

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

PALYATİF BAKIM HASTALARINA BAKIM  
VERENLERDE BAKIM YÜKÜ VE  
SAĞLIK ANKSİYETESİ İLİŞKİSİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Muhammed Raşid KAYAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

ÇORUM/2023

## I. TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve yürütülmesi sırasında bilgisi, deneyimi ve verdiği emeklerinden dolayı değerli danışman hocam Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK'a, asistanlığa başlangıcımdan itibaren aile ortamında hissettiren, bilgi ve tecrübeleriyle ufkumuzu genişleten hocalarım Doç. Dr. Coşkun ÖZTEKİN ve Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK'a,

Klinik rotasyonlar esnasında eğitimime katkı sağlayan, tecrübelerinden faydalandığım hocalarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım uzman olan kıdemlilerime ve eğitimlerine devam eden değerli asistan arkadaşlarıma,

Huzurum, neşem, mutluluğum, hayat arkadaşım Uzm. Dr. Merve KIR KAYAN'a ve bu süreçte desteklerini esirgemeyen sevgili ailesine,

Ailem, beni büyüten, bugünlere getiren, en büyük destekçilerim ve oğulları olmaktan gurur duyduğum sevgili annem Nuran ve babam Ali KAYAN'a, biricik ablam ve sevgili kardeşime,

Hayatımıza güzellikler getiren sevimli, güzel, minik kızım Zehra Ebrar'a,  
Sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Muhammed Raşid KAYAN

## II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR.....	I
II. İÇİNDEKİLER .....	II
III. ÖZET.....	IV
IV. ABSTRACT .....	VI
V. KISALTMALAR .....	VIII
VI. TABLO LİSTESİ .....	IX
VII. ŞEKİL LİSTESİ .....	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Palyatif Bakım.....	3
2.1.1. Palyatif bakımın amacı.....	4
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif bakım .....	4
2.1.3. Palyatif bakıma hangi hastalar kabul edilir? .....	6
2.2. Bakım verme ve bakım yükü kavramı .....	6
2.2.1. Bakım verme türleri .....	7
2.2.2. Primer bakım verenler ve özellikleri .....	7
2.2.3. Bakım verme yükü ve bakım verenler üzerindeki genel etkileri .....	7
2.2.4. Bakım verme yükünü etkileyen etkenler .....	8
2.3. Sağlık anksiyetesi.....	8
2.3.1. Sağlık anksiyetesinin etiyolojisi .....	9
2.3.2. Sağlık anksiyetesiyle ilişkili psikopatolojiler .....	9
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	10
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi .....	10
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	10
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	11
3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu: .....	11
3.4.2. Bakım Verme Yükü Ölçeği:.....	11
3.4.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği: .....	11

3.5. Verilerin Analizi .....	12
3.6. Araştırmanın Bütçesi .....	12
4. BULGULAR.....	13
5. TARTIŞMA .....	22
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	25
7. KAYNAKLAR.....	28
8. EKLER .....	36
EK-1 Sosyo-demografik Veri Formu .....	36
Ek-2 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği.....	37
Ek-3 Bakım Verme Yüğü Ölçeği.....	40



### III. ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmanın amacı, palyatif bakım hastasıyla sürekli birlikte olmanın bakım verenlerin sağlığına ilişkin endişe ve soruları artırabileceği bilgisinden hareketle, bakım yükü ile sağlık kaygısı arasında bir ilişki olup olmadığını ve bunları etkileyen sosyo-demografik özellikleri araştırmaktır. Bu durumun tespit edilmesi, iki taraflı sağlık risklerinin öngörülmesi ve uygun müdahalelerin yapılması için bir fırsat sağlayabilir.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel ve prospektif nicel çalışma olarak planlanmış olan bu araştırmada 08.07.2022 ile 08.09.2022 tarihleri arasında Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde takip edilen hastalara primer bakım veren kişilere sosyo-demografik veriler, Bakım Verme Yükü Ölçeği, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği uygulandı.

**Bulgular:** Palyatif bakım merkezinde takip edilen hastalara bakım veren kişilerde toplam sağlık anksiyetesi puanı  $18,79 \pm 7,67$ , Bakım Verme Yükü Ölçeği ortalama puanı  $37,70 \pm 16,50$  idi. Sağlık anksiyete düzeyi ile bakım verme yükü düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. ( $r=0.372$ ;  $p<0.01$ ) Regresyon analizi sonuçlarına göre bakım verme yükü üzerinde sağlık anksiyete düzeyinin etkisi istatistiksel olarak anlamlıydı. ( $B=0.647$ ;  $p<0.01$ ) Bakım vermede yardım almanın bakım yükünü ve sağlık anksiyetesini azalttığı belirlendi ( $B=-15,006$ ;  $p<0.001$ ). Bakım vermeden memnun olma durumu bakım yükü ile ilişkisi negatif yönlü anlamlyken ( $p<0.05$ ) sağlık anksiyetesi ile ilişkisi çok değişkenli analizde anlamlı değildi ( $p>0.05$ ). Okuryazar olan bireylerde daha yüksek sağlık anksiyetesi ( $p<0.05$ ) olmasına rağmen eğitim düzeylerinin sağlık anksiyetesi üzerine korelasyon analizi ile bakıldığında anlamlı bir etkisi yoktu ( $p>0.05$ ).

**Sonuç:** Palyatif bakım merkezinde takip edilen hastalara bakım veren kişilerde orta düzeyde bakım yükü ve artmış sağlık anksiyetesi saptandı. Bakım yükü ve sağlık anksiyetesinin ilişkili olduğu ve bakım vermede yardım almanın bakım yükünü ve sağlık

anksiyetesini azalttığı belirlendi. Bakmadan memnun olma durumu bakım yükü ile negatif yönlü ilişkiyken sağlık anksiyetesi ile anlamlı bir ilişkisi yoktu. Okuryazar düzeyinde eğitime sahip olan bireylerde yüksek sağlık anksiyetesi olmasına rağmen eğitim düzeylerinin sağlık anksiyetesi üzerine anlamlı bir etkisi yoktu.

**Anahtar Kelimeler:** palyatif bakım, bakım veren, sağlık anksiyetesi, bakım veren yükü



#### IV. ABSTRACT

##### **Evaluation of the Relationship between Care Burden and Health Anxiety in Caregivers of Palliative Care Patients**

**Introduction and Aim:** The aim of this study is to investigate whether there is a relationship between the burden of care and health anxiety, and the socio-demographic characteristics that influence them, based on the knowledge that being constantly with a palliative care patient can increase concerns and questions about the health of care providers. Identifying this situation can provide an opportunity to foresee two-sided health risks and make appropriate interventions.

**Materials and Methods:** This research was planned as a cross-sectional and prospective quantitative study, and was carried out between 08/07/2022 and 08/09/2022 at the Hitit University Erol Olçok Education Research Hospital Palliative Care Center. The socio-demographic data, care burden scale, and health anxiety scale were applied to the primary caregivers of the patients being followed at the center.

**Results:** In the caregivers of the patients followed up in the palliative care center, the total health anxiety score was  $18.79 \pm 7.67$ , and the average score of the caregiver burden scale was  $37.70 \pm 16.50$ . There was a statistically significant relationship between health anxiety level and caregiving burden levels. ( $r = 0.372$ ;  $p < 0.01$ ) According to the results of the regression analysis, the effect of health anxiety level on caregiving burden was statistically significant. ( $B = 0.647$ ;  $p < 0.01$ ) It was determined that receiving help in caregiving decreased the care burden and health anxiety ( $B = -15.006$ ;  $p < 0.001$ ). The relationship between satisfaction with caregiving and care burden is negative and statistically significant ( $p < 0.05$ ), but the relationship between health anxiety and satisfaction with caregiving is not statistically significant in the multivariate analysis ( $p > 0.05$ ). Although literate individuals have higher levels of health anxiety ( $p < 0.05$ ), the

level of education does not have a statistically significant effect on health anxiety when analyzed using a correlation analysis ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** Caregivers at the palliative care center had moderate care burden and increased health anxiety. It was found that care burden and health anxiety are related and that receiving help with caregiving reduces care burden and health anxiety. Satisfaction with caregiving is negatively related to care burden, but there is no significant relationship with health anxiety. Despite having higher levels of health anxiety, education levels did not have a significant effect on health anxiety in literate individuals.

**Keywords:** palliative care, caregiver, health anxiety, caregiver burden



## V. KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WPCA: Dünya Palyatif Bakım Birliği

DSM 5-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5 - Metin Revizyonu



## VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 1 Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	13
Tablo 2 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Maddelerine Verilen Yanıtların Ortalama ve Standart Sapmaları .....	14
Tablo 3 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Bakım Veren Yüğü puanlarının dağılımlarının normallik analizi için yapılan Kolmogorov Smirnov Testi sonuçları .....	15
Tablo 4 Sağlık Anksiyete Düzeyi ile Bakım Verme Yüğü Arasındaki İlişki İçin Yapılan Pearson's Momentler Korelasyon Analizi Sonuçları .....	15
Tablo 5 Sağlık Anksiyete Ölçeği Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları .....	17
Tablo 6 Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları .....	18
Tablo 7 Sağlık Anksiyete Puanları ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki İçin Yapılan Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları .....	20
Tablo 8 Bakım Verme Yüğü Puanları ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki İçin Yapılan Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları .....	20
Tablo 9 Bakım Verme Yüğü Üzerinde Sağlık Anksiyete Düzeyinin Etkisine Yönelik Yapılan Lineer Regresyon Analizi Sonuçları .....	21

## VII. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1 Sağlık Anksiyetesi Őlęęi Puanları ile Bakım Verme Y¼k¼ Puanları Korelasyon Grafiği ... 16



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakım, “Yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan kişilerin ve ailelerinin, ağrı, fiziksel, psikososyal ve manevi diğer sorunların erken teşhisi, değerlendirilmesi ve tedavisi ile acıların önlenmesi ve giderilmesi yoluyla yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır.” (1)

Palyatif bakım hastalarının bakımları genellikle bu hizmeti için ücret almayan aile üyesi, arkadaş gibi kişilerce üstlenilmiştir. Bu kişiler banyo yapmaktan, giyinmeye, ilaç almaktan tüple beslenmeye çeşitli işlerde hastaların günlük ihtiyaçlarını karşılar. Bakım verenler, bu işleri yapar, bakım alanlarıyla etkileşimde bulunmak için önemli miktarda zaman harcarlar. (2)

