



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**EVDE BAKIM EĞİTİMİNİN BAKIM
VERİCİLERİN ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

Hatun ERKURAN

DOKTORA TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Havva KARADENİZ

TRABZON – 2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

24.10.2025
Hatun ERKURAN
İmza

İthaf

Bu doktora tezimi, bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan aileme ithaf ediyorum.



TEŐEKKÖR

Bu doktora tezinin hazırlanmasında öncelikle, tez çalışmam boyunca akademik rehberliği, sabrı ve teşvik edici yaklaşımıyla bana yol gösteren saygıdeğer danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Havva KARADENİZ'e,

Doktora eğitimin süresince bilgi ve deneyimiyle yolumu aydınlatan, birlikte çalışmaktan büyük onur duyduğum Sayın Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ'a ve Sayın Prof. Dr. Neslihan SARUHAN GÜLER'e,

Doktora sürecinin birçok aşamasını birlikte yürüttüğümüz, birlikte aynı yolları kat ettiğimiz, sürecin her aşamasında desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Seçil DURAN YILMAZ ve Burak ELİK'e

Bu süreci sabır ve anlayışla karşılayan, her zaman yanımda olan annem Lütfiye ERKURAN, babam Sıddık ERKURAN, kardeşlerim Hülya AKSU, Özlem AYDIN, Mustafa ERKURAN'a,

Son olarak, bu yolculukta doğrudan veya dolaylı olarak katkı sunan tüm kişi ve kurumlara en içten teşekkürlerimi sunarım.

Hatun ERKURAN

İÇİNDEKİLER DİZİNİ**Sayfa**

ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Evde Bakım Kavramı	4
2.1.1. Evde Sağlık Hizmetleri Kavramı	4
2.1.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı	5
2.1.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	6
2.1.4. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Süreci	7
2.1.5. Evde Sağlık Hizmetleri Sunumunun Olumlu ve Olumsuz Yönleri	8
2.1.6. Formal ve İnfomal Bakım Vericiler	9
2.1.7. Evde Bakım Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin/Bakım Vericilerin Gereksinimleri ve Yaşadıkları Güçlükler	10
2.1.8. Evde Bakım Hizmetlerinde Evde Bakım Hemşiresinin Rolü	12
2.2. Eğitim Kavramı	15
2.2.1. Hasta Eğitimi	16
2.2.2. Evde Bakım Vericilerin Eğitimi ve Bakım Vericilerin Eğitimini Etkileyen Durumlar	17
2.3. Anksiyete	19
2.3.1. Anksiyete Tanı ve Sınıflandırma	20
2.3.2. Anksiyete Epidemiyolojisi	21
2.3.3. Depresyon	22

2.3.4. Depresyon Epidemiyolojisi ve Tanı Kriterleri	23
2.3.5. Evde Bakımda Anksiyete ve Depresyon Nedenleri	24
2.3.6. Evde Bakımda Anksiyete ve Depresyonu Azaltma Stratejileri	25
2.3.7. Hemşirelik Kuramı ve Kavramsal Çerçevesi	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Araştırma Gruplarının Belirlenmesi	28
3.5. Bakım Vericilerin Araştırmaya Kabul Edilme ve Edilmeme Ölçütleri	30
3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	30
3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	30
3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	30
3.6.3. Araştırmanın Kontrol Değişkenleri	30
3.7. Veri Toplama Araçları	30
3.7.1. Bakım Verici Bilgi Formu (BVBF)	31
3.7.2. Bakım Vericilerin Eğitim Almak İstedikleri Konular	31
3.7.3. Beck Anksiyete Ölçeği	31
3.7.4. Beck Depresyon Ölçeği	31
3.7.5. Hasta Vücut Banyosu Bakım Verici İzlem Formu (HVBBVİF)	32
3.8. Veri Toplama Süreci	33
3.8.1. İzinlerin Alınması	33
3.8.2. Bakım Vericilerden Onam Alınması, Ön Test Uygulanması	34
3.8.3. Bakım Vericilerin Eğitim Almak İstedikleri Konuların Belirlenmesi	34
3.8.4. Eğitim İçeriğinin Oluşturulması	35
3.8.5. Eğitimin Uygulanması	37
3.8.6. Son Test Uygulanması	38
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.10. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	40
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
3.12. Araştırma Planı	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	48

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
6.1. Sonuçlar	53
6.2. Öneriler	54
7. KAYNAKLAR	56
EKLER	71
EK 1. Bakım Verici Bilgi Formu	72
EK 2. Bakım Vericinin Eğitim Almak İstedığı Konular	75
EK 3. Beck Anksiyete Ölçeği	76
EK 4. Beck Depresyon Ölçeği	77
EK 5. Hasta Vücut Banyosu Bakım Verici İzlem Formu	79
EK 6. Gönüllü Olur Formu	80
EK 7. Etik Kurul Onayı	81
EK 8. Kurum İzni	84
ÖZGEÇMİŞ	85

TABLolar DİZİNİ

Tablo No		Sayfa
Tablo 1.	Randomizasyon tablosu	29
Tablo 2.	İç geçerlilik katsayıları	32
Tablo 3.	Hasta Vücut Banyosu Bakım Verici İzlem Formu puan ortalamaları	33
Tablo 4.	Deney grubundaki hastaların bakım vericilerinin eğitim almak istedikleri konuların dağılımı (n=21)	34
Tablo 5.	Eğitim içeriğinin oluşturulması aşamaları ve veri toplama süreci	38
Tablo 6.	Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler	39
Tablo 7.	Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu	39
Tablo 8.	Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait grup içi normal dağılım tablosu	40
Tablo 9.	Deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri	42
Tablo 10.	Deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin evde bakıma ilişkin özellikleri	43
Tablo 11.	Yatak içi banyo eğitiminin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları ile puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42)	45
Tablo 12.	Yatak içi banyo eğitimin deney ve kontrol grubunda ölçek kesme noktalarına göre ön/son testte Beck Anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması (n=42)	46
Tablo 13.	Yatak içi banyo eğitiminin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları ile puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması (n=42)	46
Tablo 14.	Yatak içi banyo eğitiminin deney ve kontrol grubunda ölçek kesme noktalarına göre ön/son testte Beck Depresyon düzeylerinin karşılaştırılması (n=42)	47

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No		Sayfa
Şekil 1.	Consort Diyagramı	29
Şekil 2.	Araştırma planı	41



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AÇSHB	Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
APA	Amerikan Psikoloji Birliği
BVBF	Bakım Verici Bilgi Formu
DSM-5	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-5
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESH	Evde Sağlık Hizmetleri
HVBBVİF	Hasta Vücut Banyosu Bakım Verici İzlem Formu
IQ	Intelligence Quotient (Zekâ Katsayısı)
KGO	Kapsam Geçerlik Oranları
Ort.	Ortalama
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

Simgeler

<	Küçük
>	Büyük
%	Yüzde
n	Örnekleme
p	Anlamlılık düzeyi
ss	Standart sapma
t	Bağımsız gruplarda t testi
U	Mann Whitney U testi
χ^2	Ki-kare analizi
\leq	Küçük eşit
\geq	Büyük eşit
α	Cronbach alpha

ÖZET

Evde Bakım Eğitiminin Bakım Vericilerin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi

Bu araştırma evde bakım hizmeti alan hastaların bakım vericilerine verilen yatak içi banyo eğitiminin, bakım vericilerin anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma Gümüşhane ili Kelkit İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı hastaların bakım vericileri ile 1 Şubat 2023-31 Aralık 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Deney grubu 21, kontrol grubu 21 kişi olarak toplam 42 evde bakım hizmeti alan hasta ve bakım vericileri ile ön test/son test, randomize kontrollü yarı deneysel olarak gerçekleştirilmiştir. Bakım vericiler yapılan ön test uygulamasında evde hasta bakımında en fazla güçlük yaşadıkları uygulamanın yatak içi banyo uygulaması olduğunu belirttiğinden evde bakım eğitiminin konusu olarak belirlenmiştir. Veri toplama araçları olarak Bakım Verici Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Hasta Vücut Banyosu Bakım Verici İzlem Formu kullanılmıştır. Kontrol grubundaki bakım vericilere ise herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Verilerin analizinde SPSS 22 istatistik programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Bu araştırmada deney ve kontrol grubu arasındaki Beck Anksiyete ve Beck Depresyon ölçek puan ortalamaları farkı ön testte istatistiksel olarak anlamlı değilken ($p>0.05$), son testte deney grubunda ön ve son test/grup içi puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p<0.05$), kontrol grubunda ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bakım vericilere verilen evde bakım eğitiminin bakım vericilerin anksiyete ve depresyon puan ortalamalarını azalttığı gösterilmiştir. Bu sonuçlar, bakım vericilere verilen evde bakım eğitiminin anksiyete ve depresyonun önlenmesinde etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Bakım vericiler, Depresyon, Evde bakım, Evde hemşirelik, Sağlık eğitimi.

ABSTRACT

Determining the Effect of Home Care Training on Anxiety and Depression Levels of Caregivers

This study was conducted to determine the effect of bed bath training provided to caregivers of patients receiving home care services on the anxiety and depression levels of caregivers. The study was conducted with caregivers of patients registered at the Home Health Unit of Kelkit District State Hospital in Gümüşhane Province between February 1, 2023, and December 31, 2024. The study was conducted as a randomized controlled quasi-experimental study with a pre-test/post-test design, involving a total of 42 home care patients and their caregivers, with 21 in the experimental group and 21 in the control group. Since caregivers indicated in the pre-test that bed baths were the most difficult aspect of home patient care, this was chosen as the subject of the home care training. The Care Provider Information Form, Beck Anxiety Scale, Beck Depression Scale, and Patient Body Bath Care Provider Monitoring Form were used as data collection tools. No intervention was performed on the caregivers in the control group. The SPSS 22 statistical program was used to analyze the data, and a significance level of $p < 0.05$ was accepted. In this study, the difference in the mean scores of the Beck Anxiety and Beck Depression scales between the experimental and control groups was not statistically significant in the pre-test ($p > 0.05$), while in the post-test, the difference between the pre- and post-test/intra-group mean scores was found to be statistically significant in the experimental group ($p < 0.05$), and no significant difference was found in the control group ($p > 0.05$). It was demonstrated that the home care training provided to caregivers reduced their anxiety and depression mean scores. These results indicate that the home care training provided to caregivers is effective in preventing anxiety and depression.

Keywords: Anxiety, Caregivers, Depression, Home care, Health education, Home nursing.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Evde bakım, her yaştan bireylere kendi ev ortamlarında sunulan ve hastane ya da uzun süreli bakım kurumları yerine tercih edilen çeşitli hizmetleri içermektedir. Evde bakım, sağlığın geliştirilmesi ve öğretimi, tedavi edici müdahale, yaşam sonu bakımı, rehabilitasyon, destek ve bakım ve sosyal uyumu kapsayan, evde ve toplum ortamında sağlanan her yaştan insana yönelik hizmetler dizisi olarak tanımlanmaktadır (1, 2). Evde bakım, farklı disiplinlerin iş birliğini ve yeni bakım modellerinin uygulanmasını mümkün kılan bir sağlık hizmeti yaklaşımıdır ve dünya çapında genişlemektedir (3-5). Evde bakımın dünya çapında birçok farklı uygulama şekli bulunmaktadır. Bazı yerlerde evde nitelikli ve profesyonel hemşirelik bakımının sağlanması iken, diğer yerlerde bakım çoğunlukla aile üyeleri tarafından hastane veya klinik tabanlı sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından öğretim ve destek ile sağlanmaktadır (6-8). Evde bakım hizmetlerinde ameliyattan veya akut hastalıktan kurtulmak için kısa süreli bakım, engelli veya kronik bir durum veya yaşlanma nedeniyle kısıtlamalar yaşayanlar için uzun süreli bakım veya ölümcül hastalar için bakımı içermektedir ve insanların bireysel ihtiyaçlarının, alınan önlemlerin değerlendirilmesi yoluyla yaşam kalitesini iyileştirmek ve bağımsızlığı sürdürmek amaçlanmaktadır (1, 9-13).

Bir rahatsızlığı evde yönetmek, özel bakım ve hizmetlere ihtiyaç duyan çok karmaşık bir faaliyettir. Bu tür hastalara bakmak, bakım vericiler için psikolojik ve duygusal sıkıntılara yol açmaktadır. Bununla birlikte, bakım vericilerde kronik hastalıklara yakalanma riski, aynı yaş ve cinsiyetteki akrabalarına kıyasla iki kat daha fazladır ve bu durum yaşam kalitelerinde olumsuz değişikliklere yol açabilmektedir. Zihinsel, psikolojik, fiziksel ve sosyoekonomik bozukluklar gibi sorunlar ailenin sağlığını tehdit etmekte ve yaşam ile ilgili konularda kontrol eksikliği duygusuna neden olmaktadır. Hastanın biyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarına öncelik verilmesi, bakım vericilerin kendi gereksinimlerini geri plana atmalarına neden olmaktadır. Bu durum bakım vericilerin daha fazla stres yaşamalarına yol açmakta; dolayısıyla yaşam kaliteleri düşen, yoğun baskı ve talepler karşısında tükenmişlik yaşayan bireyler arasında yer almalarına neden olmaktadır (14, 15). Kaya'nın evde bakım veren bireylerin stres düzeyini belirlemek için yaptığı çalışmada, bakım vericilerin stres yaşadıkları ve bakım vericilerin eğitim durumu, hastaya bakım verme süresinin bakım vericilerin stres düzeyini etkilediği bildirilmiştir (16). Gök Uğur ve Çatıker'in evde

bakım hastalarının bakım vericilerinin stres düzeyini belirlemek için yaptıkları çalışmada ise bakım vericilerin orta düzeyde stres yaşadıkları bildirilmiştir (17). Kantanis ve arkadaşlarının multiple sklerozlu hastaların bakıcılarında stres ve yaşam kalitesini belirlemek için yaptıkları çalışmada bakım vericilerde yüksek düzeyde stres bulmuşlardır (18).

Evde bakım hizmeti alan hastalar, yaş, tıbbi durum ve yardıma muhtaçlık farklılıkları nedeniyle heterojen bir grubu temsil etmektedir. Bireyler için tasarlanmış, hastanın kaynaklarını, tercihlerini ve ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran iyi organize edilmiş bir evde bakım hizmeti, hizmeti hastaya göre uyarlamak için gereklidir. Bu nedenle, kişilerin istek ve ihtiyaçlarına cevap vermesi gereken bir evde bakım hizmetini nasıl deneyimledikleri hakkında bilgi edinmek önemlidir (19). Evde bakımda uzun süreli bakım verme, bakım vericilerde fizyolojik ve psikolojik değişikliklere yol açmakta, yaşanan değişiklikler kişilerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin artmasına neden olmaktadır. Karabulut'un evde bakım hizmeti sunulan bireylerde yaptığı çalışmada katılımcıların %37.9'unun minör depresyon, %26.6'sının majör depresyon yaşadıkları bildirilmiştir (20). Çetinkaya ve Dönmez'in inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek için yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %29.3'ünde orta düzeyde anksiyete, %32'sinde orta düzeyde depresif belirtiler olduğu bildirilmiştir (21). Hu ve arkadaşları inme hastalarının bakım vericilerinin anksiyete/depresyon ve bakım yükü arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptıkları çalışmada %43.9'unun anksiyete semptomlarına sahip olduğu, %26.5'inde hafif ile orta şiddette depresyon, %27.4'ünde şiddetli depresyon belirtileri olduğu bildirilmiştir (22).

Literatürde evde bakım hastaları ile ilgili olarak önceki yapılan çalışmalarda kanser, diyabet, inme, kalp yetmezliği, palyatif bakım hastaları, yaşlı hastalar gibi evde sağlık bakımı alan spesifik bir hastalığı olan hastalar ve bakım vericilerinde çalışmalar yapıldığı görülmüştür (22-28). Ancak evde bakım hizmeti alan hastalar sadece yaşlı, diyabet, kalp yetmezliği gibi tek hastalığı olan bireylerden olmayıp karma bir popülasyona sahiptir. Bu nedenle evde bakım araştırmalarında tek hastalığa değil genel popülasyonun durumuna odaklanmak da yararlı olabilir. Bakım vericilerde yetersiz sosyal destek düzeyleri ve bakım veren bireylerin hasta bakımına ilişkin yeterli eğitimi almamış olmaları, bakım sürecinde karşılaşılan başlıca sorunlar arasında yer almaktadır.

Bu durum, bakım sorumluluğunu üstlenen bireylerde artan düzeyde kaygı ve tükenmişliğe yol açmakta; bu da bakım alan bireylerin yeterli ve etkin sağlık hizmeti alamamalarına, komplikasyon sıklığında artışa ve sağlık kuruluşlarına yapılan başvuru sayısında belirgin bir yükselişe neden olmaktadır. Oysa bakım vericilerin, hasta bakımına yönelik temel ilkeler konusunda bilgi sahibi olmaları ve bu alanda gerekli eğitimi almaları, hem hasta hem de bakım vericiler açısından olumlu sonuçlar doğurmakta, ayrıca sağlık hizmetlerinin etkinliğini de arttırmaktadır. Nitelikli bakım sunan bakım vericiler, hasta bakım süreçlerine daha bilinçli yaklaşmakta ve uygulamalarda daha doğru kararlar alabilmektedir. Bu doğrultuda, hasta sonuçlarında da anlamlı düzeyde iyileşmeler gözlemlenmektedir (29-31). Bu çalışmada evde bakım hizmeti alan hastaların bakım vericilerine verilen yatak içi banyo eğitiminin bakım vericilerin anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

1.1. Araştırmanın Hipotezleri

H0₁: Evde bakım eğitiminin bakım vericilerin anksiyete düzeyine etkisi yoktur.

H1₁: Evde bakım eğitiminin bakım vericilerin anksiyete düzeyine etkisi vardır.

H0₂: Evde bakım eğitiminin bakım vericilerin depresyon düzeyine etkisi yoktur.

H1₂: Evde bakım eğitiminin bakım vericilerin depresyon düzeyine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Bakım Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), evde bakım kavramını “kişisel bakımını sürdüremeyen ve yaşam kalitesini koruyamayan bireylerin, kişisel tercihlerine uygun şekilde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için aile üyeleri, yakınları ya da sağlık, sosyal hizmet ve diğer alanlardaki uzmanlardan destek almalarını gerektiren hizmetler bütünü” olarak tanımlamaktadır. Evde bakım, bireylerin yerleşik yaşam düzenini bozmadan, buldukları yerde sunulan bütüncül sağlık hizmetlerini ifade etmektedir (32, 33). Evde bakım; hasta bakımı, rehabilitasyon ve özbakımın yanı sıra, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken karşılaşılabilecek sorunları önleyici hizmetleri de içeren kapsamlı bir hizmettir. Bu hizmetlerin temel amacı, bireylerin kendi evlerinde veya çevrelerinde bağımsız bir şekilde günlük yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlamaktır (34-37).

Evde bakım; teşhis ve tedavi sonrası, kronik hastalık takibi, koruyucu sağlık hizmetleri ve tetkik süreçlerinde ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık hizmeti sunmayı hedeflemektedir. Bu hizmet ile günlük yaşam koşulları en az etkilenecek en uygun tedaviye ulaşımı, hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirgeyerek hastanın yaşam kalitesini arttırmaktadır. Bireylerin tıbbi bakım ve rehabilitasyon süreçlerinin hastane yerine ev ortamında, ailelerinin yanında yürütülmesi, hastanede yatış süresini azaltmakta ve uzun süreli hastanede kalışlarının neden olabileceği sosyal, psikolojik ve diğer sağlık sorunlarının önüne geçmektedir (33, 38-41).

Evde bakım, bakımın hastanın evinde sağlanması nedeniyle diğer bakım ortamlarından farklıdır. Bakım düzenli olarak ve genellikle günlük verilmektedir. Hastanın evi genellikle bakım için uyarlanmamıştır ve hasta bir partner veya çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Teşhis konulmuş tıbbi rahatsızlığı olan birçok kişi, destek ve bakım sağlamak için aile üyelerine ve resmi olmayan bakıcılara bağımlıdır (41-45). Doğal bir ortamda sağlanan bakım ve uzun bir süre boyunca sık ev ziyaretleri gibi evde bakım ortamının özellikleri, ruh sağlığı tedavisine erişim engellerini ele almak ve depresif semptomların devam eden tedavisi ve izlenmesi için fırsatlar sağlamaktadır (45).

2.1.1. Evde Sağlık Hizmetleri Kavramı

Evde Sağlık Hizmetleri (ESH), kronik, malign veya diğer hastalıklar nedeniyle yatağa veya eve bağımlı hale gelmiş bireylere kendi ev ortamlarında sağlık hizmetleri

sunmayı amaçlayan bir yaklaşımı ifade etmektedir. Bu hizmetler ile tıbbi bakım sağlanırken, aynı zamanda aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek de sağlanabilmektedir (46). İhtiyaç duyulan sağlık ve bakım hizmetleri, genellikle doktor gözetimi altında hastanın kendi evinde sunulmaktadır. Evde sağlık hizmetleri; engelli, yaşlı, kalıcı hastalığı olan veya iyileşme dönemindeki bireylere destek sağlayarak, sosyal yaşama uyumlarını sağlamaktadır. Bu hizmetlerin amacı, hastanın yaşamını mutlu ve huzurlu bir şekilde sürdürmesini ve topluma entegre olmasını sağlamaktır (38, 47).

Evde sağlık hizmetleri, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren birimler aracılığıyla sunulan bir hizmettir. Bu hizmetler, eğitim ve araştırma hastaneleri, genel veya dal hastaneleri bünyesinde kurulan ESH birimleri aracılığıyla sunulmaktadır. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, sağlık hizmetlerini mobilize etmek amacıyla 2011 yılında ESH uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulama, yaşlılar, engelliler, yatağa bağımlılar, kronik hastalığı olanlar ve kanser hastaları gibi tanısı konulmuş bireylere uzman bir sağlık ekibi tarafından kendi ev ortamlarında düzenli ve nitelikli sağlık hizmeti sunmayı hedeflemektedir. Bu hizmetler, hastaların evlerinde kalmalarını sağlayarak tedavi ve bakım sürecini daha konforlu hale getirmeyi amaçlamaktadır (48, 49).

2.1.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Evde sağlık hizmetleri engelli, yaşlı, kalıcı hastalığı olan veya hastalık sonrası iyileşme dönemindeki bireylere destek sağlayarak, sosyal yaşama uyumlarını sağlamak ve toplumla bütünleşmelerini kolaylaştırmak gibi önemli hedefleri içermektedir. Bu hizmetler aynı zamanda bakıma ihtiyaç duyan bireylerin aile üyeleri, özellikle de kadınlar üzerindeki yükü hafifletmek için psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetlerini içermektedir (38). Evde sağlık hizmetleri, hekimlik, hemşirelik, fizyoterapi, tıbbi araç gereç hizmetleri, ilaçların evlere ulaştırılması ve psikolojik destek gibi çeşitli hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler, gereksiz hastane kullanımını azaltarak hem hastalar hem de sağlık hizmeti sunan kurumlar için maliyet tasarrufu sağlamaktadır. Ayrıca, hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemekte ve hastane ortamında enfekte olma risklerini azaltmaktadır. Evde sağlık hizmetleri, hastaların bağımsızlığına ulaşmalarını ve yaşam kalitelerini geliştirmelerini sağlamak için en iyi alternatif olarak görülmektedir (38, 50).

