bireylerde ise toplam spiritüel iyi oluş ve Aşkınlık alt boyutu puanları anlamlı şekilde daha düşüktür ($p < 0.05$). Bununla birlikte, bakım sürecinde destek almama, bakımın kendi sağlık kontrollerini aksatması, aynı evde yaşama ve bakım vermekten memnun olmama gibi etkenler, Anomi alt boyutunda anlamlı artışa neden olmuştur ($p < 0.05$).

- Değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde; ZBYÖ ile TÖ arasında güçlü, pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r = 0,719$), ZBYÖ ile Anomi alt boyutu arasında ise orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r = 0,419$) belirlenmiştir. TÖ ile toplam spiritüel iyi oluş puanı ($r = –0,287$) ve Doğayla Uyum alt boyutu ($r = –0,188$) arasında zayıf ancak anlamlı negatif ilişkiler bulunurken, TÖ ile Anomi alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,470$).

- Yapılan basit doğrusal regresyon analizleri ise bu ilişkilerin nedensel yönünü destekler niteliktedir. ZBYÖ, tükenmişlik düzeyindeki varyansın %51,3'ünü (R^2 = 0,513), Anomi varyansının ise %17'sini (R^2 = 0,170) açıklarken; toplam spiritüel iyi oluş puanı, tükenmişlik varyansının %7,6'sını açıklamaktadır (R^2 = 0,076) ($p < 0.05$).

Bu bulgular, ESH sürecinde bakım veren bireylerin çok boyutlu yüklerle karşılaştığını, özellikle ekonomik güçlük, destek eksikliği, bakım konusunda eğitim almama, uzun bakım süreleri ve yetersiz bakım algısının bu yükü artırdığını ortaya koymaktadır. Öte yandan, yüksek düzeyde spiritüel iyi oluşun tükenmişlik üzerinde koruyucu etkiye sahip olduğu da dikkat çekici bir bulgudur.

6.2. ÖNERİLER

Bu araştırmanın bulgularına dayanarak, evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükünü azaltmak, tükenmişlik düzeylerini hafifletmek ve spiritüel iyi oluşlarını desteklemeye yönelik:

1. Bakım veren bireylerin duygusal dayanıklılıklarını artırmak, stresle başa çıkma becerilerini güçlendirmek ve tükenmişlik düzeylerini azaltmak amacıyla psikososyal destek programlarının yaygınlaştırılması,

2. Bakım verenlerin ihtiyaçlarının düzenli olarak değerlendirilmesi ve uygun yönlendirmelerin yapılması; bu kapsamda sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilen ev ziyaretlerine destek mekanizmalarının entegrasyonunun sağlanması,

3. Özellikle inanç temelli baş etme stratejilerini kullanan bireyler için anlamlı bir destek sağlayacağı düşünülen spiritüel danışmanlık hizmetlerinin bakım süreçlerine dahil edilmesi,

4. Bakım veren bireylerin bakım niteliğini artırırken kişisel zamanlarını ve yaşam doyumlarını da geliştirmeye katkı sağlayacak evde bakım eğitim programlarının oluşturulması,

5. Politika yapıcılar ve hizmet planlayıcılarının, evde bakım veren bireylerin yükünü hafifletmeye yönelik sosyal destek sistemlerinin ve ekonomik teşvik mekanizmalarının gözden geçirilmesi,

6. Gelecekte yapılacak araştırmalarda, farklı kültürel bağlamlarda bakım veren bireylerin deneyimlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi ve bu doğrultuda hem evrensel hem de yerel ihtiyaçları dengeleyen çok yönlü müdahale stratejilerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Akyol, B. C., Ucuncu, M. Z., & Toprak, D. (2023). Care burden and burnout levels of individuals caring for homecare patients. *Medicine Science, 12*(4).
2. Güdük, Ö., & Sertbaş, Y. (2020). Evde sağlık hizmeti alan hastaların sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8*(1), 78–83. https://doi.org/10.34087/cbusbed.771913
3. World Health Organization (WHO). (2024). *Ageing and health*. Erişim Adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health Erişim Tarihi: 21.02.2025
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023). *İstatistiklerle yaşlılar 2023.* Erişim Adresi: https://data.tuik.gov.tr Erişim Tarihi: 21.02.2025
5. United Nations (2023). *World Population Prospects*. Erişim Adresi: https://population.un.org/wpp Erişim Tarihi: 21.02.2025
6. Tarricone, R., & Tsouros, A. D. (2008). *Home care in Europe*. Copenhagen: World Health Organization.
7. Çayır, Y. (2020). Home health care. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *14*(1), 147–152. https://doi.org/10.21763/tjfmpc.693164
8. Dağdeviren, T., Demir, N., Adahan, D., Dağdeviren, M., & Tekin, O. (2020). Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinde bakım yükü. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 14*(2), 186–195.
9. Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. (2021). *Evde sağlık hizmetleri raporu.* İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı.
10. Rahimi, F., Shakibazadeh, E., Ashoorkhani, M., & Foroughan, M. (2022). Barriers to home care for older adults from perspectives of Iranian informal caregivers: A qualitative study. *BMJ Open, 12*(12), e065547. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065547
11. Çelik Güzel, E., & Toprak, D. (2018). Türkiye'de evde sağlık hizmetleri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, *10*(5), 15–19.
12. Karahan, A. Y., & İslam, S. (2013). Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *Clinical and Experimental Health Sciences, 3*(5). https://doi.org/10.5455/musbed.20130210095507
13. Kaplan, E., & Beydağ, K. D. (2023). Evde yatağa bağımlı hastaya bakım veren bireylerde bakım yükü ve spiritüel iyi oluş ilişkisi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3*(1), 11–21.
14. Doğan, R., & Onan, N. (2021). Evde bakım biriminden hizmet alan hastaların yakınlarında ruhsal sağlık durumunun ve bakım yükünün incelenmesi. *Kafkas Journal of Medical Sciences, 11*(1), 31–39.
15. Sezek, İ., Çubukçu, M., & Müderrisoglu, S. (2023). Care burden and life satisfaction of caregivers who are providing home health care to patients. *Risk Management and Healthcare Policy, 16*, 2139–2150. https://doi.org/10.2147/RMHP.S426598
16. Akçoban, S., & Eskimez, Z. (2023). Homecare patients' quality of life and the burden of family caregivers: A descriptive cross-sectional study. *Home Health Care Services Quarterly*, *42*(3), 216–229. https://doi.org/10.1080/01621424.2023.2177224
17. Chafjiri, R. T., Navabi, N., Shamsalinia, A., & Ghaffari, F. (2016). The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. Clinical Interventions in Aging, 12, 453–458. https://doi.org/10.2147/CIA.S124275
18. Cejalvo, E., Martí-Vilar, M., Merino-Soto, C., & Aguirre-Morales, M. T. (2021). Caregiving role and psychosocial and individual factors: A systematic review. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 9(12), 1690. https://doi.org/10.3390/healthcare9121690
19. Gerolamo, A. M., Pogorzelska-Maziarz, M., Gentsch, A., Traczuk, A., Hsiao, T., Amadio, G., et al. (2021). Unmet behavioral health and social needs of home healthcare patients and their caregivers. *Home Health Care Management & Practice*, *33*(4), 258–263.
20. Kalınkara, V., & Kalaycı, İ. (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 10*(2), 19–39.
21. Göktepe, B., Karakullukcu, A., Yazan Arslan, A., Kaba, A., Karakullukcu, S., & Ardıç, C. (2024). Investigation of care burden and burnout levels of elderly care providers receiving home health services. *International Journal of Current Medical and Biological Sciences, 4*(3), 94–102.
22. Altay, B., Saraçoğlu, E., & Dönmez, M. D. (2024). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ve tükenmişlik düzeyleri. *The Journal of Academic Social Science*, *124*(124), 370–382.
23. Hashemlu, L., Esmaeili, R., Bahramnezhad, F., & Rohani, C. (2022). The experiences of home care team members regarding the needs of family caregivers of heart failure patients in home health care services

in Iran: A qualitative study. *ARYA Atherosclerosis, 18*(4), 1–10. https://doi.org/10.48305/arya.2022.24350