Bakım vermek, kişilere birçok yük getirir. Öncelikle, bakım vermek zaman alıcı bir iştir ve bakım verenlerin günlük rutinlerini ve aktivitelerini sınırlandırabilir. Bakım verenler, bakım verme sürecinde fiziksel olarak yorulabilirler ve zihinsel olarak da stres altında kalabilirler. Bu stres, bakım verenlerde anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bakım verme süreci, bakım verenlerin günlük rutinlerini ve diğer aktivitelerini yapma fırsatını azaltabilir ve bu durum bakım verenlerin sosyal ilişkilerini sınırlandırabilir. Bu durum da bakım verenlerin psikolojik ve ruhsal sağlıklarını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle bakım veren kişiler önemli duygusal, fiziksel ve finansal stres riski altındadır. (3) Genellikle hekimler, bakım veren kişilere bakım verme konusundaki endişelerine yönelik soru sormazlar ve bakım verenler tabiri caizse görünmez hasta haline gelir. (4)

Bakım yükü ve depresif belirtiler, yaşlılara ve kronik hastalara bakım sağlamanın yaygın olumsuz sonuçlarıdır. (5)

Bakım yükünü değerlendirmek için kullanılan bir yöntem, bakım verenlerin bakım verme sürecinde karşılaştıkları fiziksel, zihinsel ve sosyal yükleri belirlemek için

bir ölçek kullanımıdır. Bu ölçekler, bakım verenlerin bakım verme sürecinde karşılaştıkları yükleri belirlemek için çeşitli sorular içerir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan Bakım Verme Yükü Ölçeği, Bakım Verenlerin Yükü Envanteri gibi araçlar mevcuttur. (6)

Sağlık anksiyetesi bir hastalığa sahip olma konusunda gerçekçi olmayan sürekli endişe veya inanç olarak tanımlanır. Sağlık kaygısı az ya da çok herkeste bulunur. (7) Sağlık anksiyetesinin hafif düzeydeki durumları, klinik bakımın gerekli olduğu durumlarda kişiyi klinik bakım aramaya motive ederek uyum sağlayıcı olabilir; ancak, endişe ve kaygı ile karakterize olduğunda sağlık anksiyetesi, gereksiz kişisel sıkıntıya, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma ile genel ve özel sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımına yol açabilir. (8)

Bakım veren kişilerin psikiyatrik bozukluklar yaşama riskinin arttığını tutarlı bir şekilde literatürde bildirilmiştir. Bu durum bakıcıların günlük yaşamını ve bakım görevlerini etkileyerek hem bakım veren hem de bakım alan kişinin sağlığına zarar verebilir. (9) Bakım yükü ve stresi, bakıcının kendi kötü sağlık durumu, artan sağlık riski davranışları (sigara içmek gibi) ve daha fazla reçeteli ilaç kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. (10)

Palyatif bakım gerektiren bir hastayla sürekli birlikte olmak bakım verenlerde kendi sağlıkları ile ilgili soru ve kaygıları artırabilir, patolojik düzeylere varabilecek zorlanmalara yol açabilir. Tam tersi bir döngüde, sağlıkları ile ilgili anksiyetenin artışı bakım vermeyi bir yük haline getirebilir. Böyle bir döngüde sebep sonuç yönünün tam olarak ortaya konulması her zaman mümkün değilse de sağlık anksiyetesi ve bakım yükü arasında bir ilişkinin ortaya konulması hem palyatif bakım hastasını hem de bakım veren yakınına takip eden aile hekimleri için önemli bir bilgidir. Bu bilgi, sağlık anksiyetesi yüksek birisi hastanın bakımını üstlenirken, ortaya çıkabilecek iki taraflı sağlık risklerini öngörmek ve uygun müdahaleleri yapmak için fırsat sağlar. Öte yandan artmış bakım yükünün tamamen sağlıklı bir bakıcıda sağlık anksiyetesi başlatması ve psikiyatrik hastalıklara yatkınlığı artırması da beklendik ve literatürde çok kez ortaya konulmuş bir durumdur. Sosyodemografik özelliklerin bu ilişki üzerinde belirleyici etkilerinin olması da beklenebilir. Bu bilgiden hareketle bu çalışmanın iki temel amacı şunlardır;

1-Bakım verenlerde bakım yükü ve sağlık anksiyetesi arasında bir ilişki var mıdır?

2-Sosyodemografik özelliklerin bu parametreler üzerindeki etkisi nasıldır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Palyatif Bakım

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakım, “Yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan kişilerin ve ailelerinin, ağrı, fiziksel, psikososyal ve manevi diğer sorunların erken teşhisi, değerlendirilmesi ve tedavisi ile acıların önlenmesi ve giderilmesi yoluyla yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır.” (1)

Ağrı ve ıstırabı hafifletmek, empatik bakım sağlamak ve hastaların değerlerini yansıtan bilinçli kararlar vermelerine yardımcı olmak, tıp öğrencilerinin Hipokrat'a kadar uzanan bir gelenekte aldıkları profesyonel yeminlerde yansıtıldığı gibi, doktor olmanın ne anlama geldiğinin ayrılmaz parçalarıdır. (11)

Palyatif bakım, etkili iletişimi kolaylaştırarak, hastaların ve ailelerinin bakım hedeflerini belirlemesine yardımcı olup, hastaların ölene kadar olabildiğince dolu yaşamalarına yardımcı olmak için destek sağlar. Ölümü ne hızlandırmak ne de ertelemek niyetindedir, yaşamı onaylar ve ölümü sürecin doğal bir parçası olarak görür. Hastalık sürecinde ve yas döneminde aileye ve bakıcılara destek sağlar. Tüm bakım ortamlarında (ev ve hastaneler) ve birinci basamak sağlık sistemi dahil tüm basamak sağlık hizmetlerinde uygulanabilir. (12)

Mevcut araştırmalar, palyatif bakımın hem semptom yükünü azaltmada hem de yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğunu, uygun maliyetli olduğunu göstermektedir. (13) Ekonomik faydaları arasında daha adil kaynak kullanımı, hastanede yatış ve yoğun bakım ünitesinin yaşam sonundaki kullanımının artması eğilimini tersine çevirmesi yer alır. (14)

### **2.1.1. Palyatif bakımın amacı**

Tıptaki ilerlemeler, yaşamı tehdit eden hastalıkları tedavi etme ve yaşam süresini uzatma olasılıklarını büyük ölçüde iyileştirdi. (15) Bununla birlikte, ağrı önleme yoluyla hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi örneğinde olduğu gibi yaşamın uzatılması her zaman tıbbın uygun bir hedefi olmayabilir. (1)

Palyatif bakım, tüm bakım ortamlarında, fiziksel konforu, yaşam kalitesini ve optimal fonksiyonel durumu iyileştirmeyi amaçlar ve sadece yaşamın sonuyla ilgilenmez. Palyatif bakım, küratif tedavi veya yaşamı uzatan tedavilerin bir kombinasyonu olarak sağlanabilir. Palyatif bakım, kapsamlı bir değerlendirme ile başlar. Önceliklerini belirlemek için hastalar ve aileleri veya diğer sevdikleriyle birlikte çalışmak, uygun ve faydalı tıbbi bakımın sağlanması için esastır. (16)

Nitelikli iletişim, bakımın amaçlarını belirlemenin merkezinde yer alır. Nitelikli iletişim bakım konusunda hasta ve aile memnuniyetini arttırabilir ve daha iyi hasta sonuçlarıyla ilişkilendirilebilir. (17)

Psikososyal, manevi destek ve yas desteği, palyatif bakımın temel unsurlarıdır. (18) Palyatif bakımın birincil rolü, ağrının ve diğer fiziksel, psikolojik ve duygusal semptomların giderilmesidir. (16)

Dünya Sağlık Örgütü, tüm ülkelerde kanser veya diğer hayatı tehdit eden hastalıkları olan hastaların yaşam kalitesini iyileştirme amacıyla kapsamlı palyatif bakım programları uygulamasını önermiştir. (1)

### **2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif bakım**

Palyatif bakım başlangıçta ve tarihsel olarak yaşamın sonunda acı çekmenin hafifletilmesine odaklandı. (19) 1960'larda Dame Cicely Saunders tarafından kavramsallaştırılan ilk bakım modeli, toplum temelli hospis bakımıydı. (20) 1970'lerde Balfour Mount, palyatif bakım terimini tarifledi ve Montreal'deki bir hastanede ilk palyatif bakım ünitesini başlattı. (21)

DSÖ, 1990'da palyatif bakımın tanımını ve 1998'de ise çocuklara özel bir palyatif bakım tanımını yayınladı.(22, 23) DSÖ tanımı 2002 yılında revize edildi. Bu tanım, palyatif bakımın kapsamını önemli ölçüde genişletti. (24)

Lancet Palyatif Bakım ve Ağrı Tedavisine Küresel Erişim Komisyonu 2018’de DSÖ tanımının, sağlık sisteminin tüm düzeylerini ve değişen sosyoekonomik koşulları, özellikle tıp uzmanlarının genellikle bakım vermenin zor olduğu düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde gerekli ilaçlara, ekipmana veya eğitime ciddi şekilde sınırlı erişimi olan hastalar için daha iyi kapsayacak şekilde gözden geçirilmesini ve revize edilmesini tavsiye etti. (12)

Palyatif bakımın tarihsel gelişimi büyük ölçüde kanserli hastalara odaklanmışken, şimdi yaşamı tehdit eden tüm sağlık koşullarının tedavisine entegre edilmektedir. (19)

Palyatif bakım dünyada pek çok ülke tarafından veriliyor olsa da verilen hizmet düzeyinde farklılıklar mevcuttur. 2008 yılında Wright ve ark. tarafından dünyadaki palyatif bakım hizmetleri dört grupta incelenmiştir. (25) 2013 yılında ise Lynch ve ark. tarafından güncellenerek dört grup altı düzeye ayrılmıştır. (26)

Grup 1: Palyatif bakım aktivitesi olmayan ülkeler

Grup 2: Palyatif bakım aktiviteleri yapılmamış ve henüz yeterli olmayan ülkeler

Grup 3a: Palyatif bakım olan ancak bu hizmetin desteklenmediği ülkeler.

Grup 3b: Palyatif bakımın yerel/bölgesel olarak desteklendiği ülkeler.