2.1.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Evde sağlık hizmetlerinin kökeni insanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır ve en eski sağlık hizmetlerinden biri olan doğum eyleminin evde mi yoksa sağlık kuruluşunda mı gerçekleştirilmesi gerektiği konusuyla gündeme gelmiştir. Evde sağlık hizmetleri kavramının, ilk izlerine Roma döneminde rastlanmaktadır. Ancak ESH'nin sistematik bir yapıya kavuşması, 1850'li yıllardan sonra özellikle İngiltere'de ivme kazanmıştır. Bu süreçte Willam Rathbone, Mary Robinson ve Florence Nightingale gibi önemli isimler hizmetin gelişimine öncülük etmişlerdir (50). Antropolog olarak bilinen Rathbone, gönüllü bir ekip oluşturarak evde sağlık hizmetlerini organize eden ilk kişilerden biri olmuştur. Robinson, evde hasta bakımı sağlayan ve ev ziyaretleri gerçekleştiren ilk hemşire olarak tanınmaktadır. Nightingale ise bu alanda eğitim faaliyetlerinin öncüsü olmuş, bölge hemşireliği ile evde sağlık hizmetlerine dair kapsamlı raporlar hazırlayarak sistemin gelişimine önemli katkılarda bulunmuştur. 19. yüzyıl ile birlikte, ev ziyaretlerinin önemi artmış, yalnızca sağlık çalışanları değil, sosyal hizmet uzmanları ve öğretmenler de bu sürece dâhil olmuştur. Sanayinin devrimi, ekonomik bunalımlar ve dünya genelinde yaşanan savaşlar, ESH'nin gerekliliğini artırarak bu hizmetlerin gelişmesine zemin hazırlamıştır (20, 21, 50).

Türkiye'de ESH'ye yönelik mevzuatın kökleri oldukça eskiye dayanmaktadır. 1930 yılında çıkarılan "1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" evde bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisiyle ana-çocuk izlemi ve hekimlerin evde hasta muayenesi gibi konuları düzenlemiştir. Ardından 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası, süreğen hastalıklı bireylerin evde izlemesinin halk sağlığı hemşireleri tarafından yapılmasını öngörmüştür. 1963 yılındaki Kalkınma Planı'nda, az sayıda kişinin yararlanabildiği ve yüksek maliyetli hastane tedavileri yerine, evde ve ayaktan sağlık hizmetlerine yönelik bir sağlık teşkilatının kurulması gerekliliği vurgulanmıştır. Türkiye'de evde bakım hizmetlerine yönelik ilk uygulama ise 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü tarafından Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul'da hayata geçirilmiştir. Kamu hastaneleri tarafından evde bakım hizmetlerinin sunulmasına yönelik adımlar ise 2004 yılında başlamıştır. İlk olarak Balıkesir Devlet Hastanesi tarafından başlatılan bu hizmetler, yatağa bağımlı hastaların hastanede tutulamaması durumunda ev ziyaretleriyle başlamıştır (39, 51). T.C. Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanan "Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları" na ilişkin yönergeye göre, Türkiye genelinde sağlık müdürlükleri

bünyesinde 34 gezici ekip ve hastaneler bünyesinde 407 evde sağlık birimi olmak üzere toplam 441 birim onaylanmıştır. 10 Mart 2005 tarihinde yürürlüğe giren “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği” ile birlikte, kesintisiz 24 saat hizmet verilebilecek şekilde denetlenebilir bir evde bakım hizmet ağı oluşturulmuştur. Bu yönetmelikte, evde bakım hizmetleri; bireyin yaşadığı ortamda, ailesiyle birlikteyken, sağlık ekibi tarafından sunulan ve tıbbi ihtiyaçları kapsayan sağlık bakımı, rehabilitasyon, fizyoterapi ve psikolojik destek hizmetlerini içeren kapsamlı bir hizmet modeli olarak tanımlanmıştır. Evde sağlık hizmetleri ekibinde en az bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru ve bir şoför yer alması zorunludur. Ayrıca mevcut personel duruma göre fizyoterapist, diyetisyen ve gerekli durumlarda psikolog veya psikolog bulunmadığında sosyal çalışmacı gibi uzmanlar da bu ekibe dahil edilebilmektedir. Bu düzenlemeler, ESH ihtiyacı duyan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon süreçlerinin ev ortamında uygun ekipman, uzman personel ve kayıt-izlem sistemleri eşliğinde sürdürülebildiğini ortaya koymaktadır (51-53).

2.1.4. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Süreci

Türkiye'de evde bakım hizmetleri; evde sağlık hizmetleri, evde bakım yardımı ve evde bakıma destek hizmetleri olmak üzere üç ana kategoride sunulmaktadır. Evde sağlık hizmetleri, Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı tarafından, evde bakım yardımı T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇŞHB) tarafından, evde bakıma destek hizmetleri ise belediyeler tarafından sağlanmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın ESH uygulaması, yatağa bağımlı veya hareketi kısıtlı olan ağır hastaların tedavilerinin evde devam ettirilmesini ve gerektiğinde psikolojik ve sosyal danışmanlık hizmetleri sunmayı amaçlamaktadır (38, 39). Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ise engelli bireylere öz bakımlarını yerine getirememeleri durumunda evde bakım yardımı sağlamaktadır. Belediyeler tarafından sunulan evde bakıma destek hizmetleri ise genellikle standart bir uygulamaya sahip olmayıp, evde bakım hizmetlerine yardımcı nitelikte hizmetler sunmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan ESH tüm nüfusu hedeflemektedir ancak özellikle 65 yaş ve üzerindeki bireyler bu hizmetten daha fazla yararlanmaktadır. Evde sağlık hizmetleri, “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” kapsamında yürütülmektedir. Bu yönetmelik, hastalığından dolayı ESH'ye ihtiyaç duyan bireylere kendi ev ortamında

muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren bir hizmet olarak tanımlanmaktadır (52).

2.1.5. Evde Sağlık Hizmetleri Sunumunun Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Evde sağlık hizmeti almanın hastalar açısından birçok avantajı bulunmaktadır. Onlara kendi evlerinin rahatlığında gerekli bakım ve hizmetleri sağlamakta, onurlarını ve bağımsızlıklarını korumaktadır. Ancak aynı zamanda özel zorluklar ve sağlık tehlikeleri de doğurmaktadır. Bunlardan biri de enfeksiyon kontrolüdür. Evde bakım hizmeti alan hastalar, hastanelerdeki veya uzun süreli bakım tesislerindeki hastalara göre daha az akut hastalık geçirmelerine rağmen, hastanede yatan hastaların veya uzun süreli tesis sakinlerinin deneyimlemediği potansiyel tehlikelere maruz kalmaktadırlar. Sınırlı miktarda ve yeterli malzeme veya kaynaktan yoksun olmak kasıtsız sağlık tehlikeleri doğuran bir durumdur ve bu tehlikeler evde bakım hastalarına enfeksiyon açısından yüksek risk oluşturmaktadır (47, 54).

Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantajları (33, 53):

- Bireyler kendi yaşam alanlarında kaldıklarında özerkliklerini sürdürebilir ve bu da genellikle daha yüksek bir yaşam memnuniyetine yol açar.
- Evde bulunan potansiyel risklerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması daha kolaydır.
- Kişisel özgürlüklerini koruyan, sosyal etkileşimde bulunan bireylerin iyileşme süreçleri genellikle daha hızlı ilerler.
- Koruyucu sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılması, hastane başvurularında ve yatış süresinde azalmaya, dolayısıyla enfeksiyon riskinde düşüşe katkı sağlar.
- Hizmetlerin bireylerin kendi evinde sunulması, hem aileler açısından hem de sağlık sisteminin genel maliyeti açısından ekonomik avantajlar sağlar.
- Evde bakım sürecine katılan aile üyeleri, hastanın fiziksel ve ruhsal durumundaki değişimleri daha erken fark edebilir.
- Sağlık kurumlarına erişimde zorluk yaşayan bireyler için evde sağlık hizmetleri etkili bir seçenek sunar.

- Hastanın hastanede hasta rolü oynamasının iyileşmeyi geciktirdiğine inanıldığı için evde bakım, hastane hizmetlerinden daha etkilidir.
- Evde sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırır.

Evde Sağlık Hizmetlerinin Dezavantajları (33, 53):

- Sağlık personelinin sürekli olarak hastanın yanında bulunmaması, acil durumlara zamanında müdahale edilmesini zorlaştırabilir.
- Evde damar yolu tedavisi alan hastalarda, teknolojik cihazların hatalı kullanımı sonucu sepsis, tromboz ve damar tıkanıklığı gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir.
- Sağlık çalışanlarının alışık oldukları ortam dışında hizmet sunmaları, hizmet kalitesini ve verimliliğini olumsuz etkileyebilir.
- Sağlık çalışanları ile hasta ve aile bireyleri arasındaki iletişimde, personelin güvenliğini sağlama konusunda bazı güçlükler yaşanabilir.
- Hastalar, kişisel alanlarını paylaşmak istemeyebilir, bu durum sağlık profesyonellerinden bazı bilgileri gizlemelerine yol açabilir.
- Evde verilen sağlık hizmetlerinin ardından oluşan tıbbi atıkların uygun şekilde imha edilmesinde sorunlar yaşanabilir.
- Evde bakım sağlayacak sağlık personelinin güvenliğinin sağlanması konusunda bazı zorluklarla karşılaşılabilir.

2.1.6. Formal ve İnfomal Bakım Vericiler

Evde sağlık yönetimi, resmi olmayan bakıcılar (aile üyesi/yakın akraba/akrabalar) ve hasta ile iş birliği içinde resmi bakıcılar tarafından sağlanmaktadır (55). Resmi bakıcılar, evde sağlık bakımı sağlayan profesyonelleri ve yardımcı profesyonelleri içermektedir. Gayri resmi bakıcılar aile üyeleridir. Tedavi planının başarıyla tamamlanması ve hastanın evde kalması arasında geçen süre ve hastayı uzun süreli bir bakım tesisine nakletme ihtiyacı konusunda bir aile üyesinin varlığı veya yokluğu fark yaratabilir (56, 57).

2.1.7. Evde Bakım Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin/Bakım Vericilerin Gereksinimleri ve Yaşadıkları Güçlükler

Bakıma ihtiyaç duyan bireylere evde bakım hizmeti sunmanın birçok avantajı olmasına rağmen, beraberinde bazı zorluklar da bulunmaktadır. Bu zorluklar, bakım yükü kavramıyla ifade edilmektedir. Bakım yükü, bakım veren bireylerin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve psikolojik açıdan yaşadıkları zorlukları tanımlayan bir kavramdır (29). Bu yükü arttıran etkenler arasında; bakım vericilerin çoğu zaman ücretsiz emek sunan bir aile bireyi olarak görülmesi, kendi temel ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanması, varoluşsal anlamda bunalıma girmesi, depresif ruh halleri yaşaması, iş hayatından uzaklaşması, kişisel ilgi alanlarını terk etmesi ya da ölüm korkusu taşıması gibi durumlar yer almaktadır. Bununla birlikte, gündelik yaşam alışkanlıklarında aksaklıklar yaşama, sosyal çevreden uzaklaşma, toplumdaki soyutlanma, iş gücüne katılamama ve çeşitli fiziksel ya da psikolojik rahatsızlıklara yakalanma gibi olumsuzluklar da gözlenebilmektedir (58, 59). Ayrıca, bakım sürecinde ev düzeninin bozulması, aile içi ilişkilerde çatışmaların artması ve sosyal bağların zayıflaması gibi durumlar da sıkça görülmektedir. Bu tür zorlukların birikmesiyle birlikte, bakım verici zamanla kendisi de destek ve bakıma ihtiyaç duyan bireye dönüşebilir. Bu durum literatürde "mıknatıs etkisi" olarak adlandırılmakta, bakım vericinin, uzun süreli bakım gerektiren biriyle yaşaması, onun tüm ihtiyaçlarını karşılamaya çalışması ve kendi hayatını ikinci plana atarak iki kişi adına yaşam sürdürmesi sonucu oluşmaktadır (29, 58-61).

Bakım vericilerin yükü yorgunluğa, kontrol kaybına, strese, kronik hastalığa, öz kimliğin kaybına, aileden ve arkadaşlardan uzaklaşmaya ve madde bağımlılığına yol açabilmekte, depresyonlu bakıcıların anksiyete bozuklukları, alkol kullanım bozukluğu ve/veya diyabet, kalp hastalığı ve ülser gibi kronik hastalıklara sahip olma olasılığı daha yüksek olmaktadır. Çalışmalar, ayrıca kronik stres ve hayal kırıklığı yaşayan bakım vericilerin, kısa süreli hafıza kaybı ve düşük sözel IQ dahil olmak üzere bilişsel gerileme açısından daha büyük risk altında olabileceğini göstermektedir (62, 63). Bakım vermek bir tatmin kaynağı olabileceği gibi aynı zamanda bir stres ve duygusal gerginlik kaynağı da olabilmektedir. Gayri resmi bakım vericiler bakımın yeterli olmadığını hissettiklerinde bu durum tükenmişlik, depresyon ve suçluluk duygularına yol açabilmektedir. Özellikle bakım alıcısının bilişsel sorunları, bakımın artan karmaşıklığı ve resmi olmayan bakım vericinin artan yükü ile ilişkilidir. Stresin yanı sıra özellikle bakım alan kişinin bilişsel

sorunları olduğunda bakım vericilerde sosyal ve ilişkisel alanda sorunlar ortaya çıkmaktadır. Her ne kadar bakım vermede memnuniyet ve karşılıklı olması gibi olumlu duygular rol oynasa da bilişsel sorunları olan bir bakım alıcısına bakım vericiler bu duyguları daha az yaşamaktadır (45, 64).

Amerikan Psikoloji Birliği (APA) yaygın bakım sorunlarını aşağıdaki gibi gruplamaktadır (65);

Ruh sağlığı sorunları

- Depresyon
- Anksiyete
- Subklinik stres
- Suçluluk, üzüntü, korku, endişe dâhil olmak üzere yüksek oranda olumsuz duygulanım
- Bakım konusunda kararsızlık
- Akrabaların acılarına tanık olmak
- Kolayca sinirlenmek veya üzölmek
- Başkaları tarafından izole edilmiş veya terk edilmiş hissetmek

Fiziksel sağlık sorunları

- Yorgunluk
- Uyku sorunları
- Hastalık, yaralanma ve ölüm riski
- Zayıf bağışıklık sistemi
- Aynı yaş ve cinsiyetteki diğer kişilerle karşılaştırıldığında kişinin fiziksel sağlık değerlendirmesinin daha düşük olması
- Sağlık durumunda olumsuz değişiklikler
- Daha fazla sağlık hizmeti kullanımı ve ilaç kullanımı
- Stres hormonlarının düzenlenmesi

İkincil gerginlikler

- İş – istihdam
- Mali zorluklar
- İlişki stresi
- Kişisel bakım için zaman kaybı
- Azalma yaşam kalitesi

Kaynaklar ve hizmetlere uygunluk

- Barınma
- Sağlık
- Toplum hizmetleri
- Dinlenme

Aile sorunları

- Bakım konusunda çatışma
- Bakıcıya destek eksikliği
- Sağlıklı ve hasta aile üyelerinin ihtiyaçlarının dengelenmesi
- Davranış sorunları
- Kişilerarası çatışmalar
- Bakım alıcısının işbirliği eksikliği.

Bakım vericilerin sevdiklerine sağladıkları bakım ve sağlık sistemi için ekonomik tasarruf anlamındaki katkıları 'armağanı' çoğu zaman zayıf fiziksel ve zihinsel sağlık, sosyal izolasyon, profesyonel fedakarlıklar ve ekonomik kayıp gibi kişisel sonuçlarla birlikte gelmektedir (66).

2.1.8. Evde Bakım Hizmetlerinde Evde Bakım Hemşiresinin Rolü

Evde bakım hemşireliği, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon amaçlarına yönelik sağlık bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde birey ve ailesine kendi ev ortamında sunulmasıdır. Dünya çapında evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreci incelendiğinde, başlangıçta hemşirelik temelli bir yapı üzerine kurulduğu ve uzun bir dönem bu şekilde

sürdüğü görülmektedir. Bu hizmetlerin kökeni, 1800'lü yıllarda Florence Nightingale'in hasta ve yoksul bireyleri evlerinde ziyaret ederek verdiği sağlık hizmetlerine dayanmaktadır. Nightingale bu yönüyle, evde bakım uygulamalarının öncüsü olarak kabul edilmektedir. Nightingale, hasta bireylerin bakımı için özel olarak eğitilmiş kadınların bölgelerde ev ziyaretleri yapmasını önermiş ve bu amaçla özel hemşirelerin yetiştirilmesi için bir plan sunmuştur. Nightingale'in önerileri doğrultusunda, 1862 yılında Liverpool'da evlerde hasta bakımı gerçekleştirecek ziyaretçi hemşireler yetiştiren ve 1.5 yıllık eğitim veren ilk hemşire okulu açılmıştır. Bu okulu başarıyla tamamlayan hemşirelere “halk sağlığı hemşiresi” unvanı verilmiştir (56, 67).

21. yüzyılda sağlık hizmetlerini araştırırken hemşireliğin doğası ve pratik uygulamaları özellikle ilgi çekicidir. Çünkü hemşirelik uygulamaları teknik bilgi, rasyonel prosedürler ve çeşitli becerileri içermektedir. Bir hemşirenin yeterliliği; pratik anlayışı ve kişisel katılımı içermektedir ve bu yönler, hemşirelik işlevlerinin uygulanmasında hayati bir rol oynamaktadır. Evde bakım hemşireleri; hastane ortamından farklı zorluklarla karşılaşabilir, iş yerinden çok eve uyarlanmış çalışma koşullarında gezinmek, karmaşıklık yaşamak ve çeşitli uzmanlıklara ihtiyaç duymak, öngörülemeyen koşullarda, zaman baskısı altında çalışmasının beklenmesi hemşirelerin sürekli olarak zamanlarını adil bir şekilde dağıtmaya çalıştıkları bir durumdur (51, 56). Hemşirelik, diğer birçok profesyonel meslek grubuyla etkileşim içinde olduğundan evde bakımda çok önemli bir rol oynamaktadır. Diğer paydaşlar ve geleneksel uygulama toplulukları ile iş birliği içinde, klinik hasta bakımı, organizasyonel yapılar ve yönetim gereksinimlerinin ara yüzünde uygulanmaktadır. Evde hemşirelik, sağlık alanındaki diğer paydaşlarla iş birliği yapmaktan ve her hasta için katı zaman kaynaklarıyla uğraşma ve belirsiz hedeflere yönelme ihtiyacından kaynaklanan iş yüküyle hastanelerdekinden daha büyük oranda karşılaşabilmektedir. Evde bakım, uzman hemşirelerin eksikliği, yetersiz personel ve ilgili eğitim kursları ve yeterli kaynaklarla mutlaka takip edilmeyen görevlerin sürekli olarak genişletildiği hızlı tempolu bir çalışma ortamından olumsuz etkilenebilmektedir (56, 68). Hemşirelerin profesyonel evde bakım uygulamalarına ilişkin olarak, temel organizasyonel gereksinimler, değişen hedefler ve farklı bakım gereksinimleri nedeniyle karmaşık olabilirler. Özellikle kişinin farklı alanlardan gelen bilgileri birleştirme, etkili iletişim kurma ve mevzuat, etik ve sağlık politikaları konusunda takdir yetkisini kullanma becerisine ihtiyaç duyduğu bakım mesleklerinde teori ve uygulama arasında karmaşık bir ilişki mevcut olabilir. Evde bakım hemşirelerinin çok boyutlu, disiplinler arası ve bütünsel

bir yaklaşım benimsemeleri gerekmektedir. Hastalar, diğer sağlık profesyonelleri ve bakım sunumunun kalitesi, organizasyonel faktörler vb. gibi sağlık sistemiyle ilgili faktörleri ele almalıdırlar. Hemşirelerin hastane uygulamaları tipik olarak belirtilmeyen ancak yine de hasta güvenliği ve sürekliliği açısından önemli olan birçok 'görünmez görevi' içermektedir (68).

Evde bakım hemşireliği uygulaması çok boyutlu bakımı kapsamakta ve uzmanlık gerektirmektedir. Evde bakım, hemşirelik profesyonellerinin eğitimi sırasında öğrenilen teknik-bilimsel bilgilerden farklıdır. Çünkü birinin evine girmek ve bakım eylemlerini geliştirmek, bilmek ve hareket etmekten çok daha fazlasını gerektirmektedir. Çünkü bakım, hasta ve ailesinin bulunduğu ortamda yapılmaktadır ve sağlık çalışanı sadece bir misafirdir. Ev bakım yeridir. Bu ortamda ilişkiler kurulmakta ve güçlenmekte, inançlar, değerler, alışkanlıklar ve gelenekler eylemlerin planlanmasında dikkate alınmakta ve tartışılmaktadır. Çünkü bireyin evinde bakım alması hastanın iyileşmesini ve sağlığını etkilemektedir (69, 70).

Türkiye’de evde bakım hizmetlerine yönelik düzenlemelerde, evde bakım hemşiresinin yetkinlikleri ve eğitimine ilişkin standartlar belirtilmemiş; ancak 08.03.2010 tarihli resmi gazetede yayınlanan 2011 yılında değişiklik yapılan “Hemşirelik Yönetmeliği”nde evde bakım hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmış, tedavi uygulama ve sağlık eğitimi rollerine vurgu yapılmıştır. Yönetmelikte evde bakım hemşiresi “Yatağa bağımlı veya kendi ihtiyaçlarını bir başkasının desteği olmaksızın karşılayamayacak durumda evde bakım gereksinimi olan bireylere hemşirelik hizmetlerinin sunumundan sorumludur” şeklinde tanımlanmaktadır. Görev, yetki ve sorumlulukları ile ilgili de “Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra; hastanın bulunduğu ev ortamını, ihtiyaçlarına uygunluk açısından değerlendirir. Isı, aydınlatma, havalandırma, hijyen, tekstil malzemeleri, zemin ve duvarlar gibi unsurları göz önünde bulundurarak çevre koşullarını düzenler. Gürültü, ışık, ısı ve hava sirkülasyonu gibi çevresel faktörleri kontrol altında tutarak hastanın uyku ve dinlenme ihtiyacını karşılamaya yönelik önlemler alır. Bireyin günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, çevre düzeninin sağlanması ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasına destek olan bakım elemanlarının çalışmalarını denetler, gerekli durumlarda ilgili birimlere bilgi verir. Ayrıca, birey ve ailesinin eğitim ve danışmanlık gereksinimlerini belirleyerek bu hizmetleri sağlar. Bireyin öneri, talep ve şikâyetlerini dikkate alır, değerlendirir ve çözüm için ilgili birimlere

yönlendirir” şeklinde ifade edilmektedir (71). Evde bakım gibi uzmanlık gerektiren alanlarda görev alacak hemşirelerin koruyucu, geliştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde kritik sorumlulukları bulunmaktadır. Bu nedenle, bu hizmet alanına ilişkin mevzuatın hemşirelerin görev tanım ve yetkinliklerine uygun şekilde güncellenmesi önem taşımaktadır. Türkiye’de hemşirelik lisans programlarında evde bakım hemşireliği genellikle halk sağlığı hemşireliği dersi kapsamında ele alınmaktadır. Lisans ders içerikleri ve çeşitli sertifika programları incelendiğinde, bu alanda bazı temel bakım uygulamalarına yer verildiği görülmektedir. Ancak, süresi ve kapsamı sınırlı bu eğitimlerin, evde bakım hemşireliği gibi uzmanlık düzeyi yüksek bir alan için yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Bu bağlamda, evde bakım hemşireliğine yönelik daha derinlemesine, uygulamaya dönük ve alan odaklı eğitim programlarının hazırlanması ve hayata geçirilmesi gereklidir (67).