24. Rafati, F., Mashayekhi, F., & Dastyar, N. (2020). Caregiver burden and spiritual well-being in caregivers of hemodialysis patients. *Journal of Religion and Health, 59*, 3084–3096. https://doi.org/10.1007/s10943-019-00939-y
25. Benites, A. C., Rodin, G., Leite, A. C. A. B., Nascimento, L. C., & Dos Santos, M. A. (2021). The experience of spirituality in family caregivers of adult and elderly cancer patients receiving palliative care: A meta-synthesis. *European Journal of Cancer Care, 30*(4), e13424.
26. Chirico, F., Sharma, M., Zaffina, S., & Magnavita, N. (2019). Spirituality and prayer on teacher stress and burnout in an Italian cohort: A pilot, before-after controlled study. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 2933. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02933
27. Jun, W.-H., Cha, K.-S., & Lee, K.-L. (2021). The mediating effect of depression on the relationship between social support, spirituality and burnout in family members of patients with cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(4), 1727. https://doi.org/10.3390/ijerph18041727
28. The National Clinical Homecare Association. (2011). *Homecare: A pragmatic solution to the challenges facing the NHS.* Erişim Adresi: https://www.clinicalhomecare.co.uk/images/stories/documents/presentations/nick_payne.pdf Eri şim Tarihi: 10.03.2025
29. Ünlüoğlu, İ. (Editor), & Saatçı, E. (Editor), (2015). *Aile hekimliğinde evde bakım*. Akademi Yayınevi, İstanbul.
30. World Health Organization (WHO). Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2015). *The growing need for home health care for the elderly: Home health care for the elderly as an integral part of primary health care services*. Erişim Adresi: https://iris.who.int/handle/10665/326801 Erişim Tarihi: 21.03.2025
31. Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik (2023). *Resmî Gazete,* 32209.
32. World Health Organization (WHO). (2000). *Home-based long-term care* (WHO Technical Report Series, No. 898).
33. Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M. A., & Fidan, C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19*(2).
34. Erci, B., Avcı, İ. A., Aylaz, R., Çevirme, A., Tanrıverdi, G., ve ark. (2016). *Halk sağlığı hemşireliği* (2. Baskı, ss. 62–63). Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.
35. Öztop, H., Şener, A., & Güven, S. (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1*(1), 39–49.
36. Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., ve ark. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *Istanbul Medical Journal, 11*(3), 125–132.
37. Aksoy, H. (2015). Evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve uygulamaları. *Turkish Medical Journal, 7*(1), 118–123.
38. Nibbelink, C. W., & Brewer, B. B. (2018). Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *Journal of clinical nursing, 27*(5-6), 917–928. https://doi.org/10.1111/jocn.14151
39. Kıran, İ., & Güçlü, A. (2022). Türkiye'de evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi, 13*, 107–114.
40. Gornick, M., Greenberg, J. N., Eggers, P. W., & Dobson, A. (1985). Twenty years of Medicare and Medicaid: Covered populations, use of benefits, and program expenditures. *Health Care Financing Review, Suppl*(Suppl), 13–59.
41. Nakrem, S., & Kvanneid, K. (2022). How is quality of care in home healthcare created? A qualitative study of health professionals' perspectives. *Healthcare, 10*(6), 1021. https://doi.org/10.3390/healthcare10061021
42. Yılmaz, M., & Şara, E. (2014). Yaşlılık ve evde sağlık hizmetinde finansman. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 1*(2), 117–127.
43. X. Ma, Y. Fu, K. Gao, L. Zhu, & Sadollah, A. (2023). A multi-objective scheduling and routing problem for home health care services via brain storm optimization. *Complex System Modeling and Simulation, 3*(1), 32–46. https://doi.org/10.23919/CSMS.2022.0025
44. Türkiye Cumhuriyeti. (1930). *Umumi Hıfzıssıhha Kanunu* (Kabul Tarihi: 24.04.1930, Kanun No: 1593).
45. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik. (1964). *Resmî Gazete*, 9 Eylül 1964, Sayı: 11802.
46. Tekin, Ç. (2018). Evde bakım hizmetleri alanındaki gelişmeler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 32*(2), 115–117.

47. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. (1963). *Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl) 1963–1967*. Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları.
48. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. (2005). *Resmî Gazete*, 25751.
49. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. (2010). *Resmî Gazete.*
50. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). *Resmî Gazete,* 27910.
51. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmeti Sunulmasına Dair Yönetmelik. (2015). *Resmî Gazete.*
52. Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik. (2023). *Resmî Gazete,* 32209.
53. 2023 yılı faaliyet raporu. (2023). *T.C. Sağlık Bakanlığı*. Erişim Adresi: https://www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 19.03.2025
54. Bayındır, S. K., & Biçer, S. (2019). Holistik hemşirelik bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *4*(1), 25–29.
55. Türk Dil Kurumu (TDK). (2025). *Güncel Türkçe sözlük*. Erişim Adresi: https://sozluk.gov.tr Erişim Tarihi: 19.03.2025
56. Zaybak, A., Güneş, Ü. Y., İsmailoğlu, E. G., & Ülker, E. (2012). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15*(1), 48–54.
57. Ayhan, E. E. (2022). Bakım etiği penceresinden kadın yoksulluğu. *Journal of Social Policy Conferences*, *82*, 383–405.
58. Hugman, R. (1991). *Power in caring professions*. Macmillan.
59. Sezgünsay, E., Yıldırım, E., Güvenç, G., & İyigün, E. (2023). Holistik bakım: Kavram analizi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 8*(1), 287–300.
60. Paylan Akkoç, C., Yıldırım, Y., & Türeyen, A. (2021). Peplau'nun kişilerarası ilişkiler kuramının yetişkin hasta eğitiminde kullanımı. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 3*(2), 145–151. https://doi.org/10.46413/boneyusbad.931682
61. Dağdeviren, T. S., Dağdeviren, M., Demir, N., Atatorun, M., ve ark. (2019). Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri. *Ankara Medical Journal*, *19*(2), 232–243. https://doi.org/10.17098/amj.578108
62. Yang, P., Ma, M., Guan, Q., Du, X., & Fan, Y. (2023). Assessing the needs of informal caregivers of patients with chronic non-communicable diseases: A systematic review of self-assessment tools. *Nursing Open, 10*(12), 7467–7486. https://doi.org/10.1002/nop2.1993
63. Yan, E. (2021). Primary caregivers. In D. Gu & M. E. Dupre (Eds.), *Encyclopedia of gerontology and population aging*(pp. 1–6). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-22009-9_851
64. Çakır, G., & Yaman, Ö. M. (2022). Yaşlılara Evde Bakım Vermenin Bakım Veren Aileler Üzerindeki Etkilerinin Aile Kuramları Temelinde Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, *33*(2), 577-604. https://doi.org/10.33417/tsh.960879
65. Altuntaş, M., Yılmazer, T. T., Güçlü, Y. A., & Öngel, K. (2010). Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, *20*(3), 153–158.
66. İpek, L., & Gencer, G. Y. G. (2023). Dünya'da ve Türkiye'de yaşlı informal bakım verenler: Geleneksel derleme. *Geriatrik Bilimler Dergisi, 7*(3), 256.
67. Donelan, K., Hill, C. A., & Hoffman, C. (2002). Challenged to care: Informal caregivers in a changing health system. *Health Affairs, 21*(5), 222–231.
68. Toseland, R. W., Smith, G., & McCallion, P. (2001). Family caregivers of the frail elderly. In A. Gitterman (Ed.), *Handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations* (pp. 37–44). Columbia University Press.
69. Şahin, Z. A., Polat, H., & Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 12*(2), 1–9.
70. Ural, Z., & Ayyıldız, M. (2021). Evde bakım vericilerin bakım vermedeki yeterlilik düzeyleri ile bakım yüklerinin karşılaştırılması. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(1), 163–172. https://doi.org/10.47115/jshs.856946
71. Grand, H., & Sainsbury, R. (1963). Social consequences of chronic illness. *The Lancet, 281*(7280), 544–547.
72. Hoenig, J., & Hamilton, M. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *British Journal of Psychiatry, 112*(481), 287–295.
73. Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *3*(3), 513–552.
74. Soner, S., & Aykut, S. (2017). Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 3*(2), 375–387.