Grup 4a: Palyatif bakım hizmetlerinin sağlık hizmetlerine entegre olma aşamasında olan ülkeler

Grup 4b: Palyatif bakım hizmetlerinin sağlık hizmetlerine entegre olmuş olan ülkeler

Türkiye 2017’de yapılan küresel çalışmada dahil olduğu grup 3a şeklinde belirlenmiştir. (27)

Türkiye’de kayıtlı palyatif bakım hizmetlerinin sayısı, politika düzeyindeki girişimlerin ardından son yıllarda artış göstermiştir. Türkiye Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında başlatılan Pallia-Türk projesi, opioid mevcudiyeti ve toplum temelli bir palyatif bakım modelinin uygulanmasına odaklanmıştır ve temel olarak aile hekimliği üzerine planlanmıştır (28) Sivil toplum örgütleri ile birlikte çalışılarak Pallia-Türk projesi sosyokültürel yapımıza en uygun olarak kabul edilen bir sistem olarak tanımlanmıştır. (29)

Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında yayınlanan ve 2015 yılında revize edilen yönergeler, palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esaslarını belirlemektedir. Bu

yönergeler, palyatif bakım personelinin özelliklerini tanımlamış ve sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır. Ayrıca, palyatif bakım personeli sayısı da artırılmıştır. (30)

Palyatif bakımda, multidisipliner bir ekip tarafından hastalara yaklaşılr. Palyatif bakım merkezinde yatan hastalar, gerekiyorsa diğerklinik uzmanlardan da konsültasyon desteğı alabilir. Ayrıca, hasta ve yakınlarına psikiyatrist, psikolog, manevi destek birimi, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı gibi uzmanlardan destek hizmeti sağlanır. Ayrıca, hastaların aile ya da bakıcılarına hem teorik hem de pratik bakım eğitimi verilir ve hastanın taburculuğı sonrası evde bakım ekibi tarafından evde takip ve tedavisine devam edilir. (31)

### **2.1.3. Palyatif bakıma hangi hastalar kabul edilir?**

Palyatif bakım alabilecek başlıca hastalar şunlardır: Alzheimer gibi ilerleyici nörolojik hastalıkları olanlar, ileri derecede organ yetersizliğı olanlar, kanser hastaları, beslenmesi çeşitli nedenlerle bozulmuş olanlar ve yatak yarası açılan yatağı bağımlı hastalar.

Dünya Palyatif Bakım Birliğinin (WPCA) 2020 yılında güncellediğı Küresel Palyatif Bakım Atlası 2. baskısında palyatif bakıma ihtiyaç duyulan ve yaşamı tehdit eden durumlar şu şekilde belirtilmiştir:

- Alzheimer ve diğerk demanslar,
- Arteriyoskleroz, serebrovasküler hastalık, kronik iskemik kalp hastalığı,
- Santral sinir sisteminin dejeneratif ve inflamatuvar hastalıkları,
- Konjenital malformasyon, düşük doğum ağırlığı-erken doğum-doğum travması,
- Yaralanma (zehirlenme ve dış nedenler dahil),
- Hemorajik ateş, HIV/AIDS, lösemi, tüberküloz,
- Akciğer, karaciğer, kalp ve böbrek gibi ileri dönem organ yetmezlikleri,
- Malign neoplazm, kas-iskelet sistemi bozukluğu, yetersiz beslenme (32)

### **2.2. Bakım verme ve bakım yükü kavramı**

Bakım görevleri, kişisel bakım, günlük yaşam aktivitelerine yardım, hastane randevularını koordine etme ve bunlara katılma ve evde tıbbi bakım sağlamak gibi konuları içerir. (33) Bakım yükü, bakım verenlerin bakım sonucunda duygusal veya

fiziksel sağlıklarının, sosyal yaşamlarının ve finansal durumlarının ne ölçüde zarar gördüğünü ifade eden bir kavramdır. (34)

### **2.2.1. Bakım verme türleri**

Bakım verme, formal (resmi) ve informal (gayri resmi) olarak ikiye ayrılabilir. Formal bakım, evde veyahut sağlık kuruluşlarında hastanın sağlık bakımını ve kişisel bakım görevlerini yapan hemşire, fizyoterapist, meslek gruplarınca verilen bakım türüdür. (35)

İnformal bakım kısaca ücretsiz bakım olarak tanımlanabilir ve genellikle bakım eşler, akrabalar veya arkadaşlar tarafından sağlanır. (36) İnformal bakıcılar, aylar veya yıllar boyunca önemli ölçüde zaman gerektiren ve çok çeşitli fiziksel, sosyal, duygusal veya mali görevlerin yerine getirilmesini içeren bakımı sağlarlar. (37)

### **2.2.2. Primer bakım verenler ve özellikleri**

Primer bakım verenler, son iki yılda hastayla en çok zaman geçiren ve hastaya en çok bakımı sağlayan kişi olarak tanımlanabilir. Genellikle bu kişiler hastanın eş, ebeveyn veya çocuklarıdır. Tedavi planlamasına dahil olma, karar verme ile evde devam eden tedavi ve bakımın uygulanması dahil sağlık çalışanlarının bakım rollerinin ve işlevlerinin çoğunu üstlenmiştir. (38)

### **2.2.3. Bakım verme yükü ve bakım verenler üzerindeki genel etkileri**

Bakım verenler kendi sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek hastalık yönetimi ve palyasyonunda önemli bir rol oynamaktadır. (39) Bakım verme süresinin artması nedeniyle artan stres, nörohormonal ve inflamatuvar süreçlerde değişikliklere neden olarak bakım verenler arasında morbidite ve mortalite riskini artırabilir. (40) Bakım verenin harcadığı zaman ve gösterdiği çabası, maddi ve duygusal kaynakları kullanımı ve sosyal yaşamındaki tavizi bakım verenin yaşam kalitesini bozabilir. (41) Bakım verenlerde görülen fiziksel sorunlar; uyku bozukluğu, yorgunluk, ağrı, fiziksel güç kaybı, iştah azalması ve kilo kaybı ile sindirim sistemi problemleri ve benzerleri gibidir. Bu fiziksel problemler doğrudan bakım sorumluluklarından kaynaklanmasa da muhtemelen bunlar tarafından ağırlştırılır. (42)

Bakım verenlerin ruh sağlığı fiziksel sağlığından daha ciddi şekilde etkilenebilir. (43) Bir meta-analizde bakım verenlerde depresyon, anksiyete, stres düzeyleri bakım vermeyen kişilere kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek bulundu. (44)

Bakım verenlerin enerjisi ve zamanı hastaya ve iyileşmesine odaklandığından, bakım vermek sosyal yaşam ve hobi gibi faaliyetlere ayrılan zamanı olumsuz etkileyebilir. (45) Kanserle karşı karşıya kalan çiftler arasında, çift uyumunu engelleyen hasta tepkileri, kendini kaptırma, abartılı bağımlılık, aşırı bağımsız olma ve aşırı kontrol edici olma gibi olumsuz durumlar gelişebilir. Benzer şekilde, hastayı nasıl destekleyeceğini bilmemek, ifade edilemeyen öfke bakım yükünü etkileyebilecek durumlar arasında yer almaktadır. (46)

Bakım vermek, aile üyeleri için hem doğrudan giderler hem de gelir ve fayda kaybı açısından mali bir yük oluşturur. Bakım vermenin istihdam üzerine olası etkileri; istihdam kaybı, işten uzak kalma, azalmış iş verimliliği, bakım programına uymak için daha düşük ücretli işleri kabul etme gibi olabilir. (47)

#### **2.2.4. Bakım verme yükünü etkileyen etkenler**

Bakım vermeyi etkileyen birçok durum mevcuttur. Bakım verme yükü için risk faktörleri arasında sosyal izolasyon, depresyon, bakım alan kişiyle birlikte yaşama, bakıma harcanan saatlerin fazla olması, kadın cinsiyet, finansal stres, düşük eğitim düzeyi, yüksek veya artan bakım ihtiyaçları ile ilişkili olabilecek durumlar, bakım geçişleri (örneğin hastaneden eve) ve bakıcı olma konusunda seçim yapamama yer almaktadır. (48) Örneğin yapılan bir çalışmada akrabalık (eş, kardeşler ve çocuklar) bakım yükünü arttıran bir etken olarak bulunmuştur. (49)

Bakım yükü aynı zamanda hastaların fiziksel ve psikolojik sağlık durumuyla da etkilenebilir. Örneğin, bakım yükü hastaların cinsiyeti, yaşı, geçmiş ameliyat veya kemoterapi tedavisi, depresyon ve kansere bağlı semptomların etkisi ve hastaların duygusal semptomları bakım yükünü etkileyebilir. (50)

#### **2.3. Sağlık anksiyetesi**

Sağlık anksiyetesi bir hastalığa sahip olma konusunda gerçekçi olmayan sürekli endişe veya inanç olarak tanımlanır. Sağlık kaygısı az ya da çok herkeste bulunur (7) Sağlık anksiyetesinin hafif düzeyde bulunması klinik bakımın gerekli olduğu durumlarda kişiyi klinik bakım aramaya teşvik ederek uyum sağlayıcı olabilir. Ancak, endişe ve kaygı ile karakterize olduğunda sağlık anksiyetesi, gereksiz kişisel sıkıntıya, sosyal ve mesleki

işlevsellikte bozulma ile genel ve özel sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımına yol açabilir. (8) Hastanın kaygısı, fiziksel semptomlardan ziyade, temelsiz bir hastalığa yakalanma korkusundan gelir. (51)

### **2.3.1. Sağlık anksiyetesinin etiolojisi**

Hastaların hipokondriyazisi nasıl geliştirdiklerini açıklayan farklı psikososyal teoriler arasında, bilişsel-davranışçı model pratikte destek bulmakta ve etkili tedavi seçenekleri arasındadır. Bu modelde bozukluk, kişinin sağlığına yönelik tehditler hakkında aşırı ve sürekli kaygı ile karakterize edilir. (52) Anksiyete, anormal derecede yoğun olarak algılanan ve ciddi bir tıbbi hastalığa yanlış atfedilen normal vücut duyularından kaynaklanır ve hastayı iyi bir sağlık güvencesi aramaya yönlendirir. (53) Bilişsel-davranışçı modelde, hipokondriyazis ve muhtemelen hastalık anksiyetesi bozukluğu için risk faktörleri, ciddi hastalıkların yaygınlığı ve bulaşıcılığı, bedensel semptomların anlamı ve hastalıkların seyri ve tedavisi hakkında yanlış varsayımları içerir. (54)

