



ARAŞTIRMA / RESEARCH

Bakım verenlerin depresyon, kaygı düzeyleri, ölüm kaygısı ve yaşam kaliteleri

Depression, anxiety levels, death anxiety and quality of life in caregivers

Müberra Kulu¹ , Filiz Özsoy² 

¹Tokat Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Tokat, Turkey

²Tokat Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Tokat, Turkey

Cukurova Medical Journal 2020;45(1):29-38.

Abstract

Purpose: The purpose of present study was to compare the depression-anxiety levels, fear of death, and quality of life of the patient relatives who provide care for people who have chronic physical diseases and who have schizophrenia.

Materials and Methods: Three groups were included in our study. The first group consisted of the relatives of schizophrenia patients, the second group consisted of the relatives of patients enrolled in the Home Healthcare Services Unit, and the third group was the control group. The Sociodemographic Data Form, Death Depression Scale (DDS), Templer's Death Anxiety Scale (TDAS), Beck Depression Scale (BDS), Beck Anxiety Scale (BAS) and Quality of Life Scale-short form (SF-36) were completed by subjects.

Results: A total of 115 people were included in the present study. Compared to the control group, score for BDS in the relatives groups were higher. Compared to the control group, score for DDS in the relatives of patients with schizophrenia group were higher. For SF-36 scores for physical functioning, physical role limitations, social functioning and general health sub-scales levels were lower in the caregivers compared to the control group.

Conclusion: Depression scores and depression related death scores of the caregivers were higher and the quality of life scale in certain sub-dimensions were lower scores.

Keywords: Chronic disease, caregiver, depression, anxiety, quality of life, fear of death

Öz

Amaç: Çalışmamızda; kronik fiziksel hastalığı olan kişilere bakım veren hasta yakınları ile şizofreni hastalarına bakım verenlerin depresyon-anksiyete düzeyleri, ölüm kaygıları ve yaşam kalitelerini karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya üç grup alındı. İlki şizofreni hastalarının yakınları, ikinci grup Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı hastaların yakınları ve üçüncü grup kontrol grubu olarak dahil edildi. Tüm katılımcılara; sosyodemografik veri formu, Ölüm İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖDÖ), Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (TÖKÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 115 kişi alındı. BDÖ için bakım veren hasta yakınlarının kontrol grubu ile karşılaştırıldığında aldıkları puanlar daha yüksekti). ÖDÖ için şizofreni hastalarının yakınlarının kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek değerler aldığı görüldü. SF-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon ve genel sağlık alt boyutları bakım veren kişilerin aldıkları puanların kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha düşük olduğu görüldü.

Sonuç: Bakım veren kişilerin depresyon skorları ve ölüme ilişkin depresyon skorları yüksek, yaşam kalitesi ölçeğinden ise belli alt boyutlarda daha düşük puanlar elde ettikleri görüldü.

Anahtar kelimeler: Kronik hastalık, bakım veren, depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, ölüm kaygısı.

GİRİŞ

Kronik hastalıklar; kalıcı sekel bırakan, çoğu zaman ruhsal ya da fiziksel geri dönüşü olmayan değişimlere

neden olan ve uzun süreli takip-bakım gerektiren süregelen hastalıklardır¹. “Bakım veren” kavramı; genel olarak kronik hastalıklarda ya da kronik psikiyatrik bozukluklarda hastanın bakımını sağlayan aile üyesi

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Filiz Özsoy, Tokat Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Tokat, Turkey

Email: flzkoseoglu82@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 07.10.2019 Kabul tarihi/Accepted: 28.11.2019 Published online: 03.01.2020

veya akraba olarak açıklanabilir². Bakım veren kişi; bakıma ihtiyacı olan hasta ile birlikte yaşayarak ya da zamanının bir bölümünü ona ayırarak temel ihtiyaçlarını karşılar. Ek olarak; tıbbi bakımını ve doktor ya da hastane ilişkilerini takip eder³. Bakım verenler; hastaya hem fiziksel hem de psikolojik destek sağlamanın yanında sosyo-ekonomik yardım da sağlayan bireylerdir¹.

Ortalama yaşam sürelerinin uzaması ile birlikte; kronik hastalıklar ve kronik hastalarla geçirilen zaman artmaktadır. Buradan yola çıkarak hem hasta bireyin kendisi hem de beraber yaşayan yakınları bu kronik hastalığa ve getirdiği stres faktörlerine daha uzun süre maruz kalmaktadır. Bu durum da uzun süreli bakım hizmetlerinin gerekliliğini doğurmaktadır⁴. Ülkemizde evde sağlık hizmetleri ile ilgili ilk mevzuat 2005 yılında çıkarılmıştır⁵. 2015 yılı 29280 sayı numaralı Resmî Gazete’de yayınlanan yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı’nın verdiği evde sağlık hizmetleri düzenlenmiştir. Bu yönetmelikte amaç ve kapsam; “çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri” şeklinde ifade edilmiştir⁶. Bu yönetmelikte de belirtildiği üzere; hastalar yaşadıkları ortamda desteklenir. Hasta ve bakım veren yakınına psikolojik, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri sunulmaktadır. Bu sayede hasta ve yakınlarının daha rahat ve huzurlu yaşamalarına destek verilmiş olunur⁷.

Kronik ruhsal hastalıkların tedavisinde; hastaların tekrarlayan hastane yatışlarının önlenmesi ve hastanede kalış sürelerinin azaltılması temel hedeflerdir. Bu yaklaşımla birlikte; kronik ruhsal hastalıklarda bakım gereksinimleri sağlık kurumlarından ailelere doğru yer değiştirmiştir⁸. Şizofreni; Dünya Sağlık Örgütü’nce en fazla yeti kaybına yol açan kronik ruhsal hastalık olarak raporlanmıştır. Hem hastalığın doğası hem de yeti yıkımına yol açması ile hastalık; yalnız hastayı değil hasta yakınına da önemli derecede etkilemektedir⁹. Şizofreni hastalarının anneleri; tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en önemli bakım veren kişilerdir¹⁰.