75. Morgan, S. P., Lengacher, C. A., & Rodriguez, C. S. (2022). Caregiver burden in caregivers of patients with advanced stage cancer: A concept analysis. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society, 60*, 102152. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102152
76. Chen, M. C., Kao, C. W., Chiu, Y. L., et al. (2017). Effects of home-based long-term care services on caregiver health according to age. Health and Quality of Life Outcomes, 15, Article 208. https://doi.org/10.1186/s12955-017-0786-6
77. Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in Psychology, 10*, Article 1748. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748
78. Gök Uğur, H., & Erci, B. (2019). The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. *Acta Clinica Croatica, 58*(2), 321–332. https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.02.16
79. Aşiret, D. G., & Kapucu, S. (2012). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2*, 73–80.
80. Van Berkel, J., Mulder, B., & Lindt, N. (2019). Determinants of overburdening among informal carers: A systematic review. *BMC Geriatrics, 20*, Article 165. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3
81. Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences, 7*(4), 438–445.
82. Onyeneho, C., & Ilesanmi, R. (2021). Burden of care and perceived psycho-social outcomes among family caregivers of patients living with cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 8*, 330–336. https://doi.org/10.4103/2347-5625.308678
83. Özkan, Ç. G., Bayrak, B., & Demirbağ, B. C. (2022). Ev ortamında yatağa bağımlı hastanın bakım vericilerinin bakım yükü ve kaygı düzeyine yönelik hemşirelik girişimleri. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 4*(1), 89–101.
84. World Health Organization (WHO). (2022). *Mental health*. Erişim Adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response Erişim Tarihi: 07.04.2025
85. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues, 30*(1), 159–165. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
86. Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior, 5*, 16–22.
87. Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 10*, 284. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284
88. World Health Organization (WHO). (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases Erişim Tarihi: 07.04.2025
89. Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free Press.
90. Cesur, O., Ünal, T., Büker, H., Çağlayan, D., & Okyay, İ. (2023). Tükenmişlik sendromu belirtileri, nedenleri ve çözüm önerileri. *Socrates Journal of Interdisciplinary Social Researches, 9*(30), 1–16.
91. Öztürk, Z., Çelik, G., & Örs, E. (2020). Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu ilişkisi: Bir kamu hastanesi örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 6*(2), 328–349.
92. Işıkhan, V. (2016). Çalışanlarda tükenmişlik sendromu. *Akciğer kanserinde destek tedavisi* (ss. 366–391). TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi.
93. Gül, M. (2024). Tükenmişlik üzerine kavramsal bir çalışma. In N. Karaer (Ed.), *Sosyal, beşerî ve idarî bilimler alanında yeni yaklaşımlar* (Bölüm 8, ss. 221–240). Platanus Publishing.
94. Erdek, F., & Meteriz, N. (2025). Öğretmenlerin iş motivasyonları ile tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Premium e-Journal of Social Sciences (PEJOSS), 9*(51), 158–175.
95. Salvagioni, D., Gabani, F., Mesas, A., González, A., Melanda, F., & Andrade, S. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE, 12*(10), e0185781. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781
96. Tavella, G., Bayes, A., & Parker, G. (2021). The biology of burnout: Causes and consequences. *The World Journal of Biological Psychiatry, 22*(8), 686–698. https://doi.org/10.1080/15622975.2021.1907713
97. Catanese, G., Formica, C., Maresca, G., Corallo, F., & Lo Buono, V. (2022). Coping strategies of healthcare professionals with burnout syndrome: A systematic review. *Medicina*, 58(2), Article 327. https://doi.org/10.3390/medicina58020327
98. Akpınar, Y. Y., & Aşti, N. (2021). Maneviyat, manevi bakım ve manevi bakımın hemşirelikte önemi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *2*(3), 127–140.

99. Tan, H. N., & Yıldız, M. (2022). 'Manevi iyi oluş' kavramının ortaya çıkışı ve tanımlanması. *Dinî Araştırmalar, 25*(63), 447–476.
100. Çınar, F., Eti, F., & Aslan, F. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *Journal of Academic Research in Nursing, 3*(1), 37–42.
101. Quinn, B., & Connolly, M. (2023). Spirituality in palliative care. *BMC palliative care*, *22*(1), 1. https://doi.org/10.1186/s12904-022-01116-x
102. McSherry, W., & Cash, K. (2004). The language of spirituality: An emerging taxonomy. *International Journal of Nursing Studies, 41*, 151–161. https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00114-7
103. Ko, I. S., Choi, S. Y., & Kim, J. S. (2017). Evolutionary concept analysis of spirituality. *Journal of Korean Academy of Nursing, 47*, 242–256. https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.2.242
104. Uygur Yılmaz, D., Bedriye, K., & Erol, F. (2022). Determining the nurses' perception of spirituality and spiritual care and its relationship with job satisfaction. *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi, 3*(1), 18–35.
105. World Health Organization (WHO). (2020). *Palliative care*. Erişim Adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care Erişim Tarihi: 10.04.2025
106. Dellenborg, L., & Enstedt, D. (2023). Balancing hope at the end of life organisational conditions for spiritual care in palliative homecare in Sweden. *Social science & medicine (1982)*, *331*, 116078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116078
107. Phenwan, T., Peerawong, T., & Tulathamkij, K. (2019). The meaning of spirituality and spiritual well-being among Thai breast cancer patients: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care, 25*(1), 119–123. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_90_18
108. Erişen, S., & Sivrikaya, S. (2017). The role of spirituality in coping with stress. *Journal of Mental Health and Wellbeing, 4*(1), 21–28.
109. Or, S., & Kartal, A. (2019). Spiritual well-being and coping with stress. *International Journal of Psychology and Counseling, 11*(2), 13–20.
110. Yaden, D. B., et al. (2022). Spirituality and well-being: A review of social and psychological mechanisms. *Psychological Bulletin, 148*(3), 203–230. https://doi.org/10.1037/bul0000349
111. de Brito Sena, M., Damiano, R., Lucchetti, G., & Peres, M. F. (2021). Spirituality and health outcomes: A systematic review. *Journal of Religion and Health, 60*(3), 1270–1294.
112. Asgar Pour, M., Özvurmaz, S., & Kunter, E. (2017). Spiritual needs and quality of life in cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing, 29*, 1–7.
113. Rahmat, H. K., Basri, A. S. H., Putra, R. M., Mulkiyan, M., Wahyuni, S. W., & Casmini, C. (2022). The influenced factors of spiritual well-being: A systematic review. *International Journal of Holistic Education, 2*(1), 43–58.
114. Ardahan, M. ve Arabacı, Z. (2017). *Evde Bakımda Sosyal Politikalar ve Evde Bakım Hemşireliği*. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 26(1), 38-43.
115. Sezer, A., Demirbaş, H., & Kadıoğlu, H. (2015). Evde bakım hemşireliği: Mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23*(2), 160–165.
116. Kıskaç, N., & Girgin, B. (2022). Evde sağlık hizmetlerinin dünü, bugünü ve hemşirelerin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 26*(3), 119–123.
117. Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği. (2014). *Resmî Gazete,* 28903.
118. American Nurses Association. (2009). *Home health nursing: Scope and standards of practice*. Erişim Adresi: http://nursingworld.org/nursingstandards Erişim Tarihi: 22.04.2025
119. Andrade, A. M., Silva, K. L., Seixas, C. T., & Braga, P. P. (2017). Nursing practice in home care: An integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem, 70*(1), 210–219.
120. Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. Gerontology Center, The Pennsylvania State University.
121. İnci, F. H., & Erdem, M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11*(4).
122. Çapri, B. (2006). Tükenmişlik ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *2*(1), 62–77.
123. Ekşi, H., & Kardaş, S. (2017). Spiritual well-being: Scale development and validation. *Spiritual Psychology and Counseling, 2*(1), 73–88.
124. Kardaş, S. (2019). Erratum: Correcting the name of the spiritual well-being scale as the three-factor spiritual well-being scale. *Spiritual Psychology and Counseling, 4*(1), 85–85.
125. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.
126. George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update* (10th ed.). Pearson.