### **2.3.2. Sağlık anksiyetesiyle ilişkili psikopatolojiler**

Sağlık anksiyetesinin spektrumu, hiç yoktan şiddetliye kadar değişir ve şiddetli uç, hipokondriyazis gibi klinik bir son noktayı temsil eder. (7) Hipokondriyazis terimi, uygun tıbbi değerlendirme ve güvenceye rağmen bir veya daha fazla bedensel semptomu yanlış yorumlayan ve ciddi bir hastalığı olduğuna inanan veya bir hastalık korkusuyla meşgul olan hastaları tanımlamaktadır. (55)

Amerikan Psikiyatri Birliğinin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5/5-Metin Revizyonu'ndan (DSM-5/DSM-5-TR) çıkarılan hipokondriyazis yerine kısmen kavramsal olarak örtüşen hastalık anksiyetesi bozukluğu ve somatik belirti bozukluğu gelmiştir. (51) Daha önce hipokondriyazis teşhisi konan hastalara neredeyse her zaman ya somatik semptom bozukluğu (fiziksel şikayetler belirginse) veya hastalık kaygısı bozukluğu (fiziksel şikayetler çok azsa veya hiç yoksa) teşhisi konur. Hem hipokondriyazis tanısı hem de hastalık anksiyete bozukluğu tanısı, normal bir fizik muayeneye rağmen ciddi bir hastalığı olduğuna inanan veya bir hastalık korkusuyla kaygılanan hastaları içerir. (56) Ayrıca DSM-5/DSM-5-TR'den çıkarılan hipokondriyazis, Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 11. Revizyonunda (ICD-11) bir tanı olmaya devam etmektedir. (57)

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi

Kesitsel ve prospektif nicel çalışma olarak planlanmış olan bu araştırma 08.07.2022 ile 08.09.2022 tarihleri arasında Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde gerçekleştirildi.

Çalışmamız; Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 22.06.2022 tarihli, 2022-69 karar numarası ile onayı almıştır.

Ayrıca, Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi araştırma izni alınmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde 08.07.2022 ile 08.09.2022 tarihleri arasında takip edilen hastalara bakım verenleri oluşturmuştur.

Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde takip edilen hastalara bakım sağlayanlardan dahil edilme ölçütlerine uyan tüm bakıcılar örnekleme yapılmaksızın çalışmaya dahil edildi. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında Epi Info 7.2.5.0 programı kullanıldı ve  $\alpha$  hata =0,05,  $1-\beta$  hata =0,95 değerleri ile yapılan güç analiziyle belirlenen minimum katılımcı sayısı 51'dir.

Çalışma için katılımcılarda aranan ölçütler; 18 yaş üstü, genel olarak hastanın bakımından sorumlu primer bakım veren kişi olması ve ölçükleri anlayacak düzeyde Türkçe biliyor olmasıydı.

Panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu gibi tanı almış psikiyatrik hastalıkları olan kişiler, sağlık anksiyetesini yükselten; mevcut veya geçirilmiş kanser öyküsü, parkinson hastalığı, koroner arter hastalığı olan kişiler ile çalışmayı

sürdüremeyecek kadar ileri bilişsel kaybı, mental ya da fiziksel kısıtlılığı olan kişiler ise çalışmaya dahil edilmedi.

### **3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları**

#### **3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu:**

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri ışığında oluşturulan formda katılımcılara cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, medeni hali, ev nüfusu, kronik hastalık durumu, bakım verdiği kişiyle yakınlığı, bakım verme durumuyla alakalı sorular soruldu. (Ek:1)

#### **3.4.2. Bakım Verme Yükü Ölçeği:**

Bakım Verme Yükü Ölçeği Zarit ve ark. (34) tarafından 1980 yılında oluşturulmuştur. Ölçek geliştirilirken uygulanan grup demanslı yaşlıya bakım verenlerdir. Ölçek bakım veren bireylerin sağladıkları bakımın yaşamları üzerindeki etki düzeyini belirlemek için sorulan toplam 22 ifadeden oluşan bir ölçektir. Ölçek, 0'dan 4'e kadar puanlanan 5'li Likert tipi değerlendirme şeklinde "asla", "nadiren", "bazen", "sık sık" ve "hemen her zaman" seçeneklerinden oluşmaktadır.

2006 yılında İnci ve ark. (58) tarafından Türkçeye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe uyarlamasında çalışılan grup yaşlı bireye bakım verenlerdir. Ölçeğin güvenilirliğini gösteren Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı, 0,95 olarak hesaplanmış ve ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermiştir.

#### **3.4.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği:**

Sağlık anksiyetesini ölçmek için Salkovskis ve ark. (59) tarafından oluşturulmuş bir ölçektir. 18 madde bulunmaktadır. Her madde, 4 farklı seçenek sunmaktadır ve katılımcıdan kendine en uygun olanı seçmesi istenmektedir. Ölçeğin puanlaması, her bir madde için 0-3 arasında yapılmaktadır ve yüksek puan, yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi olduğunu göstermektedir.

2013 yılında Aydemir ve ark. (60) tarafından Türkçeye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini gösteren Cronbach alfa iç

tutarlılık katsayısı, 0,91 olarak hesaplanmış ve ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermiştir.

### **3.5. Verilerin Analizi**

Bu araştırmada, nominal ve ordinal olarak girilen kategorik veriler frekans analiziyle, ölçek değerleri ise ortalama ve standart sapma değerleriyle tanımlanmıştır. Ölçeklerin güvenilirliği için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayılarına bakıldı. Ölçek ortalamalarının dağılımının normal dağılıma uygunluğunu incelemek için Kolmogorov Smirnov testi yapıldı. Test dağılımı standart normal dağılıma uyduğundan, parametrik testler yapıldı. İki grup arasındaki farkı incelemek için Bağımsız Örneklem T-Testi, ikiden fazla grup arasındaki farkı incelemek için ise Tek Yönlü ANOVA analizi kullanıldı. Demografik değişkenlerin ölçek ortalamaları ile olası ilişkisini incelemek için Spearman's rho korelasyon analizi yapıldı. Sağlık anksiyetesi ile bakım veren yükü arasındaki ilişki için Pearson's momentler korelasyonu yapıldı. Bakım veren yükü üzerinde sağlık anksiyete düzeyinin etkisi için lineer regresyon yapıldı ve ilişkisi anlamlı olan memnuniyet ile yardım alma değişkenleri "kukla" (dummy) değişken olarak modele eklendi. Tüm analizler, %95 güven aralığında ve SPSS 25.0 for Windows programı kullanılarak, 0.05 anlamlılık düzeyinde gerçekleştirildi.

### **3.6. Araştırmanın Bütçesi**

Bu çalışma, herhangi bir kişi ya da kurumdan maddi destek alınmaksızın gerçekleştirilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde 08.07.2022 ile 08.09.2022 tarihleri arasında takip edilen 75 hasta mevcuttu. Bu hastaların primer bakımını sağlayan kişilerden 5'i çalışmaya katılmayı kabul etmedi, 7'si çalışma kriterlerine uymadığı için çalışmaya alınmadı. Çalışmaya katılan kişilerden toplanan 63 formdan 7 tanesi de eksik doldurulduğu için çalışma dışı bırakıldı. Toplamda çalışmaya dahil edilen katılımcı sayısı 56 oldu.

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1 Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

		<b>Kişi sayısı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Cinsiyet	Kadın	40	71.4
	Erkek	16	28.6
Yaş	50 yaş ve altı	20	35.7
	50 yaş üzeri	36	64.3
Eğitim	Okuryazar	5	8.9
	İlkokul	29	51.8
	Ortaokul	3	5.4
	Lise	13	23.2
	Üniversite ve üzeri	6	10.7
Medeni durum	Evli	43	76.8
	Bekar	9	16.1
	Diğer	4	7.1
Çalışma durumu	Ev hanımı	32	57.1
	Memur	5	8.9
	İşçi	3	5.4
	Emekli	9	16.1
	Diğer	7	12.5
Kronik hastalık	Hayır	27	48.2
	Evet	29	51.8
Yakınlık	Eşi	10	17.9
	Kızı	19	33.9
	Gelini	7	12.5
	Oğlu	10	17.9
	Damadı	1	1.8
	Torunu	3	5.4
	Diğer	6	10.7

**Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (devamı)**

Ayrı oda	Hayır	11	19.6
	Evet	45	80.4
Memnuniyet	Hayır	5	8.9
	Evet	51	91.1
Bakmada yardım	Hayır	21	37.5
	Evet	35	62.5
Bakma nedeni	Ailevi sorumluluk/aile bağı	50	89.3
	Bakacak kimsenin olmaması	5	8.9
	Ekonomik katkı	1	1.8
	Diğer	0	0.0
Bakma süresi	1 yıl ve altında	26	46.4
	1-5 yıl arası	15	26.8
	5 yılın üzerinde	15	26.8

Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin (SAÖ) maddelerine verilen yanıtlar ortalama 0,32 ile 1,87 arasında, toplam sağlık anksiyetesi puanı ise  $18,79 \pm 7,67$  olup, 7 ile 38 arasında değişmekteydi. Bakım Veren Yükü Ölçeği ortalama puanı  $37,70 \pm 16,50$  olup, 5 ile 81 puan arasında değişmekteydi. Maddelere verilen yanıtların ortalaması da 0,64 ile 3,41 arasında değişmekteydi (Tablo 2).

**Tablo 2 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Maddelerine Verilen Yanıtların Ortalama ve Standart Sapmaları**

	Minimum-Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Anksiyetesi	7.00-38.00	18.79	7.67
Bakım Verme Yükü	5.00-81.00	37.70	16.50

Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayılarına bakıldı. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği için Cronbach alpha değeri 0.766 ve Bakım Verme Yükü Ölçeği için 0.876 olarak bulundu. Ölçek puanlarının fark analizlerinden önce, dağılımların standart normal dağılıma uyup uymadığına bakıldı. Bunun için yapılan Kolmogorov Smirnov Testi sonuçları, her iki ölçek puanının da dağılımının standart normal dağılıma uygun olduğunu gösterdi ( $p > 0.05$ ) (Tablo 3). Bu nedenle, fark analizlerinde ve ilişkisel tarama analizlerinde parametrik testler (Bağımsız Örneklem t-testi, Tek Yönlü ANOVA, lineer regresyon) analizleri kullanıldı.