İçinde kronik ruhsal bozukluklar da olan tüm kronik hastalıklar için bakım verenin sorumluluğu; kendine zaman ayıramama, özgürlüğün kısıtlanması, evlilik ve aile ilişkilerinde çatışma yaşamaya, günlük yaşam aktivitelerinde yetersizliğe, sosyal işlevsellikte problemlere yol açabilir. Tüm bu sorunlar fiziksel ve

ruhsal sağlıkta bozulmaya neden olabilir¹¹. Literatürde ayrı ayrı kronik hastalığı olan kişilere bakım verenler ve şizofreni hastalarına bakım verenlerin bazı psikiyatrik semptomları incelenmiştir^{2,3,9-14}. Fakat bu hasta yakınlarının birbiri ile kıyaslandığı özellikle ölüm kaygılarının irdelendiği başka çalışmaya rastlanılmamıştır. Biz çalışmamızda; şizofreni hastalarına bakım verenler ile evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı serebrovasküler hastalığı olan hastalara ve kanser hastalığı olan hastalara bakım veren kişilerin depresyon-anksiyete belirtilerini, ölüm kaygıları ve yaşam kalitelerini karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi Girişimsel Olmayan Yerel Etik Kurulu’ndan, 11/09/2017 tarih ve 83116987-347 sayı numarası ile onay alındı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu’na uygun şekilde 04.01.2018-04.11.2018 tarihleri arasında yürütüldü.

Çalışmaya üç grup alındı. İlk grubu; Tokat Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Tokat Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde şizofreni tanısı ile takipli hastaların yakınları oluşturdu. İkinci gruba; evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların yakınları alındı. Üçüncü grup ise kontrol grubu olarak çalışmamıza dahil edildi. Kontrol grubu diğer iki grup ile yaş, medeni durum, sosyoekonomik durum gibi demografik veriler açısından eşleşebilecek yakınlarında ve kendisinde tedavi almasını ve/veya evde bakım hizmeti almasını gerektirir herhangi bir hastalığı olmayan gönüllü kişiler arasından seçildi.

Çalışmaya; gönüllü, okuma yazması olan, hali hazırda ve öncesinde tedavi almasını gerektirir tanı almış bir psikiyatrik hastalığı olmayan ve alkol/madde kullanım bozukluğu olmayan kişiler alındı. Genel durum düşüklüğü olan kişiler ile kronik karaciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, kronik kalp hastalığı olan kişiler çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmanın ilk grubu için yaklaşık 78 “şizofreni” tanı hastanın yakını ile görüşüldü; 15 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya alınmadı. Kalan 63 hasta yakınından; 5 kişinin okuma yazması olmadığı, 1 kişinin kronik karaciğer hastalığı, 1 kişinin kronik böbrek yetmezliği ve bu nedenle hemodiyaliz tedavisi alımı olduğu, 1 kişinin kardiyak rahatsızlıkları olduğu, 10 kişinin tanı almış psikiyatrik hastalığı ve tedavi alımı olduğu için ve 5 kişi de verilen ölçekleri eksik doldurduğu ya da doldurmadığı için çalışma dışı bırakıldı. İkinci grup için evde sağlık hizmetleri

birimine kayıtlı hastaların yakınlarından yaklaşık 80 kişi ile görüşüldü, 20 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya alınmadı. Kalan 60 kişiden; 6 kişinin okuma yazması olmadığı, 7 kişinin tanı almış psikiyatrik hastalığı olduğu ve tedavi alımı olduğu, 1 kişinin kalp hastalığı olduğu, 6 kişide verilen formları eksik doldurduğu ya da tamamlamadığı için çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılardan yazılı onam alındı. Ardından; sosyodemografik veri formu, Ölümle İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖDÖ), Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (TÖKÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) uygulandı.

Veri toplama araçları

Sosyodemografik veri formu

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak, klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgiler doğrultusunda hazırlanmıştır. Yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, çalışma durumu ve ekonomik durum gibi demografik veriler ve tedavisi ile ilgilendiği hastaya yakınlık derecesi, kaç yıldır bakım verdiği, hastasının tıbbi tanısı ve öncesinde ya da hali hazırda psikiyatri tedavisi alıp almadığı gibi klinik değerlendirme sorularını içeren bir formdur.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Her maddeye 0-3 arası puan verilen, toplam 21 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Depresyon belirti şiddetini ölçmek amacıyla uygulanır. Ölçekten alınan toplam puan 0-63 arasında değişir. Elde edilen puan ne kadar yüksekse depresyonun şiddeti o kadar fazla olarak yorumlanır. Hisli tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır^{15,16}.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek amacıyla kullanılır. Her maddesi 0-3 arasında puanlanan 21 soruluk öz bildirim ölçeğidir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür; elde edilen puan ne kadar yüksekse kişinin yaşadığı anksiyete şiddeti de o kadar fazladır. Ulusoy ve arkadaşlarının Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır^{17,18}.

Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği (ÖDÖ)

Templer tarafından geliştirilen ölçeğin, Yaparel ve Yıldız tarafından Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır^{19,20}. Ölüme ilişkin olarak yaşanan üzüntü, depresyon, yalnızlık, keder, dehşet gibi

duyguları ölçmeyi amaçlayan 17 maddeden oluşan bir ölçekdir. Ölçeğin puan aralığı 0-17 arasında değişmektedir.

Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (TÖKÖ)

Kişinin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili kaygı ve korkularını değerlendiren ölçek, 15 maddeden oluşur, doğru veya yanlış şeklinde yanıtlanır. Elde edilen puanların toplamı ile yaşanan ölüm kaygısının şiddeti belirlenir. Testten alınabilen en yüksek puan 15'tir; 0-4 puan "hafif düzeyde", 5-9 puan "orta düzeyde", 10-14 puan "ağır düzeyde", 15 puan "panik düzeyde" ölüm kaygısı olarak yorumlanır. Templer tarafından geliştirilen ölçeğin, Şenol Türkçe geçerlilik çalışması yapılmıştır^{21,22}.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

Yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan 36 soruluk öz bildirim ölçeğidir. "Genel sağlık", "fiziksel fonksiyon", "fiziksel rol kısıtlılığı", "emosyonel rol kısıtlılığı", "sosyal fonksiyon", "ağrı", "vitalite/enerji" ve "mental sağlık" alt boyutlarından oluşmaktadır. Her alt boyut için elde edilen düşük puanlar kötü yaşam kalitesini ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Koçyigit tarafından yapılmıştır^{23,24}.

İstatistiksel analiz

Katılımcıların genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama±standart sapma şeklinde; kategorik değişkenlere ilişkin veriler ise n (%) şeklinde verilmektedir. Çalışmanın nitel değişkenleri; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyoekonomik durum gibi demografik veriler ile psikiyatrik tedavi almış öyküsü, ek tıbbi hastalık ve kaç yıldır hastasına bakım verdiğidir. Nitel değişkenler arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmek için çapraz tablo ve ki-kare testlerinden yararlanılmaktadır. Nicel değişkenler ise; BDÖ, BAÖ, ÖDÖ, TÖKÖ ve SF-36'dan elde edilen puanlardır. Nicel değişkenler arasında ilişki olup olmadığı değerlendirilirken; İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi, Tek Yönlü Varyans Analizi ve Pearson Korelasyon katsayısından yararlanılmaktadır. P değerleri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı SPSS for Windows 19 (Statistical Package for Social Sciences for Windows 19) kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 115 kişi ve üç grup alındı. 1. grup 40 kişi şizofreni hastalarının yakınları, 2. Grup 40 kişi evde sağlık hizmetinden yararlanan hastaların yakınları, 3. grup 35 kişi kontrol grubu idi. Grupların yaş ortalamaları; 1. grubun 45,82±13,99, 2. grubun 44,95±13,43, 3. grubun ise 34,94±13,78 idi. Sonuçlarımızda şizofreni hastalarının %42,5 oran ile hastanın çocuğu tarafından, evde sağlık hizmeti alan kişilerin ise %32,5 oran ile anneleri tarafından bakıldığı saptanmıştır. İlk grubun hastasına bakma yılı ortalaması 17,80±11,96 (1-45), ikinci grubun hastasına bakma yılı ortalaması 4,19±4,05 (1-20) olarak hesaplandı. 2. grupta yer alan hastaların tanıları; 26 kişi kanser hastası ve 14 kişi serebrovasküler hastalık tanısı ile plejik olan hastalardı. Hiçbir katılımcının beyanında ve tıbbi geçmişinin incelenmesinde psikiyatri tedavi almaları yoktu. Grupların bazı sosyodemografik verileri tabloda gösterilmiştir (Tablo 1).

Hastalara bakım veren kişilerin cinsiyeti, medeni durumu, yaşadığı yer ve baktıkları hastanın tanısı ile uygulanan hiçbir ölçek arasında Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları ile ilişki saptanmamıştır. Bakım veren kişinin eğitim düzeyi düştükçe BAÖ, BDÖ, ÖDÖ elde edilen skorların yükseldiği ve SF-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, canlılık alt boyutlarından alınan puanların ise düştüğü görülmüştür. Sosyoekonomik durum düştükçe BDÖ skorlarının yükseldiği, SF-36 canlılık, mental sağlık ve genel sağlık alt boyutları skorlarının ise düştüğü tespit edilmiştir. Hastaya yakınlık derecesi açısından ise; bakım veren eşlerin ÖDÖ, TÖKÖ puanlarının diğer bakım veren yakınlardan yüksek olduğu, SF-36 fiziksel fonksiyon, mental sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyutlarından alınan puanları daha düşük olarak saptanmıştır.

Grupların Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenen sonuçlarında Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması; şizofreni hastalarının yakınlarının

11,12±7,31 iken evde sağlık hizmeti birimine kayıtlı hastaların yakınlarının 11,15±7,55 olarak hesaplandı. Kontrol grubunun ise 4,31±4,01 idi. Beck Depresyon Ölçeği için her iki bakım veren grubun da kontrol grubu ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak daha yüksek puanlar aldıkları görüldü (P=0,000). Ölümeye ilişkin Depresyon Ölçeği için ise; şizofreni hasta yakınlarının 10,73±3,82, evde sağlık hizmeti birimine kayıtlı hastaların yakınlarının 9,85±4,28 iken kontrol grubunun ise 8,0±3,39 idi (Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında şizofreni hastalarının yakınları için P=0,010). Yaşam kalitesi ölçeği için ise fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon ve genel sağlık düzeyleri bakım veren kişilerde kontrol grubu ile karşılaştırıldığında elde edilen puanların daha düşük olduğu görüldü (p<0,05). Ek olarak şizofreni hastalarının yakınlarında vitalite/canlılık alt boyutu (p=0,022), evde sağlık hizmeti birimine kayıtlı hastaların yakınlarında ise mental sağlık (p=0,017) ve ağrı (p=0,020) alt boyutları puanlarının kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha düşük olduğu tespit edildi (Tablo 2).