127. Arıcan, B., Güney, M., Akbal, N., Demiral, B. H., Nadir, A., Kokar, I. K., ... & Sargın, M. (2016). Determining depression level of caregivers providing home healthcare services. *Northern Clinics of Istanbul*, *3*(2), 118–124.
128. Jiménez García-Tizón, S., Navarro Prados, A. B., & Bueno Martínez, M. B. (2025). Towards a comprehensive psychosocial profile of the family caregiver of people with dementia. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 38*(1), Article 6. https://doi.org/10.1186/s41155-025-00342-5
129. Moss, C., Schnipper, J., & Levine, D. (2023). Caregiver burden in a home hospital versus traditional hospital: A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, *72*, 286–289. https://doi.org/10.1111/jgs.18603
130. Çakır, G., & Yaman, Ö. M. (2021). Yaşlılara evde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları zorluklar ve etkileyen unsurlar. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, (18)*, 104–124.
131. Lee, M. (2024). Career disruption and employment status of Korean family caregivers of older adults using home-based care. *Nursing Reports*, *14*(3), 1587–1603. https://doi.org/10.3390/nursrep14030119
132. Lee, Y., Dokos, M., Liu, Y., Zarit, S., & Fauth, E. (2019). Financial strain, employment, and role captivity and overload over time among dementia family caregivers. *The Gerontologist*. https://doi.org/10.1093/geront/gnz099
133. Wolff, J., Fakeye, M., & Samuel, L. (2022). Financial contributions and experiences of non-spousal, employed family caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, *41*(12), 2459–2468. https://doi.org/10.1177/07334648221115261
134. Wu, W., Mosher, C., Demark-Wahnefried, W., Kent, E., Lewson, A., & Secinti, E. (2021). Examining health behaviors of chronic disease caregivers in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, *61*(5), 683–691. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.07.004
135. Kunicki, Z., & Jones, R. (2020). Prevalence of heavy alcohol use by caregivers of persons with Alzheimer's disease or related dementia. *Innovation in Aging*, *4*(Supplement_1), 359–359. https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.1154
136. Turner, A., Spratt, N., Denham, A., Palazzi, K., Magin, P., Wynne, O., Baker, A., & Bonevski, B. (2019). An online cross-sectional survey of the health risk behaviours among informal caregivers. *Health Promotion Journal of Australia*. https://doi.org/10.1002/hpja.296
137. Çetinkaya, N., & Dönmez, E. (2023). İnmeli hastalara bakım verenlerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, *10*(1), 49–59. https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1179811
138. Göger, S., Cingil, D., & Şener, Ş. (2023). Evde Bakım Hemşireliği Kalite Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 10*(1), 52–59.
139. Utz, R., & Warner, E. (2022). Caregiver burden among diverse caregivers. *Cancer, 128*. https://doi.org/10.1002/cncr.34171
140. Saracíbar-Razquin, M., Martin, J., & Olano-Lizarraga, M. (2016). The experience of family caregivers caring for a terminal patient at home: A research review. *International Journal of Nursing Studies, 64*, 1–12. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.09.010
141. Yancura, L., Zan, H., & Barnett, M. (2024). Caring for one, two, or three generations? Prevalence of various caregiving roles and caregiver characteristics. *Innovation in Aging, 8*(Supplement_1), 1295. https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.4138
142. Öğür, Z., Gözüm, S., Taş, E., Yalçındağ, N., Alpak, M., & Hayran, O. (2019). The influence of the education provided to family caregivers on bedridden patients and caregivers: A randomized controlled study. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 13*(3).
143. Egici, M. T., Can, M. K., Toprak, D., Öztürk, G. Z., Esen, E. S., Özen, B., ve ark. (2019). Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *Journal of Academic Research in Nursing*, *5*(2), 147–152.
144. Rodrigues, A. M., Ferreira, P. L., & Ferré-Grau, C. (2016). Providing informal home care for pressure ulcer patients: how it affects carers' quality of life and burden. *Journal of clinical nursing*, *25*(19-20), 3026–3035. https://doi.org/10.1111/jocn.13356
145. Rocard, E., & Llena-Nozal, A. (2022). Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind. *OECD Health Working Papers, 140*, 1–72. https://doi.org/10.1787/0e1a8a65-en
146. Chen, Q., Zhang, H., Yuan, S., Liu, W., & Lyu, T. (2024). Perceived training needs of the informal caregivers of older adults: A cross-sectional study. Healthcare, 12(23), 2369. https://doi.org/10.3390/healthcare12232369
147. Falbo, S., Caruso, R., Ghizzardi, G., Brera, A., Milani, I., Lusignani, M., Petralito, M., Terzoni, S., & Maga, G.(2024). Education programs for informal caregivers of noncancer patients in home-based

palliative care: A scoping review. *Journal of Palliative Medicine, 27*(2). https://doi.org/10.1089/jpm.2024.0097

148. Radovanovic, C., Rêgo, A., De Cássia Nogueira Sanches, R., Cardoso, L., Girardon-Perlini, N., Santos, F., et al. (2022). Factors associated with the skills of informal caregivers in home care. *Revista Brasileira de Enfermagem, 75*(4), e20210744. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0744
149. Kaschowitz, J., & Brandt, M. (2017). Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine, 173*, 72–80. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.036
150. Barton-Burke, M., Wood, K., Strauss, S., Benn, K., & Davis, M. (2025). Caregiver satisfaction during the transition from inpatient cancer care to home-based end-of-life care. *Cancer Care Research Online*. https://doi.org/10.1097/cr9.0000000000000068
151. García-Castro, F., Hernández, A., & Blanca, M. (2021). Life satisfaction and the mediating role of character strengths and gains in informal caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* https://doi.org/10.1111/jpm.12764
152. Manna, C., Giusti, E., Bertuzzi, V., Bruno, D., Castelnuovo, G., Edbrook-Childs, J., et al. (2021). Psychological support interventions for healthcare providers and informal caregivers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*, 6939. https://doi.org/10.3390/ijerph18136939
153. Gabriel, I. O., Aluko, J. O., & Okeme, M. I. (2019). Caregiver burden among informal caregivers of women with breast cancer. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research, 15*(3). https://doi.org/10.26717/BJSTR.2019.15.002704
154. Demir Barutcu C. (2019). Relationship between Caregiver Health Literacy and Caregiver Burden. *Puerto Rico health sciences journal*, *38*(3), 163–169.
155. Zech, E., & Gérain, P. (2020). Do informal caregivers experience more burnout? A meta-analytic study. *Psychology, Health & Medicine, 26*(1), 145–161. https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1803372
156. Moghadam, M., Seyedolshohadayi, A., Rezvani, K., Modaresi, S., & Saed, G. (2022). Investigating the effects of post-discharge care services for patients with severe psychiatric illnesses on their caregivers' burnout in Sanandaj. *Archives of Psychiatric Nursing, 37*, 61–68. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.08.003
157. Türkben Polat, H., & Kıyak, S. (2023). Spiritual well-being and care burden in caregivers of patients with breast cancer in Turkey. *Journal of Religion and Health, 62*, 1950–1963. https://doi.org/10.1007/s10943-022-01695-2
158. Duracak, A., & Özmen, D. (2023). Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel iyi oluş ve depresyon düzeylerinin bakım yüklerine etkisi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 8*(2), 387–393.
159. Sun, V., Kim, J. Y., Irish, T. L., Borneman, T., Sidhu, R. K., Klein, L., et al. (2016). Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. *Psycho-Oncology, 25*(12), 1448–1455.
160. Öner, Ö. İ., & Karabulutlu, E. Y. (2024). Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Perspectives in Palliative & Home Care, 2*(3), 116–126.
161. Ghasempour, S., Esmaeeli, M., Ebrahimi, H., Mirhosseini, S., Minaei-Moghadam, S., & Basirinezhad, M. (2025). Care burden among Iranian family caregivers of patients with schizophrenia: The predictive role of quality of life and life satisfaction. *Frontiers in Psychiatry*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1559786
162. Pelit Aksu, S., & Şentürk Erenel, A. (2021). Caregiver burden and the level of perceived social support of caregivers helping with inpatient care of patients with gynecologic cancer. *Florence Nightingale Journal of Nursing, 29*(1), 113–123.
163. Tarı Selçuk, K., & Avcı, D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7*(1), 1–9.
164. Ademoğlu, M. Ç., & Kutlu, İ. (2024). Evde bakım desteğinden faydalanan ailelerde bakım yükü. *International Journal of Social Sciences (IJSS), 8*(35), 397–418.
165. Beck, A., Hebdon, M., Xu, J., Tay, D., Ellington, L., Reblin, M., et al. (2022). Hospice family caregiver burden and well-being: Employment as a moderator (RP408). *Journal of Pain and Symptom Management*. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.04.049
166. Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F., & Özşahin, A. (2013). Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *14*(1), 19–26.
167. Lai, D. (2012). Effect of financial costs on caregiving burden of family caregivers of older adults. *SAGE Open, 2*(4). https://doi.org/10.1177/2158244012470467