**Tablo 3 Sağlık Anksiyesi Ölçeği ve Bakım Veren Yükü puanlarının dağılımlarının normallik analizi için yapılan Kolmogorov Smirnov Testi sonuçları**

		<b>SAÖ Toplam</b>	<b>BVYÖ Toplam</b>
N		56	56
Normal Parametreler	Ortalama	18.78	37.70
	Standart Sapma	7.67	16,50
En uç farklar	Mutlak	.096	.081
	Pozitif	.096	.081
	Negatif	-.065	-.040
Test Değeri		.096	.081
p değeri		.200	.200
Cronbach Alpha		0.766	0.876

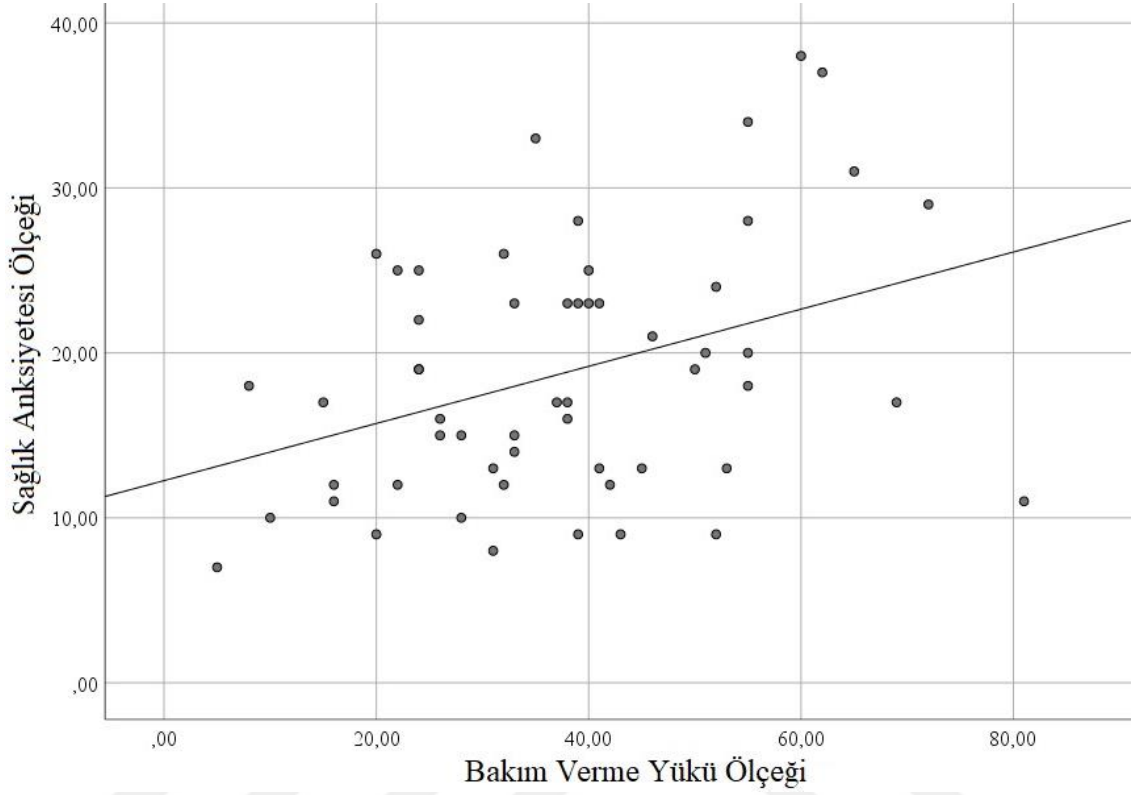
Sağlık anksiyete düzeyi ile bakım verme yükü düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki vardı ( $r=0.372$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4 Sağlık Anksiyete Düzeyi ile Bakım Verme Yükü Arasındaki İlişki İçin Yapılan Pearson's Momentler Korelasyon Analizi Sonuçları**

		Bakım Verme Yükü	Sağlık Anksiyesi
Bakım Verme Yükü	<b>r</b>	-	<b>0.372**</b>
Sağlık Anksiyesi	<b>r</b>	<b>0.372**</b>	-

\*\* $p<0.05$

Şekil 1’de Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanları ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puanlarının korelasyon grafiği gösterilmiştir.



**Şekil 1 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanları ile Bakım Verme Yükü Puanları Korelasyon Grafiği**

Sağlık anksiyetesi puanı kadınlarda, 50 yaş üzeri katılımcılarda, okuryazar düzeyinde eğitime sahip olanlarda, evli olanlarda, çalışma durumunu diğer olarak seçenlerde, kronik hastalığı olanlarda, eşine bakanlarda, bakılan kişinin ayrı odası olmayanlarda, memnun olmayanlarda, bakma yardımı almayanlarda, ekonomik katkı için bakım verenlerde ve 1-5 yıl arasında bakım verenlerde daha yüksek düzeydeydi. Fark analizi sonuçlarına göre ise sağlık anksiyetesi puanları sadece eğitim gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p < 0.05$ ). Bunun dışındaki demografik özellik gruplarına göre sağlık anksiyetesi düzeyleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p > 0.05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5 Sağlık Anksiyete Ölçeği Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları**

		Ortalama	Standart Sapma	p değeri
Cinsiyet	Kadın	19.48	7.66	0.292 <sup>a</sup>
	Erkek	17.06	7.67	
Yaş	50 yaş ve altı	17.65	7.12	0.414 <sup>a</sup>
	50 yaş üzeri	19.42	7.99	
Eğitim	Okuryazar	<b>29.40</b>	<b>7.09</b>	<b>0.019<sup>b</sup></b>
	İlkokul	17.93	7.38	
	Ortaokul	20.33	11.15	
	Lise	17.46	5.61	
	Üniversite ve üzeri	16.17	6.79	
Medeni durum	Evli	18.91	8.15	0.920 <sup>b</sup>
	Bekar	18.89	7.29	
	Diğer	17.25	2.36	
Çalışma durumu	Ev hanımı	19.38	8.16	0.670 <sup>b</sup>
	Memur	17.00	5.61	
	İşçi	19.33	11.85	
	Emekli	15.78	6.87	
	Diğer	21.00	6.43	
Kronik hastalık	Hayır	18.04	6.54	0.486 <sup>a</sup>
	Evet	19.48	8.66	
Yakınlık	Eşi	21.10	7.75	0.899 <sup>b</sup>
	Kızı	18.53	6.47	
	Gelini	18.71	9.32	
	Oğlu	16.90	7.65	
	Damadı	16.00	0.01	
	Torunu	16.33	8.08	
	Diğer	20.67	11.22	
Ayrı oda	Hayır	21.27	6.07	0.234 <sup>a</sup>
	Evet	18.18	7.96	
Memnuniyet	Hayır	22.40	8.73	0.274 <sup>a</sup>
	Evet	18.43	7.57	
Bakmada yardım	Hayır	19.81	8.66	0.444 <sup>a</sup>
	Evet	18.17	7.08	
Bakma nedeni	Ailevi sorumluluk/aile bağı	18.58	7.35	0.050 <sup>b</sup>
	Bakacak kimsenin olmaması	17.20	7.79	
	Ekonomik katkı	37.00	0.01	
	Diğer	18.58	7.35	
Bakma süresi	1 yıl ve altında	17.77	6.35	0.691 <sup>b</sup>
	1-5 yıl arası	19.87	10.23	
	5 yılın üzerinde	17.75	7.29	

a. Bağımsız örneklem t-testi, b. Tek Yönlü ANOVA.

Bakım verme yükü puanı kadınlarda, 50 yaş üzeri katılımcılarda, okuryazar düzeyinde eğitime sahip olanlarda, evli olanlarda, çalışma durumunu memur olarak seçenlerde, kronik hastalığı olanlarda, eşinin annesine bakanlarda, bakılan kişinin ayrı odası olmayanlarda, memnun olmayanlarda, bakma yardımı almayanlarda, ekonomik katkı için bakım verenlerde ve 5 yılın üzerinde süreyle bakım verenlerde daha yüksek düzeydeydi. Fark analizi sonuçlarına göre ise bakım verme yükü puanları sadece memnuniyet ve bakım sürecinde yardım alma durumu gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p<0.05$ ). Bunun dışındaki demografik özellik gruplarına göre bakım verme yükü düzeyleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6 Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları**

		Ortalama	Standart Sapma	p değeri
Cinsiyet	Kadın	38.85	16.63	0.413 <sup>a</sup>
	Erkek	34.81	16.33	
Yaş	50 yaş ve altı	33.60	16.33	0.168 <sup>a</sup>
	50 yaş üzeri	39.97	16.38	
Eğitim	Okuryazar	47.60	18.47	0.372 <sup>b</sup>
	İlkokul	37.34	16.24	
	Ortaokul	29.67	11.93	
	Lise	40.31	17.39	
	Üniversite ve üzeri	29.50	15.07	
Medeni durum	Evli	38.37	16.65	0.596 <sup>b</sup>
	Bekar	38.11	19.08	
	Diğer	29.50	6.56	
Çalışma durumu	Ev hanımı	40.38	16.87	0.350 <sup>b</sup>
	Memur	41.60	10.01	
	İşçi	27.33	10.02	
	Emekli	29.56	14.05	
	Diğer	37.57	21.42	
Kronik hastalık	Hayır	36.89	16.79	0.727 <sup>a</sup>
	Evet	38.45	16.49	

**Tablo 6. Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Sonuçları (devamı)**

Yakınlık	Eşı	37.50	13.99	0.852 <sup>b</sup>
	Kızı	40.47	18.26	
	Gelini	41.43	15.82	
	Oğlu	36.70	16.82	
	Damadı	38.00	0.01	
	Torunu	30.33	7.77	
	Diğer	30.17	21.39	
Ayrı oda	Hayır	40.82	15.12	0.489 <sup>a</sup>
	Evet	36.93	16.89	
Memnuniyet	Hayır	<b>55.20</b>	<b>11.65</b>	<b>0.012<sup>a</sup></b>
	Evet	35.98	15.97	
Bakmada yardım	Hayır	<b>48.71</b>	<b>15.31</b>	<b>0.000<sup>a</sup></b>
	Evet	31.09	13.52	
Bakma nedeni	Ailevi sorumluluk/aile bağı	36.66	15.98	0.235 <sup>b</sup>
	Bakacak kimsenin olmaması	43.20	20.46	
	Ekonomik katkı	62.00	0.01	
	Diğer	36.66	15.98	
Bakma süresi	1 yıl ve altında	33.58	15.99	0.544 <sup>b</sup>
	1-5 yıl arası	36.13	15.20	
	5 yılın üzerinde	40.38	13.53	

a. Bağımsız örneklem t-testi, b. Tek Yönlü ANOVA.

Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları, sağlık anksiyete düzeyleri ile katılımcıların demografik özellikleri arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ( $p>0.05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 7 Sağlık Anksiyete Puanları ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki İçin Yapılan Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları**

SAÖ Toplam	r	p
Cinsiyet	-0.158	0.245
Yaş	0.098	0.472
Eğitim	-0.241	0.074
Medeni durum	0.009	0.945
Çalışma durumu	-0.027	0.843
Evde toplam kişi	-0.135	0.320
Kronik hastalık	0.062	0.650
Yakınlık	-0.131	0.336
Ayrı oda	-0.209	0.122
Memnuniyet	-0.136	0.318
Bakmada yardım	-0.078	0.569
Bakma nedeni	0.045	0.741
Bakma süresi	0.005	0.974

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puanı ile memnuniyet ( $r=-0.331$ ;  $p<0.05$ ) ve bakmada yardım ( $r=-0.537$ ;  $p<0.01$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişki vardı. Diğer demografik değişkenler ile Bakım verme yüğü düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8 Bakım Verme Yüğü Puanları ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki İçin Yapılan Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları**

BVYÖ Toplam	r	p
Cinsiyet	-0.119	0.384
Yaş	0.175	0.196
Eğitim	-0.169	0.213
Medeni durum	-0.113	0.405
Çalışma durumu	-0.191	0.158
Evde toplam kişi	-0.155	0.254
Kronik hastalık	0.063	0.644
Yakınlık	-0.124	0.362

**Tablo 8 Bakım Verme Yükü Puanları ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki İçin Yapılan Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları (devamı)**

Ayrı oda	-0.083	0.541
Memnuniyet	<b>-.331*</b>	<b>0.013</b>
Bakmada yardım	<b>-.537**</b>	<b>0.000</b>
Bakma nedeni	0.169	0.214
Bakma süresi	0.164	0.260

\*p<0.05 \*\*p<0.01

Regresyon analizinde, bakım verme yüküyle anlamlı ilişki içerisinde olan memnuniyet ve bakmada yardım alma parametreleri de sağlık anksiyete ile modele eklendi. Bu değişkenler nominal olduğundan, “kukla” (dummy) değişken olarak 0 ve 1 ile kodlandı. Regresyon analizi sonuçlarına göre bakım verme yükü üzerinde sağlık anksiyete düzeyinin etkisi istatistiksel olarak anlamlıydı ve arttırıcı yöneydi (B=0.647; p<0.01). Bakım verme durumundan memnun olma düzeyi çok değişkenli analizde anlamlı değildi (p>0.05). Bakım sürecinde yardım alma durumunun etkisi ise anlamlı ve negatif yöneydi (B=-15.006; p<0.001) (Tablo 9).

**Tablo 9 Bakım Verme Yükü Üzerinde Sağlık Anksiyete Düzeyinin Etkisine Yönelik Yapılan Lineer Regresyon Analizi Sonuçları**

	Standart olmayan katsayılar		Standardize katsayılar	t	p	95.0% Güven Aralığında B	
	B	Standart. Hata	Beta			Minimum	Maksimum
(Sabit)	43.698	7.944		5.501	0.000	27.757	59.640
SAÖ Toplam	0.647	0.234	0.301	2.767	<b>0.008</b>	0.178	1.117
Memnuniyet	-9.647	6.456	-0.168	-1.494	0.141	-22.602	3.308
Bakmada yardım	-15.006	3.781	-0.444	-3.969	<b>0.000</b>	-22.593	-7.419

## 5. TARTIŞMA

Sağlık anksiyetesinin, yersiz kişisel acıya, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açma ve genel ve özel sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımını gibi olumsuz etkileri mevcuttur. Bakım verme bakım sağlayan kişilerde bitkinlik, uyku kalitesinde bozulma gibi fiziksel problemler ve bunların zemin hazırladığı depresyon, stres, anksiyete gibi çeşitli olumsuzluklara sebebiyet veren bir durumdur.

Sağlık anksiyetesi için muhtemel risk altında olan palyatif bakım alan hastalara bakım veren kişilerdeki bakım yükü ve sağlık anksiyetesi düzeylerinin saptanarak hekimlere ve ilgili makamlara, sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmaya yönelik öneriler sunmayı amaçlayan bu çalışmaya toplam 56 kişi katılmıştır.

Çalışmada katılımcıların Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması  $37,7\pm 16,5$  olarak bulunmuştur. Bakım Verme Yükü Ölçeği yük düzeyi  $<21$ , hafif yük veya yük olmaması,  $21-39$ , orta düzey bakım yükü ve  $40\geq$ , ciddi bakım yükü şeklinde bölünebilir. Shaji ve ark. (61) demans tanısı alanlara bakım verenlerde yapmış olduğu çalışmada Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması  $33,8\pm 16,8$ , Hu ve ark. (62) inmeli hastalarda yapmış olduğu çalışmada Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması  $25,88\pm 10,35$  ve Zubaidi ve ark. (63) bu çalışmaya benzer şekilde palyatif bakım alan hastalara bakım veren kişilerde yapmış olduğu çalışmada bakım verme yükü ortalaması  $23,33\pm 13,7$  olarak tespit edildi. Bu çalışma ve diğer çalışmalarda benzer şekilde bakım yükü orta düzey olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada tespit edilen bakım yükü puan ortalaması daha yüksek düzeydedir. Bu farklılığın bu çalışmanın yapıldığı dönemdeki COVID-19 pandemisinin etkileri olabilir. Bu durumla ilgili yapılmış bir çalışmada COVID-19 pandemisinin bakım yükünü %53,1 kadar arttırdığını göstermiştir. (64) Yapılan longitudinal bir çalışmada terminal döneme yaklaşan hastaların bakım verenlerinde istatistiksel olarak anlamlı daha fazla yük tespit edildi. (65) Bu çalışmanın yapıldığı palyatif bakım merkezine kabul edilen hastalar terminal döneme yakın kişilerden oluşup bakım yükünü etkilemiş olabilir.

çalışmadaki katılımcıların niteliklerinin farkları etkili olmuş olabilir. bu araştırmaya okuryazar olmayan kişiler ve ücretli bakım verenler araştırmaya dahil edilmedi. Ücretle bakım veren kişilerde bakım yükü daha düşük Zubaidi ve ark. (63) çalışmasında bakılan sosyo-demografik özelliklerden bakım yüküne etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptanan sadece eğitim durumuydu. ( $p<0,05$ ) Eğitime dağılım sonuçlarına göre katılımcıların %1,2'i hiçbir eğitim almamış, %62,6'sı ilköğretim, %36,1'i lise ve üzerinde düzeyde eğitim almışlardı. Bu çalışmada eğitime dağılım sonuçlarına göre katılımcıların %8,9'u okuryazar, %57,2'si ilköğretim, %23,2'si lise, %10,7'si üniversite ve üzerinde düzeyde eğitime sahip olduklarını ifade ettiler. Eğitim seviyesinin sosyallik ve sağlık hizmetlerine ulaşım açısından bakım yüküne etkili olabileceği öne sürülmüştür. (66) Fakat bu araştırmada eğitim durumunun bakım yüküne istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmadı. Bu durum araştırmanın yapıldığı yerde bakım veren kişilerin yüksek eğitim seviyesine sahip olsalar bile bakım sürecini yürütmeye hemşire ve diğer sağlık personelinin bilgi ya da diğer destekleri almada güçlük yaşadıklarından kaynaklanabilir.

Bakım verme yükü puanı ile sosyo-demografik özelliklerin ilişkisine baktığımızda kadınlarda, 50 yaş üzeri katılımcılarda, okuryazar düzeyinde eğitime sahip olanlarda, evli olanlarda, çalışma durumunu memur olarak seçenlerde, kronik hastalığı olanlarda, eşinin annesine bakanlarda, bakılan kişinin ayrı odası olmayanlarda, memnun olmayanlarda, bakma yardımı almayanlarda, ekonomik katkı için bakım verenlerde ve 5 yılın üzerinde süreyle bakım verenlerde daha yüksek düzeydeydi. Fark analizi sonuçlarına göre ise bakım verme yükü puanları sadece memnuniyet ( $p<0,05$ ) ve bakım sürecinde yardım alma durumu ( $p<0,01$ ) gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekteydi. Bunun dışındaki demografik özellik gruplarına göre bakım verme yükü düzeyleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p>0,05$ )

Toplam Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puan ortalaması  $18,79\pm 7,67$  idi. Özdin ve ark. tarafından COVID-19 pandemisi sırasında yapılan çalışmada Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puan ortalaması  $15,1\pm 7,0$  olarak bulundu. (67) Aydemir ve ark. (60) Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında puan ortalaması kontrol grubunda  $16,6\pm 6,7$  olarak bulundu.

Bu çalışmada sağlık anksiyetesi puanı kadınlarda, 50 yaş üzeri katılımcılarda, okuryazar düzeyinde eğitime sahip olanlarda, evli olanlarda, çalışma durumunu diğer olarak seçenlerde, kronik hastalığı olanlarda, eşine bakanlarda, bakılan kişinin ayrı odası

olmayanlarda, memnun olmayanlarda, bakma yardımı almayanlarda, ekonomik katkı için bakım verenlerde ve 1-5 yıl arasında bakım verenlerde daha yüksek düzeydeydi. Fark analizi sonuçlarına göre ise sağlık anksiyetesi puanları sadece eğitim gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ( $p<0.05$ ). Bunun dışındaki demografik özellik gruplarına göre sağlık anksiyetesi düzeyleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p>0.05$ ) Fakat Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları, sağlık anksiyete düzeyleri ile katılımcıların demografik özellikleri arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ( $p>0.05$ ) Sağlık anksiyetesi düzeyi ile okuryazarlık ve eğitim seviyesinin doğrudan bir ilişkisi olmayabilir. Okuryazar düzeyindeki eğitime sahip kişilerdeki sağlık anksiyetesi düzeyinin daha yüksek çıkması kişinin sağlık durumu, yaşam koşulları, aile geçmişi ve kişisel deneyimleri gibi pek çok faktör nedeniyle olabilir.