Pearson korelasyon analizi sonuçları için ise; evde sağlık hizmeti birimine kayıtlı hastaların yakınları için hastaya bakım verdiği yıl ile uygulanan hiçbir ölçek arasında ilişki tespit edilmemiştir. Şizofreni hastalarının yakınları için ise hastaya bakma yılı ile ölüme ilişkin depresyon ölçeği pozitif yönde kuvvetli ilişkili (p=0,000); SF-36 fiziksel fonksiyon (p=0,038), fiziksel rol kısıtlılığı (P=0,018), canlılık (p=0,008), mental sağlık (p=0,018) alt boyutları ile negatif yönde ilişkili olarak tespit edilmiştir. Uygulanan ölçeklerin Pearson korelasyon analizi sonuçları tablo olarak verilmiştir (Tablo 3-4). Şizofreni hastalarının yakınlarının ÖDÖ, TÖKÖ, BDÖ, BAÖ ile SF-36 belli alt boyutlarda negatif ilişkili olarak bulunmuştur. Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların yakınlarının ise ÖDÖ ve SF-36 alt boyutları ile ilişkili değil iken; TÖKÖ, BDÖ ve BAÖ ile SF-36 belli alt boyutlarda yine negatif yönde korelasyon göstermiştir.

Tablo 1. Grupların sosyodemografik özellikleri

	1.grup şizofreni hastalarının yakını n=40 (%)	2.grup evde sağlık hizmeti alan şizofreni dışı hastaların yakını n=40 (%)	3. grup kontrol grubu n=35 (%)	p
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	23/17 (57,5/42,5)	18/22 (45/55)	18/17 (51,4/48,6)	0,535
Medeni durum				
Evli	25 (%62,5)	30 (%75)	21 (%60)	0,329
Bekar	15 (%37,5)	10 (%25)	14 (%40)	
Yaşadığı yer				

İl merkezi	39 (%97,5)	29 (%72,5)	24 (%68,6)	0,014
İlçe	1 (%2,5)	5 (%12,5)	4 (%11,4)	
Köy	0	6 (%15)	7 (%20,0)	
Eğitim durumu				<0,001
Okur-yazar	3 (%7,5)	3 (%7,5)	1 (%2,9)	
İlkokul mezunu	25 (%62,5)	11 (%27,5)	9 (%25,7)	
Lise mezunu	4 (%10)	9 (%22,5)	17 (%48,6)	
Üniversite mezunu	8 (%20,0)	17 (%42,5)	8 (%22,9)	
Çalışma durumu				0,007
Düzenli gelir getiren iş	7 (%17,5)	13 (%32,5)	13 (%37,1)	
Düzensiz gelirli iş	6 (%15,0)	3 (%7,5)	13 (%37,1)	
Ev hanımı	16 (%40,0)	13 (%32,5)	8 (%22,9)	
Emekli	8 (%20,0)	8 (%20,0)	1 (%2,9)	
İşsiz	3 (%7,5)	3 (%7,5)	0 (%0,0)	
Sosyoekonomik durum				0,015
Düşük	16 (%40,0)	11 (%27,5)	2 (%5,7)	
Orta	20 (%50,0)	22 (%55,0)	27 (%77,1)	
Yüksek	4 (%10,0)	7 (%17,5)	6 (%17,1)	
Bakım verdiği hastaya yakınlığı				
Eşi	7 (%17,5)	11 (%27,5)	-	
Annesi	6 (%15,0)	13 (%32,5)	-	
Çocuğu	17 (%42,5)	11 (%27,5)	-	
Kardeşi	4 (%10,0)	0 (%0,0)	-	
İkinci derecede akraba	6 (%15,0)	5 (%12,5)	-	
Bakım verdiği hastanın tanısı				
Şizofreni	100 (%100,0)	0 (%0,0)	-	
Kanser hastası	-	26 (%65,0)	-	
Serebrovasküler hastalık	-	14 (%35,0)	-	

Hiçbir katılımcının hali hazırda ve tıbbi kayıtlarının incelenmesi ile bakılan geçmişinde tanı almış bir psikiyatrik hastalığı ve tedavi alımı yoktu. Hiçbir katılımcının tedavi almasını gerektiren ek tıbbi hastalığı yoktu. Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 2. Grupların uygulanan ölçeklerden aldıkları puanların ortalaması

	1.grup şizofreni hastalarının yakınları n=40 (Ort±SS)	2.grup evde sağlık hizmeti alan şizofreni dışı hastaların yakınları n=40 (Ort±SS)	3. grup kontrol grubu n=35 (Ort±SS)
ÖDÖ	10,73±3,82*b	9,85±3,34*ab	8±3,39 a
TÖKÖ	7,65±2,84	8,28±3,34	7,97±2,7
BDÖ	11,12±7,31*b	11,15±7,55*b	4,31±4,01a
BAÖ	8,47±12,11	12,48±12,51	7,06±8,88
SF-36			
Fiziksel fonksiyon	59,62±34,34*b	61,63±33,5*b	87±20,19a
Fiziksel rol kısıtlılığı	53,85±46,08*b	33,96±44,03*b	79±37,96a
Emosyonel rol kısıtlılığı	50,42±48,89	59,16±58,61	81,9±38,21
Vitalite/canlılık	45,79±26,18*b	50,38±17,74ab	60,69±25,17a
Mental sağlık	58,46±20,91ab	54,4±16,75*a	67,11±19,81a
Sosyal fonksiyon	63,115±28,81*a	50±24,52*b	88±18,08c
Ağrı	67,88±29,46ab	62,25±24,14*b	97,16±93,45a
Genel sağlık	53,33±21,07*b	50,06±19,15*b	73,29±15,48a

ÖDÖ:Ölüme ilişkin depresyon ölçeği; TÖKÖ: Templer ölüm kaygısı ölçeği; BDÖ: Beck depresyon ölçeği; BAÖ: Beck anksiyete ölçeği; SF-36: Yaşam kalitesi ölçeği
Tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Ort±SS:Ortalama±Standart sapma, (abc): Satır olarak ortak harf istatistiksel anlamsızlığı ifade eder *p<0.05