2.2. Eğitim Kavramı

“Eğitim” terimi, Latince kökenli “educare” ve “educere” sözcüklerinden gelmektedir. “Educare”, öğreneni özel bir beceriyle donatmak için talim ettirmek anlamına gelmektedir ve genellikle özel bir iş veya meslek ile ilişkilendirilmektedir. Bu, öğrencilere belirli bilgi ve becerilerin aktarılmasını içermektedir ve genellikle pratik uygulamalara dayanmaktadır. Diğer yandan “educere”, dışarıya veya ileriye götürmek anlamına gelmektedir. Bu yaklaşım, öğrencilerin değerlerini, inançlarını ve yeteneklerini geliştirmelerini sağlamaktadır. Eğitim, salt bilgi aktarımı süreci olarak değil, aynı zamanda öğrencilerin kişisel gelişimlerine katkıda bulunan derin bir deneyim olarak görülmektedir. Öğrencilerin dünyayı anlamalarına, kendilerini ifade etmelerine ve topluma katkıda bulunmalarına yardımcı olmaktadır. Bu nedenle, eğitim bir ömür boyu süren bir süreç olarak kabul edilmekte ve bireyin kendini sürekli olarak geliştirmesini teşvik etmektedir (67, 72).

John Dewey eğitimi, “bireyin toplumsal yaşamına aktif katılımını sağlayan deneyime dayalı bir süreçtir” şeklinde tanımlarken (73); Benjamin Bloom, “bireylere bilgi, beceri ve değerleri öğreten bir süreçtir, ayrıca bireylerin kişisel, sosyal ve duygusal gelişimine de katkıda bulunmaktadır” şeklinde ifade etmektedir (74). Philip W. Jackson’a göre eğitim “bireyin bilgiyi kazanmasını ve bunu anlamasını sağlamanın yanı sıra, öğrenme ortamlarında deneyimlemesini ve kendini geliştirmesini sağlayan bir süreç” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlar, eğitimin genel olarak bireylerin bilgi, beceri, değerler ve anlayış kazanmasını sağlamak amacıyla tasarlanmış bir süreç olduğunu

vurgulamaktadır. Eğitim, bireyin bilişsel, duygusal, sosyal ve fiziksel gelişimini destekleyen ve toplumsal yaşama katılımını sağlayan bir süreç olarak kabul edilmektedir (73-75).

2.2.1. Hasta Eğitimi

Evde verilen hasta eğitiminin temel hedefi, bireylerin sağlıklarına yönelik sorumluluk bilinci geliştirmelerini sağlamaktır. Kendi bakımını üstlenebilme yetisi, hastaların en iyi sağlık düzeyine ulaşmaları ve yaşamlarına dair kararları bağımsız bir şekilde verebilmeleri açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, hasta eğitimi, hastaların özgüvenlerini arttırarak ve kendi bakımlarına aktif bir şekilde katılarak sağlık sonuçlarını iyileştirmeye yardımcı olmaktadır (76, 77).

Bireyler, yeni durumlar ile karşılaştıklarında, bilinmeyen bu yeni durum ile başa çıkma yeteneklerini arttırmak için belirli bilgi ve becerileri öğrenmeye çabalarlar. Bu, özellikle hastalık ve hastaneye yatış gibi durumlarda daha belirgin hale gelmektedir. Eğitim, bu yeni bilgi ve becerilerin kazanılmasının gerçekleştiği etkileşimli bir süreçtir ve temel bir insan ihtiyacıdır. Hasta eğitimi, sağlık profesyonellerinin hastalara ve bakım vericilere bilgi vererek, sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik karar süreçlerine katılımını teşvik etmektedir. Bu süreç, bireylerin belirli ya da genel sağlık konuları, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması, ilaçların doğru kullanımı ve evde hastalık ya da yaralanma durumlarında bakım uygulamaları hakkında bilgi, beceri, tutum ve değer geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (78). Bu yönüyle hasta eğitimi, bireylerin sağlık durumlarını anlamalarını ve sağlıklarını geliştirmeye yönelik davranışları benimsemelerini desteklemeyi hedeflemektedir. Özellikle kronik hastalıkların yaygınlaşması, hastane kaynaklarının sınırlı oluşu, ekonomik güçlükler ve sağlık kuruluşlarında görülen yüksek enfeksiyon oranları gibi unsurlar, hasta eğitiminin önemini daha da arttırmaktadır. Eğitim almış hastalar, kendi sağlık durumlarını ve tedavi süreçlerini daha iyi anlayıp, yönetebilmektedir. Hasta eğitimi, tedaviye uyumu arttırmakta, hasta memnuniyetini yükseltmekte, sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmekte ve bireylerin kendi bakımını üstlenme becerilerini güçlendirmektedir (78, 79).

Hasta eğitimi, sağlık hizmetlerinin kalitesini arttıran temel unsurlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Bu durum, hemşirelerin yeni bakım modelleri doğrultusunda hastalarla daha uzun süre etkileşimde bulunmalarını ve hastaların kendi bakımlarını üstlenebilmeleri için gerekli desteği sunmalarını gerektirir (80). Günümüzde hastalık

profillerindeki değişim ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerindeki artış, hasta eğitiminin önemini her zamankinden daha belirgin hale getirmiştir. Etkin bir hasta eğitimi süreci, bireylerin sağlık hizmetlerine daha aktif şekilde katılımını sağlarken, aynı zamanda daha olumlu sağlık sonuçlarına ulaşmasına katkıda bulunmaktadır. Eğitim, hastaların kendi sağlıkları için sorumluluk almalarına yardımcı olmaktadır ve bu da sağlık hizmeti sunumunun kalitesini arttırmaktadır. Hasta eğitimi, kronik hastalıkları olan hastalar için özellikle önemlidir. Kronik hastalıkların etkilerini anlamak, hastaların sağlık hizmetlerine daha fazla dâhil olmalarını sağlamaktadır ve daha iyi sağlık sonuçlarına yol açmaktadır (80, 81).

Kronik hastalığı bulunan bireyler, bakım süreçlerinde anlaşılmayı hissetmek, verilen talimatlara uyum sağlamak ve öz yönetim becerilerini geliştirebilmek için kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç duyarlar. Bu hastalarda durumla ilgili farkındalık eksikliği, kronik hastalıkların etkin bir şekilde yönetilmesinin önünde en temel engellerden biri olarak kabul edilmektedir. Ayrıca birey, belirli bir tedavi protokolünü iyi anladığını düşünse bile, yaşın ilerlemesi ve tedavi planlarının karmaşıklaşması ile birlikte tedaviye uyumda azalma gözlenmektedir. Özellikle birden fazla hastalığı olan bireylerde, hem hasta hem de bakım verenler arasında etkili bir iletişim ve koordinasyonu içeren daha derinlikli eğitim programlarına ihtiyaç duyulmaktadır (80, 82).

Hasta eğitimi, geleneksel olarak, sağlık uzmanları tarafından yüz yüze öğretim yöntemleriyle sağlanmaktadır. Bu yöntemler genellikle yazılı kitapçıklar, broşürler veya ses bantları, dijital çok yönlü disk ve video gibi multimedya kanalları ile desteklenmektedir. Bununla birlikte hem internet erişimi hem de kamuya açık web sitelerinde sağlık bilgilerinin bulunması arttıkça, hastaların sağlık ve hastalık hakkında bilgi edinmek için de interneti kullanması artık yaygınlaşmıştır (82, 83).

2.2.2. Evde Bakım Vericilerin Eğitimi ve Bakım Vericilerin Eğitimini Etkileyen Durumlar

Bakım alıcılar eve döndüklerinde akut durum sonrası hizmetleri yönetme ve koordine etme konusunda birincil sorumluluğu sıklıkla üstlenen bakım vericiler, çoğunlukla hazırlıksızdırlar ve bu görevleri tek başına yapmaya zorlanırlar. Bakım verici eğitiminin başarısının belirlenmesinde kişilerarası faktörler kritik öneme sahiptir. Sağlık profesyonelleri-bakım verici ilişkisi özellikle kritiktir. Sağlık profesyonelleri ile bakım vericiler arasında güven ve yakınlık kurmak önemlidir. Hasta-bakım verici ilişkilerinde

altta yatan gerginlik veya çatışma, eğitime engel teşkil etmektedir. Ziyaretlerin sayısını ve süresini kısıtlayabilen mevcut ödeme sistemlerinin eksikliği de sağlık profesyoneli –bakım verici etkileşimlerini azaltarak ve bakımın sürekliliğini engelleyerek eğitime engel teşkil etmektedir (83). Bakım verici motivasyonu başarılı eğitimin kritik bir bileşenidir. Bakım vericinin yük deneyimleri, bakım verme rolü için destek eksikliği ve ödeme eksikliği nedeniyle bakım verici motivasyonu eksik olabilmektedir. Uygulanan eğitimin bireysel ihtiyaçlara ve koşullara göre uyarlanmasındaki başarısızlık, bakım verici katılımını ve motivasyonunu azaltabilmektedir. Hastaneden taburculuk sırasında da yetersiz bilgi aktarımı, bakım verici eğitiminin önünde bir engel oluşturmaktadır (58, 83).

Evde bakım hizmetleri, hastaların taburcu olduklarında ve hemşirelik bakımıyla eve döndüklerinde kendi başlarına bırakıldığı bir dönemi içermektedir. Bu süreçte, hastaların tıbbi durumlarını yönetmek ve sahiplenmek için bakımlarıyla yeterince meşgul olmaları beklenmektedir. Hasta ve yakınlarının kendi sağlık durumlarıyla başa çıkabilmelerini sağlayacak eğitimler, evde bakımı kolaylaştırmak için sunulmaktadır. Evde bakım hemşireliğinde, her birey için uygun, etkili ve anlamlı olan hasta eğitimi nitelikli müdahalelerle gerçekleştirilmektedir. Hastalıkların etkin şekilde yönetilebilmesi için hazırlanan eğitim programları, hem hastaların hem de bakım vericilerin bakım sürecine aktif olarak katılmalarını sağlayacak uygulamaya dönük becerileri içermelidir (77, 83).

Hemşirelik biliminin ve sanatının kullanıldığı yaratıcı müdahaleler, hastaların ve ailelerinin daha güvenli ve yetenekli bir şekilde kendi bakımlarını yapmalarına yardımcı olabilmektedir. Evde hasta eğitiminin temel amacı, hastaların kendi sağlıklarını yönetme sorumluluğunu almalarını sağlamaktır. Bu, hastaların kendi sağlık düzeylerini en iyi şekilde koruyabilmeleri ve kendi sağlıklarıyla ilgili kararlarını kendilerinin verebilmesiyle elde edilmektedir (6, 77).

Öğrenmenin temeli olan davranış bilimlerine aşinalık, hasta eğitimcisine önemli bir avantaj sağlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı, tercih edilen öğrenme stili, hazır bulunuşluk, potansiyel engeller, eğitim düzeyi, kültür, sosyoekonomik durum, yaş, duyu bozuklukları, ağrı, anksiyete, motivasyon, hastalık, tedavi süreci ve karmaşıklığı gibi bireysel hususların öğrenme ve akılda tutma üzerinde etkisi bulunmaktadır. Yeni davranış kalıpları başkalarının gözlemlenmesiyle veya doğrudan deneyim yoluyla geliştirilmektedir. Davranış, insanlar ve çevreleri arasındaki sürekli alışverişten kaynaklanmaktadır. Davranış bilimleri bilgisi eğitimciye öğrenmeyle ilişkili karmaşık dinamikleri anlama ve öğrenmeyle

ilgili farkındalık sağlama, mevcut davranışlardan etkilenen bilgilerin değişimi ve özümsemesi ve hastanın ortamı hakkında bir açıklama sunmaktadır (76, 84). Bir eğitimcinin davranışsal yerleşik sağlık inançları, yaşam deneyimleri, kültür, eğitim düzeyi, motivasyon, yaşam öncelikleri ve öz yeterlilik düzeyi gibi öğrenmenin önündeki engellerdir. Yetişkinlerin öğrenmesi bireysel bilgidir, deneyimlerden ve yaşamdan etkilenmektedir. Yetişkin öğrenenler kendi kendini yöneten, hedef ve ilgi odaklıdır (76). Bu sürecin doğru yönetilebilmesi için verilen eğitimler hem hasta hem de bakım vericiler için oldukça önemlidir. Aileye ve bakım vericilere verilen profesyonel desteğin hastaların hayatta kalma sürelerini uzatmada ve bakım vericilerin anksiyetelerini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (84).

2.3. Anksiyete

Anksiyete bozuklukları, genellikle aşırı korku, kaygı ve uyarılma ile tanımlanan, ruh sağlığı alanında sıkça karşılaşılan ve çeşitlilik gösteren bozukluklardır (85). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-5'e (DSM-5) göre kaygı (Fransızca: anxiété; Almanca: Angst), gelecekte oluşabilecek bir tehdit beklentisi olarak tanımlanmakta ve gerçek ya da algılanan yakın tehlikeye karşı verilen duygusal tepki olan korkudan (peur; Furcht) ayrılmaktadır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-5'te ayrıca "endişe" (souci; Sorge) kavramı, kaygıya ilişkin düşünsel süreçlere vurgu yaparak bilişsel bir boyut eklemektedir. Kaygı, aslında insan yaşamının doğal bir parçasıdır. Evrimsel açıdan değerlendirildiğinde, bireyleri tehlikeli durumlardan uzak tutarak hayatta kalma şansını arttırdığı için işlevsel bir özellik taşır (86). American Psikoloji Birliği, kaygıyı, olumsuz endişe duyguları ve yüksek kan basıncı, terleme, baş dönmesi ve yüksek kalp hızı gibi fiziksel belirtilerle karakterize edilen bir duygu tepkisi olarak tanımlamaktadır. Stres, benzer bir duygusal ve fizyolojik tepkiyle karakterize edilmektedir. Ancak uzun süreli ve içsel bir duygunun aksine genellikle dış bir faktörden kaynaklanmaktadır. Korku, bazen kaygı ile birbirinin yerine kullanılmaktadır, ancak kısa ömürlü olması ve tanımlanabilir bir tehdide yanıt vermesi nedeniyle kaygıdan farklıdır (87).

Kaygı, yıkıcı belirsizlik, dehşet ve korku duygularıyla karakterize edilmektedir. Kaygı, gelecekteki bir tehdidin beklentisi olarak tanımlanmaktadır. Kaygı, kişinin uzun kısa veya diğer uzak tehditlere hazırlanmasına yardımcı olan, hayat kurtaran uyarlanabilir bir tepki olabilmektedir. Ancak patolojik kaygı aşırıdır veya gelişimsel olarak uygun dönemlerin ötesinde devam etmektedir. Belirli bir olaya verilen tipik tepki göz önüne

alındığında, yoğunluk ve süre beklenenin ötesine geçtiğinde kaygı bir bozukluğa dönüşmektedir. Kaygı bozukluklarının çoğunun minimum süresi 6 aydan fazladır ve yoğunluğun, tehdidin gerçek düzeyiyle orantısız olduğu kabul edilmektedir. Anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk gibi diğer psikiyatrik bozukluklarda tanısal bir semptom olabilmektedir (88, 89). Her ne kadar bozuklukların temelinde kaygı yer alsa da, belirtiler alt türlere göre farklılık gösterebilmektedir. Yaygın olarak tanımlanan alt türler arasında yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluğu, spesifik fobiler, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve seçici mutizm yer almaktadır. Anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı oldukça yüksektir ve ülkeler arasında %3.8 ila %25 arasında değişmektedir. Kronik sağlık sorunları olan kişilerde yaygınlık oranlarının %70'e kadar ulaşabildiği bildirilmektedir. Bu yaygın bozuklukların bireylerin günlük yaşam aktivitelerini, yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik halleri üzerinde zayıflatıcı bir etkisi bulunmaktadır (85).

2.3.1. Anksiyete Tanı ve Sınıflandırma

Anksiyete bozuklukları dünya çapında hastalık yükünün önde gelen nedenlerinden biridir. Küresel Hastalık Yüğü Çalışmasına göre, yaklaşık 275 milyon kişi anksiyete bozukluklarından etkilenmektedir ve dünya çapında yılda yaklaşık 42 milyon vaka meydana gelmektedir. Bu rakamlar yaklaşık 26 milyon yıllık engellilik süresine karşılık gelmekte olup, dünya çapında tüm hastalıklar arasında dokuzuncu, yüksek gelirli ülkeler için ise yedinci en yüksek değerdir (90).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-5'te yer alan anksiyete bozuklukları (91, 92);

1. Panik Bozukluk: Bu bozukluğa sahip bireyler, tekrarlayan panik ataklar yaşarlar ve bu ataklara çeşitli fiziksel ve diğer semptomlar eşlik eder. Ayrıca, başka atakların olacağına dair sürekli bir endişe ve bu ataklarla ilgili zihinsel ve davranışsal değişiklikler konusunda en az bir ay veya daha fazla süre boyunca kaygı duyarlar.

2. Agorafobi: Agorafobi hastaları, yardım almanın zor olacağını düşündükleri yerlerde bulunmaktan kaçınır ve bu durumlarda panik benzeri ataklar yaşamaktan korkarlar.

3. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu: Önemli bağlanma figürlerini kaybetme ya da onlara zarar gelmesi konusunda aşırı kaygı duymak şeklinde tanımlanabilir.

4. Seçici Konuşmazlık (Mutizm): Yalnız kaldıkları zamanlar ve çok yakın birkaç kişi dışında konuşmayan ve sessiz duran kişiler için kullanılan bir tanıdır.

5. Özgül Fobi: Belirli bir nesne veya duruma karşı sürekli olarak tetiklenen, aşırı, inatçı ve nedensiz bir korkudur.

6. Toplumsal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi): Toplantılara katılma, sözlü sunum yapma ve yeni insanlarla tanışma gibi sosyal ortamlarda bulunmaktan duyulan korku veya bu ortamlarda utanma korkusu olarak tanımlanabilir.

7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Günün büyük bir kısmında çeşitli olaylar veya eylemlerle ilgili kaygı veya endişe duymak olarak tanımlanabilir.

8. Maddenin Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu: Hem keyif verici maddelerin hem de reçeteli ilaçların kullanımını sonucunda ortaya çıkabilir. Belirtiler, madde kullanımı sırasında veya madde kullanımını bıraktıktan sonraki bir ay içinde gelişmelidir.

9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Anksiyete Bozukluğu: Birçok tıbbi durum, yaygın kaygı semptomlarının ortaya çıkmasına yol açabilir.

10. Tanımlanmış ve Tanımlanmamış Anksiyete Bozukluğu: Bu kategoriler, yukarıda tanımlanan gruplardan hiçbirine uymayan temel kaygı semptomlarının bulunduğu bozukluklar için kullanılır.

Anksiyete bozukluklarının ayırıcı tanısında, diğer anksiyete bozuklukları, majör depresyon ve somatik semptom bozuklukları gibi yaygın görülen ruhsal bozuklukların yanı sıra koroner kalp veya akciğer hastalıkları, hipertiroidizm ve diğerleri gibi fiziksel hastalıklar da yer almaktadır. Kaygı bozuklukları sıklıkla diğer kaygı bozuklukları, majör depresyon, somatik semptom bozuklukları, kişilik bozuklukları ve madde kötüye kullanımı bozukluklarıyla birlikte görülmektedir (93).

2.3.2. Anksiyete Epidemiyolojisi

Anksiyete belirtileri herkesin yaşamının bir parçasıdır. Günlük zorluklarımızın üstesinden gelmemize yardımcı olan temel sinyal işlevlerine sahiptirler. Ancak kaygı, yeterli uyarı olmadan deneyimlendiğinde ciddi anlamda yük yaratan bir durum haline gelebilmektedir. Aslında anksiyete bozukluklarının prevalansı son yıllarda sürekli olarak artmaktadır ve bugün dünya çapındaki tüm hastalıkların en ağır yedinci durumu haline gelmektedir (94, 95).

Dünya Sağlık Örgütü 2015 yılında, anksiyete bozukluklarının dünya çapında tüm ruhsal ve bedensel hastalıklar arasında engelli yaşanan yılların nedeni olarak altıncı sırada, çok gelişmiş ülkelerde ise dördüncü sırada yer aldığını; dolayısıyla hastaların yaşamları üzerinde en büyük etkiye sahip kronik hastalıklar arasında yer aldığını bildirmektedir. 2020 yılı itibarıyla dünya çapında insanların toplam %19'unun depresyon veya anksiyete ile yaşadığı ve bu durumun onların normalde yapacakları günlük aktivitelerini iki haftadan uzun süre boyunca yapmalarına engel olduğu bildirilmiştir (85). Anksiyete bozukluklarının grup olarak yaygınlık oranlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) %22.2 ve Avrupa Birliği'nde %14 olduğu tahmin edilmektedir. Anksiyete bozuklukları sınıfında; spesifik fobiler, sosyal anksiyete bozukluğu, agorafobi, panik bozukluğu, genel anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve seçici mutizm en yaygın olanıdır (85, 96, 97).

Kadınlar erkeklerden iki ila üç kat daha sık etkilenmektedir. Kaygı bozuklukları sıklıkla çocukluk veya ergenlik döneminde başlamaktadır. Bu özellikle spesifik fobiler ve sosyal fobi için geçerlidir. Seçici konuşmazlık, çocuğun üçüncü yılı kadar erken bir zamanda ortaya çıkabilmektedir. Çoğu çocuk, genellikle sekiz ya da dokuz aylıkken başlayan, yabancılara karşı geçici, patolojik olmayan bir tikslenme evresinden geçmektedir. Çocukların %2-3'ünde belirgin ayrılma kaygısı okul öncesi veya okul çağına kadar devam etmektedir. Ayrılık kaygısının çocuğun normal gelişimini bozduğu, örneğin çocuğun önemli sosyal deneyimler yaşamasını imkânsız hale getirdiği durumlarda tedavinin endike olduğu kabul edilmektedir. Çocukluk döneminde başlayan kaygı bozuklukları erişkinlik döneminde de devam etmektedir (85, 96).