168. Salama, R. A. A., & El-Soud, F. A. A. (2012). Caregiver burden from caring for impaired elderly: A cross-sectional study in rural Lower Egypt. *Iranian Journal of Public Health, 9*(4), 1–10.
169. Shiba, K., Kondo, N., & Kondo, K. (2016). Informal and formal social support and caregiver burden: The AGES caregiver survey. *Journal of Epidemiology, 26*(12), 622–628. https://doi.org/10.2188/jea.JE20150263
170. Juntasopeepun, P., Bliss, D. Z., Pandang, A., & Thana, K. (2025). Determinants of caregiver burden among primary family caregivers of bedridden older adults living at home. *Western Journal of Nursing Research, Advance online publication*. https://doi.org/10.1177/01939459251328211
171. Dehkordi, M., Baghban, M., & Hekmatpou, D. (2019). The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 12*, 211–217. https://doi.org/10.2147/JMDH.S196903
172. Gugała, B. (2021). Caregiver burden versus intensity of anxiety and depression symptoms in parents of children with cerebral palsy as well as factors potentially differentiating the level of burden: A cross-sectional study. *BMJ Open, 11*(6), e036494.
173. Dikeç, G., Gümüş, F., & Ergün, G. (2018). Relation among anxiety and family burden in primary first-degree caregivers of outpatients with mental disorders in Turkey. *Issues in Mental Health Nursing, 39*, 142–150. https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1373174
174. Tuna, H. M., & Olgun, P. D. N. (2010). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 17*(1), 41–52.
175. Ji, M., & Zhang, W. (2024). Characteristics and influential factors of anxiety and burnout among caregivers and older adults. *Innovation in Aging, 8*(Supplement_1), 908–908. https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.2933
176. Tel, H., & Ertekin Pınar, Ş. (2013). Kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4*(3), 125–130.
177. Szlenk-Czyczerska, E., Guzek, M., Bielska, D. E., Ławnik, A., Polański, P., & Kurpas, D. (2020). Needs, aggravation, and degree of burnout in informal caregivers of patients with chronic cardiovascular disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(17), 6427. https://doi.org/10.3390/ijerph17176427
178. Heo, S. B., & Shin, S. Y. (2019). Influence of caring burden and the way of coping on burnout in caregivers of cancer patients. *Korean Journal of Occupational Health Nursing, 28*(2), 114–123.
179. Fenstermacher, E., Owsiany, M., & Edelstein, B. (2022). Informal caregiving burnout among the sandwich generation. *Innovation in Aging, 6*(Supplement_1), 872–872. https://doi.org/10.1093/geroni/igac059.3115
180. Mohamed, M., Mohamed, W., Sayed, M., & Hosam, M. (2024). Burnout syndrome among family caregivers of hemodialysis patients in Luxor International Hospital. *QJM: An International Journal of Medicine*. https://doi.org/10.1093/qjmed/hcae175.552
181. Yılmaz, A., Turan, E., & Gündoğar, D. (2009). Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: Evidence from Turkey. *Australasian Journal on Ageing, 28*(1), 16–21. https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2008.00319.x
182. Wang, K., Yeoh, E., Cheung, G., Wong, E., Chan, C., Martinez-Ruiz, A., et al. (2021). Caregiving burnout of community-dwelling people with dementia in Hong Kong and New Zealand: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics, 21*, Article 554. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02153-6
183. Oliva-Moreno, J., Peña-Longobardo, L., Mar, J., Masjuán, J., Soulard, S., González-Rojas, N., et al. (2018). Determinants of informal care, burden, and risk of burnout in caregivers of stroke survivors: The CONOCES study. *Stroke, 49*(1), 140–146. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.017575
184. Won, S., & Song, I. (2012). Factors affecting burnout when caring for older adults needing long term care services in Korea. *The International Journal of Aging and Human Development, 74*(1), 25–40. https://doi.org/10.2190/AG.74.1.b
185. Escribano-Sotos, F., Pardo-García, I., & Briones-Peralta, M. (2020). Effects of a practical training programme on burnout among professional caregivers in a care home for older adults with dementia: A pilot study. *Psychogeriatrics, 20*(5), 657–664. https://doi.org/10.1111/psyg.12523
186. Anton, A., Regel, Y., Sinclair, S., Orellana-Rios, C., Schmidt, S., Kern, M., et al. (2017). Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: A mixed-method evaluation of an "on the job" program. *BMC Palliative Care, 17*, 1–10. https://doi.org/10.1186/s12904-017-0219-7

187. Cengiz, M., Kılıç, D., & Taşar, T. (2024). The effect of mindfulness-based compassionate living training for informal caregivers of palliative inpatients on burnout and caregiving burden: A randomized controlled trial. Health Education Research. https://doi.org/10.1093/her/cyae005
188. Voumbo, G., Mobousse, J., Itoua, C., Mankoussou, L., Mangani, A., Mavoungou, Y., et al. (2022). Burnout among caregivers in four maternities in Brazzaville. *Open Journal of Preventive Medicine, 12*(4), 93–101. https://doi.org/10.4236/ojpm.2022.124005
189. Blom, C., Reis, A., & Lencastre, L. (2023). Caregiver quality of life: Satisfaction and burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*, 6577. https://doi.org/10.3390/ijerph20166577
190. Xiong, C., Biscardi, M., Astell, A., Nalder, E., Cameron, J. I., Mihailidis, A., et al. (2020). Sex and gender differences in caregiving burden experienced by family caregivers of persons with dementia: A systematic review. *PLOS ONE, 15*(4), e0231848. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231848
191. Kindt, S., Vansteenkiste, M., Loeys, T., Cano, A., Lauwerier, E., Verhofstadt, L. L., et al. (2015). When is helping your partner with chronic pain a burden? The relation between helping motivation and personal and relational functioning. *Pain Medicine, 16*, 1732–1744. https://doi.org/10.1111/pme.12766
192. Rodakowski, J., Skidmore, E. R., Rogers, J. C., & Schulz, R. (2012). Role of social support in predicting caregiver burden. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93*(12), 2229–2236.
193. Kaddourah, B., Abu-Shaheen, A., & Al-Tannir, M. (2018). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care at five tertiary care hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Oman Medical Journal, 33*(2), 154–158.
194. Kutlu, Ö., Ermin, C., & Aygin, D. (2020). Yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluşları ile manevi bakım algılarının değerlendirilmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 3*(3), 130–142.
195. Spatuzzi, R., Giulietti, M. V., Ricciuti, M., Merico, F., Fabbietti, P., Raucci, L., Bilancia, D., Cormio, C., & Vespa, A. (2019). Exploring the associations between spiritual well-being, burden, and quality of life in family caregivers of cancer patients. *Palliative and Supportive Care, 17*(3), 294–299. https://doi.org/10.1017/S1478951518000160
196. Deb, S., Sun, J., & McGirr, K. (2016). Spirituality in Indian university students and its associations with socioeconomic status, religious background, social support, and mental health. *Journal of Religion and Health, 55*, 1623–1641. https://doi.org/10.1007/s10943-016-0207-x
197. Kocabaş, D., & Toraman, A. (2018). Yoğun bakım ve ameliyathane birimlerinde çalışan personelin işyeri maneviyatı üzerine bir araştırma. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 5*(12), 393–403.
198. Mirham, M., Aamodt, W., Kluger, B., Sugiura, K., & Seshadri, S. (2023). Spirituality and spiritual distress in Parkinson's disease caregivers: A scoping review. *Journal of Religion and Health, 62*, 4222–4243. https://doi.org/10.1007/s10943-023-01913-5
199. Semerci, R., Uysal, N., Şahin, E., Tayaz, E., ve ark. (2023). Kanserli hastalara bakım verenlerin manevi iyilik durumları ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 6*(1), 1–13. https://doi.org/10.38108/ouhcd.1031420
200. Gürsu, O., & Ay, Y. (2018). Din, manevi iyi oluş ve yaşlılık. *Journal of International Social Research, 11*(61).
201. Kavvadia, M., Fradelos, E., Sarafis, P., Saridi, M., Paralikas, T., Toska, A., et al. (2025). The effect of medication adherence and spirituality in quality of life of patients with rheumatic diseases. *Healthcare, 13*(4), [sayfa numarası eksik]. https://doi.org/10.3390/healthcare13040436
202. Manderson, L., Unantenne, N., Warren, N., & Canaway, R. (2013). The strength to cope: Spirituality and faith in chronic disease. *Journal of Religion and Health, 52*, 1147–1161. https://doi.org/10.1007/s10943-011-9554-9
203. Büssing, A., & Koenig, H. G. (2010). Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religion, 1*(1), 18–27. https://doi.org/10.3390/rel1010018
204. Helvacı, A., İzgu, N., & Özdemir, L. (2020). Relationship between symptom burden, medication adherence, and spiritual well-being in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*. https://doi.org/10.1111/jocn.15251
205. Burlaka, V., Parker, T., & Churakova, I. (2017). Relationship between alcohol use, spirituality, and coping. *International Journal of Mental Health and Addiction, 15*, 842–852. https://doi.org/10.1007/s11469-017-9759-6
206. DiClemente, C. C. (2013). Paths through addiction and recovery: The impact of spirituality and religion. *Substance Use & Misuse, 48*(12), 1260–1261.
207. Kızılgeçit, M., & Akça, E. (2023). Denetimli serbestliğe tabi tutulan madde kullanıcılarına yönelik din/maneviyat temelli bağımlılık programı model önerisi. *Dicle İlahiyat Dergisi, 26*(1), 82–116.