Tablo 3. Evde sağlık hizmeti birimine kayıtlı şizofreni dışı hastaların yakınlarının Pearson korelasyon analizi sonuçları

SF-36	ÖDÖ	TÖKÖ	BDÖ	BAÖ
Fiziksel fonksiyon	.109 (.503)	.123 (.449)	-.360* (.023)	-.259 (.107)
Fiziksel rol kısıtlılığı	.253 (.115)	.124 (.446)	-.416* (.008)	-.398* (.011)
Emosyonel rol kısıtlılığı	-.033 (.839)	-.288 (.071)	-.201 (.213)	-.244 (.130)
Vitalite/canlılık	.046 (.776)	-.136 (.402)	-.320* (.044)	-.294 (.066)
Mental sağlık	-.114 (.485)	-.234 (.146)	-.415* (.008)	-.394* (.012)
Sosyal fonksiyon	-.015 (.926)	-.110 (.500)	-.218 (.176)	-.134 (.411)
Ağrı	.070 (.669)	.182 (.262)	-.288 (.072)	-.247 (.124)
Genel sağlık	-.184 (.255)	-.322* (.043)	-.284 (.076)	-.417* (.007)

Tabloda verilen kısaltmalar: ÖDÖ:Ölüme ilişkin depresyon ölçeği; TÖKÖ: Templer ölüm kaygısı ölçeği; BDÖ: Beck depresyon ölçeği; BAÖ: Beck anksiyete ölçeği; SF-36: Yaşam kalitesi ölçeği
Tabloda verilen değerler r (p) değerleridir. *p<0,05

Tablo 4. Şizofreni hastaların yakınlarının Pearson korelasyon analizi sonuçları

SF-36	ÖDÖ	TÖKÖ	BDÖ	BAÖ
Fiziksel fonksiyon	.265 (.104)	-.099 (.550)	-.200 (.222)	-.024 (.884)
Fiziksel rol kısıtlılığı	-.357* (.026)	-.084 (.613)	-.317* (.049)	-.265 (.103)
Emosyonel rol kısıtlılığı	-.257 (.114)	-.086 (.603)	-.300 (.064)	-.216 (.187)
Vitalite/canlılık	-.361* (.024)	-.334* (.037)	-.532* (.000)	-.489* (.002)
Mental sağlık	-.463* (.003)	-.190 (.246)	-.426* (.007)	-.317* (.049)
Sosyal fonksiyon	-.271 (.095)	-.334* (.038)	-.684* (.000)	-.504* (.038)
Ağrı	-.234 (.152)	-.209 (.203)	-.369* (.021)	-.471* (.002)
Genel sağlık	-.524* (.001)	-.225 (.169)	-.460* (.003)	-.474* (.002)

Tabloda verilen kısaltmalar: ÖDÖ:Ölüme ilişkin depresyon ölçeği; TÖKÖ: Templer ölüm kaygısı ölçeği; BDÖ: Beck depresyon ölçeği; BAÖ: Beck anksiyete ölçeği; SF-36: Yaşam kalitesi ölçeği
Tabloda verilen değerler r (p) değerleridir. *p<0,05

TARTIŞMA

Yaşlı nüfusun artması ile birlikte bağımlı ve bakım ihtiyacı olan hastalarda artmıştır. Evde sağlık hizmetleri; kronik hastalığı olan, yaşlı veya özürli kişileri kendi ortamlarında destekleyerek, yaşamlarını rahat, mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal uyumlarını sağlar. Aynı zamanda; bakıma ihtiyacı olan hastanın aile bireyleri üzerindeki yükünü hafifletmek için aileye fizyolojik, psikososyal ve tıbbi destek hizmetleri de sunmaktadır²⁵. Kronik hastaya bakım veren kişilerde; yüksek düzeyde stres, bakım vermeyi uzun süreli sağlamakta zorlanma, psikiyatrik şikayetler ve psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkabilmektedir²⁶. Şizofreni hastalarının yakınları ile yapılan pek çok çalışmada; stres, anksiyete, ve depresyon skorlarının yüksek olduğu gösterilmiştir. Hatta hasta yakınlarında artan ölüm riskinden dahi bahsedilmektedir^{27,28}. Benzer şekilde yaşlı hastaya bakan kişiler ile yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin depresyon belirti düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir²⁶. Bizim sonuçlarımızda da benzer nitelikte

bakım veren hasta yakınlarının BDÖ skorları kontrol grubuna göre yüksek olarak bulunmuştur. Her iki hasta yakını grubu arasında depresyon düzeyleri açısından bir farklılık tespit edilmemiştir. Çalışmamızda evde sağlık hizmeti birimine kayıtlı hastaların tanıları %65 oran ile kanser hastası, %35 oran ile serebrovasküler hastalığıdır. Terminal dönem kanser hastalarına bakım veren kişilerin; genel olarak isteksiz, bıkkın, tükenmiş ve depresyon düzeyleri yüksek olduğu gösterilmiştir^{13,29}.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının yakınlarında ölüme ilişkin depresyon ölçeği skorları kontrol grubuna göre yüksek iken diğer gruplar arasında farklılık tespit edilmemiştir. Ölüm; yaşamın son aşaması olan evrensel bir olaydır. Tüm canlılar için yaşam aktivitelerinin bir daha tekrarlamamak üzere sona ermesi ve kişinin psikolojik ve fizyolojik anlamdaki son evresidir³⁰. Ölüme verilen tepki, ölüm kavramı, toplumdan topluma kültürden kültüre değişiklik göstermektedir^{31,32}. Türkiye İstatistik Kurumu 2017 yılı verilerine göre ülkemizde ikinci sırada ölüm nedeni kanser olarak raporlanmıştır ve