2.3.3. Depresyon

Depresyon, depresif ruh hali ve/veya aktivitelerden zevk alamama gibi belirtilerin merkezde olduğu geniş ve heterojen bir tanıdır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-5'te majör depresif bozukluk, en az iki hafta boyunca depresif ruh hali ve/veya yaşam aktivitelerine karşı ilgi veya zevk kaybı ile karakterize, sosyal, iş veya diğer önemli işlevlerde klinik olarak önemli bozulmaya neden olan en az beş semptomu (aşağıda belirtilen) içeren iki veya daha fazla majör depresif epizot olarak tanımlanmaktadır (96, 98).

- Günün büyük bölümünde depresif ruh hali

- Tüm veya çoğu aktiviteye karşı ilginin veya zevkin azalması
- Önemli ölçüde istem dışı kilo kaybı veya alımı
- Uykusuzluk veya çok fazla uyumak
- Başkaları tarafından fark edilen ajitasyon veya psikomotor gerileme
- Yorgunluk veya enerji kaybı
- Değersizlik veya aşırı suçluluk duyguları
- Düşünme veya konsantre olma yeteneğinin azalması veya kararsızlık
- Tekrarlayan ölüm düşünceleri.

Depresyon belirtileri psikolojik, fiziksel ve/veya sosyal olabilir. Psikolojik belirtiler arasında düşük ruh hali, üzüntü, umutsuzluk, düşük öz saygı, suçluluk duyguları, sinirlilik ve tahammülsüzlük, motivasyon veya ilgi eksikliği, karar vermede zorluk ve kendine zarar verme veya intihar düşünceleri yer alabilir. Fiziksel belirtiler arasında uyku düzeninde değişiklikler, kilo ve iştahta değişiklikler, açıklanamayan ağrılar ve sızılar ve enerji eksikliği veya cinselliğe karşı ilgi kaybı yer almaktadır. Sosyal belirtiler arasında işte üretkenliğin azalması, sosyal aktivitelerden ve arkadaşlardan kaçınma ve ev ve aile hayatında zorluk bulunmaktadır (98).

2.3.4. Depresyon Epidemiyolojisi ve Tanı Kriterleri

Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü'nün 2017 yılında hazırladığı rapora göre, dünya genelinde yaklaşık 792 milyon kişiye ruhsal sağlık bozukluğu teşhisi konulmuştur ve bu teşhisin %33'ü depresyondur (99). Üçyüz milyondan fazla insan depresyondan muzdariptir. Bu da dünya nüfusunun %4.4'üne karşılık gelmektedir. Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %5 ila %20 arasında değişmektedir (100, 101).

Majör depresif bozukluk, ABD'de tahmini yaşam boyu yaygınlık oranı %16.2 olan en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir. Dünya çapında engelliliğin önde gelen nedenidir ve dünya çapında hastalık yükünün ilk üç nedeninden biridir DSM-5'te majör depresif bozukluk dokuz semptom ile karakterize edilmektedir (101-103):

1. Depresif ruh hali
2. Belirgin şekilde azalmış ilgi veya zevk
3. Kilo veya iştahta artış veya azalma

4. Uykusuzluk veya hipersomni
5. Psikomotor ajitasyon veya gerileme
6. Yorgunluk veya enerji kaybı
7. Değersizlik veya uygunsuz suçluluk duyguları
8. Düşünme veya konsantre olma yeteneğinde azalma veya kararsızlık
9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri veya tekrarlayan intihar düşünceleri.

Tanı için uygun olabilmek için, bir bireyde beş veya daha fazla semptom bulunmalı ve bunlardan biri depresif ruh hali olmalıdır.

2.3.5. Evde Bakımda Anksiyete ve Depresyon Nedenleri

Ruhsal sağlık, refah ve günlük zorluklarla başa çıkma becerisi üzerinde etkilidir. Teorik olarak, ruhsal sağlık, yaşam kalitesi açısından bireylerin kişisel ve sosyal işlevlerini doğrudan etkilemektedir ve dolayısıyla bakımın sosyal ve ekonomik yükleriyle de ilişkilendirilebilir. Bu yükler ruhsal ve fiziksel sağlık üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir ve artan ölüm riskine yol açabilmektedir (104).

Toplumsal yapıda meydana gelen değişimler, evde bakım hizmetlerini de şekillendirmektedir. Geniş aile yapısının dağılması, çekirdek ailenin daha sık yer değiştiren yapıya bürünmesi ve yaşlı bireylerin kendi evlerinde yaşama isteklerinin güçlenmesi, coğrafi olarak uzak bölgelerde yaşayan çocukların yaşlanan ebeveynlerinin bakım sorumluluğunu üstlenmesini zorunlu kılmaktadır (105). Klinik tanı kriterlerini karşılayan majör ve minör depresyon oranı, neredeyse dört evde bakım hastasından birini etkilemektedir ve düşme, hastaneye yatış ve aşırı hizmet kullanımı riskinde artışa neden olmaktadır (106).

Kadınlar, gayri resmi bakım sağlama konusunda daha fazla beklenti ve daha zorlu bakım talepleri yaşama eğilimindedirler. Genel olarak, erkeklerden daha fazla bakım saati, daha fazla kişisel bakım, daha uzun süre ve daha az başa çıkma kaynağı ile karmaşık çoklu rol talepleriyle karşı karşıya kalma eğilimindedirler ve bu da daha kötü ruh sağlığı sonuçlarına yol açmaktadır. Bakım ile ilgili temel faktörlerden biri, genellikle bakım saatleri veya bakım görevleriyle ölçülen bakım yoğunluğudur. Bakıma daha fazla zaman harcayan gayri resmi bakım vericiler, öz bakım, sağlıklı davranışlar veya sosyal/eglençe aktivitelerine sınırlı ilgi gösterme eğilimindedir ve daha fazla sosyal izolasyon ve yalnızlık

yaşarlar. Aynı evde bakım vermenin (başka bir ev veya kurum ile karşılaştırıldığında) daha fazla bakıcı yükü, daha yüksek depresyon ve daha yüksek yoğunluk nedeniyle daha düşük refah ile ilişkili olduğunu öne sürmektedirler. Gayri resmi bakım vericiler ayrıca, randevu iptalleri veya düzenli sağlık hizmetlerine veya destekleyici programlara erişimdeki zorluklar nedeniyle aile üyelerine destek olmak için sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla koordinasyon sağlamada daha fazla zorluk yaşamaktadır. Gayri resmi bakım vericiler genellikle bakım vermeyenlere kıyasla daha kötü ruh sağlığı deneyimleri yaşamaktadır ve bu durum bakım verme süresinin uzamasıyla daha da şiddetli hale gelme eğilimindedir (96, 107).

2.3.6. Evde Bakımda Anksiyete ve Depresyonu Azaltma Stratejileri

Bakım sağlayan bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik programların oluşturulması, hizmet sağlayıcı kurumlar ve diğer paydaşlar arasında işbirliği ve koordinasyonun sağlanması açısından oldukça önemlidir. Depresyon görülme sıklığı çok yüksek olan hastalarda, bu sorunlar eş zamanlı tıbbi hastalık, sosyal izolasyon, işlevsel bozukluk veya evden çıkamama nedeniyle daha da kötüleşmektedir. Bu engellerin, hastaların kendi evlerinde müdahaleler sağlanarak aşılması, klinik veya hastane tabanlı müdahalelere göre daha iyi tedavi uyumu ve dolayısıyla daha büyük tedavi başarısı sağlayabilmektedir (108).

Evde uygulanan farmakolojik olmayan müdahaleler, problem çözme terapisi ve evde uygulanan egzersiz müdahalesi gibi uygulamaların depresif semptomlarını ve remisyon oranlarını iyileştirebileceği öne sürülmektedir (108). Bazı ülkelerde yaşlı bireylere yine başka bir yaşlının bakım vermesi yöntemi benimsenmiş olsa da, bu uygulama yaşlıların kronik sağlık sorunlarına açık olmaları nedeniyle her zaman etkin bir çözüm sunmamaktadır. Ancak, bakım veren kişilerin yaşlı bireyleri yalnız bırakmak istememeleri nedeniyle, aile üyelerinden veya gönüllü destek gruplarından yardım alınması alternatif bir çözüm yolu olabilmektedir. Bu bağlamda fiziksel ya da zihinsel yetersizliği olan yaşlı bireylerin bakımını üstlenen kişilerin yükünü azaltmaya yönelik destekleyici programlar geliştirilebilir. Bu tür programlar, stresle başetme yöntemleri, etkili iletişim teknikleri, bilgiye erişim yolları ve başa çıkma becerilerini içerebilir. Ayrıca bakım vericilerin bilgi edinme ihtiyaçlarının karşılanması ve benzer deneyimleri paylaşabilecekleri kişilerle iletişim kurmalarının teşvik edilmesi önem taşımaktadır. Hizmet sunum süreçlerinde yalnızca işlevsel destek değil, aynı zamanda sosyal destek

unsurları da dikkate alınmalıdır, özellikle izolasyon duygusu ve sosyalleşme ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle kadın bakım vericiler için ise destek mekanizmalarının oluşturulması, gerektiğinde profesyonel yardım alabilecekleri birimlere yönlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, çalışmayan bakım vericilere yönelik psikososyal destek hizmetleri ve eğitici programların sunulması, bakım sürecinin daha sağlıklı yürütülmesine katkı sağlayacaktır. Hemşireler ve bakım vericiler, hastaların bağımsızlığını en üst düzeye çıkarmak için yaşam alanlarının fiziksel ve ergonomik yapısını düzenlemeli, yaşanan sorunlarla başa çıkabilmeleri için danışmanlık ve eğitim programları sunulmalı ve gerekli kurumsal destek sağlanmalıdır. Bakım verici bireylere devlet tarafından sağlanan bakım desteği ve ekonomik rehberlik de bu sürecin bir parçası olmalıdır. Bu yaklaşımlar, bakım vericilerin yükünü, anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltacak etkili stratejiler arasında yer almaktadır (21, 109).

2.3.7. Hemşirelik Kuramı ve Kavramsal Çerçevesi

Hemşire kuramcı Joyce Travelbee İnsan-İnsan İlişkisi Teorisinde "Bir hemşire yalnızca fiziksel acıyı hafifletmeyi veya fiziksel bakım sağlamayı amaçlamaz - o tüm kişiye hizmet eder. Fiziksel, zihinsel veya ruhsal olsun, acının varlığı hemşirenin asıl kaygısıdır." şeklinde ifade etmektedir. Travelbee hemşireliğin insan-insan ilişkileri aracılığıyla yerine getirildiğini varsaymaktadır. Hemşireliği, "profesyonel hemşirelik uygulayıcısının bir bireye, aileye veya topluluğa hastalık ve acı deneyimini önleme veya onunla başa çıkma ve gerekirse bu deneyimlerde anlam bulma konusunda yardımcı olduğu kişilerarası bir süreç" olarak tanımlamaktadır (110, 111).

Travelbee, hemşireliğin ilk karşılaşmayla başlayan ve daha sonra ortaya çıkan kimliklerin aşamaları, empati duyguları geliştirme ve daha sonra sempati duyguları yoluyla ilerleyen insan-insan ilişkileri yoluyla gerçekleştirildiğine inanmaktadır. Hemşire ve hasta son aşamada bir uyumu yakalamaktadır. Hemşireliğin hedeflerine ulaşmak için, gerçek insan-insan ilişkilerine ulaşmak ön koşuldur. Hemşire ve hasta, birbirleriyle ilişki kuran insan varlıklarıdır. Süreç, etkileşim sürecidir. Hemşirelik, hemşirenin bir hastanın, bir ailenin veya bir topluluğun bir hastalığı veya acıyı önleme veya onunla başa çıkma yolunda ilerlemesini kolaylaştırdığı kişilerarası bir bağlantıdır ve bu, deneyimle anlam bulmayı sağlayabilmektedir. Hemşire, hastanın karşılanmamış ihtiyaçlarının sıkıntısından kaçınmasına veya onu hafifletmesine yardımcı olmak için eğitim vermek ve stratejiler sağlamaktan sorumludur. Hastalık bir sınıflandırma ve kategoridir. Bir birey hastalığa,

kültüre, semptom yüküne ve bu semptomların ilişkili bir önemi olup olmadığına bağlı olarak tepki verecektir. İşlevselliğin bozulmasına ve sağlık hizmeti sağlayıcısının tepkilerine bağlı olarak, hastalığın anlaşılmasını destekleyen bir insan bağlantısı geliştirilmektedir. Travelbee'ye göre, her insan acı eker, çünkü bu insan olmanın bir parçasıdır. Travelbee hemşireliğin "ilk karşılaşmayla başlayarak, ortaya çıkan kimliklerin aşamalarından geçerek, empati ve daha sonra sempati duyguları geliştirerek, hemşire ve hasta uyum sağlayıncaya kadar" tamamlandığını belirtmektedir (110, 111). Bu bağlamda evde bakım alan hastaların bakım vericilerine araştırmacı tarafından kendi ev ortamlarında planlı ziyaretler yapılmış olup, bakım vericiler ve hastalar ile etkileşim sürecine girilmiş, eğitim sonrası bakım vericilerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin azalması hedeflenmiştir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, ön test/son test deney ve kontrol gruplu (Clinical Trials Number: NCT07053553), randomize kontrollü yarı deneysel çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Gümüşhane ili Kelkit İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı olup evde bakım hizmeti alan hastaların evlerinde yürütülmüştür. Araştırmanın verileri 1 Şubat 2023-31 Aralık 2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Gümüşhane ili Kelkit İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı 45 hasta ve bakım vericileri oluşturmuştur. Araştırmada yer alan katılımcı sayısı hesaplanırken G*Power 3.1.9 programı kullanılmıştır. Hesaplama yapılırken testin türüne göre belirtilen parametreler için etki büyüklüğü literatür taraması sonucunda benzer çalışmaya rastlanılmadığından Cohen'in (1988) etki büyüklüğü tablosundan yararlanılarak 0.25, hata payı 0.05 ve güç değeri 0.80 olarak alınmıştır (112). Hesaplama sonucunda minimum katılımcı sayısı 34 olarak bulunmuştur. Buna göre deney ve kontrol gruplarında minimum 17 katılımcı olması gerekmektedir. Ancak herhangi bir nedenle kişilerin çalışmadan ayrılmak isteyebileceği ya da ayrılmak zorunda kalacağı düşünülerek deney grubu 23, kontrol grubu 22 kişi olarak toplam 45 hasta ve bakım vericiden oluşturulmuştur. Üç bakım vericinin araştırmaya katılmak istememesi üzerine 42 hasta ve bakım vericiyle (21 deney, 21 kontrol) araştırma yürütülmüştür.

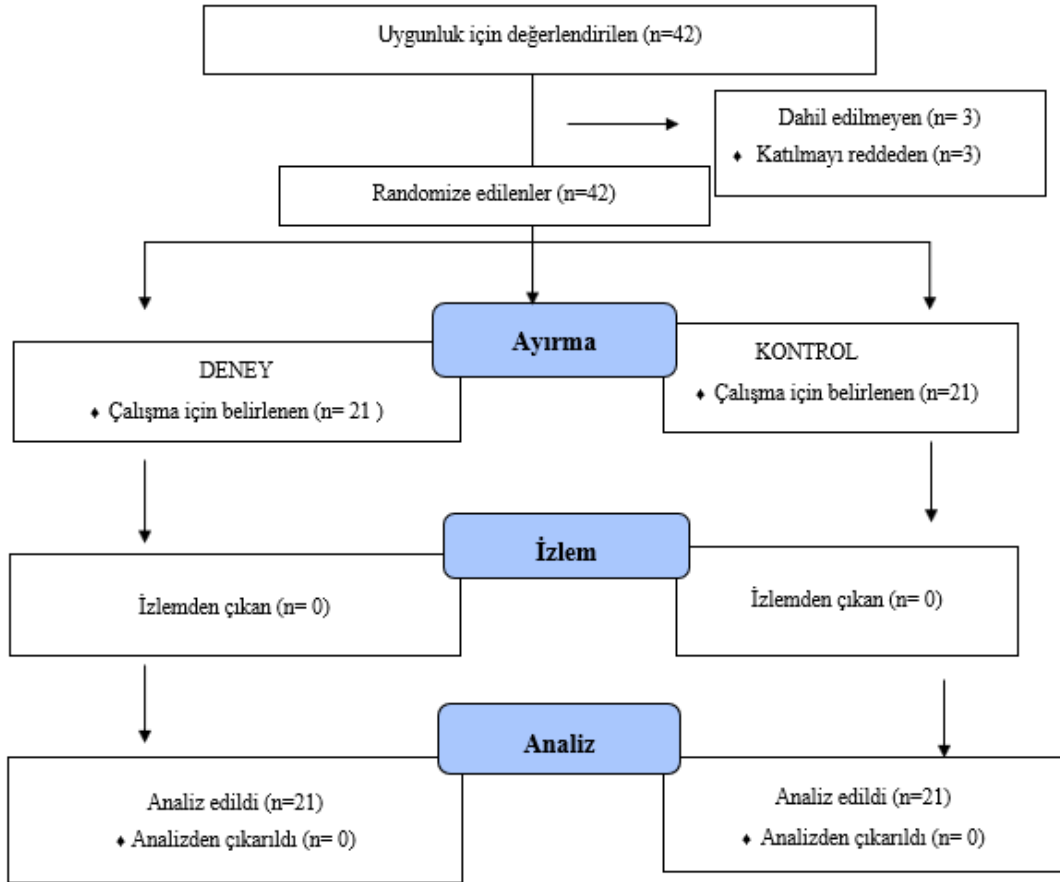
3.4. Araştırma Gruplarının Belirlenmesi

Araştırma örneğine dâhil edilen hastalar ve bakım vericileri Gümüşhane ili Kelkit İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne başvuru sırasına göre ardışık olarak sıralanmış ve basit rastgele örnekleme yöntemiyle internet üzerinden "https://www.randomizer.org/" web sitesi aracılığıyla deney (n=21) ve kontrol (n=21) gruplarına rastgele atanmıştır (Tablo 1) (113). Grup 1'deki sayılar deney grubu, grup 2'deki sayılar kontrol grubunu oluşturmuştur.

Tablo 1. Randomizasyon tablosu

	1	2	6	7	10	11	12	13
Grup 1	15	16	17	19	20	21	25	27
	32	33	34	37	41			
Grup 2	3	4	5	8	9	14	18	22
	23	24	26	28	29	30	31	35
	36	38	39	40	42			

Bu işlemler Consort diyagramı kullanılarak yapılmıştır. Consort, yalnızca randomize kontrollü çalışmaları yürütmekten kaynaklanan sorunları belirlemek için değil, aynı zamanda araştırmanın elde ettiği sonuçları tam ve açık bir şekilde raporlamak ve böylece randomize kontrollü çalışmaların okunmasını ve kalite değerlendirmesini kolaylaştırmak için bir grup araştırmacı tarafından geliştirilen bir protokoldür (114). Consort Diyagramı Şekil 1’de belirtilmiştir.



Şekil 1. Consort Diyagramı

3.5. Bakım Vericilerin Araştırmaya Kabul Edilme ve Edilmeme Ölçütleri

Araştırmaya kabul edilme ve edilmeme ölçütlerine uygun olan bakım vericiler çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya kabul edilme ölçütleri

- Kelkit İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı hastasının olması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Türkçe okuma yazma bilmek ve iletişim kurabilmek
- Görme ve işitme kaybı olmamak
- Telefon ile görüşme sağlayabilmek

Araştırmaya kabul edilmeme ölçütleri

- Bakım verilen hastanın hastaneye yatırılması
- Bakım verilen hastada komplikasyon gelişmesi
- Bakım verilen hastanın ölümü
- Ailenin farklı bir ilçeye, şehre taşınması

3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

“Yatak içi banyo eğitimi” araştırmanın bağımlı değişkenidir.

3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

“Beck Anksiyete Ölçeği”, “Beck Depresyon Ölçeği”nden elde edilen puanlar araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.6.3. Araştırmanın Kontrol Değişkenleri

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler ve evde bakım eğitimi alma durumu araştırmanın kontrol değişkenleridir.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri aşağıdaki formlar ve araçlar kullanılarak toplanmıştır.

- Bakım Verici Bilgi Formu (Ek 1)
- Bakım Vericilerin Eğitim Almak İstedikleri Konular (Ek 2)
- Beck Anksiyete Ölçeği (Ek 3)
- Beck Depresyon Ölçeği (Ek 4)
- Hasta Vücut Banyosu Bakım Verici İzlem Formu (Ek 5)

3.7.1. Bakım Verici Bilgi Formu (BVBF)

Araştırmacı tarafından literatür incelemesiyle oluşturulan bu form, bakım vericilerin sosyodemografik bilgilerini, bakım verme sürelerini, evde bakım birimine ve hastaneye başvurma sıklıklarını, daha önce evde bakım konularında eğitim alma durumlarını, evde bakım konusunda bilgilerini öğrenmeye yönelik 19 sorudan oluşmaktadır (13, 17, 21, 29, 49, 58, 115).

3.7.2. Bakım Vericilerin Eğitim Almak İstedikleri Konular

Araştırmacı tarafından deney grubundaki bakım vericilerin eğitim ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik oluşturulmuş, bakım vericilerin hangi konuda eğitim almak istediklerini belirttikleri tek sorudan oluşan formdur.

3.7.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen, bireylerin yaşadıkları anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan Beck Anksiyete Ölçeği (Ek 3) kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1998) tarafından yapılmıştır (116). Ölçeğin Cronbach alpha (α) değeri 0.92 bulunmuştur. Ölçek puan aralıklarına göre 0-7 puan aralığı minimal düzeyde anksiyeteyi, 8-15 puan aralığı hafif düzeyde anksiyeteyi, 16-25 puan orta düzeyi, 26-63 puan ise şiddetli anksiyeteyi göstermektedir.

3.7.4. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (Ek 4) erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır (117). Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Dört derecelik kendini

değerlendirme ölçeğidir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 63'tür. Kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin Cronbach alpha (α) sayısı 0.80 bulunmuştur. Ölçek puan aralıklarına göre, 0-9 puan minimal düzeyde, 10-16 puan hafif düzeyde, 17-29 puan orta düzeyde, 30 ve üzeri puan şiddetli düzeyde depresif belirtiyi göstermektedir.