208. Sereika, S., Zhu, J., Donovan, H., & Sherwood, P. (2023). Identifying patterns of change in spiritual well-being over time among neuro-oncology caregivers. *Innovation in Aging, 7*(Supplement_1), 1060. https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.3407
209. Lai, C., Luciani, M., & Di Mario, C. (2018). Psychological impairments burden and spirituality in caregivers of terminally ill cancer patients. *European Journal of Cancer Care, 27*(1). https://doi.org/10.1111/ecc.12674
210. La, I., Storr, C., Zhu, S., Cagle, J., Johantgen, M., & Ross, A. (2023). Spirituality moderates the relationship between cancer caregiver burden and depression. *Palliative & Supportive Care*, 1–12. https://doi.org/10.1017/S1478951523001785
211. Wei, D., Cheng, Q., Liu, X., Chen, Y., Li, X., Qing, L., et al. (2020). Spiritual care competence and its relationship with self-efficacy: An online survey among nurses in mainland China. *Journal of Nursing Management, 28*(8), 2171–2178. https://doi.org/10.1111/jonm.13157
212. Chuang, L., Lin, L., Chen, M., & Chen, Y. (2020). Factors influencing the self-perceived competencies in spiritual care of nurses in long-term care facilities. Journal of Nursing Management. https://doi.org/10.1111/jonm.13080
213. Akkuş, Y., Karacan, Y., Ünlü, K., et al. (2022). The effect of anxiety and spiritual well-being on the care burden of caregivers of cancer patients during the COVID-19 pandemic. *Supportive Care in Cancer*, *30*, 1863–1872. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06611-0
214. Torabi Chafjiri, R., Navabi, N., Shamsalinia, A., & Ghaffari, F. (2017). The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. *Clinical Interventions in Aging, 12*, 453–458. https://doi.org/10.2147/CIA.S121285
215. Mandhouj, O., Etter, J.-F., Courvoisier, D., & Aubin, H.-J. (2012). French-language version of the World Health Organization quality of life spirituality, religiousness and personal beliefs instrument. *Health and Quality of Life Outcomes, 10*(1), 39. https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-39
216. Mahdavi, B., Fallahi-Khoshknab, M., Mohammadi, F., Hosseini, M. A., & Haghi, M. (2017). Effects of spiritual group therapy on caregiver strain in home caregivers of the elderly with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing, 31*(3), 269–273.
217. Turgut, T., & Ekşi, F. (2023). Aile terapileri perspektifinden Alzheimer, demans ve maneviyat. In H. Ekşi (Ed.), *Aile terapisi: Manevi yönelimli bir perspektif* (ss. 245–274). Nobel Akademik Yayıncılık.
218. Yıldız, S., & Kılıçarslan Törüner, E. (2024). Kanser tanısıyla izlenen çocuklara ve ebeveynlerine yönelik spiritüel bakım: Bir literatür derlemesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 11*(1), 77–87. https://doi.org/10.31125/hunhemsire.1145528
219. Khalaila, R. (2022). Does emotional empathy moderate the association between caregiver burden and burnout among Arab family caregivers of older relatives? *Health & Social Care in the Community, 30*(6), [sayfa numarası eksik]. https://doi.org/10.1111/hsc.13689
220. Pür, İ. (2023). Hemşirelerde tükenmişlik ile maneviyat arasındaki ilişkinin incelenmesi: Nevşehir ili örneği. *Pamukkale Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 10*(1), 266–293. https://doi.org/10.17859/pauifd.1260410

8. EKLER

EK-1. KATILIMCI BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı; Aşağıda kişisel bilgileriniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. Sizin için en uygun olan seçeneği işaretleyiniz, teşekkürler.	
1. Yaşınız nedir? Yazınız…….	**2. Cinsiyetiniz nedir? ( ) Kadın ( ) Erkek**
3. Medeni durumunuz nedir? ( ) Evli ( ) Bekâr	**4. Çocuğunuz var mı? ( ) Var ( ) Yok**
5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır	**6. Ekonomik durumunuzu en iyi hangi seçenek yansıtıyor? ( ) Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek**
7. Eğitim düzeyiniz nedir? ( ) İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Üniversite ve üzeri mezunu	**8. Evde yaşayan kişi sayısı kaçtır? ( ) 1-3 ( ) 4-6 ( )7 ve üzeri**
9. Kronik hastalığınız/hastalıklarınız var mı? ( ) Var ( ) Yok	**10. Sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlarınız var mı? ( ) Var ( ) Yok**
11. Sigara kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( )Hayır	**12. Alkol kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( )Hayır**
13. Bakım verdiğiniz kişi: ( ) Tam Bağımlı ( ) Kısmi bağımlı ( ) Bağımlı değil	**14. Bakım verdiğiniz kişi ile olan yakınlık dereceniz nedir? ( ) Eş ( ) Anne/baba ( ) Çocuk ( )Kayınvalide/Kayınbaba ( ) Diğer (yazınız)……**
15. Bakım verdiğiniz kişi ile aynı evde mi yaşıyorsunuz? ( ) Evet ( )Hayır	**16. Bakmakla yükümlü olduğunuz başka kimse var mı? ( ) Evet ( ) Hayır**
17. Bakım verirken size destek olan başka kişiler var mı? ( ) Var ( )Yok	**18. Verdiğiniz bakım için ücret alıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır**
19. Hastanıza verdiğiniz bakım ile ilgili bir eğitim aldınız mı? ( ) Evet ( )Hayır	**20. Bakım vermede kendinizi nasıl hissediyorsunuz? ( ) Yeterli ( ) Kısmen yeterli ( ) Yetersiz**
21. Ne kadar süredir bakım veriyorsunuz? ( ) 6 aydan az ( )6-12 ay ( ) 13 ay ve üzeri	**22. Günde kaç saatinizi bakım için ayırıyorsunuz? ( ) 1-3 ( ) 4-6 ( )7 ve üzeri**
23. Bakım verme nedeniyle kendi sağlık kontrollerinizi aksattığınız oluyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır	**24. Hastanıza bakım veriyor olmaktan memnun musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım**
25. Hastanıza neden bakıyorsunuz? ( ) Ailevi sorumluluk ( ) Sevdiğim için/aile bağı olduğu için ( ) Benden başka bakacak kimse olmadığı için ( ) Evde Bakım hizmetleri yetersiz kaldığı için ( ) Ekonomik olarak katkı sağladığı için ( ) Diğer ……	**26. Psikolojik olarak desteğe ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz? ( ) İhtiyacım var, alıyorum ( ) İhtiyacım var, almıyorum ( ) İhtiyacım yok**

EK-2. ZARİT BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Hiçbir zaman (0)	Nadiren (1)	Bazen (2)	Oldukça sık (3)	Her zaman (4)
1.Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2.Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3.Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4.Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5.Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6.Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7.Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8.Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9.Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10.Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11.Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13.Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17.Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21.Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					

EK-3. TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Bu bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ev ortamınız ve hasta bakımıyla ilgili aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi okuduktan sonra 7 dereceli ölçeği kullanarak her bir maddenin yanındaki boşluğa size en uygun olan rakamı yazın.