%20 oran bildirilmiştir³³. Kanser dünyada da ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır³⁴. Kanser hastalarının son dönemlerinde; tedavi seçeneklerinin azalması, semptomların ağırlaşması ve birden çok organı ilgilendiren sorunların başlaması ile hastalar çoğunlukla hastane yatışları da sıklıkla artmaktadır. Yaşanan komplikasyonlar ile hasta ve hasta yakınları ölüme yaklaşıldığını hissetmektedir ve ölüm düşüncesine alışılmaktadır³⁰. Kanser hastaları ve hastaların yakınları ile yapılan bir çalışmada; hastaların ve hasta yakınlarının ölüme ilişkin olumlu düşünceleri olduğu gösterilmiştir³⁵. Bizim sonuçlarımızda benzer nitelikte evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarında ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanları kontrol grubundan farklı değildi. Şizofreni, genç yaşta başlayıp, iyileşme ve yinelemelerle seyreden süregelen kronik bir hastalıktır. Şizofreni hastalığının doğasından ve pozitif semptomlarından kaynaklanan sorunlar nedeniyle hastaların işlevselliğinde, kişisel bakımında, mesleki, sosyal ve akademik yaşamlarında büyük bir düşüş gerçekleşebilir⁸. Şizofreni gibi kronik ruhsal hastalıkların tedavisinde; hastaların hastanede kalış sürelerinin azaltılması, sık yatışların önlenmesi temel hedeflerdir. Bu yaklaşım ile; şizofreni hastalarının bakım gereksinimleri sağlık kurumlarından ailelerin bakımına doğru yön değiştirmiştir⁷. Buradan yola çıkarak; şizofreni hastasına bakım veren kişilerin belki de hastalarının bakım verenleri olmadan hayatlarını nasıl idame ettirecekleri korkusu ile ölüme ilişkin olumsuz bir düşüncelerinin (keder, üzüntü gibi) oluşabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda her iki bakım veren grubu içinde ne anksiyete ne de ölüme ilişkin anksiyete düzeylerinde kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme olmadığı görülmüştür. Literatürde bakım verenlerin depresyon ve anksiyete skorlarının yüksek olduğunu bildiren çalışmalar yapılmıştır³⁶⁻³⁸. Çalışmaların bazılarında cinsiyetler arasında farklılık olduğu ve kadın cinsiyette daha yoğun anksiyete yaşandığı tespit edilmiştir³⁸. Bazı çalışmalarda ise; hasta yakınlarının sadece sürekli anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ve durumluk anksiyetelerinde değişiklik olmadığı gösterilmiştir³⁹. Hasta yakınlarında yapılan bazı çalışmalarda ise bizim sonuçlarımıza benzer nitelikte hasta yakınlarının anksiyete düzeylerinde yükselme saptanmamıştır⁴⁰. Bizim sonuçlarımızda ek olarak cinsiyetler arasında da farklılık tespit edilmemiştir. Sonuçlardaki farklılıkları; çalışmalara katılan hasta yakınlarının demografik özellikleri, bakım verdiği hastanın tanısı, hastaya yakınlık derecesi ve anksiyete düzeyini

değerlendirmek amacı ile kullanılan ölçeklerdeki farklılıklar ile açıklayabilir. Ek olarak bakım vermenin kişileri duyarsızlaştırmış olabileceği de düşünülebilir.

Bakım veren kişilerin farklı ölçekler kullanılarak yaşam kalitelerinin değerlendirildiği literatürdeki pek çok çalışmada belli alanlarda yaşam kalitelerinin olumsuz olarak değiştiği gösterilmiştir^{1,11,13,20,40}. Bakım veren kişi; bakıma ihtiyacı olan hastanın temel ihtiyaçlarını karşılar, tıbbi bakımını ve hastane ilişkilerini takip eder³. Bakım veren kişiler hastaya; fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik destek sağlar¹. Buradan yola çıkarak zamanının büyük kısmını hastasına ayıran bakım verenlerin; fiziksel ve sosyal fonksiyonlarında kısıtlama olması beklenen bir sonuçtur. Karayazgan şizofreni hastalarının yakınları ile yaptığı çalışmada; hasta yakınlarının hastalarına bakım verebilmek için işlerine gidemediği ya da işten ayrıldığını tespit etmiştir. Aynı çalışmada; hasta yakınlarının başka fiziksel ve sosyal aktivitelerinde de ciddi azalmalar olduğu gösterilmiştir⁴¹. Balaji ve arkadaşları şizofreni hastalarının yakınlarının; spor yapma, akraba ziyaretleri ve seyahat etme gibi sosyal ve fiziksel aktivitelerinin azaldığını saptamıştır⁴². Benzer şekilde kronik hastalığı olan hastalara bakım veren kişilerinde; fiziksel ve sosyal aktivitelerinin azaldığı ve kişilerin kısıtlandığı çalışmalarda gösterilmiştir^{1,11,13}. Bizim sonuçlarımızda bu çalışmalarla paralel olarak hasta yakınlarının yaşam kalitesi skorları belli alt boyutlarda düşük olarak bulunmuştur. Her iki bakım veren grubu içinde SF-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon, ve genel sağlık düzeylerinin kontrol grubuna göre düşük olduğu görülmüştür. Ek olarak şizofreni hastalarının yakınlarında SF-36 vitalite/canlılık skorları kontrol grubuna göre düşük olarak tespit edilmiştir. Karayazgan'ın şizofreni hasta yakınlarında yaptığı çalışmada; SF-36 genel sağlık, vitalite/canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı ve mental sağlık alt boyutları puanlarının kontrol grubundan düşük olduğu bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç; şizofreni hastasına bakım veren kişilerin; aile yaşantısını bozması, maddi ve manevi sıkıntılara yol açması ile duygusal olarak etkilenmeye yol açabileceği şeklinde yorumlanmıştır⁴¹. Başka bir çalışmada ise; diyabetik ayak hastası bakım vereni ile kronik psikiyatrik hasta bakım verenleri yaşam kalitesi yönünden karşılaştırılmıştır. Kronik psikiyatrik hastalığı olana bakan kişilerin SF-36 mental sağlık düzeylerinin kontrol grubu ve diğer bakım veren gruptan düşük olduğu tespit edilmiştir⁴³. Şahin ve Uyanık şizofreni hastalarının yakınları ile SF-36 kullanarak yaptığı çalışmada; hasta yakınlarının sosyal