Deneysel çalışmalarda, gözlemlenen iki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkinin açık ve net bir biçimde ortaya konması ve bu ilişkinin başka faktörlerden etkilenmemesi durumu, iç geçerlilik olarak tanımlanmaktadır (118). Bu amaçla çalışmanın Beck Anksiyete ve Beck Depresyon ölçeğinden elde edilen verilerin iç geçerlilik katsayıları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. İç geçerlilik katsayıları

Ölçek	Cronbach α	
	Ön test	Son test
Anksiyete	0.922	0.931
Depresyon	0.943	0.931

3.7.5. Hasta Vücut Banyosu Bakım Verici İzlem Formu (HVBBVİF)

Bakım vericilerin evde bakım hizmeti alan hastalarına yatak içi banyo uygulaması sırasındaki uygulamalarını değerlendirmek amacıyla 17 maddeden oluşan izlem formudur (119, 120). Kapsam (içerik) geçerliliği, test maddelerinin, ölçülmek istenen davranışlar evrenini ne kadar temsil ettiğini değerlendiren bir geçerlik türüdür. Bu geçerlik türü, özellikle konu ve davranış alanları belirli olan başarı testlerinin geliştirilmesinde temel bir başlangıç noktasıdır. Ancak yetenek, tutum veya güdü gibi soyut kavramlar ile ifade edilen davranışlar için içerik ve sınırları net bir şekilde tanımlanması genellikle zordur. Kapsam geçerliliği incelemesinde, her bir test maddesinin ölçülmek istenen davranışı yeterince temsil edip etmediği değerlendirilir ve bu süreçte uzman görüşüne başvurulabilir. Uzman sayısının 5-40 arası olması, ölçeğin geçerliliğini arttırabilir. Yüzey geçerliliği ise, bir testin ölçmek istediği şeyi ne ölçüde ölçtüğüdür. Daha basit bir ifadeyle, yüzey geçerliliği bir testin iddia ettiği şeyi ölçüp ölçmediğiyle ilgilidir (121-123). Bu bağlamda hazırlanan Hasta Vücut Banyosu Bakım Verici İzlem Formu (HVBBVİF) (Ek 5) kapsam ve yüzey geçerliliği açısından 50 uzmana gönderilmiş, 10 uzmandan dönüş alınmıştır. Hasta Vücut Banyosu Bakım

Verici İzlem Formu Lawshe tekniği kullanılarak kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmiştir. Lawshe tekniğinde yer alan uzman görüşlerine ait derecelendirmeler “uygun”, “uygun ancak düzeltilmeli” ve “çıkartılmalı” şeklinde ele alınmıştır. $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde Kapsam geçerlik Oranlarının (KGO) minimum değerleri 10 uzman için 0.62 olmalıdır (121, 124). Her bir maddenin KGO hesaplanmış ve KGO 0.8 ile 1.0 arasında bulunmuştur. Hazırlanan HVBBVİF’in kapsam ve yüzey geçerliliği açısından uygun olduğuna karar verilmiş ve oluşturulan form maddelerinde değişiklik yapılmadan uygulanmaya karar verilmiştir. On yedi maddeden oluşan form 3 dereceli olarak bakım vericinin işlemi “uygulamadı 0”, “hatalı/eksik 1”, “doğru 2” şeklinde puanlanmaktadır. Hasta Vücut Banyosu Bakım Verici İzlem Formu’ndan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 34 dür. Formun hazırlanmasının ardından ilk versiyonun anlaşılabilirliğini ve açıklığını sağlamak için gerçek örnekleme yer almayan ancak örnekleme deneklerle benzer özelliklere sahip 10 katılımcıdan oluşan bir örneklem ile pilot çalışma yapılmıştır. Katılımcılar ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği, eksiksizliği, konuyla alakalılığı ve doldurma kolaylığı hakkında sözlü olarak geri bildirim sağlamıştır. Bakım vericiler ile yapılan 4. görüşmede HVBBVİF kullanılmış ve puan ortalaması 15; 5. görüşmede puan ortalaması 28; 6. görüşmede puan ortalaması 32 bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta Vücut Banyosu Bakım Verici İzlem Formu puan ortalamaları

Görüşme Sayısı	n	Puan ortalaması
4. Görüşme	21	15
5. Görüşme	21	28
6. Görüşme	21	32

3.8. Veri Toplama Süreci

3.8.1. İzinlerin Alınması

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik izin, araştırmanın yürütüleceği Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğünden araştırma için gerekli izinler alınmıştır.

3.8.2. Bakım Vericilerden Onam Alınması, Ön Test Uygulanması

Gümüşhane ili Kelkit İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi'nden kayıtlı hastaların bakım vericilerinin iletişim bilgileri (telefon numarası, adres) alınmıştır. Daha sonra telefon ile iletişime geçilerek müsait oldukları zamanda evlerinde ziyarete gidilmiştir. Deney (n=21) ve kontrol (n=21) grupları ile birinci görüşme bakım vericilerin evlerine gidilerek yüzyüze gerçekleştirilmiş, her görüşme ortalama 30 dakika sürmüştür, araştırmacı kendini tanıtarak araştırmanın içeriği hakkında bilgi vermiş, araştırmaya katılmayı kabul eden bakım vericilerden Gönüllü Olur Formu (Ek 6) ile yazılı onamları alındıktan sonra ön test uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ön test uygulamasında BVBF, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır.

3.8.3. Bakım Vericilerin Eğitim Almak İstedikleri Konuların Belirlenmesi

Deney grubundaki bakım vericilerin bakım uygulamaları sırasında en fazla güçlük ve stres yaşadıkları, eğitim ihtiyacı hissettikleri, eğitim almak istedikleri konuları (Ek 2) belirlemek amacıyla ikinci görüşme gerçekleştirilmiş ve Tablo 4'de belirtilen konularda eğitim almak istedikleri tespit edilmiştir.

Tablo 4. Deney grubundaki hastaların bakım vericilerinin eğitim almak istedikleri konuların dağılımı (n=21)

Eğitim Konuları	Sayı *	%
Yatak içi banyo	19	90.5
Ağız bakımı	18	85.7
Beslenme	15	71.4
Yatak içi pozisyon verme	13	61.9
Yatak içi egzersiz	10	47.6
Saç banyosu	9	42.9
Şeker ölçümü	5	23.8
Tansiyon ölçümü	4	19.0
Toplam	93	

* Çoklu cevap

Bakım vericilerin eğitim almak istedikleri konular; %90.5 yatak içi banyo, %85.7 ağız bakımı, %71.4 beslenme, %61.9 yatak içi pozisyon verme, %47.6 yatak içi egzersiz, %42.9 saç banyosu, %23.8 şeker ölçümü ve %19 tansiyon ölçümüdür. Deney grubundaki hastaların bakım vericilerinin en fazla yatak içi banyo konusunda eğitim

ihtiyaçları olduğu belirlenmiŐ ve bakım vericilere yatak içi banyo eğitimi verilmesi planlanmıŐtır.

3.8.4. EĞitim İçeriğinin Oluşturulması

Deney grubundaki hastaların bakım vericilerinin %90.5'inin yatak içi banyo eğitimi almak istemesi ve hastaların tamamının 65 yaş uŐt u olması, 42 hastanın yatağa bağımlı olup, bu hastalardan ikisinin kronik obstruğtif akciğer hastalığı (KOA) nedeniyle solunum cihazı kullanması, bir hastanın trakeostomisi, iki hastanın mesane kateteri, bir hastanın nazogastrik sondası, bir hastanın Perkutan Endoskopik Gastrostomi (PEG) ile takip edilmesi nedeniyle yatak içi vucud banyosu eğitimi verilmesi planlanmıŐtır. Araştırmacı planlanan eğitim doğrultusunda G omen ve arkadaşları (2020) "Temel Hemşirelik Becerileri" ve T u rk ve G onen (2021) "Hemşirelik Bakımında Temel Beceriler" kitaplarından yararlanarak eğitim içeriği hazırlanmıştır. Hazırlanan eğitim içeriğine g ore işlem sırasında kullanılacak malzemeler ve iŐlemin uygulama basamakları aşağıda verilmiştir (119, 120).

Gerekli Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven, iki adet y u z havlusu, iki adet banyo havlusu, iki adet silme bezi, iki adet yıkama k u veti, uygun sıcaklıkta (43-46°C sıcaklık) su, sabun, temiz kıyafet, temiz yatak takımı, tırnak makası, nemlendirici krem.

İŞlem Basamakları:

Hazırlık ve Bilgilendirme

- Ellerinizi iyice yıkayın.
- Gerekli t u m malzemeleri hazırlayın ve bunları kolay ulaşılabilir bir yere yerleŐtirin.
- Hastaya, yapılacak işlem hakkında açık ve net bir Şekilde bilgi verin.
- Hastanın mahremiyetini sağlamak için uygun onlemleri alın.
- Tek kullanımlık eldivenlerinizi giyin.

Hastanın Kıyafetlerinin çıkarılması ve Pozisyonunun Ayarlanması

- Hastanın arŐafının altından kıyafetlerini ayrı ayrı çıkarın.
- EĞer tedavi edici bir engel yoksa yarı oturur pozisyon verin.

- Hastanın başının altına ve göğsünün üzerine bir yüz havlusu serin.

Yüz ve Boyun Temizliği

- Silme bezini sabunlu suya batırın, fazla suyu sıkın ve bezinizi üçgen ya da dörtgen şekilli katlayın.
- Gözlerin, iç kantüsten (gözün iç kısmı) dış kantüse (gözün dış kısmı) doğru silin. Her göz için bezinin farklı bir köşesini kullanın.
- Alın, burun kanatları, yanaklar, çene, boyun ve kulakları sabunlu suyla uzaktan yakına doğru silin. Ayrıca duru su ile aynı bölgeleri temizleyin ve bir havluyla kurulayın.

Kollar ve Eller

- Hastanın uzak kolunun altına bir banyo havlusu serin.
- Kolu bilekten omuza doğru sabunlu suyla temizleyin. Aynı durulama işlemini silin ve kurulayın.
- El için havlunun üzerine sabunlu su dolu bir küvet koyun. Hastanın elini bu suda 3-5 dakika bekletin. Parmak aralarını temizleyin ve tırnaklarını kesin. Daha sonra durulama işlemini tekrar edin ve kurulayın.
- Yakın kol ve el için de aynı işlemi tekrarlayın.

Göğüs ve Karın

- Göğüs ve karın bölgelerinin üzerine bir banyo havlusu serin.
- Hastanın üzerindeki örtüyü karın hizasına kadar indirin.
- Göğüs bölgesini sabunlu su ile silin, ardından durulayarak yıkayın ve kurulayın.
- Karın bölgesini de aynı şekilde temizleyin, durulayın ve kurulayın.

Bacaklar ve Ayaklar

- Uzak taraftaki bacağına altına havlu serin. Bacağı dizden bükerek bilekten kalçaya doğru sabunlu suyla silin. Aynı şekilde durulayın ve kurulayın.

- Ayağın altına havlu serin ve sabunlu su dolu bir küvet koyun. Hastanın ayağını bu suda 3-5 dakika bekletin. Parmak aralarını temizleyin ve tırnaklarını kesin. Daha sonra durulama işlemini tekrar edin ve ayağını kurulaşın.
- Yakın bacak ve ayak için aynı işlemleri gerçekleştirin.

Sırt ve Genital Bölge

- Hastayı yan çevirin ve omuzundan kalçasına kadar olan bölgeye bir banyo havlusu serin.
- Sırtını enseden kalçaya doğru sabunlu suyla temizleyin. Aynı işlemi durulama için tekrar edin ve kurulaşın.
- Son olarak, genital bölgeyi silin ve temizleyin.
- İşlem Sonrası
- Tek kullanımlık eldivenlerinizi çıkarıp atın.
- Hastaya temiz kıyafetler giydirin.
- Kullanılmış tüm malzemeleri uygun şekilde kaldırın.
- Ortamı düzenleyip işlemi tamamlayın.

İkinci görüşmeden sonra deney grubundaki hastaların bakım vericilerine yatak içi banyo eğitimi planlanmış, eğitim içeriği ve Hasta Vücut Banyosu Bakım Verici İzlem formu oluşturulmuş, oluşturulan eğitim planı uygunluk açısından uzman görüşüne gönderilmiştir.

3.8.5. Eğitimin Uygulanması

Uzman görüşü alındıktan sonra deney grubundaki hastaların bakım vericileriyle üçüncü görüşme planlanmış, araştırmacı tarafından hastanın bakım vericisine yatak içi banyo eğitimi göstererek uygulanmıştır.

Üçüncü görüşmeden bir hafta sonra deney grubundaki hastaların bakım vericileriyle dördüncü görüşme gerçekleştirilmiş, görüşme sırasında bakım vericilerin hastaya yatak içi banyo uygulaması yapması istenmiş, bakım verici hastaya yatak içi banyo uygulaması yaparken gözlenmiş, uygulama sırasında bakım vericinin eksik/hatalı

uygulamalarını değerlendirmek için, bakım verici uygulamayı yaparken araştırmacı tarafından HVBBVİF doldurulmuştur. Dördüncü görüşmeden bir hafta sonra deney grubundaki hastaların bakım vericileriyle beşinci görüşme gerçekleştirilmiş bakım verici hastaya yatak içi banyo uygulaması yaparken araştırmacı tarafından HVBBVİF doldurulmuş, hatalı/eksik uygulamalar araştırmacı tarafından anında geri bildirim ile düzeltilmiştir. Beşinci görüşmeden iki hafta sonra deney grubundaki hastaların bakım vericileriyle altıncı görüşme gerçekleştirilmiş, hastaya yatak içi banyo uygulamasını bakım verici uygulamış, HVBBVİF araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.8.6. Son Test Uygulaması

Altıncı görüşmeden bir hafta sonra yedinci görüşme deney ve kontrol gruplarıyla gerçekleştirilmiş ve son test uygulaması için ‘‘BVBF’’, ‘‘Beck Anksiyete Ölçeği’’, ‘‘Beck Depresyon Ölçeği’’ tekrar doldurulmuştur. Eğitim içeriğinin geliştirme ve veri toplama süreci Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5. Eğitim içeriğinin oluşturulması aşamaları ve veri toplama süreci

İzinlerin alınması		Tarih
Etik kurul izni alınması		22.11.2022
Gümüşhane il Sağlık Müdürlüğü ve Kelkit İlçe Devlet Hastanesinden kurum izinlerinin alınması		30.12.2022
Eğitim içeriğinin belirlenmesi		
Hazırlık aşaması	Literatür taraması yapılarak anket formlarının oluşturulması	01.05.2022-31.08.2022
	Araştırma kriterlerine uygun örneklem seçimi	01.01.2023-31.01.2023
Uygulama aşaması	Ön test uygulaması ve ev ziyareti randevusu	06.02.2023-28.02.2023
	Eğitim içeriğinin belirlenmesi	01.03.2023-17.03.2023
	Belirlenen eğitim içeriğinin uzman görüşüne gönderilmesi	01.05.2024-31.06.2024
	Üçüncü ev ziyaretinde araştırmacı tarafından yatak içi banyo eğitiminin verilmesi	09.09.2024-20.09.2024
	Dördüncü, beşinci ve altıncı ev ziyaretinde bakım vericilerin yatak içi banyo uygulamasını gerçekleştirmesi	23.09.2024-25.10.2024
	Son test uygulamasının gerçekleştirilmesi	04.11.2024-15.11.2024

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin analizi, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 22 istatistik programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Anali sürecinde sayı ve yüzdelik dağılımlarının yanı sıra, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapmalar değerlendirilmiş, ayrıca aşağıdaki tabloda belirtilen istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayıları (± 2) ile hesaplanmıştır.

Tablo 6. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	-
İkili grupların grup içi karşılaştırmalarında	Bağımlı gruplarda t testi	-
Kategorik verilen karşılaştırılmasında	-	Ki-kare Testi
Kategorik verilerin grup içi oran karşılaştırmalarında	-	McNemar Ki-kare Testi, Karışık Desenli ANOVA testi
İç geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

* Büyüköztürk'den, 125 (125).

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Katsayısı		Kurtosis Katsayısı	
		İstatistik	Standart hata	İstatistik	Standart hata
Anksiyete_ön	42	0.235	0.365	-0.562	0.717
Anksiyete_son	42	0.813	0.365	0.515	0.717
Depresyon_ön	42	-0.015	0.365	-0.898	0.717
Depresyon_son	42	0.205	0.365	-0.857	0.717

Çarpıklık (Skewness) bir değişkenin dağılımındaki asimetrinin bir ölçüsüdür. Normal bir dağılımın çarpıklık değeri sıfırdır ve genellikle simetrik bir dağılıma işaret etmektedir. Normallikten önemli ölçüde sapmanın mutlak çarpıklık değerinin 2’den

büyük olması olarak bir referans önerilmektedir. Basıklık (Kurtosis) değerleri bir dağılımın sivriliğinin bir ölçüsüdür. Normallikten önemli ölçüde sapmanın referansını 7'den büyük bir mutlak kurtosis (öz) değeri olarak önerilmektedir. Küçük örneklerde ($n < 50$), çarpıklık veya basıklık için mutlak z puanları 1.96'dan büyükse (bu, 0.05 alfa düzeyine karşılık gelmektedir), o zaman sıfır hipotezi reddedilmekte ve örneğin dağılımının normal olmadığı sonucuna varılmaktadır (126). Bu bilgilere göre araştırmanın tüm verileri normal dağılmaktadır.

Verilerin grup içi normallik dağılımları Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait grup içi normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler		Skewness Katsayısı		Kurtosis Katsayısı	
Deney Grubu	n	İstatistik	Standart hata	İstatistik	Standart hata
Anksiyete_ön	21	0.085	0.501	-0.718	0.972
Anksiyete_son	21	0.784	0.501	0.372	0.972
Depresyon_ön	21	0.087	0.501	-0.565	0.972
Depresyon_son	21	-0.163	0.501	-1.212	0.972
Kontrol Grubu	n	İstatistik	Standart hata	İstatistik	Standart hata
Anksiyete_ön	21	0.435	0.501	-0.276	0.972
Anksiyete_son	21	0.391	0.501	-0.253	0.972
Depresyon_ön	21	-0.135	0.501	-1.331	0.972
Depresyon_son	21	-0.029	0.501	-1.293	0.972

Küçük örneklerde ($n < 50$), çarpıklık veya basıklık için mutlak z puanları 1.96'dan büyükse, sıfır hipotezi reddedilmektedir. Bu bilgiye göre tüm veriler normal dağılmaktadır.

3.10. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

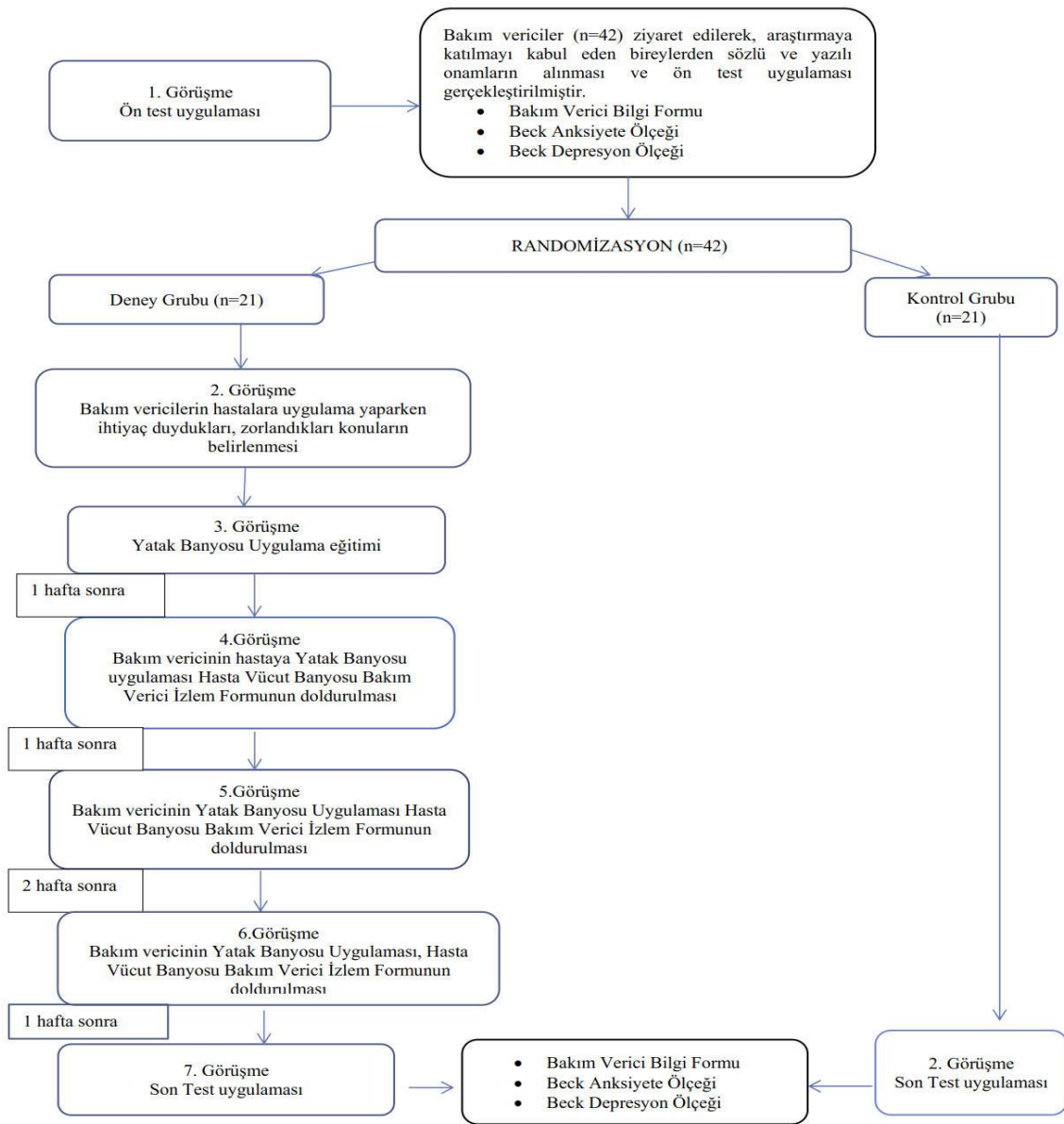
Araştırmanın yürütülebilmesi için Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.11.2022 tarihli E-13562490-199-312058-31 sayılı etik izin (Ek 7), araştırmanın yürütüldüğü Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü'nden 30.12.2022 tarihli E-51020271-771 sayılı araştırma izni (Ek 8) ve Kelkit İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı hastalardan ve bakım vericilerinden yazılı onam alınmıştır. Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği herkesin kullanımına açık ölçekler olduğundan ayrıca yazarlardan izin alınmamıştır (EK 3, EK 4).

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada, bakım vericilere uygulanan evde bakım eğitimi Gümüşhane ili Kelkit ilçesinde Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı bakım vericilerde incelenmiştir. Çalışmanın sadece bir ilçe ile sınırlı tutulması, ilçede Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı hasta sayısının az sayıda olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

3.12. Araştırma Planı

Araştırma planı, Şekil 2'de görülmektedir.



Şekil 2. Araştırma planı

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya dâhil edilen 42 bakım vericiye (deney 21, kontrol 21) ait sosyo-demografik verilerin dağılımı, evde bakıma ilişkin özellikleri, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği ön test- son test ölçek puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırması verilmiştir.