Sağlık anksiyete düzeyi ile bakım verme yükü düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki vardı ( $r=0.372$ ;  $p<0.01$ ) Regresyon analizi sonuçlarına göre bakım verme yükü üzerinde sağlık anksiyete düzeyinin etkisi istatistiksel olarak anlamlıydı ve arttırıcı yöndeydi ( $B=0.647$ ;  $p<0.01$ ). Bakım verme durumundan memnun olma düzeyi çok değişkenli analizde anlamlı değildi ( $p>0.05$ ). Bakım sürecinde yardım alma durumunun etkisi ise anlamlı ve negatif yöndeydi. ( $B=-15,006$ ;  $p<0.001$ ) Bu sonuç da bu çalışmadaki Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puan ortalamasının diğer çalışmalardakilerden daha yüksek olduğunu açıklayabilecek olası nedenlerindedir.

Araştırmanın güçlü yanları ya da kısıtlılıkları: Bakım vermenin yük olması gibi bilgileri başkaları ile paylaşmak istememe gibi durumlardan dolayı doğru cevaptan kaçınılabirler diye katılımcılardan isim alınmadı. Bu nedenle bakım yükü ve/veya sağlık anksiyetesi fazla olanlara geri dönüş yapma ya da müdahale etme fırsatımız olmadı. Bakım verenlerin bakım süreleri ve koşulları birbirlerinden farklıydı. Bunu elimine edemediğimiz için bakım verme yükünü o anlık duruma göre ölçebildik. Ayrıca baktıkları hastaların hastalıklarını tek tek değerlendiremedik ama hepsinin ortak noktası palyatif bakımda takip ediliyor olmaları idi. 25 yaşındaki kanser hastasına bakım vermekle, 90 yaşındaki hastaya bakım vermek aynı olmayabilir ve bu da bakım yükünü etkileyebilir. Araştırmada bakım veren kişilerde sağlık anksiyetesi ve bakım yükü için karıştırıcı etkenleri olan kişiler çalışmaya alınmamıştır. Ayrıca bu araştırma bu konuda literatürdeki az sayıdaki çalışmalardan birisidir.

## 6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bakım vermek, kişilere birçok yük getirir ve bakım veren kişiler önemli duygusal, fiziksel ve finansal stres riski altındadır. Bakım veren kişilerin psikiyatrik bozukluklar yaşama riskinin arttığı tutarlı bir şekilde literatürde bildirilmiştir. Sağlık anksiyetesi bir hastalığa sahip olma konusunda gerçekçi olmayan sürekli endişe veya inanç olarak tanımlanır. Sağlık anksiyetesi az ya da çok herkeste bulunur. Sağlık anksiyetesinin artması gereksiz kişisel sıkıntıya, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma ile genel ve özel sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımına yol açabilir. Bu iki durum hem hasta hem de bakım veren kişiler için çeşitli olumsuzluklara neden olabilir.

Bu araştırmada palyatif bakım merkezinde takip edilen hastalara bakım veren kişilerde orta düzeyde bakım yükü ve artmış sağlık anksiyetesi saptandı. Bakım yükü ve sağlık anksiyetesinin ilişkili olduğu ve bakım vermede yardım almanın bakım yükünü ve sağlık anksiyetesini azalttığı belirlendi. Bakmadan memnun olma durumu bakım yükü ile negatif yönlü ilişkiliyken sağlık anksiyetesi ile anlamlı bir ilişkisi yoktu. Okuryazar düzeyinde eğitim seviyesine sahip bireylerde yüksek sağlık anksiyetesi olmasına rağmen eğitim düzeylerinin sağlık anksiyetesi üzerine anlamlı bir etkisi yoktu.

### Öneriler;

-Literatürde sağlık anksiyetesi ve bakım yükünün ilişkisini inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur. Bu sonuçları doğrulayan veya aksini gösteren daha fazla araştırma yapılmalıdır. Bakım vermede yardım almanın çeşitleri araştırılıp bunların bakım verme yükü ve sağlık anksiyetesine etkileri araştırılabilir. Örneklem çeşitliliği artırılabilir. Örneğin ücretli bakım veren kişiler de araştırmaya dahil edilebilir ve aldığı ücretin miktarı ile baktığı hastanın durumunun bakım yüküne etkisinin olup olmadığı araştırılabilir.

- Bakım verenler için stres yönetimi, iyimser bakış açısını koruma, sağlıklı yaşam tarzını teşvik, bilgilendirme ile belirsizliği azaltma, hasta ve bakım verenin fiziksel ve/veya duygusal semptom yönetimi gibi müdahaleler içeren programlar mevcut olup

bakım yükünü azaltmada etkinlikleri çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. (68-70) Bu araştırmanın gösterdiği gibi bakım yükü arttıkça sağlık anksiyetesi de artmaktadır. Bu tarz programların ülkemizde de uygulanması bakım veren kişilerde bakım yükünü azaltarak sağlık anksiyetesini azaltabilir.

-Aile hekimliği sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturur. Bireye, ailesine fizik, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşçu olarak bütüncül yaklaşır. Aile hekimleri bakım veren kişinin yük düzeyini değerlendirerek, fiziksel ve duygusal sorunlar açısından yüksek risk altında olan bakım veren kişileri belirleyebilir. Bakım verenleri başa çıkma stratejileri konusunda eğitebilir. Bütüncül bakım yaklaşımıyla, bakım verenlerin bu zorlu rolün gerektirdiği pek çok aşamaya hazırlanmalarına yardımcı olabilir. Bakım veren kişiler düzenli olarak bakım hizmeti almıyorsa, yardım istemeleri için onlara fırsat verebilir ve yardım alabilecekleri kaynakları bulmalarına yardımcı olabilir. Örneğin evde sağlık hizmetleri ve palyatif bakım merkeziyle iletişim kurabilir. Bu sayede, bakım verenlerin yalnız olmadıkları gösterilip destek görebilecekleri bir hizmete ulaşarak bakım yükü azaltılabilir.

- Sağlık anksiyetesi yükseldikçe bakım yükü de artacağı için hem hasta hem bakım veren kişi, bakım yükünün olumsuz etkilerinden daha çok etkilenebilir. Bu sebeple bakım verecek kişiler mümkünse sağlık anksiyetesi düşük kişilerden seçilebilir. Ayrıca bakım veren kişilerin, sağlık anksiyetesi düzeylerini azaltmada ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu gösterilen psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi alması sağlanabilir.

-Yapılan araştırmalarda aile desteği, sosyal destek, psikolojik, bilgi, dini ve manevi ihtiyaçlar gibi karşılanmamış ihtiyaçlar, hastanın semptomlarının şiddeti ve formal bakım desteği bakım verenlerin memnuniyeti ile ilişkilendirilmiştir. (71) Bakım vermede memnuniyet arttıkça bakım yükü azalmaktadır. Bu sebeple bakım vermede memnuniyeti arttıracak önlemler alınabilir. Örneğin bakım yükü için psikoeğitim programları ve bakım verenlere bakım verme süresince maddi yardım veya çalışma hayatına devam etmelerine yardımcı olunması gibi sosyal destekler, karşılanmamış ihtiyaçları azaltmada etkili olarak bakım verme memnuniyetini arttırabilir. Ayrıca evde sağlık hizmetleri, palyatif bakım gibi formal bakımlara ulaşım da bakım vermede memnuniyeti arttırabilir.

- Bakım vermede yardım almanın bakım yükünü ve sağlık anksiyetesini azalttığı belirlendi. Yapılan bir nitel çalışmada bakım veren kişilerin yardım olarak düşündükleri konular şu şekilde belirlenmiştir; -palyatif bakım ve formal destek hizmetleri, -benzer bir durumdan geçmiş birinden destek ve bilgi alma, -aldıkları çok sayıda hizmeti koordine etmelerine yardımcı olacak bir kişi, -bakım vermenin getirmiş olduğu finansal yük için mali destek. (72) Bundan yola çıkarak bakım veren kişilere yardım olarak şu düzenlemeler yapılabilir: Aile hekimliğinin özelliklerinden olan koordinasyon ve savunuculuk daha etkin hale getirilebilir. Bunun için evde sağlık hizmetleri gibi hizmetlerde aile hekimlerinin görevlendirilmeleri etkili olabilir. Bakım için sağlanacak sağlık hizmetlerini aile hekimleri koordine ederek bu hizmete ulaşamayan veya ulaşmakta zorlanan kişilerin gerektiğinde sağlık hizmetlerine ulaşımı sağlanabilir. Çeşitli sosyal yardım ve dayanışma dernekleri kurularak benzer durumlardan geçmiş insanların tecrübe aktarımına ve destek vermelerine uygun ortam oluşturulabilir. Bakım verenlere bakım verme süresince maddi yardım veya çalışma hayatına devam etmelerine yardımcı olunması gibi mali sosyal destekler verilebilir. Bu yardımlar sayesinde bakım veren kişilerin bakım yükü ve sağlık anksiyetesi düzeyleri düşürülebilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2002;24(2):91-6.
2. Susan C. Reinhard BG, Nirvana Huhtala Petlick, Ann Bemis. Supporting Family Caregivers in Providing Care In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses 14*. Rockville, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. p. 1-64.
3. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers. *Ann Intern Med*. 2000;132(6):451-9.
4. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2009;27(1):31-40.
5. Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin*. 2001;51(4):213-31.
6. Çevik Özdemir HN, Şenol S. Bakım yükü değerlendirme ölçeklerine sistematik bir bakış. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2019;4(2):61-8.
7. Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S, Davis ML, Smits JAJ, Powers MB. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy*. 2014;58:65-74.