fonksiyonlarının oldukça kısıtlanması ile birlikte SF-36 genel sağlık ve canlılık/vitalite düzeylerinin de düştüğü bulunmuştur⁴⁴. Kronik fiziksel hastalığı olan hastalara bakım veren kişilerin yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada ise; hemen hemen tüm alanlarda yaşam kalitesinin bozulduğu gösterilmiştir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı, vitalite/canlılık ve emosyonel rol kısıtlılığı puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir⁴⁵. Yeti yitimi, duygusal tepkilerde azalma, sosyal izolasyon, toplumsal geri çekilme, amaca yönelik davranışların sürdürülememesi gibi negatif semptomları olan şizofreni⁴⁶ hastalarına bakım veren kişilerde de canlılık/vitalite skorlarının düşük olması beklediğimiz bir sonuç olmuştur.

Evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarında; SF-36 mental sağlık ve ağrı düzeyleri de kontrol grubuna göre düşük olarak bulunmuştur. Literatürde incelendiğinde kronik fiziksel hastalığı olan kişilere bakım verenlerde mental ve genel sağlık düzeylerinde bozulma olduğu gösterilmiştir^{1,45}. Bizim sonuçlarımızda; şizofreni hastalarının yakınlarında SF-36 mental sağlık ve ağrı alt boyutlarında anlamlı bir farklılık kontrol grubuna göre saptanmamıştır. Şizofreni hasta yakınları ile yapılan bir çalışmada; SF-36 ağrı alt boyutu kontrol grubuna göre farklı değilken; mental sağlık alt boyutu ise kontrol grubuna göre düşük olarak bulunmuştur⁴⁴. Kronik hastaya bakım veren kişiler ile farklı ölçekler uygulanarak yapılan pek çok çalışmada; bakım veren kişilerin yaşam kalitelerinde belli alanlarda değişiklikler olduğu saptanmıştır^{1,11,13,20,40}. Uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına, çalışmanın uygulandığı gruba, bakım verdiği hastanın tanısı, hastaya yakınlık derecesi gibi veriler ile sonuçlarda farklılık olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamız bazı kısıtlılıklar göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Bu kısıtlılıklar arasında; çalışmanın kesitsel nitelikte oluşu, katılımcı sayısının görece yeterli sayıda olmaması, katılımcıların ölçekleri kendilerinin doldurması, katılımcılara SCID-5-CV (DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) yapılmaması sayılabilir. Bu durum elde ettiğimiz verileri yorumlamayı ve genellemeyi sınırlandırmaktadır. Bulgularımızın önem kazanabilmesi için; daha büyük örneklem gruplarında ileri araştırmalara gereksinim vardır.

Sonuç olarak şizofreni ve evde sağlık hizmeti alan kanser ve serebrovasküler hastalığı olan kişilere bakım verenlerin depresyon-anksiyete belirtileri, ölüm kaygıları ve yaşam kalitelerini karşılaştırdığımız

çalışmamızda; bakım verenlerin depresyon skorları kontrol grubundan yüksek olarak bulunmuştur. Ek olarak belli boyutlarda yaşam kalitesi skorlarının düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlardan yola çıkarak bakım veren kişilerin yaşadıkları zorlukların farkında olunması, bakım vermektan kaynaklı iş ve aile hayatlarında yaşayabilecekleri sıkıntıların göz önüne alınması gerektiği ve bu kişilere hem sosyal hem de psikolojik destek sağlanmasa önerilebilir. Tüm bunlardan yola çıkarak kamusal bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, bakım verenlerin bakım yüklerinin azaltılması ve yaşam kalitelerinin artırılması için gerekli önlemlerin alınması da önerilir.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: MK; Veri toplama:MK, FÖ; Veri analizi ve yorumlama: MK, FÖ; Yazı taslağı: MK, FÖ; İçeriğin eleştirilmesinin: MK; Son onay ve sorumluluk: MK, FÖ; Teknik ve malzeme desteği: -; Süpervizyon: MK, FÖ; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Etik Onay: Bu çalışmada Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi Girişimsel Olmayan Yerel Etik Kurulu'ndan, 11/09/2017 tarih ve 83116987-347 sayı numarası ile etik onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : MK; Data acquisition: MK, FÖ; Data analysis and interpretation: MK, FÖ; Drafting manuscript: MK, FÖ; Critical revision of manuscript: MK; Final approval and accountability: MK, FÖ; Technical or material support: -; Supervision: MK, FÖ; Securing funding (if available): n/a.