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 9. Deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri

		Deney grubu		Kontrol grubu		İstatistik
		n	%	n	%	
Yaş	25-54	14	66.6	19	90.4	$\chi^2=3.779$ $p=0.286$
	55-65+	7	33.3	2	9.6	
Cinsiyet	Kadın	16	76.2	18	85.7	$p=0.679^*$
	Erkek	5	23.8	3	14.3	
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	9	38.1	6	23.8	$\chi^2=2.178$ $p=0.824$
	Ortaokul	4	19.0	6	28.6	
	Lise ve Üniversite	8	42.9	9	47.6	
Medeni durum	Evli	20	95.2	18	85.7	$p=0.606^*$
	Bekar	1	4.8	3	14.3	
Sosyal güvence	Yok	1	4.8	-	-	$\chi^2=2.000$ $p=0.572$
	SGK	10	47.6	11	52.4	
	Bağ-kur	8	38.1	6	28.6	
	Emekli sandığı	2	9.5	4	19.0	
Gelir durumu	Gelirim giderime eşit	6	28.6	2	9.5	$\chi^2=2.471$ $p=0.116$
	Gelirim giderimden az	15	71.4	19	90.5	
Aile tipi	Çekirdek aile	8	38.1	9	42.9	$\chi^2=0.099$ $p=0.753$
	Geniş aile	13	61.9	12	57.1	
Ailenin yaşadığı yer	İlçe merkezi	18	85.7	14	66.7	$\chi^2=2.100$ $p=0.147$
	Köy	3	14.3	7	33.3	

*Fisher’in kesin ki-kare testi yapıldığı için ki-kare değeri bulunmamaktadır, χ^2 : Ki-kare analizi.

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu.

Tablo 9’da görüldüğü gibi, deney grubundaki bakım vericilerin %66.6’sı 25-54 yaş grubunda, %76.2’si kadın, %42.9’u lise ve üniversite mezunu ve %95.2’si evlidir. Bakım vericilerin %47.6’sının sosyal güvencesi SGK’dır, %71.4’ünün geliri giderinden az, %61.9’u geniş aileye sahip, %85.7’si ilçe merkezinde yaşamaktadır. Kontrol grubundaki bakım vericilerin %90.4’ü 25-54 yaş grubunda, %85.7’si kadın, %47.6’sı

lise ve üniversite mezunu ve %85.7'si evlidir. Bakım vericilerin %52.4'ünün sosyal güvencesi SGK'dır, %90.5'inin geliri giderinden az, %57.1'i geniş aileye sahip, %66.7'si ilçe merkezinde yaşamaktadır.

Bakım vericilerin evde bakıma ilişkin özellikleri Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin evde bakıma ilişkin özellikleri

		Deney grubu		Kontrol grubu		İstatistik
		n	%	n	%	
Bakım verilen hastaya yakınlık	Eşim	7	33.3	1	4.8	$x^2=11.079$ $p=0.086$
	Annem	3	14.3	3	14.3	
	Babam	4	19.0	3	14.3	
	Kayınvalidem	3	14.3	10	47.6	
	Kayınpederim	1	4.8	2	9.5	
	Akrabam	2	9.5	-	-	
	Diğer	1	4.8	2	9.5	
Bakım süresi (yıl)	0-4	15	71.4	20	95.2	$p=0.093^*$
	5-9	6	28.6	1	4.8	
Ailede bakıma ihtiyacı olan başka birey varlığı	Evet	3	14.3	3	14.3	$p=1.000^*$
	Hayır	18	85.7	18	85.7	
Bakım ücreti alma	Evet	17	81.0	12	57.1	$x^2=2.785$ $p=0.095$
	Hayır	4	19.0	9	42.9	
Evde bakım birimi tarafından hastanıza ev ziyareti yapılma durumu	Evet	20	95.2	21	100	$p=1.000^*$
	Hayır	1	4.8	-	-	
Evde bakım hizmeti alırken daha önce hasta bakımı eğitimi alma	Evet	4	19.0	7	33.3	$x^2=1.109$ $p=0.292$
	Hayır	17	81.0	14	66.7	
Alınan eğitimler						
Ağız bakımı	Evet	1	25.0	2	28.6	$p=1.000^*$
	Hayır	3	75.0	5	71.4	
Pozisyon verme	Evet	2	50.0	4	57.1	$p=1.000^*$
	Hayır	2	50.0	3	42.9	
Hasta egzersizi	Evet	-	-	1	14.3	$p=1.000^*$
	Hayır	4	100.0	6	85.7	
İlaç kullanımı	Evet	2	50.0	3	42.9	$p=1.000^*$
	Hayır	2	50.0	4	57.1	
Enfeksiyon kontrol	Evet	-	-	-	-	-
	Hayır	4	100	7	100	

Tablo 10. (Devam)

		Deney grubu		Kontrol grubu		İstatistik
		n	%	n	%	
Düşme	Evet	-	-	-	-	-
	Hayır	4	100	7	100	
Beslenme	Evet	2	50.0	1	14.3	p=0.491*
	Hayır	2	50.0	6	85.7	
Boşaltım	Evet	1	25.0	-	-	p=0.364*
	Hayır	3	75.0	7	100	
Solunum	Evet	-	-	3	42.9	p=0.236*
	Hayır	4	100	4	57.1	
Tansiyon takibi	Evet	1	25.0	1	14.3	p=1.000*
	Hayır	3	75.0	6	85.7	
Vücut ısısı takibi	Evet	-	-	-	-	-
	Hayır	4	100	7	100	
Şeker takibi	Evet	1	25.0	1	14.3	p=1.000*
	Hayır	3	75.0	6	85.7	
Diğer	Evet	-	-	1	14.3	p=1.000*
	Hayır	4	100	6	85.7	
Hastaya bakım vermekten memnun olma	Evet	14	66.7	9	42.9	$\chi^2=3.616$ p=0.164
	Hayır	-	-	2	9.5	
	Kısmen	7	33.3	10	47.6	

*Fisher'in kesin ki-kare testi yapıldığı için ki-kare değeri bulunmamaktadır, χ^2 : Ki-kare.

Tablo 10'da görüldüğü gibi deney grubundaki bakım vericilerin %33.3'ü bakım verilen hastanın eşidir ve %71.4'ü 0-4 yıldır bakım vermektedir. Bakım vericilerin %85.7'sinin ailesinde başka bakıma ihtiyaç duyan birey bulunmamakta, %81'i bakım ücreti almakta, %95.2'sinin hastasına evde bakım birimi tarafından ziyaret yapılmaktadır. Deney grubundaki bakım vericilerin %19'u evde bakım hizmeti alırken daha önce hasta bakım eğitimi almıştır. Bakım vericilerin %66.7'si bakım vermekten kısmen memnundur. Kontrol grubundaki bakım vericilerin %47.6'sı kayınvalidesine ve %95.2'si 0-4 yıldır bakım vermektedir. Bakım vericilerin %85.7'sinin ailesinde başka bakıma ihtiyaç duyan birey bulunmamakta, %57.1'i bakım ücreti almaktadır. Kontrol grubundaki bakım vericilerin hastalarının tamamına evde bakım birimi tarafından ziyaret yapılmaktadır ve %66.7'si evde bakım hizmeti alırken daha önce hasta bakım eğitimi almamıştır. Kontrol grubundaki bakım vericilerin %47.6'sı bakım vermekten

kısmen memnundur. Deney ve kontrol grubundaki bakım vericiler tüm demografik özellikler bakımından benzerdir ($p>0.05$).

Bakım vericilere uygulanan yatak içi banyo eğitimi öncesi ve sonrasına ilişkin ön test ve son test Beck Anksiyete Ölçek puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları ile puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Yatak içi banyo eğitiminin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları ile puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42)

Ölçüm	Deney Grubu (n=21)		Kontrol Grubu (n=21)		Cohen d***
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	t	p*	
Ön Test	22.81±11.60	20.19±13.31	0.680	0.500	0.21
Son Test	13.14±8.18	19.90±13.72	-1.940	0.061	0.60
Ön Test-Son Test	9.67±7.00	0.29±2.28	5.837	<0.001	1.80
Grup İçi Analiz ¹	t	6.326	0.573		
	p**	<0.001	0.573		
	Cohen d	1.38	0.13		
Gruplar Arası Analiz² sd=1, F=34.067, p<0.001, $\eta_p^2=0.46$					

*Bağımsız gruplarda t testi, **Bağımlı Gruplarda t testi, ***Cohen d ise farklı eğitim müdahalelerini karşılaştıran tıp eğitimi araştırma çalışmalarında, etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın büyüklüğüdür (Sullivan’dan,(127), ¹Bağımlı gruplar t-testi, ²Karışık Desenli ANOVA testi.

Tablo 11 incelendiğinde, deney grubunun Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının ön test-son test değişimi anlamlı ($p<0.001$) olup ön test ortalamaları son testte anlamlı olarak azalmıştır. Kontrol grubunun ön test-son test değişimi anlamlı değildir ($p>0.05$). Beck Anksiyete Ölçeği ön test ve son test ortalamalarının gruplara göre anlamlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Beck Anksiyete Ölçeği ön test-son test farkının ortalamaları ise gruplara göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuş ($p<0.001$) olup deney grubunun ortalaması kontrol grubundan daha yüksektir. Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının grup*zaman faktörü etkileşimi anlamlı olup ($p<0.001$) bu sonuç, yapılan uygulamanın etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 11).

Yatak içi banyo eğitiminin ölçek kesme noktalarına göre ön/son testte Beck Anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Yatak içi banyo eğitiminin deney ve kontrol grubunda ölçek kesme noktalarına göre ön/son testte Beck Anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması (n=42)

		Deney grubu		Kontrol grubu		İstatistik
		n	%	n	%	
Ön test	Minimal	4	19.0	5	23.8	$\chi^2=5.093$ $p=0.165$
	Hafif			3	14.3	
	Orta	9	42.9	4	19.0	
	Şiddetli	8	38.1	9	42.9	
Son test	Minimal	6	28.6	6	28.6	$\chi^2=9.045$ $p=0.029$
	Hafif	7	33.3	1	4.8	
	Orta	6	28.6	5	23.8	
	Şiddetli	2	9.5	9	42.9	

χ^2 : Ki-kare

Tablo 12’de görüldüğü gibi ölçek kesme noktalarına göre ön testte deney ve kontrol grubu arasındaki Beck Anksiyete oranları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Son testte deney ve kontrol grubu arasındaki Beck Anksiyete oranları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Şiddetli anksiyete oranı kontrol grubunda daha yüksektir.

Yatak içi banyo eğitiminin bakım vericilerde deney ve kontrol gruplarının Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları ile puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması Tablo 13’te verilmiştir.

Tablo 13. Yatak içi banyo eğitiminin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları ile puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması (n=42)

Ölçüm		Deney Grubu	Kontrol Grubu	t	p*	Cohen d***
		(n=21) $\bar{x}\pm SS$	(n=21) $\bar{x}\pm SS$			
Ön Test		23.48±14.25	20.33±13.98	0.721	0.475	0.22
Son Test		14.05±9.16	19.67±13.98	-1.541	0.132	0.48
Ön Test-Son Test		9.43±7.51	0.67±2.52	5.067	<0.001	1.56
Grup İçi Analiz ¹	t	5.750	1.214			
	p**	<0.001	0.239			
	Cohen d	1.35	0.27			

Gruplar Arası Analiz² $sd=1, F=25.676, p<0.001, \eta_p^2=0.39$

*Bağımsız gruplarda t testi, **Bağımlı Gruplarda t testi, ***Cohen d ise farklı eğitim müdahalelerini karşılaştıran tıp eğitimi araştırma çalışmalarında, etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın büyüklüğüdür (Sullivan’dan, 127). ¹Bağımlı gruplar t-testi, ²Karışık Desenli ANOVA testi.

Tablo 13 incelendiğinde, deney grubunun Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının ön test-son test değişimi anlamlı ($p<0.001$) olup ön test ortalamaları son testte anlamlı olarak azalmıştır. Kontrol grubunun ön test-son test değişimi anlamlı değildir ($p>0.05$). Beck Depresyon Ölçeği ön test ve son test ortalamalarının gruplara göre anlamlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Beck Depresyon Ölçeği ön test-son test farkının ortalamaları ise gruplara göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuş ($p<0.001$) olup deney grubunun ortalaması kontrol grubundan daha yüksektir. Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının grup*zaman faktörü etkileşimi anlamlı olup ($p<0.001$) bu sonuç, yapılan uygulamanın etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 13).

Yatak içi banyo eğitiminin ölçek kesme noktalarına göre ön testte Beck Depresyon düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 14’te sunulmuştur.

Tablo 14. Yatak içi banyo eğitiminin deney ve kontrol grubunda ölçek kesme noktalarına göre ön/son testte Beck Depresyon düzeylerinin karşılaştırılması (n=42)

		Deney grubu		Kontrol grubu		İstatistik
		n	%	n	%	
Ön test	Minimal	4	19.0	5	23.8	$x^2=1.644$ $p=0.649$
	Hafif	2	9.5	3	14.3	
	Orta	10	47.6	6	28.6	
	Şiddetli	5	23.8	7	33.3	
Son test	Minimal	6	28.6	6	28.6	$x^2=9.600$ $p=0.022$
	Hafif	6	28.6	2	9.5	
	Orta	9	42.9	6	28.6	
	Şiddetli			7	33.3	

x^2 : Ki-kare analizi

Tablo 14’te görüldüğü gibi ölçek kesme noktalarına göre ön testte deney ve kontrol grubu arasındaki Beck Depresyon oranları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Son testte deney ve kontrol grubu arasındaki Beck Depresyon oranları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hafif depresyon oranı deney grubunda daha yüksektir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, evde bakım hizmeti alan hastaların bakım vericilerine verilen eğitimin bakım vericilerin anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu çalışmada bakım vericilere verilen yatak içi banyo eğitimin bakım vericilerin anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla eğitimsel müdahale uygulanmış ve müdahale sonunda deney grubundaki bakım vericilerin anksiyete skorlarının ön/son test arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 11). Yine çalışmamızda ölçek kesme noktalarına göre deney ve kontrol grubu arasında son testte anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 12). Akut inme hastalarının bakım vericilerine uygulanan egzersiz programının anksiyete üzerindeki etkisini belirlemek için yapılan bir çalışmada, anksiyete yaygınlığı ve şiddetinin 0. ve 3. ayda bir fark göstermediği, ancak ortak rehabilitasyon tavsiyeleri alan bakım vericilere kıyasla 6. ve 12. ayda azaldığı gözlenmiştir (128). Onkoloji hastaları ve bakım vericilerine uygulanan 6 aylık haftada 2 kez uygulanan grup müzik terapisi programında hastaların ve bakım vericilerin anksiyete düzeylerinde anlamlı azalma olduğu bildirilmiştir (129). Kalp yetmezliği olan hastaların bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada bilişsel davranışçı terapi uygulanan bakım vericilerin algıladığı stres, depresyon ve anksiyete açısından başlangıçtan müdahale sonrasına kadar grup içinde önemli iyileşmeler görülmüş; kontrol grubunda ise anksiyete dışında sonuçlarda grup içinde önemli bir değişiklik görülmemiştir (130). Gliyoma hastalarının bakım vericilerine uygulanan destekleyici eğitim müdahalesi sonrasında gruplar arası anksiyete düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır (131). Çalışmalar arası bu farklılıkların hasta popülasyonunun farklı olması, hastaların bağımlılık düzeylerinin farklı olması, uygulanan eğitim programlarının farklı olması, uygulanan eğitim içeriklerinin ve sürelerinin farklı olması, bakım vericilerin cinsiyetleri, yaşlarının farklı olmasından kaynaklanabileceği söylenebilir.

Bu sonuç çalışmanın H1₁ hipotezini (Evde bakım eğitiminin bakım vericilerin anksiyete düzeylerine etkisi vardır.) desteklemektedir.

Bakım vericilere uygulanan destek programları ile (sorunların nasıl üstesinden gelineceği, finansal destek kaynaklarının nasıl bulunacağı ve nasıl sağlıklı kalınacağı

konusunda eğitim ve danışmanlık) bakım vericilerin yükü azaltılabilir, yaşam kalitesi artırılabilir ve depresyon azaltılabilir (29, 132). Hastaları ve bakım vericileri eğitmek çoğunlukla güçlenmeleriyle sonuçlanır (133). Bu çalışmada bakım vericilere verilen yatak içi banyo eğitimi sonrasında, deney grubundaki bakım vericilerin ön/son test arasındaki Beck Depresyon oranları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 13). Yine çalışmamızda ölçek kesme noktalarına göre deney ve kontrol grubu arasında son testte anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 14). Palyatif bakım hastalarının bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada aylık ihtiyaç temelli seanslarla psikolojik müdahale uygulanmış ve müdahale grubundaki bakım vericilerin takip boyunca depresyon semptomları için genel müdahalenin anlamlı bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (24). Akut inme hastalarının bakım vericilerine uygulanan egzersiz programının depresyon üzerindeki etkisini belirlemek için yapılan çalışmada, depresyon oranının 0., 3., 6. ve 12. aylarda kontrol grubu arasında fark göstermediği bulunmuştur (128). Demans semptomlarının yönetilmesinde ve bakım verici stresinin azaltılmasında evde aile bakıcısı tarafından uygulanan manuel masaj müdahalesinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada deney grubunun depresyon puanlarının önemli derecede azaldığı bildirilmiştir (134). İnme hastalarının bakım vericileri ile telefon değerlendirme ve beceri kitinin etkinliğini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada müdahale sonrası grup içi anlamlı fark var iken gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır (135). Bu araştırmanın sonuçları ile literatür arasındaki farklılıkların; depresyon ölçümü için kullanılan ölçeklerin farklı olmasından, bakım vericilerin hastaya yakınlık derecesi, bakım vericilerin bakım verme sürelerinin farklı olması, bakım verilen hastanın bağımlılık durumu, bakım yükü, bakım vericinin stresi, bakım vericilerin cinsiyetleri gibi faktörlerden kaynaklanabileceği söylenebilir. Bu çalışmada bakım vericilere verilen yatak içi banyo eğitiminin bakım vericilerin anksiyete ve depresyon düzeylerini anlamlı derecede azalttığı görülmüştür.

Bu sonuç çalışmanın H₁₂ hipotezini (Evde bakım eğitiminin bakım vericilerin depresyon düzeylerine etkisi vardır.) desteklemektedir.

Bu çalışmada deney grubundaki bakım vericilerin tamamına yakını hasta yatak içi banyo eğitimi almak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4). Kanseri hastalarının bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada bakım vericiler akademik eğitim planlaması, iş gücü eğitimi, kamuoyu farkındalığı, hasta ve bakım verici güçlendirmesi eğitimi almak

istediklerini ifade etmişlerdir (133). İnme hastalarının bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada bakım vericilerin tıbbi tedaviyle iyileşme olasılığı, stres yönetimi, genel tıbbi bilgi ve inme sonrası diyet yönetimi konularında eğitim ihtiyaçları olduğu bildirilmiştir (136). İnme hastalarının bakım vericileriyle yapılan başka bir çalışmada ise günlük yaşam aktiviteleri modeli rehber olarak alınmış ve Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Birliği (NANDA) tarafından onaylanmış uygun hemşirelik tanısı doğrultusunda hazırlanan hemşirelik süreci kullanılarak eğitim kitapçığı hazırlanmıştır (17). Kronik hastalık yönetimi konusunda yapılan bir çalışmada hastalık yönetimi için literatür taraması ile çevrim içi eğitim platformu oluşturulmuştur (80). Sosyal medya ağları ve mesajlaşma uygulamalarının kullanılmasıyla eğitim maliyetlerinin azaltılabileceğini belirten bir çalışmada WhatsApp Messenger tabanlı eğitim planlanmış ve uygulanmıştır (137). Bakım vericilerin ihtiyaç duydukları eğitim konuları bakım verilen hastanın hastalık durumu ve bakım vericilerin ihtiyaçları ile değişebilmektedir. Bu sebeple eğitim alınmak istenilen konular literatür ile farklılık gösterebilmektedir. Bu çalışmada bakım verilen hastaların tamamının yatağa bağımlı olması bakım vericilerin yatak içi banyo konusunda eğitim almak istemelerine sebep olabileceğini düşündürmektedir. Hastanın ve bakım vericinin ihtiyaçları ve görüşleri doğrultusunda geliştirilen hasta merkezli eğitim, hastalıkların tedavisinde önemli bir faktördür. Sadece hastanın bilgisini arttıran eğitimsel müdahaleler değil; hastalar ve bakım vericilerin öğrendikleri bilgi ve araçları hayatlarında uyguladıklarında, ihtiyaç değerlendirmelerine, erişilebilirliğe ve bulunabilirliğe dayandığında eğitim müdahaleleri etkili olmaktadır.