1 HİÇBİR ZAMAN	2 SADECE BİR DEFA	3 NADİREN	4 BAZEN	5 SIKSIK	6 ÇOĞUNLUKLA	7 HER ZAMAN

_____ 1- YORGUN.
_____ 2- ÇÖKMÜŞ.
_____ 3- NEŞELİ, KEYİFLİ.
_____ 4- FİZİKSEL OLARAK YORGUN (TÜKENMİŞ).
_____ 5- DUYGUSAL OLARAK YORGUN (TÜKENMİŞ).
_____ 6- MUTLU.
_____ 7- BİTKİN.
_____ 8- TÜKENMİŞ.
_____ 9- MUTSUZ.
_____ 10- SAĞLIKSIZ.
_____ 11- KAPANA KISILMIŞ.
_____ 12- DEĞERSİZ.
_____ 13- BIKKIN.
_____ 14- KAFASI KARIŞMIŞ, SIKINTILI.
_____ 15- İNSANLARLA İLGİLİ HAYAL KIRIKLIĞINA UĞRAMIŞ VE GÜCENMİŞ.
_____ 16- ZAYIF.
_____ 17- UMUTSUZ.
_____ 18- REDDEDİLMİŞ.
_____ 19- İYİMSER.
_____ 20- ENERJİK.
_____ 21- KAYGILI.

EK-4. ÜÇ-FAKTÖRLÜ SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

	Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Numaraların anlamları: **(1) Bana Hiç Uygun Değil** **(2) Bana Uygun Değil** **(3) Bana Biraz Uygun** **(4) Bana Oldukça Uygun** **(5) Bana Tamamen Uygun** Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.	Bana hiç uygun **değil**	Bana uygun **değil**	Bana **biraz** uygun	Bana **oldukça** uygun	Bana **tamamen** uygun
1.	İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Hayatımda büyük bir boşluk var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Allah'ın beni sevdiğine ve önemsediğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Hayattan zevk almam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekkür ederim).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü arttırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Doğayla uyum içinde yaşarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.	Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26.	Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK-5. ETİK KURUL ONAY FORMU

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

05.11.2024

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 05.11.2024
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (toplantı online yapılmıştır)
TOPLANTI NO : 2024/09
PROJE/ KARAR NO : 2024-516 (Değerlendirilme Tarihi: 05.11.2024)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Şeyma Zehra ALTUNKÜREK'in sorumlu araştırmacı, Arş. Gör. Efza Nur KAPLAN'ın yardımcı araştırmacı olduğu, 2024/516 kayıt numaralı, **"Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaya Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Tükenmişlik ve Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi"** başlıklı **yüksek lisans tezi** proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

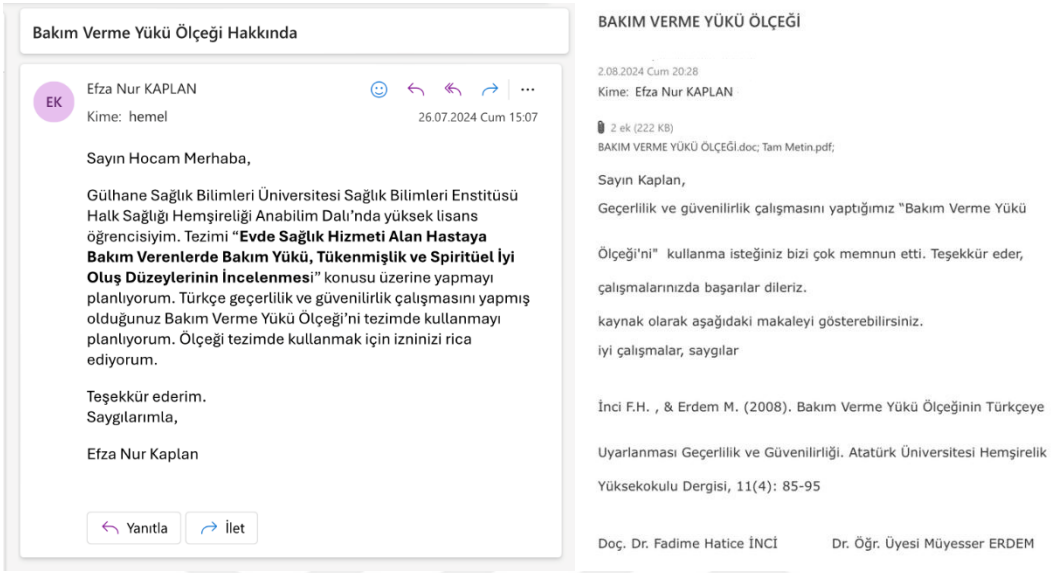
Sıra No	Unvanı ve Adı/Soyadı	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR	Başkan	[redacted]
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR	Üye	
5	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN	Üye	
6	Prof. Dr. Hüseyin Levent YAMANEL	Üye	
7	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU	Üye	
8	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ	Üye	
9	Prof. Dr. Dilek YILDIZ	Üye	
10	Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU	Üye	
11	Prof. Dr. Umut BEYLİK	Üye	
12	Prof. Dr. Onur ERDEM	Üye	
13	Doç. Dr. Mehmet Talay KÖYLÜ	Üye	
14	Doç. Dr. Serkan PEKÇETİN	Üye	
15	Doç. Dr. Asiye Çiğdem ŞİMŞEK	Üye	
16	Doç. Dr. Sait YEŞİLLİK	Üye	
17	Doç. Dr. Nezehat Özgül ÜNLÜER	Üye	
18	Dr. Öğr. Üyesi Fatih NAMAL	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135-6136

CamScanner ile tarandı

EK-6. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

- Zarit Bakım Yükü Ölçeği İzni



Bakım Verme Yükü Ölçeği Hakkında

EK Efza Nur KAPLAN

Kime: hemel 26.07.2024 Cum 15:07

Sayın Hocam Merhaba,

Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Tezimi **"Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaya Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Tükenmişlik ve Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi"** konusu üzerine yapmayı planlıyorum. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Bakım Verme Yükü Ölçeği'ni tezimde kullanmayı planlıyorum. Ölçeği tezimde kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Teşekkür ederim.
Saygılarımla,

Efza Nur Kaplan

Yanıtla İlet

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

2.08.2024 Cum 20:28

Kime: Efza Nur KAPLAN

2 ek (222 KB)

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ.doc; Tam Metin.pdf;

Sayın Kaplan,

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yükü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. Teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

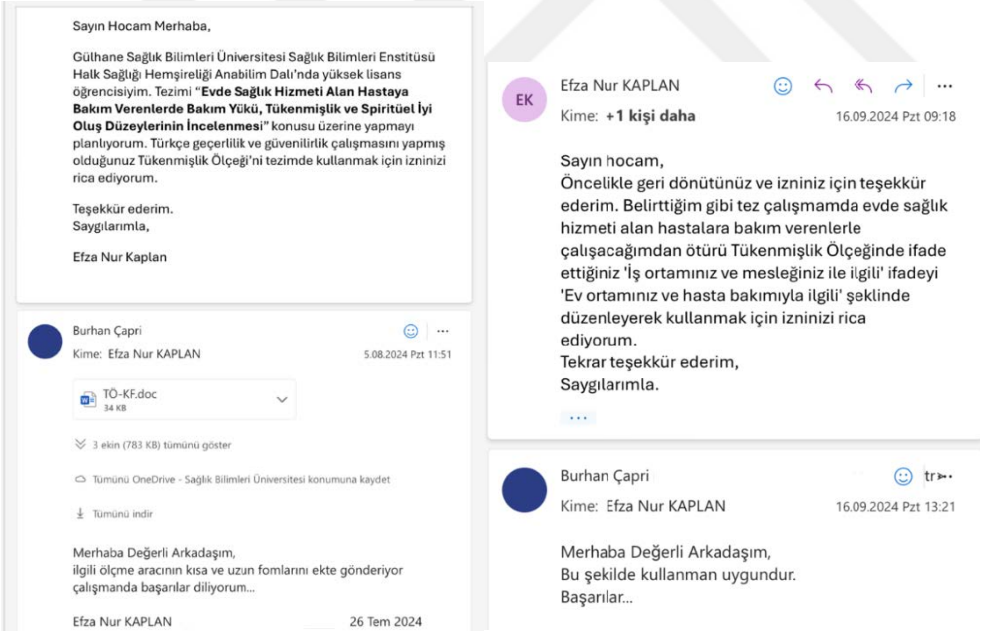
kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

iyi çalışmalar, saygılar

İnci F.H. , & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Doç. Dr. Fadime Hatice İNCİ Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM

- Tükenmişlik Ölçeği İzni



Sayın Hocam Merhaba,

Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Tezimi **"Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaya Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Tükenmişlik ve Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi"** konusu üzerine yapmayı planlıyorum. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Tükenmişlik Ölçeği'ni tezimde kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Teşekkür ederim.
Saygılarımla,

Efza Nur Kaplan

Burhan Çapri

Kime: Efza Nur KAPLAN 5.08.2024 Pzt 11:51

TÖ-KF.doc
34 KB

3 ekin (783 KB) tümünü göster

Tümünü OneDrive - Sağlık Bilimleri Üniversitesi konumuna kaydet

Tümünü indir

Merhaba Değerli Arkadaşım,
ilgili ölçme aracının kısa ve uzun fomlarını ekte gönderiyor çalışmanda başarılar diliyorum...