Ethical Approval: In this study, ethical approval was obtained from Gaziosmanpaşa University Hospital Non-Interventional Local Ethics Committee with the number 83116987-347 dated 11/09/2017.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

- Yeşil T, Ulusoy EÇ, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verelerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5:54-66.
- Bademli K, Lök N, Kaya Kılıç A. Relationship between caregiving burden and anger level in primary caregivers of individuals with chronic mental illness. Arch Psychiatr Nurs. 2017;31:263-8.
- Nehra R, Chakrabarti S, Kulhara P, Sharma R. Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia. A re-examination. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40:329-36.
- Oğuz I, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2016;19:171-86.
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, Sayı 25751, Erişim tarihi: 10.03.2005.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, Sayı 29280, Erişim tarihi:

- 27.02.2015.
7. Harmancı P, Duman ZÇ. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükleri ve ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Derg.* 2016;7:0-0.
 8. Öztürk O, Uluşahin N. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2015.
 9. Aydın O, Çökmüş FP, Bahkçı K, Aydın PÜ, Danacı AE. Şizofreni hastalarının bakım verenlerinde sosyal anksiyete, saldırganlık ve bağlanma stiline hastalık şiddeti üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2018;19(3).
 10. Kalav S. İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki (Yüksek lisans tezi). Mersin, . Mersin Üniversitesi, 2011.
 11. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Toraks Derg.* 2012;13(3):87-92.
 12. Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2013;3:51-7.
 13. Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gulhane Tıp Derg.* 2011;53:248-53.
 14. Kaya M, Demir Y. Hemodiyaliz hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve yaşam kaliteleri üzerine bir gözden geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg.* 2012;2:24-8.
 15. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
 16. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Derg.* 1989;7:3-13.
 17. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56:893-7.
 18. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cognit Psychother.* 1998;2:28-35.
 19. Templer DI, Lavoie M, Chalgujian H, Thomas-Dobson S. The measurement of death depression. *J Clin Psychol.* 1990;46:834-9.
 20. Yaparel R, Yıldız M. Ölümüne ilişkin depresyon ölçeğinin Türkçe çevirisinin normal populasyonda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 1998;9:198-204.
 21. Templer DI. The construction and validation of death anxiety scale. *J Gen Psychol.* 1970;82:165-174.
 22. Şenol C. Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölümüne ilişkin kaygı ve korkular (Yüksek lisans tezi). Ankara, Ankara Sosyal Bilimler Enstitüsü Fakültesi, 1989.
 23. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30:473-83.
 24. Koçyigit H. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Derg.* 1999;12:102-6.
 25. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2012;9:22-9.
 26. Njoku GU. The impact of caring for seniors on the caregiver's stress level (Doctoral thesis) Walden, Walden University, 2015.
 27. Pol MC, Ter Riet G, van Hartingsveldt M, Kröse B, de Rooij SE, Buurman BM. Effectiveness of sensor monitoring in an occupational therapy rehabilitation program for older individuals after hip fracture, the SO-HIP trial: study protocol of a three-arm stepped wedge cluster randomized trial. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:3.
 28. Piszczek J, Partlow E. Stepped-wedge trial design to evaluate Ebola treatments. *Lancet Infect Dis.* 2015;15:762-3.
 29. Alacacıoğlu A. Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi). İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2007.
 30. Bahar Z, Beser A, Ersin F, Kıssal A, Aydoğdu NG. Traditional and religious death practices in western Turkey. *Asian Nurs. Res.* 2012;6:107-14.
 31. Miyashita M, Kawakami S, Kato D, Yamashita H, Igaki H, Nakano K et al. The importance of good death components among cancer patients, the general population, oncologists, and oncology nurses in Japan: patients prefer "fighting against cancer". *Support Care Cancer.* 2015;23:103-110.
 32. Cottrell L, Duggleby W. The good death: an integrative literature review. *Palliat Support Care.* 2016;4:686-712.
 33. TÜİK. Türkiye ölüm nedeni istatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim Tarihi 21.05.2018.
 34. Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2014.
 35. Özyalçın D, Çevik B. Kanser Hastaları, yakınları ve hemşirelerin ölümüne ilişkin tutumu ve iyi ölüme ilişkin görüşleri. 23. Ulusal Kanser Kongresi. 2019.
 36. Götze H, Brähler E, Gansera L, Schnabel A, Gottschalk-Fleischer A, Köhler N. Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death. *Eur J Cancer Care.* 2018;27:e12606.
 37. Arslan SS, Demir N, Karaduman AA. The anxiety level of caregivers of neurological patients with dysphagia. *Dysphagia.* 2017;32:570-4.
 38. Möller JJK, Jespersen E, Lindahl-Jacobsen R, Ahrenfeldt LJ. Associations between perceived information needs and anxiety/depressive symptoms among cancer caregivers: A cross-sectional study. *J Psychosoc Oncol.* 2020;38:171-87.

39. Bostancı N, Duruhan Ö, Eyüboğlu Ö, Sezgin Ö, Güvenir Ö. Kanserli çocuğun bakım verenlerinde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Derg. 2007;15:165-72.
40. Ateş E, Canyılmaz E, Çakır NG, Yurtsever C, Yöney A. Kanser hastalarının ve onlara bakım veren kişilerin depresyon ve anksiyete durumlarının değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2018;18:61-7.
41. Karayazgan S. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin aktivite, aktivite performansı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin incelenmesi. (Yüksek lisans tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2013.
42. Balaji M, Chatterjee S, Brennan B, Rangaswamy T, Thornicroft G, Patel A. Outcomes that matter: a qualitative study with persons with schizophrenia and their primary caregivers in India. Asian J Psychiatr. 2012;5:258-65.
43. Yazla E, Karadere ME, Terzi Ö, Dolapçı M, Yastı AÇ. Diyabetik ayaklı hastaların bakım verenlerinde bakım veren yükü ve yaşam kalitesi. Fam Pract Palliat Care. 2017;2:28-37.
44. Şahin S, Uyanık M. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin aktivite performansı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin incelenmesi Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2018;6:161-170.
45. Dilbaz AS, Dedeli Ö, Yorgancıoğlu A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi Solunum Hastalıkları Dergisi. 2015;25(2-3):1-6.
46. Karakuş G, Kocal Y, Sert D. Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017;26:251-67.