Bu araştırmada deney grubundaki bakım vericilerin üçte biri bakım verilen hastanın eşidir ve yaklaşık dörtte biri 0-4 yıldır bakım vermektedir. Kontrol grubundaki bakım vericilerin yarıya yakını ise kayınvalidesine ve tamamına yakını 0-4 yıldır bakım vermektedir (Tablo 10). Evde bakım vericilerin bakım vermedeki yeterlilik düzeylerini belirlemek için yapılan bir çalışmada bakım vericilerin %32.4'ünün hastanın kızı olduğu, bakım vericilerin %76.6'sının tam bağımlı hastaya bakım verdiği, %50.5'inin 1-5 yıl arasında bakım verdiği bildirilmiştir (138). Parkinson hastalarının bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada bakım vericilerin çoğunluğunun hastanın eşi olduğu bildirilmiştir (139). Demans hastalarının bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada bakım vericilerin %58'inin hastanın kızı olduğu bildirilmiştir (140). Demans hastalarının bakım vericileriyle yapılan başka bir çalışmada bakım vericilerin

%71.8'inin bakım verilen hastanın çocuğu ve ortalama 6.1 yıldır hastasına bakım verdiği bildirilmiştir (141). Hemodiyaliz hastalarının bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada bakım vericilerin %64.4'ünün hastanın birinci derece akrabası ve ortalama 6.38 yıldır hastasına bakım verdiği bildirilmiştir (142). Bizim çalışmamız evde bakım hizmeti alan bakım vericilerin özellikleri açısından değerlendirildiğinde literatür ile benzerlik göstermektedir ve bunun nedeni geleneksel aile yapısı ve kültürel normlar bakım verme sorumluluğunu genellikle birinci derece aile üyelerine yüklediği ve eşin hastanın birinci derece yakını olması sebebiyle hastasını sahiplenmesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Bu araştırmada deney grubundaki bakım vericilerin yaklaşık üçte biri 25-45 yaş aralığında, yarıdan fazlası kadın, çoğunluğu geniş aileye sahip ve ilçe merkezinde yaşamaktadır. Kontrol grubundaki bakım vericilerin yarıya yakını ise 25-45 yaş grubunda, yarıdan fazlası kadın, yarıdan fazlası geniş aileye sahip ve ilçe merkezinde yaşamaktadır (Tablo 9). Bakım vericilerin evde bakım hizmetlerinden beklentilerini belirlemek için yapılan bir çalışmada bakım vericilerin tamamının kadın olduğu saptanmıştır (143). Resmi olmayan bakım vericilerin evde bakım profesyonelleriyle bakım paylaşımına ilişkin yargılarını belirlemek için yapılan bir çalışmada, bakım vericilerin %58'i kadın, %58'i 45-64 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir (144). Demanslı hastaların bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada bakım vericilerin %64.8'inin kadın ve ortalama yaşlarının 60.76 olduğu bildirilmiştir (145). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada primer bakım vericilerin %40.6'sının 40-54 yaş grubunda, %88.6'sının kadın ve %83.0'mının çekirdek aileye sahip olduğu bildirilmiştir (146). Bu çalışmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Bakım verme sorumluluğu yaş gözetmeksizin genellikle kadınlara ait bir görev olarak kabul edilmektedir. Kadınların daha duyarlı ve şefkatli oldukları, bebek ve çocuk bakımından aktif olarak sorumlu olmaları düşüncesi, onların bakım süreçlerinde erkeklere kıyasla daha fazla rol üstlenmelerine ve bu alanda daha fazla sorumluluk almalarına neden olabilmektedir. Ayrıca geleneksel olarak kadınlara ev içi rollerin, erkeklere ise ailenin gelirinden sorumlu olma rolleri yüklenmiş olması bakım vericilerin çoğunlukla kadınlardan oluşmasını açıklayabilir. Yapılan çalışmalarda kadın bakım vericilerin anksiyete ve depresyon puanlarının erkek bakım vericilerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (18, 21, 22, 84, 141, 147-152). Kadınların ailedeki

karmaşık ve zorlayıcı rolleri sıklıkla strese ve duygusal yüke neden olmaktadır. Kadınların duygusal sağlığı, diğer tüm sorumluluklarına ek olarak etkili bir şekilde “sunmaları gereken” bakım yönünü vurgulayarak rollerini tanımlayan cinsiyet stereotiplerinden ciddi şekilde etkilenebilir (18). Kadınların bakım verme sürecinde daha fazla stres, kaygı ve yük hissetmelerinin temelinde, toplumsal cinsiyet rolleriyle ilişkili beklentiler yatmaktadır. Bakım verme görevinin geleneksel olarak kadınlara atfedilmesi, aynı zamanda ev işleri ve aile sorumluluklarının da büyük ölçüde kadınların omuzlarına yüklenmesiyle birleştiğinde, kadınların çoklu sorumluluk alanlarında daha fazla zorlandığı görülmektedir. Hastaya tek bir kişi tarafından bakım verildiğinde bakım veren kişide anksiyete ve depresyon yaşanması beklenen muhtemel bir durumdur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde bakım hizmeti alan hastaların bakım vericilerine verilen yatak içi banyo eğitiminin bakım vericilerin anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla, 42 bakım vericiyle (21 deney, 21 kontrol) ön test/son test düzeninde randomize kontrollü yarı deneysel olarak gerçekleştirilen bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1. Sonuçlar

Çalışma kapsamında;

- Deney grubundaki bakım vericilerin çoğunluğu kadın ve orta yaş grubunda, üçte biri bakım verilen hastanın eşidir.
- Deney grubundaki bakım vericilerin en sık olarak eğitim almak istediği konu yatak içi banyo eğitimidir.
- Deney grubundaki bakım vericilere verilen yatak içi banyo eğitimi, bakım vericilerin anksiyete skorlarının azalmasında etkili olmuştur.
- Deney grubundaki bakım vericilere verilen yatak içi banyo eğitimi, bakım vericilerin şiddetli anksiyete oranlarının azalmasında etkili olmuştur.
- Deney grubundaki bakım vericilere verilen yatak içi banyo eğitimi, bakım vericilerin depresyon skorlarının azalmasında etkili olmuştur.
- Deney grubundaki bakım vericilere verilen yatak içi banyo eğitimi, bakım vericilerin şiddetli depresyon oranlarının azalmasında etkili olmuştur.
- Deney grubundaki bakım vericilerin eğitim öncesine göre Hasta Vücut Banyosu Bakım Verici İzlem Formu puan ortalamalarının yükselmesi, eğitim programının olumlu etkisini göstermiştir.
- Bu sonuçlar evde bakım vericilere verilen yatak içi banyo eğitiminin bakım vericilerin anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir.

6.2. Öneriler

- Evde bakım hizmetlerinde görev alan veya aile bireyi olarak bakım sağlayan kişilere yönelik olarak yatak içi banyo uygulamalarını kapsayan yapılandırılmış eğitim programlarının ulusal düzeyde standardize edilmesi ve yaygınlaştırılması önerilmektedir. Bu tür eğitimlerin, bakım vericilerin uygulama yeterliklerini arttırarak bakım sürecinden kaynaklanan stres, anksiyete ve depresif belirtileri azaltabileceği öngörülmektedir.
- Evde bakım süreçlerinin fiziksel yönü kadar psikolojik boyutuna da odaklanılması önemlidir. Bu doğrultuda, bakım vericilere yönelik eğitim içeriklerinin, stres yönetimi, baş etme stratejileri, duygu düzenleme ve sosyal destek kullanımı gibi psikososyal bileşenlerle zenginleştirilmesi önerilmektedir. Böylece hem bakım kalitesi hem de bakım vericilerin ruhsal dayanıklılığı güçlendirilebilir.
- Evde bakım ihtiyacı olan hastalara yapılan ev ziyaretlerinde sadece hastalara değil bakım vericilerine de odaklanılmalı ve hem hastaların hem de bakım vericilerin sorunlarına yönelik eğitimler planlanmalıdır.
- Bakım vericiler bakım yükü, stres ve anksiyete açısından değerlendirilmeli, bakım yükünü azaltmaya yönelik oluşturulan destek sistemleri ve kuruluşları konusunda topluma bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında evde bakım ihtiyacı olan hastaların bakım vericilerine yönelik ev ziyaretleri planlanmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır.
- Bu çalışmada alınan örneklem bir ilçe ile sınırlı olup, bakım vericilere yönelik verilen eğitimin anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini belirleyebilmek açısından daha büyük örneklem ile çalışma yapılması önerilmektedir.
- Yatak içi banyo eğitimi dışında, diğer evde bakım uygulamalarına (örneğin beslenme desteği, mobilizasyon, hijyen yönetimi) ilişkin eğitimlerin ruhsal sağlık üzerindeki etkilerini inceleyen karşılaştırmalı deneysel çalışmalar yapılabilir.

- Farklı eğitim yöntemlerinin (örneğin yüz yüze, çevrim içi, simülasyon temelli) bakım vericilerin anksiyete ve depresyon üzerindeki etkilerini analiz eden çok merkezli araştırmalar planlanabilir.



7. KAYNAKLAR

1. Gilmour H (2018). Unmet home care needs in Canada. *Health Rep.* 29(11):3-11.
2. Ganann R, Weeres A, Lam A, Chung H, Valaitis R (2019). Optimization of home care nurses in Canada: A scoping review. *Health Soc Care Community* 27(5):e604-e21.
3. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP (2017). Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 70(1):210-9.
4. Bruce ML (2015). Caring for depression in older home health patients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 53(11):25-30.
5. Curioni C, Silva AC, Damiao J, Castro A, Huang M, Barroso T, et al (2023). The cost-effectiveness of homecare services for adults and older adults: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 20(4):3373.
6. Andrade AM, Castro EAB, Brito MJM, Braga PP, Silva KL (2019). Nursing practice in home care: the mediation of care by reflexivity. *Rev Bras Enferm.* 72(4):956-63.
7. Jarrin OF, Pouladi FA, Madigan EA (2019). International priorities for home care education, research, practice, and management: Qualitative content analysis. *Nurse Educ Today.* 73:83-7.
8. Zhou R, Cheng J, Wang S, Yao N (2021). A qualitative study of home health care experiences among Chinese homebound adults. *BMC Geriatr.* 21(1):309.
9. Ritchie CS, Leff B, Garrigues SK, Perissinotto C, Sheehan OC, Harrison KL (2018). A Quality of care framework for home-based medical care. *J Am Med Dir Assoc.* 19(10):818-23.
10. Masia TA, Mushaphi LF, Mabapa NS, Mbhenyane XG (2020). Nutrition knowledge and care practices of home-based caregivers in Vhembe District, South Africa. *Afr Health Sci.* 20(2):912-22.
11. Larsson Gerdin A, Hellzen O, Rising-Holmstrom M (2021). Nurses' experiences of encounters in home care: A phenomenological hermeneutic study. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 16(1):1983950.

12. Mah JC, Stevens SJ, Keefe JM, Rockwood K, Andrew MK (2021). Social factors influencing utilization of home care in community-dwelling older adults: A scoping review. *BMC Geriatr.* 21(1):145.
13. Dostalova V, Bartova A, Blahova H, Holmerova I (2022). The experiences and needs of frail older people receiving home health care: A qualitative study. *Int J Older People Nurs.* 17(1):e12418.
14. Pyle JJ (2015). A motivational interviewing education intervention for home healthcare nurses. *Home Healthc Now.* 33(2):79-83.
15. Hekmatpou D, Mohammad Baghban E, Mardanian Dehkordi L (2019). The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients. *J Multidiscip Healthc.* 12:211-7.
16. Kaya E (2019). Hastasına evde bakım verenlerde stres düzeyi ve stresle başa çıkmada sosyal desteğin etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Balıkesir.
17. Gök Uğur H, Çatıker A (2019). Evde bakım hastalarının bakım vericilerindeki stres düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *EGE HFD.* 35:115-22.
18. Kantanis A, Pelantaki M, Fountaki ML, Konstantopoulos V, Paraskevas T, Stavropoulou E, et al (2024). Stress and quality of life in caregivers of patients with Multiple Sclerosis. *Medicina (Kaunas).* 60(7): 1033.
19. Lamas K, Bolenius K, Sandman PO, Lindkvist M, Edvardsson D (2021). Effects of a person-centred and health-promoting intervention in home care services- a non-randomized controlled trial. *BMC Geriatr.* 21(1):720.
20. Karabulut S (2015). Evde bakım hizmeti sunulan hastalarda stresin ölçülmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kur. Yön. Bilim Dalı, İstanbul.
21. Çetinkaya N, Dönmez E (2023). İnmeli hastalara bakım verenlerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi.* 10:49-59.

22. Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L, Zeng L (2018). Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine (Baltimore)*. 97(40):e12638.
23. Chen HM, Tsai CM, Wu YC, Lin KC, Lin CC (2015). Randomised controlled trial on the effectiveness of home-based walking exercise on anxiety, depression and cancer-related symptoms in patients with lung cancer. *Br J Cancer*. 112(3):438-45.
24. von Heymann-Horan A, Bidstrup P, Guldin MB, Sjogren P, Andersen EAW, von der Maase H, et al (2018). Effect of home-based specialised palliative care and dyadic psychological intervention on caregiver anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Br J Cancer*. 119(11):1307-15.
25. Loh KP, Kleckner IR, Lin PJ, Mohile SG, Canin BE, Flannery MA, et al (2019). Effects of a home-based exercise program on anxiety and mood disturbances in older adults with cancer receiving chemotherapy. *J Am Geriatr Soc*. 67(5):1005-11.
26. Zhang Q, Wan R, Liu C (2020). The impact of intense nursing care in improving anxiety, depression, and quality of life in patients with liver cancer: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 99(34):e21677.
27. Sewtz C, Muscheites W, Grosse-Thie C, Kriesen U, Leithaeuser M, Glaeser D, et al (2021). Longitudinal observation of anxiety and depression among palliative care cancer patients. *Ann Palliat Med*. 10(4):3836-46.
28. Zhang B, Wang Q, Zhang X, Jiang L, Li L, Liu B (2021). Association between self-care agency and depression and anxiety in patients with diabetic retinopathy. *BMC Ophthalmol*. 21(1):123.
29. Ugur HG, Erci B (2019). The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of Life. *Acta Clin Croat*. 58(2):321-32.
30. Cengiz Z, Turan M, Olmaz D, Erce C (2021). Care burden and quality of life in family caregivers of palliative care patients. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 17(1):50-63.

31. Jacobs G (2019). Patient autonomy in home care: Nurses' relational practices of responsibility. *Nurs Ethics*. 26(6):1638-53.
32. Tutar K (2021). Evde bakım hizmetinde çalışan göçmen kadın işgücünün istihdam deneyimleri: Ankara ili örneği. *Bilge Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 5(1):1-9.
33. Hasgöl E (2016). Evde bakım hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanlarının işlevleri ve rolleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. 7:14-21.
34. Ağcasulu H (2021). Sosyal politika olarak evde bakım hizmetleri: Ülke örnekleri ve Türkiye. *Süleyman Demirel Üniversitesi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 26:167-83.
35. Gronset Grasmø S, Frostad Liaset I, Redzovic SE (2021). Home health aides' experiences of their occupational health: A qualitative meta-synthesis. *Home Health Care Serv Q*. 40(2):148-76.
36. Reckrey JM, Ornstein KA, Wajnberg A, Kopke MV, DeCherrie LV (2017). Teaching home-based primary care. *Home Healthc Now*. 35(10):561-5.
37. Sama SR, Quinn MM, Gore RJ, Galligan CJ, Kriebel D, Markkanen PK, et al (2024). The safe home care intervention study: Implementation methods and effectiveness evaluation. *J Appl Gerontol*. 43(11):1595-604.
38. Aslan Ş, Uyar S, Güzel Ş (2018). Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*. 1:45-56.
39. Çelik Güzel E, Toprak D (2018). Türkiye'de evde sağlık hizmetleri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*. 10(5):15-9.
40. Gümüş R, Sarıbaş S (2017). Diyarbakır ili ve ilçelerinde 2015 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sunduğu evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 3(1):17-27.
41. Hertzberg CK, Heggstad AKT, Magelssen M (2024). Blurred lines: Ethical challenges related to autonomy in home-based care. *Nurs Ethics*. 31(6):1156-71.

42. Corry M, Neenan K, Brabyn S, Sheaf G, Smith V (2019). Telephone interventions, delivered by healthcare professionals, for providing education and psychosocial support for informal caregivers of adults with diagnosed illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 5(5):CD012533.
43. Wagner A, Schaffert R, Mockli N, Zuniga F, Dratva J (2020). Home care quality indicators based on the resident assessment instrument-home care (RAI-HC): A systematic review. *BMC Health Serv Res.* 20(1):366.
44. Wyte-Lake T, Der-Martirosian C, Claver M, Davis D, Dobalian A (2019). Provider delivery of emergency preparedness education in home-based primary care. *Disaster Med Public Health Prep.* 13(3):547-54.
45. Xiang X, Leggett A, Himle JA, Kales HC (2018). Major depression and subthreshold depression among older adults receiving home care. *Am J Geriatr Psychiatry.* 26(9):939-49.
46. Cayir Y (2020). Evde sağlık hizmetleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.* 14(1):147-52.
47. Grasmö SG, Liaset IF, Redzovic SE (2021). Home care workers' experiences of work conditions related to their occupational health: A qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 21(1):962.
48. Çalışkan T, Esen H (2021). Yaşlanan nüfus gereksinimlerine yönelik evde sağlık hizmetleri 2020 yılı değerlendirmesi: Eğitim araştırma hastanesi örneği. *EAvrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi.* 8(3):514-22.
49. Dağdeviren TS, Dağdeviren M, Demir N, Atatorun M, Özşahin OA, Adahan D (2019). Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri. *Ankara MedJ.* 19(2).
50. ubuku M, Yazıcıoğlu B (2016). Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların değerlendirilmesi. *Ankara MedJ.* 4:325-31.
51. Tekin  (2018). Evde hasta bakım hizmetleri alanındaki gelişmeler. *FÜSağBilTıp Derg.* 32(2):115-7.

52. Özkan Ş, Aca Z (2021). Japonya evde bakım hizmetlerinin incelenmesi ve Türkiye için öneriler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. 18:157-78.
53. Gürer A (2021). Ülke örnekleri ile evde bakım hizmetlerine genel bakış. *Journal of Health Services and Education* 5(1):20-5.
54. Shang J, Ma C, Poghosyan L, Dowding D, Stone P (2014). The prevalence of infections and patient risk factors in home health care: a systematic review. *Am J Infect Control*. 42(5):479-84.
55. Haltbakk J, Graue M, Harris J, Kirkevold M, Dunning T, Sigurdardottir AK (2019). Integrative review: Patient safety among older people with diabetes in home care services. *J Adv Nurs*. 75(11):2449-60.
56. Nies MA, McEwen M (2019). *Community/Public health nursing*. Yedinci baskı. Elsevier Yayınları, Sayfa: 1406-29.
57. Nies MA, McEwen M (2015). *Community/ Public health nursing: Promoting the health of populations*. Altıncı Baskı. Elsevier Yayınları, Sayfa:2194-254.
58. Çakır G, Yaman ÖM (2021). Yaşlılara evde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları zorluklar ve etkileyen unsurlar. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. 18: 104-124.
59. Bekdemir A, Ilhan N (2019). Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. *J Nurs Res*. 27(3):e24.
60. Sezgin H, Cevheroglu S, Gok ND (2022). Effects of care burden on the life of caregivers of the elderly: A mixed-method study model. *Medicine (Baltimore)*. 101(43):e30736.
61. Kayaalp A, Page KJ, Rospenda KM (2021). Caregiver burden, work-family conflict, family-work conflict, and mental health of caregivers: A mediational longitudinal study. *Work Stress*. 35(3):217-40.
62. McAtee RE, Spradley L, Tobey L, Thomasson W, Azhar G, Mercado C (2021). Caregiver burden: Caregiving workshops have a positive impact on those caring for individuals with dementia in Arkansas. *J Patient Exp*. 8:23743735211018085.

63. Rajabi-Mashhadi MT, Mashhadinejad H, Ebrahimzadeh MH, Golhasani-Keshtan F, Ebrahimi H, Zarei Z (2015). The zarit caregiver burden interview short form (ZBI-12) in spouses of veterans with chronic spinal cord injury, validity and reliability of the Persian version. *Arch Bone Jt Surg.* 3(1):56-63.
64. Van Bruggen S, Gussekloo J, Bode C, Touwen DP, Engberts DP, Blom JW (2016). Problems experienced by informal caregivers with older care recipients with and without cognitive impairment. *Home Health Care Serv Q.* 35(1):11-24.
65. American Psychological Association A. (2020). Common Caregiving Problems. Available from: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/common-problems> [Accessed 18 Kasım 2024].
66. Law S, Ormel I, Babinski S, Kuluski K, Quesnel-Vallee A (2021). "Caregiving is like on the job training but nobody has the manual": Canadian caregivers' perceptions of their roles within the healthcare system. *BMC Geriatr.* 21(1):404.
67. Sezer A, Demirbaş H, Kadioğlu H (2015). Evde bakım hemşireliği: Mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları. *FNHemDerg.* 23(2):160-5.
68. Brenne BA, Hedlund M, Ingstad K (2022). Exploring home-based care nurses' mindset for nursing practices: A phenomenological study. *BMC Nurs.* 21(1):291.
69. Tonin L, Lacerda MR, Caceres NTG, Hermann AP (2020). Recommendations in covid-19 times: A view for home care. *Rev Bras Enferm.* 73 (2):e20200310.
70. Martinsen B, Mortensen AS, Norlyk A (2018). Nordic homecare nursing from the perspective of homecare nurses-a meta-ethnography. *Br J Community Nurs.* 23(12):597-604.
71. Sağlık Bakanlığı (2011). TC. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?Mevzuat_No=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5 [Accessed 07 Mart 2025].
72. Taşkın P (2014). Ankara Üniversitesi Açık Ders Malzemeleri. Eğitim kavramı. Available from: https://acikdersankara.edu.tr/pluginfile.php/150178/mod_resource/content/0/1HaftaE%C4%9Fitim%20Hukuku-1.pdf [Accessed 22 Şubat 2025].

73. Dewey J (1916). *Democracy and education: An introduction to the philosophy of education.* . New York: The Macmillan Company.
74. Bloom BS (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.* New York: McGraw-Hill.
75. Jackson PW (1998). *John Dewey and the lessons of Art.* . New Haven, CT: Yale University Press.
76. Nissen DM (2020). *A guide for effective home health education.* Walden University. Available from: <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=10041&context=dissertations> [Accessed 07 Mart 2025].
77. Jafari M, Nassehi A, Rafiei H, Taqavi S, Karimi Y, Bardsiri TI, et al (2021). Pressure injury prevention knowledge among family caregivers of patients needing home care. *Home Healthc Now.* 39(4):203-10.
78. Fereidouni Z, Sabet Sarvestani R, Hariri G, Kuhpaye SA, Amirkhani M, Kalyani MN (2019). Moving into action: The master key to patient education. *J Nurs Res.* 27(1):1-8.
79. Seyedin H, Goharinezhad S, Vatankhah S, Azmal M (2015). Patient education process in teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Med J Islam Repub Iran.* 29:220.
80. Win KT, Hassan NM, Oinas-Kukkonen H, Probst Y (2016). Online patient education for chronic disease management: Consumer perspectives. *J Med Syst.* 40(4):88.
81. Mohammadi F, Jahromi MS, Bijani M, Karimi S, Dehghan A (2021). Investigating the effect of multimedia education in combination with teach-back method on quality of life and cardiac anxiety in patients with heart failure: A randomized clinical trial. *BMC Cardiovasc Disord.* 21(1):535.
82. Schooley B, Singh A, Hikmet N, Brookshire R, Patel N (2020). Integrated digital patient education at the bedside for patients with chronic conditions: Observational study. *JMIR Mhealth Uhealth.* 8(12):e22947.

83. Burgdorf JG, Wolff JL, Chase JA, Arbaje AI (2022). Barriers and facilitators to family caregiver training during home health care: A multisite qualitative analysis. *J Am Geriatr Soc.* 70(5):1325-35.
84. Kurtoğlu Y (2023). The burden of care among caregivers: A comparison between home care and palliative care. *Family Practice and Palliative Care.* 8(6):140-6.
85. Strohle A, Gensichen J, Domschke K (2018). The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Dtsch Arztebl Int.* 155(37):611-20.
86. Crocq MA (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci.* 17(3):319-25.
87. Mevlevioğlu D, Tabirca S, Murphy D (2023). Anxiety classification in virtual reality using biosensors: A mini scoping review. *PLoS One.* 18(7):e0287984.
88. Cohen SD, Cukor D, Kimmel PL (2016). Anxiety in patients treated with hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 11(12):2250-5.
89. Kandola A, Vancampfort D, Herring M, Rebar A, Hallgren M, Firth J, et al (2018). Moving to beat anxiety: Epidemiology and therapeutic issues with physical activity for anxiety. *Curr Psychiatry Rep.* 20(8):63.
90. Konnopka A, Konig H (2020). Economic burden of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacoeconomics.* 38(1):25-37.
91. Şahin M (2019). Korku, kayđı ve kayđı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi.* 6:117-35.
92. Tamam L, Demirkol ME (2019). Anksiyete bozuklukları. *Bütüncül tıp: Birinci basamakta ve aile hekimliğinde güncel tanı-tedavi.* Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, Sayfa: 1641-1643.
93. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 19(2):93-107.
94. Rose M, Devine J (2014). Assessment of patient-reported symptoms of anxiety. *Dialogues Clin Neurosci.* 16(2):197-211.
95. Locke AB, Kirst N, Shultz CG (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *Am Fam Physician.* 91(9):617-24.