Efza Nur KAPLAN 26 Tem 2024

EK Efza Nur KAPLAN

Kime: **+1 kişi daha** 16.09.2024 Pzt 09:18

Sayın hocam,
Öncelikle geri dönütünüz ve izniniz için teşekkür ederim. Belirttiğim gibi tez çalışmamda evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım verenlerle çalışacağımdan ötürü Tükenmişlik Ölçeğinde ifade ettiğiniz 'İş ortamınız ve mesleğiniz ile ilgili' ifadeyi 'Ev ortamınız ve hasta bakımıyla ilgili' şeklinde düzenleyerek kullanmak için izninizi rica ediyorum.
Tekrar teşekkür ederim,
Saygılarımla.

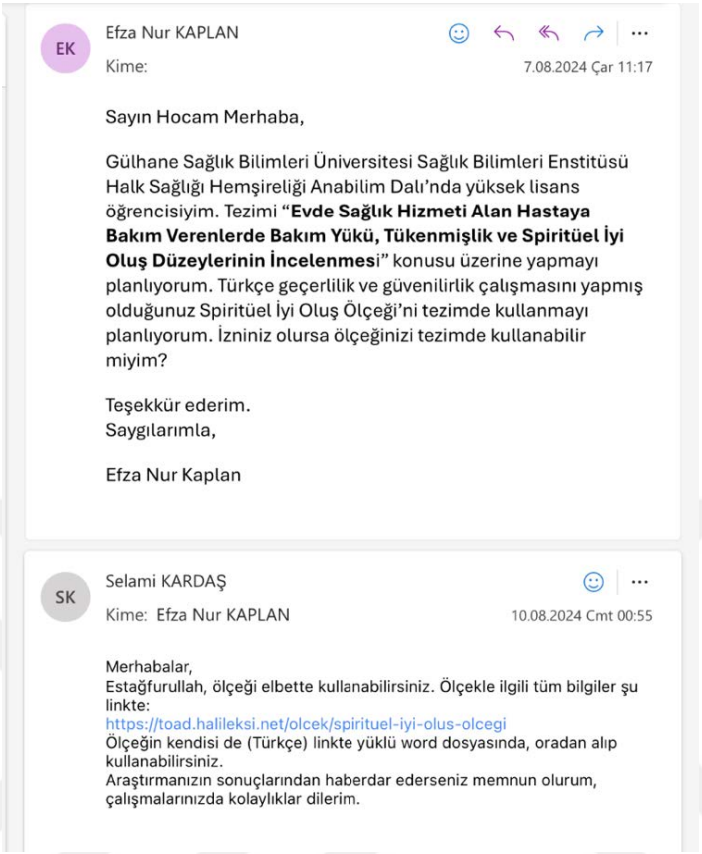
...

Burhan Çapri

Kime: Efza Nur KAPLAN 16.09.2024 Pzt 13:21

Merhaba Değerli Arkadaşım,
Bu şekilde kullanman uygundur.
Başarılar...

- Üç-Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği İzni



EK Efza Nur KAPLAN

Kime: 7.08.2024 Çar 11:17

Sayın Hocam Merhaba,

Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Tezimi "**Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaya Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Tükenmişlik ve Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi**" konusu üzerine yapmayı planlıyorum. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'ni tezimde kullanmayı planlıyorum. İzniniz olursa ölçeğinizi tezimde kullanabilir miyim?

Teşekkür ederim.
Saygılarımla,

Efza Nur Kaplan

SK Selami KARDAŞ

Kime: Efza Nur KAPLAN 10.08.2024 Cmt 00:55

Merhabalar,
Estağfurullah, ölçeği elbette kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili tüm bilgiler şu linkte:
https://toad.halileksi.net/olcek/spirituel-iyi-olus-olcegi
Ölçeğin kendisi de (Türkçe) linkte yüklü word dosyasında, oradan alıp kullanabilirsiniz.
Araştırmanızın sonuçlarından haberdar ederseniz memnun olurum, çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

EK-7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı, "Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaya Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Tükenmişlik ve Spiritüel İyi Oluş Düzeyleri nin İncelenmesi" isimli araştırma projesine davet edilmektesiniz.

Bu araştırma, SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Şeyma Zehra Altunkürek'in akademik danışmanlığında Yüksek Lisans programı öğrencisi Efza Nur Kaplan ile yürütülen bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Çalışma evde sağlık hizmeti alan hastaya bakım verenlerde bakım yükü, tükenmişlik ve spiritüel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışmada Katılımcı Bilgi Formu, Bakım Yükü Ölçeği, Tükenmişlik Ölçeği ve Üç Faktörlü Spiritüel İyi oluş Ölçeği bulunmaktadır.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz ya da çekilmeniz durumunda herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır. Çalışmada edinilen bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden ve sosyal güvenlik kurumunuzdan herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Çalışmaya katılmayı kabul etmenize rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında onayımızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Çalışma ortalama 20 dakika sürmektedir. Çalışmanın amacına ulaşması için cevaplarınızın dürüst, samimi ve içten olması önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

"Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu adlı metni kendi ana dilimde okudum. Metin anlayabileceğim yalın ve sade bir dille yazılmıştır. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı açıklama yukarıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum."

Araştırmacılar;

Doç. Dr. Şeyma Zehra Altunkürek
SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
İletişim:

Arş. Gör. Efza Nur KAPLAN
SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi
İletişim:
Tel no:

- ***Gönüllünün;***

Adı- Soyadı: *Tarih:*
İmzası:
Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Efza Nur KAPLAN

II- Eğitim Bilgileri

2023- Halen: Sağlık Bilimleri Üniversitesi/ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
2018- 2022: Gazi Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Bölümü
2014- 2018: Çağrıbey Anadolu Lisesi
2007- 2014: 29 Ekim İlköğretim Okulu

III- Unvanları

Araştırma Görevlisi

IV- Mesleki Deneyimi

2024-Halen: Sağlık Bilimleri Üniversitesi/ Gülhane Hemşirelik Fakültesi
2023-2024: Etlik Şehir Hastanesi
2022-2022: Ankara Özel Güven Hastanesi

V-Bilimsel Yayınlar

Altunkurek, Ş. Z., Aydın, B., & Kaplan, E. N. (2025). Comparison of early diagnosis, health lifestyle behaviors and breast cancer worries of women with and without a first-degree relative with a history of breast cancer. European Journal of Gynaecological Oncology, 46(4).

VI- Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

Altunkurek, Ş. Z. & Kaplan E. N. (2025, 16-19 Nisan). Huzur ve Manevi Yönelimin Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Depresyon Düzeyleri İle İlişkisi. 8. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi (IHSLC 2025), Burdur, Türkiye

Altunkurek, Ş. Z., Kaplan E. N., Güdücü, İ. & Eryılmaz R. (2025, 16-19 Nisan). Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçme Nedenleri İle Hemşirelik İmajına Yönelik Algılarının İncelenmesi. 8. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi (IHSLC 2025), Burdur, Türkiye

Altunkurek, Ş. Z. & Kaplan E. N. (2025, March 24-29). Ageism, Well-Being and Physical Activity Among Older Adults: A Systematic Review. Paper presented at the The 11th Asian Conference on Aging & Gerontology (AGen2025), Toshi Center Hotel, Tokyo, Japan