8. Taylor S, Asmundson GJ, Hyprochondria. Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach: Guilford Press New York; 2004.
9. Sallim AB, Sayampanathan AA, Cuttilan A, Ho R. Prevalence of Mental Health Disorders Among Caregivers of Patients With Alzheimer Disease. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(12):1034-41.
10. Beach SR, Schulz R, Yee JL, Jackson S. Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the caregiver health effects study. *Psychol Aging*. 2000;15(2):259-71.
11. Markel H. "I swear by Apollo"--on taking the Hippocratic oath. *N Engl J Med*. 2004;350(20):2026-9.
12. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(4):754-64.
13. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(6).
14. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JPW, Leland NE, Miller SC, Morden NE, et al. Change in End-of-Life Care for Medicare Beneficiaries: Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA*. 2013;309(5):470-7.
15. Institute of Medicine Committee on Care at the End of L. In: Field MJ, Cassel CK, editors. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1997.
16. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. *J Palliat Med*. 2018;21(12):1684-9.

17. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract.* 1991;32(2):175-81.
18. National Quality Forum, editor. A national framework and preferred practices for palliative and hospice care quality 2006: National Quality Forum Washington, DC.
19. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2014;28(2):130-4.
20. Saunders C. The evolution of palliative care. *Patient Educ Couns.* 2000;41(1):7-13.
21. Mount BM. The problem of caring for the dying in a general hospital; the palliative care unit as a possible solution. *Can Med Assoc J.* 1976;115(2):119-21.
22. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care in children. Geneva: World Health Organization; 1998.
23. W. H. O. Expert Committee on Cancer Pain Relief Active Supportive, Care. Cancer pain relief and palliative care : report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]. World Health Organization; 1990.
24. World Health Organization. National cancer control programmes : policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
25. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global view. *J Pain Symptom Manage.* 2008;35(5):469-85.
26. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage.* 2013;45(6):1094-106.
27. Clark D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, et al. Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2020;59(4):794-807.e4.

28. Ozgul N, Koc O, Gultekin M, Goksel F, Kerman S, Tanyeri P, et al. Opioids for cancer pain: availability, accessibility, and regulatory barriers in Turkey and Pallia-Turk Project. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2011;33 Suppl 1:S29-32.
29. Ozgul N, Gultekin M, Koc O, Goksel F, Bayraktar G, Ekinci H, et al. Turkish community-based palliative care model: a unique design. *Ann Oncol.* 2012;23 Suppl 3:76-8.
30. Palyatif Bakim Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge 2015 T.C. Sağlık Bakanlığı Erişim adresi:  
<https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/2817/0/palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf> Erişim tarihi: 21.08.2022
31. Kaya A. Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım. *Acıbadem Hemşirelik Dergisi (Online).* 2015;82.
32. Knaul F, Radbruch L, Connor S, de Lima L, Arreola-Ornelas H, Mendez Carniado O, et al. How many adults and children are in need of palliative care worldwide. *Global Atlas of Palliative Care 2nd edition [Internet] London: Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance (WHPCA) and the World Health Organization (WHO).* 2020.
33. Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(6):Cd007617.
34. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist.* 1980;20(6):649-55.
35. Barczyk D, Kredler M. Long-Term Care Across Europe and the United States: The Role of Informal and Formal Care. *Fiscal Studies.* 2019;40(3):329-73.
36. Broese van Groenou MI, De Boer A. Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing.* 2016;13(3):271-9.

37. Girgis A, Lambert S, Johnson C, Waller A, Currow D. Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *J Oncol Pract.* 2013;9(4):197-202.
38. Lkhoyaali S, Haj MAE, Omrani FE, Layachi M, Ismaili N, Mrabti H, et al. The burden among family caregivers of elderly cancer patients: prospective study in a Moroccan population. *BMC research notes.* 2015;8(1):1-4.
39. Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003;129(6):946-72.
40. Rohleder N, Marin TJ, Ma R, Miller GE. Biologic cost of caring for a cancer patient: dysregulation of pro- and anti-inflammatory signaling pathways. *J Clin Oncol.* 2009;27(18):2909-15.
41. Song JI, Shin DW, Choi JY, Kang J, Baik YJ, Mo H, et al. Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer. *Support Care Cancer.* 2011;19(10):1519-26.
42. Chang H-Y, Chiou C-J, Chen N-S. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2010;50(3):267-71.
43. Yang X, Hao Y, George SM, Wang L. Factors associated with health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the community: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:143.
44. Pinqart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging.* 2003;18(2):250.
45. Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psychooncology.* 2010;19(10):1013-25.

46. Fergus KD, Gray RE. Relationship vulnerabilities during breast cancer: patient and partner perspectives. *Psychooncology*. 2009;18(12):1311-22.
47. Bradley CJ. Economic Burden Associated with Cancer Caregiving. *Seminars in Oncology Nursing*. 2019;35(4):333-6.
48. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *Jama*. 2014;311(10):1052-60.
49. Almgren B, Grafström M, Winblad B. Caring for a demented elderly person--burden and burnout among caregiving relatives. *J Adv Nurs*. 1997;25(1):109-16.
50. Li Y, Wang K, Yin Y, Li Y, Li S. Relationships between family resilience, breast cancer survivors' individual resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;88:79-84.
51. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)* Washington DC 2022.
52. Abramowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29(2):503-19.
53. Arnáez S, García-Soriano G, López-Santiago J, Belloch A. Illness-related intrusive thoughts and illness anxiety disorder. *Psychol Psychother*. 2021;94(1):63-80.
54. Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(2):127-39.
55. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-4-TR)* Washington DC 2000.

56. Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety Stress Coping*. 2016;29(2):219-39.
57. World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD). ICD-11: Version 02/2022. Hypochondriasis. Erişim adresi: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/675329566>. Erişim tarihi: 30.11.2022
58. İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006;11(4):85-95.
59. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*. 2002;32(5):843-53.
60. Aydemir Ö, Kirpınar I, Sati T, Uykur B, Cengisiz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2013;50(4).
61. Shaji K, George RK, Prince MJ, Jacob K. Behavioral symptoms and caregiver burden in dementia. *Indian journal of psychiatry*. 2009;51(1):45.
62. Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L, Zeng L. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(40):e12638.
63. Ahmad Zubaidi ZS, Ariffin F, Oun CTC, Katiman D. Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized palliative care unit in Malaysia: a cross sectional study. *BMC Palliative Care*. 2020;19(1):186.
64. Cohen SA, Kunicki ZJ, Drohan MM, Greaney ML. Exploring Changes in Caregiver Burden and Caregiving Intensity due to COVID-19. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 2021;7:2333721421999279.

65. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, et al. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Cmaj*. 2004;170(12):1795-801.
66. Yildiz M, Sarpdağı Y, Yildirim MS, Okyar G. Investigation of the relationship between care burden and anxiety levels of terminal period patient relatives. *Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan*. 2021;18(1):48-52.
67. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(5):504-11.
68. Martín-Carrasco M, Martín MF, Valero CP, Millán PR, García CI, Montalbán SR, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;24(5):489-99.
69. Northouse LL, Walker J, Schafenacker A, Mood D, Mellon S, Galvin E, et al. A family-based program of care for women with recurrent breast cancer and their family members. *Oncol Nurs Forum*. 2002;29(10):1411-9.
70. Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, Kalemkerian G, Zalupski M, LoRusso P, et al. Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers. *Psychooncology*. 2013;22(3):555-63.
71. Park M, Choi S, Lee SJ, Kim SH, Kim J, Go Y, et al. The roles of unmet needs and formal support in the caregiving satisfaction and caregiving burden of family caregivers for persons with dementia. *International Psychogeriatrics*. 2018;30(4):557-67.
72. Cain ROY, Maclean M, Sellick S. Giving support and getting help: Informal caregivers' experiences with palliative care services. *Palliative and Supportive Care*. 2004;2(3):265-72.

## 8. EKLER

### EK-1 Sosyo-demografik Veri Formu

Yaşlıların fiziksel, emosyonel, sosyal, psikolojik gibi birçok sebepten kendi kendilerine yetemedikleri durumlarda bu bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasına “bakım verme” ve bakıma ihtiyacı olan bireylerle birlikte yaşayan bu bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılayan aile bireyleri, akraba, komşu, arkadaş vb. kişilere de “bakım veren” denilmektedir.

Lütfen size uygun şekilde doldurunuz.

1. Cinsiyet: Kadın ( ) Erkek ( ), Yaş (....)
2. Eğitim durumu: Okur-yazar değil ( ), Okuryazar ( ), İlkokul ( ), Ortaokul ( ), Lise ( ), Üniversite ve üzeri ( )
3. Medeni durumu: Evli ( ) Bekar ( ) Diğer(.....)
4. Çalışma durumu: Ev hanımı ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Emekli ( ) Diğer(.....)
5. Evinizde toplam kaç kişi yaşıyorsunuz? (.....)
6. Kronik bir rahatsızlığınız var mı? Evet (Nedir) (.....) Hayır ( )
7. Bakım verdiğiniz kişi ile yakınlık dereceniz nedir? Eşi ( ), Kızı ( ), Gelini ( ), Oğlu( ) Damadı ( ), Torunu ( ), Diğer (.....)
8. Bakım verdiğiniz kişinin ayrı odası var mı? Evet ( ), Hayır ( )
9. Bakım vermekten memnun musunuz? Evet ( ), Hayır/ Neden?.....
10. Bakım konusunda yardım aldığınız birileri var mı? Evet (Kim?)(.....)Hayır ( )
11. Bakma nedeniniz nedir? Ailevi sorumluk/aile bağı olduğu için ( ),  
Bakacak başka kimse olmadığı için ( ), Ekonomik katkısı olduğu için (açıklayınız) ( )  
Diğer (Açıklayınız).....
12. Bakım verdiğiniz kişiye ne kadar süredir bakıyorsunuz? (.....)

## Ek-2 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a)'yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.  
(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.  
(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.  
(d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim  
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim  
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim  
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.  
(b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.  
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.  
(d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır.  
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.  
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.  
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.  
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.  
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.  
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.  
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.  
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.  
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7. (a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.  
(b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.  
(c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.  
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.  
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.  
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.  
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.  
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.  
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.  
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
10. (a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.  
(b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.  
(c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.  
(d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.
11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.  
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.  
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.  
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem  
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.  
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.  
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.  
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.  
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.  
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.
14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.  
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.  
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.  
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.  
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.  
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.  
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.
16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.  
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.  
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.  
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.
17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.  
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.  
(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.  
(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.
18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.  
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.  
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.  
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

### Ek-3 Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.	0 Hiçbir zaman	1 Nadiren	2 Bazen	3 Oldukça sık	4 Hemen her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3. Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7. Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdürmeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
	0 Hiç	1 Biraz	2 Orta	3 Oldukça	4 Aşırı
22. Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					