96. Abd-Alrazaq A, AlSaad R, Aziz S, Ahmed A, Denecke K, Househ M, et al (2023). Wearable artificial intelligence for anxiety and depression: Scoping review. *J Med Internet Res.* 25:e42672.
97. Schiele MA, Domschke K (2018). Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders. *Genes Brain Behav.* 17(3):e12423.
98. Sassarini DJ (2016). Depression in midlife women. *Maturitas.* 94:149-54.
99. Zieba A, Matosiuk D, Kaczor AA (2023). The role of genetics in the development and pharmacotherapy of depression and its impact on drug discovery. *Int J Mol Sci.* 24(3).
100. Ruiz M, Moreno M, Girela-Serrano B, Diaz-Olivan I, Munoz LJ, Gonzalez-Garrido C, et al (2022). Winning the game against depression: A systematic review of video games for the treatment of depressive disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 24(1):23-35.
101. Peng S, Zhou Y, Xiong L, Wang Q (2023). Identification of novel targets and pathways to distinguish suicide dependent or independent on depression diagnosis. *Sci Rep.* 13(1):2488.
102. Belanger HG, Lee C, Winsberg M (2023). Symptom clustering of major depression in a national telehealth sample. *J Affect Disord.* 338:129-34.
103. Fried EI, Nesse RM (2015). Depression sum-scores don't add up: Why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC Med.* 13:72.
104. Ergenekon AP, Yilmaz Yegit C, Cenk M, Bas Ikizoglu N, Atag E, Gokdemir Y, et al (2021). Depression and anxiety in mothers of home ventilated children before and during COVID-19 pandemic. *Pediatr Pulmonol.* 56(1):264-70.
105. Dorsey ER, Vlaanderen FP, Engelen LJ, Kieburtz K, Zhu W, Biglan KM, et al (2016). Moving Parkinson care to the home. *Mov Disord.* 31(9):1258-62.
106. Bao Y, Eggman AA, Richardson JE, Sheeran TF, Bruce ML (2015). Practices of depression care in home health care: home health clinician perspectives. *Psychiatr Serv.* 66(12):1365-8.

107. Wister A, Li L, Mitchell B, Wolfson C, McMillan J, Griffith LE, et al (2022). Levels of depression and anxiety among informal caregivers during the COVID-19 pandemic: A study based on the Canadian longitudinal study on aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 77(9):1740-57.
108. Sukhato K, Lotrakul M, Dellow A, Ittasakul P, Thakkinstian A, Anothaisintawee T (2017). Efficacy of home-based non-pharmacological interventions for treating depression: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open.* 7(7):e014499.
109. Kalıncara V, Kalaycı I (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi.* 10(2):19-39.
110. Human to human relationship model. *Theory Nursing.* Available from: <https://nursingtheory.org/theories-and-models/travelbee-human-to-human-model-of-nursing> [Accessed 03 Haziran 2025].
111. Shelton G (2016). Appraising Travelbee's human-to-human relationship model. *J Adv Pract Oncol.* 7(6):657-61.
112. Cohen J (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* İkinci baskı. Routledge Academic. United states of America, 1-17.
113. Randomizer R. Random sampling and random assignment made easy 2024 Available from: <https://www.randomizer.org/> [Accessed 02 Ocak 2023].
114. Falci SG, Marques LS (2015). CONSORT: When and how to use it. *Dental Press J Orthod.* 20(3):13-5.
115. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profilleri ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 19(2):171-86.
116. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H (1998). Turkish version of the Beck Anxiety inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 12(2):163-72.

117. Hisli N (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi. 7(23):3-13.
118. Kılıç C, Tonga Z (2022). Deneysel araştırmalarda iç geçerlik: Psikolojik danışma ve rehberlik alanındaki doktora tezlerinin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 42(3):2631-61.
119. Göçmen Baykara Z, Çalışkan N, Öztürk D, Karadağ A (2020). Temel hemşirelik becerileri. Üçüncü baskı. Ankara Nobel Kitabevi, Ankara, Sayfa: 63-68.
120. Türk G, Denat Y (2021). Hemşirelik bakımında temel beceriler. İkinci baskı. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 49-52.
121. Yeşilyurt S, Çapraz C (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 20(1):251-64.
122. Büyükoztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖA, Karadeniz Ş, Demirel F (2024). Eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri. Otuz altıncı baskı. Pegem Akademi, Ankara, Sayfa: 106-174.
123. Nickerson C (2024). What Is Face Validity? 2 Available from: <https://www.simplypsychology.org/face-validity.html> [Accessed 15 Haziran 2025].
124. Yurdugül H (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Denizli, 28-30 Eylül 2005, 1:771-4.
125. Büyükoztürk Ş (2014). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Yirmi Yedinci Baskı. Pegem Akademi Yayınları, Ankara, Sayfa: 21-154.
126. Kim HY (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. Restor Dent Endod. 38(1):52-4.
127. Sullivan GM, Feinn R (2012). Using effect size-or why the P value is not enough. J Grad Med Educ. 4(3):279-82.
128. Wang J, Liu J, Li L, Man J, Yue S, Liu Z (2021). Effect of education and muscle relaxation program on anxiety, depression and care burden in caregivers of acute

- stroke survivors: A randomized, controlled study. *Medicine (Baltimore)*. 100(4):e24154.
129. Salgado-Vasco A, Torres-Morales J, Duran-Rojas CI, Beltran-Sanchez LY, Amarillo M, Etenberger M (2025). The impact of group music therapy on anxiety, stress, and wellbeing levels, and chemotherapy-induced side effects for oncology patients and their caregivers during chemotherapy: A retrospective cohort study. *BMC Complement Med Ther*. 25(1):124.
 130. Hwang GKB, Granger DA, Brecht ML, Doering LV (2022). Cognitive behavioral therapy versus general health education for family caregivers of individuals with heart failure: A pilot randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 22 (1): 281.
 131. Halkett GKB, Lobb EA, Phillips JL, McDougall E, Clarke J, Campbell R, et al (2023). Carer preparedness improved by providing a supportive educational intervention for carers of patients with high-grade glioma: RCT results. *J Neurooncol*. 161(3):501-13.
 132. Yeh J, Pond B, Beld M, Garcia A, Mauricio J, Mata-Pacheco J, et al (2023). Enhancing dementia knowledge and self-efficacy of in-home supportive services caregivers through online training. *J Appl Gerontol*. 42(4):617-26.
 133. Ansari MPC, Rassouli MP, Akbari MM, Abbaszadeh AP, Akbari Sari AP (2018). Educational needs on palliative care for cancer patients in Iran: A SWOT analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 6(2):111-24.
 134. Liu YC, Lo YT, Peng HY, Song CY (2023). Effectiveness of a home-based, family caregiver-administered manual massage intervention in managing dementia symptoms and reducing caregiver stress: A randomized, controlled clinical trial. *Geriatr Nurs*. 53:162-9.
 135. Bakas T, Austin JK, Habermann B, Jessup NM, McLennon SM, Mitchell PH, et al (2015). Telephone assessment and skill-building kit for stroke caregivers: A randomized controlled clinical trial. *Stroke*. 46(12):3478-87.
 136. Hafsteinsdottir TB, Vergunst M, Lindeman E, Schuurmans M (2011). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Educ Couns*. 85(1):14-25.

137. Abbasian F, Naghizadeh MM, Ahmadian L (2024). Effect of WhatsApp Messenger-based education on the knowledge of health ambassadors about home care for minor illnesses. *BMC Health Serv Res.* 24(1):1515.
138. Ural Z, Ayyıldız M (2021). Evde bakım vericilerin bakım vermedeki yeterlilik düzeyleri ile bakım yüklerinin karşılaştırılması. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi.* 6(1):163-72.
139. Geerlings AD, Kapelle WM, Sederel CJ, Tenison E, Wijngaards-Berenbroek H, Meinders MJ, et al (2023). Caregiver burden in Parkinson's disease: A mixed-methods study. *BMC Med.* 2023;21(1):247.
140. Abdelhalim DS, Ahmed MM, Hussein HA, Khalaf OO, Sarhan MD (2024). Burden of care, depression, and anxiety among family caregivers of people with dementia. *J Prim Care Community Health.* 15:21501319241288029.
141. Ali AM, Alameri RA, Hendawy AO, Al-Amer R, Shahrour G, Ali EM, et al (2022). Psychometric evaluation of the depression anxiety stress scale 8-items (DASS-8)/DASS-12/DASS-21 among family caregivers of patients with dementia. *Front Public Health.* 10:1012311.
142. Al Maqbali A, Al Omari O, Abu Sharour L, Al-Naamani Z, Al Khatri M, Sanad HM, et al (2025). The perceived levels of stress, anxiety and depression among family caregivers of patients undergoing haemodialysis and their association with quality of life. *BJPsych Open.* 11 (3): e100.
143. Aşiret GD, Çetinkaya F (2016). Bakım verenlerin evde bakım hizmetlerinden beklentileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 9(4):120-5.
144. Wittenberg Y, de Boer A, Plaisier I, Verhoeff A, Kwekkeboom R (2019). Informal caregivers' judgements on sharing care with home care professionals from an intersectional perspective: the influence of personal and situational characteristics. *Scand J Caring Sci.* 33(4):1006-16.
145. Abreu W, Rodrigues T, Sequeira C, Pires R, Sanhudo A (2018). The experience of psychological distress in family caregivers of people with dementia: A cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care.* 54(2):317-23.

146. Selçuk KT, Avcı D (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 7(1):1-9.
147. Burke T, Galvin M, Pinto-Grau M, Lonergan K, Madden C, Mays I, et al (2017). Caregivers of patients with amyotrophic lateral sclerosis: Investigating quality of life, caregiver burden, service engagement, and patient survival. J Neurol. 264(5):898-904.
148. Ay S, Ünübol H, Ezer S, Omay O, Sayar GH (2017). Evaluation of the relationship between caregiver burden, coping styles and levels of anxiety and depression in caregivers of old age patients. Family Practice and Palliative Care. 2 (3): 38-44.
149. Ateş E, Canyılmaz E, Çakır NG, Yurtsever C, Yöney A (2018). Kanser hastalarının ve onlara bakım veren kişilerin depresyon ve anksiyete durumlarının değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal. 18(1):61-7.
150. Toker S, Ayraller A, Özgür R (2019). Evde bakım birimince takip edilen hastaların bakımlarından sorumlu kişilerde depresyon. Online Turkish Journal of Health Sciences. 4 (4): 428-43.
151. Stathopoulou A, Fragkiadakis GF (2023). Assessment of psychological distress and quality of life of family caregivers caring for patients with chronic diseases at home. AIMS Public Health. 10(2):456-68.
152. Çelenk Z, Kumcağız H (2022). Yaşlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 9(2):628-45.



EKLER

EK 1. Bakım Verici Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma “Evde Bakım Veren Bireylere Uygulanan Evde Bakım Eğitiminin Bakım Verenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi” ni belirlemek amacıyla yapılacaktır. İsminizi belirtmeden gönüllü katılımınız önemlidir. Sizlerden alınan bilgiler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmamızın doğruluğu ve size gelecekte verilecek hizmetlerin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Hatun ERKURAN, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi

E-posta:

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Havva KARADENİZ, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Eğitim durumunuz?

() Okur- yazar değil () Okur- yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise

() Üniversite () Lisansüstü

4. Medeni Durumunuz?

() Evli () Bekâr () Ayrı yaşıyor () Boşanmış () Eşi vefat etmiş

5. Sosyal güvenceniz?

() Yok () SSK () Bağ- Kur () Emekli sandığı () Özel Sigorta

EK 1. (Devamı)

6. Gelir Durumunuz?

Gelirim giderime denk Gelirim giderimden fazla Gelirim giderimden az

7. Aile tipiniz?

Çekirdek Aile Geniş Aile

8. Ailenin yaşadığı yer?

İl Merkezi İlçe Merkezi Köy Mezra

9. Hastanıza kaç yıldır bakım veriyorsunuz?.....

10. Bakım verdiğiniz hastaya yakınlık dereceniz?

Eşim Annem Babam Kayınvalidem

Kayınpederim Çocuğum Akrabam Diğer.....

11. Ailede bakım ihtiyacı olan başka bireyler var mı?

Evet Hayır

12. Bakım ücreti alıyor musunuz? Evet Hayır

13. Evde Bakım Birimi tarafından hastanıza ev ziyareti yapılıyor mu?

Evet Hayır

14. Evde bakım hizmeti alırken daha önce hasta bakımı konusunda eğitim aldınız mı?

(Cevabınız Hayır ise 17.soruya geçiniz)

Evet Hayır

15. Hangi konularda eğitim aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Ağız Bakımı Yatak içerisinde hastaya pozisyon verme Hasta egzersizleri

İlaç kullanımı Enfeksiyon kontrolü Düşme Beslenme

Boşaltım Solunum Tansiyon takibi Vücut ısısı takibi

Şeker takibi Diğer.....

EK 1. (Devamı)

16. Hastanızı hastaneye götürme sıklığınız nedir?

Haftada bir Ayda bir Yılda bir Diğer.....

17. Evde bakım birimine başvurma sıklığınız nedir?

Haftada bir Ayda bir Yılda bir Diğer.....

18. Hastanıza bakım vermekten memnun musunuz?

Evet Hayır Kısmen



EK 2. Bakım Vericinin Eğitim Almak İstedığı Konular

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma “Evde Bakım Veren Bireylere Uygulanan Evde Bakım Eğitiminin Bakım Verenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi” ni belirlemek amacıyla yapılacaktır. İsminizi belirtmeden gönüllü katılımınız önemlidir. Sizlerden alınan bilgiler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmamızın doğruluğu ve size gelecekte verilecek hizmetlerin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Hatun ERKURAN, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi

E-posta:

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Havva KARADENİZ, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

DENEY GRUBU

Hastanıza bakım için hangi eğitimi almak istersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Yatak Banyosu Ağız Bakımı Beslenme Yatak içi pozisyon verme
 Yatak içi egzersiz Saç banyosu Şeker takibi Tansiyon ölçümü
 Diğer

EK 3. Beck Anksiyete Ölçeği

Sayın Katılımcı,

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumun **BUGÜN DÂHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Hatun ERKURAN, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi

E-posta:

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Havva KARADENİZ, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

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

Toplam BECK-A Skoru:

EK 4. Beck Depresyon Ölçeği

Sayın Katılımcı,

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Sorulara vereceğiniz doğru cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Hatun ERKURAN, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi

E-posta:

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Havva KARADENİZ, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

1	Üzgün ve sıkıntılı değilim.	0	12	Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.	0
	Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.	1		Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.	1
	Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.	2		Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.	2
	O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.	3		Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.	3
2	Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.	0	13	Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.	0
	Gelecek için karamsarım.	1		Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.	1
	Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.	2		Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.	2
	Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.	3		Kendimi çok çirkin buluyorum.	3
3	Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.	0	14	Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.	0
	Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.	1		Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.	1
	Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.	2		Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.	2
	Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.	3		Artık hiçbir iş yapamıyorum.	3
4	Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.	0	15	Uykum her zamanki gibi.	0
	Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.	1		Eskisi gibi uyuyamıyorum.	1
	Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.	2		Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.	2
	Her şeyden sıkılıyorum.	3		Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.	3
5	Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.	0	16	Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.	0
	Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.	1		Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.	1
	Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.	2		Her şey beni yoruyor.	2
	Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.	3		Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.	3
6	Kendimden memnunum.	0	17	İştahım her zamanki gibi.	0
	Kendimden pek memnun değilim.	1		Eskisinden daha iştahsızım.	1
	Kendime kızgınım.	2		İştahım çok azaldı.	2
	Kendimden nefrete ediyorum.	3		Hiçbir şey yiyemiyorum.	3

EK 4. (Devamı)

7	Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.	0	18	Son zamanlarda zayıflamadım.	0
	Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.	1		Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.	1
	Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.	2		Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.	2
	Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.	3		Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.	3
8	Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.	0	19	Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.	0
	Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.	1		Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.	1
	Kendimi öldürmek isterdim.	2		Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.	2
	Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.	3		Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.	3
9	İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.	0	20	Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.	0
	Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.	1		Eskisine oranla sekse ilğim az.	1
	Çoğu zaman ağlıyorum.	2		Cinsel isteğim çok azaldı.	2
	Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.	3		Hiç cinsel istek duymuyorum.	3
10	Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.	0	21	Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.	0
	Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.	1		Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.	2
	Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.	2		Cezamı çekmeyi bekliyorum.	3
	Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.	3		Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.	
11	Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.	0			
	Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.	1			
	Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.	2			
	Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.	3			

EK 5. Hasta Vücut Banyosu Bakım Verici İzlem Formu

UYGULAMA BASAMAKLARI	UYGULAMADI	HATALI/EKSİK	DOĞRU
Eller yıkanır.			
Malzemeler hazırlanır, kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastaya uygun pozisyon verilir.			
Silme bezi suya batırılır, fazla suyu sıkılır.			
Gözler kapalı iken içkantüsten dış kantüse doğru silinir.			
Sırasıyla alın, burun kanatları, yanaklar, çene, boyun ve kulaklar uzaktan yakına doğru silinir.			
Sırasıyla alın, burun kanatları, yanaklar, çene, boyun ve kulaklar duru su ile uzaktan yakına doğru silinir. Alın, burun kanatları, yanaklar, çene, boyun ve kulaklar kurulanır.			
Uzak taraftaki kol bilekten tutularak silinir. Kol bilekten omza doğru uzunlamasına hareketlerle silinir. Duru bezle silindikten sonra kurulanır.			
Sabunlu su küveti havlunun üstüne konulur. Hastanın eli sabunlu suda 3-5 dk bekletilir. Parmak araları yıkanır, gerekli ise tırnaklar kesilir. Aynı uygulamalar duru su ile tekrarlanır, eller kurulanır. Diğer kol içinde aynı işlemler tekrarlanır.			
Göğüs bölgesi havlunun altından uzaktan yakına doğru sabunlu su ile ıslatılmış bezle silinir. Sonra duru bez ile silinir. Göğüs bölgesi kurulanır.			
Abdomen bölgesi uzaktan yakına doğru sabunlu su ile ıslatılmış bezle silinir. Sonra duru bez ile silinir. Abdomen kurulanır.			
Hastanın bacağı sabunlu su ile bilekten kalçaya doğru uzunlamasına hareketlerle silinir. Aynı şekilde duru su ile silinir, kurulanır.			
Hastanın ayağı sabunlu suda 3-5 dk bekletilir. Parmak araları yıkanır, gerekli ise tırnaklar kesilir, aynı uygulamalar duru su ile tekrarlanır, ayak kurulanır.			
Hasta yan çevrilerek sırtı havlunun altından enseden kalçalara doğru uzunlamasına hareketlerle sabunlu su ile yıkanır. Aynı şekilde duru su ile yıkanır, kurulanır.			
Son olarak genital bölge silinir, temizlenir.			
Tek kullanımlık eldiven çıkarılır. İşlem bittikten sonra hastaya temiz kıyafetler giydirilir. Yatak takımları değiştirilir. Kirli malzemeler kaldırılır.			

EK 6. Gönüllü Olur Formu

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanı/Elemanları tarafından hazırlandı. Araştırmanın adı “Evde Bakım Eğitiminin Bakım Vericilerin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi” olup, bu çalışma evde bakım veren bireylere verilen hasta bakım eğitiminin bakım verenlerin anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Çalışmada *ön test – son test yarı deneysel yöntem* kullanılacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu çalışmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Çalışmanın süresi 8 hafta’dır. Bu çalışma süresince sizlerden *formları cevaplamanız ve eğitime katılmanız* beklenmektedir. Aşağıda çalışma kapsamında ulaşabileceğiniz araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının Beyanı: Ben, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı (Gerektiği durumlarda yasal temsilcisi):

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No):

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Havva KARADENİZ

Adresi: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Hatun ERKURAN

Adresi: Gümüşhane Üniversitesi Kelkit Sema Doğan SHMYO

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Evde Bakım Eğitiminin Bakım Vericilerin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi”
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2022/43
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Havva Karadeniz
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Doktora öğrencisi Hatun Erkuran
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ <input type="checkbox"/> DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/> BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE <input type="checkbox"/> BAP PROJESİ <input type="checkbox"/> TÜBİTAK PROJESİ <input type="checkbox"/> KURUMSAL ARAŞTIRMA <input type="checkbox"/> BİTİRME PROJESİ <input type="checkbox"/> DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER	<input type="checkbox"/>		

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Hatun ERKURAN
Uyruğu : TC
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı	-
Yüksek Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Evde Bakım Hemşireliği AD	2015
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi Giresun Sağlık Yüksekokulu	2009
Lisans	Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi	2003
Lise	Giresun Lisesi	1998

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Ücretli Öğretmen	Piraziz Çayır Köyü Birleştirilmiş Sınıflı İlköğretim Okulu	2003-2004
2. Ücretli Öğretmen	Keşap Karabedir Mah. İlköğretim Okulu	2004-2005
3. Hemşire	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2009-2015
4. Hemşire	Giresun Devlet Hastanesi	2015-2018

5. Öğretim Görevlisi Gümüşhane Üniversitesi Kelkit 2018-2025
Sema Doğan Sağlık Hizmetleri
MYO

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Halk Sağlığı Hemşireliği

YAYINLAR

1. Erkuran H, Demirbağ BC (2021). Bir üniversiteye bağlı ilçedeki sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda okuyan öğrencilerin problemlerinin analizi. OPUS–Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 17(38): 5228-5243. DOI: 10.26466/opus.749235.
2. Erkuran H, Altay B (2020). Alzheimer’lı hastaya bakım veren kişilerin bakım yükünün stresle baş etme durumlarına etkisi. Journal of Health Services and Education, 3(2): 52-58.
3. Erkuran H, Karadeniz H (2019). Çocukluk çağında obezite. Journal of Health and Society, 3:12-29.
4. Altay B, Erkuran H, Aydın Avcı İ (2018). Alzheimerlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 2: 1-8.
5. Erkuran H, Akan YE, Örnek HF (2023). Evde bakım veren bireylere verilen temel yaşam desteği eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(3): 331-340. <https://doi.org/10.52369/togusagbilderg.1183661>.

BİLDİRİLER

1. Erkuran H (2018). Yaşlanma korkusu. V.International Symposium on Multidisciplinary Studies, Ankara, 16-17 Kasım 2018, Sağlık Bilimlerinde Güncel Akademik Çalışmalar Vol; 1:369-374.
2. Erkuran H, Demirbağ BC (2020). Bir üniversiteye bağlı ilçedeki sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda okuyan öğrencilerin problemlerinin analizi. 5.Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Bilimleri Kongresi, Ankara, 24-25 Nisan 2020, 2-3.
3. Erkuran H, Karadeniz H (2021). Palliative care and culture. 2nd International Baku Conference on Scientific Research, Baku, Azerbaycan, 28-30 Nisan 2021, vol.II, 38-49.

4. Erkuran H, Karadeniz H (2021). Cultural humility. 3rd International Congress of Multidisciplinary Studies In Medical Sciences, Ankara, 17 Ağustos 2021, 29-35.
5. Erkuran H, Karadeniz H (2023). Geriatrik adli hemşirelik. 7th International Forensic Nursing Congress, Trabzon, 8-10 Mayıs 2023, 291-297.
6. Erkuran H, Karadeniz H (2023). Afetlerde gerekli hemşirelik yeterlilikleri. 4. Ispec International Congress on Contemporary Scientific Research, Ganja, Azerbaijan, 14-15 Kasım 2023, 608-613.



