



T.C.

KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

**ENGELLİ BİREYLERE BAKIM VERENLERDE
ALGILANAN BAKIM VERME YÜKÜ VE
FONKSİYONELLİK PARAMETRELERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

MELTEM YÜCEL ILGAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KIRŞEHİR/ 2021



T.C.

KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

ENGELLİ BİREYLERE BAKIM VERENLERDE ALGILANAN BAKIM VERME
YÜKÜ VE FONKSİYONELLİK PARAMETRELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

MELTEM YÜCEL ILGAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Buket BÜYÜKTURAN

KIRŞEHİR / 2021

KABUL VE ONAY

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans 171211005 numaralı öğrencimiz Meltem YÜCEL ILGAR tarafından hazırlanan “Engelli Bireylere Bakım Verenlerde Algılanan Bakım Verme Yükü ve Fonksiyonellik Parametreleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı tez çalışması **22.04.2021** tarihinde AYDEP (Ahi Yeterliliğe Dayalı Eğitim Projesi) uzaktan eğitim kapsamında yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından oy birliği ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Doç. Dr. Öznur BÜYÜKTURAN

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

(Başkan)

Doç. Dr. Meral SERTEL

Kırıkkale Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Buket BÜYÜKTURAN

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

(Danışman)

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

MELTEM YÜCEL ILGAR



ÖNSÖZ

Yüksek lisans sürecim boyunca her zaman desteğini hissettiğim danışmanım değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Buket BÜYÜKTURAN'a ve çalışma süresince bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli görüşleri ile tezimin şekillenmesini sağlayan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Öznur BÜYÜKTURAN'a,

Her zaman yanımda duran, sevgi ve şevkatini eksiksiz hissettiren, beni bugüne en güzel şekilde getiren canım annem ve babama,

Varlığından mutluluk duyduğum, canımın diğer parçası, güzel kardeşim Merve YÜCEL'e

Kuzenim Gamze AKINTI'ya

Tezimin her aşamasında desteğini hissettiğim, kendisini tanımaktan mutluluk duyduğum Yüksek Lisans dönem arkadaşım Uzman Fzt. Deniz TUĞYAN AYHAN'a

Tezime katkıda bulunan tüm mesai arkadaşlarıma ve en çok da Müdürüm Gülbahar Düğer ve tezim için beni motive eden Aysun KAYA'ya

Tüm hocalarıma,

Her zaman beni seven, sayan ve her türlü desteğini esirgemeyen can eşim Şahin ILGAR'a teşekkürlerimi sunarım.

En büyük teşekkürüm ise, tez sürecim boyunca zamanından çaldığım biricik kızım, canım Masalım'a...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
ŞEKİL LİSTESİ	vi
TABLO LİSTESİ	vii
SİMGE ve KISALTMA LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xii
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Engellik Tanımı	4
2.3.Engelli Bakım Tanımı	6
2.3.4. Bakım Türleri.....	6
2.4. Bakım Verme Yükü Tanımı	9
2.4.1. Objektif Yük	10
2.4.2. Subjektif Yük.....	11
2.5. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Faktörler	11
2.5.1. Hastalara Ait Özellikler	11
2.5.2. Bakım Verenlere Ait Özellikler	12
2.6. Depresyon.....	13
2.7. Yaşam Kalitesi.....	13
2.8. İş Doyumu	14
2.9. Fiziksel Uygunluk.....	15
3.GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer	17
3.2. Yöntem	18
3.3.İstatistiksel Analiz	27

3.4. Güç Analizi.....	27
4.BULGULAR	28
4.1. Bireyler ve Değerlendirme Sonuçları	28
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	36
KAYNAKÇA	50
EKLER	60
ÖZGEÇMİŞ	79



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1: Otur-uzan testi ile esneklik değerlendirilmesi	19
Şekil 3.2: Sorensen testi ile esneklik ölçümü.....	19
Şekil 3.3: Yan lateral köprü testi ile endurans ölçümü	20
Şekil 3.4: El dinamometre	20
Şekil 3.5: Diz fleksiyon kas kuvveti ölçümü.....	20
Şekil 3.6: Diz ekstansiyon kas kuvveti ölçümü.....	21
Şekil 3.7: Kalça ekstansiyon kas kuvveti ölçümü	21
Şekil 3.8: Kalça fleksiyon kas kuvveti ölçümü	22
Şekil 3.9: Kalça abdüksiyon kas kuvveti ölçümü	22
Şekil 3.10: Omuz fleksiyon kas kuvveti ölçümü.....	23
Şekil 3.11: Omuz ekstansiyon kas kuvveti ölçümü.....	23
Şekil 3.12: Omuz abdüksiyon kas kuvveti ölçümü	24
Şekil 3.13: Dirsek fleksiyon kas kuvveti ölçümü.....	24
Şekil 3.14: Dirsek ekstansiyon kas kuvveti ölçümü.....	25
Şekil 3. 15: Ayak bileği dorsi fleksiyon kas kuvveti ölçümü.....	25
Şekil 3. 16: Ayak bileği plantar fleksiyon kas kuvveti ölçümü	26

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	28
Tablo 4.2: Katılımcıların kas kuvveti ölçüm sonuçları	29
Tablo 4.3: Katılımcıların otur-uzan testi, sorensen testi, sağ yan lateral köprü testi, sol yan lateral köprü testi süreleri	30
Tablo 4.4: Bireylerin NSP, BDÖ, BVYÖ, MİDÖ ve VAS'dan aldıkları skorlar	31
Tablo 4.5: Bakım verme yükü, yaş, cinsiyet, kas kuvveti, esneklik, endurans, BDÖ, MİDÖ, NSP, VAS skorları	32



SİMGE ve KISALTMA LİSTESİ

Simgeler	Açıklama
%	:Yüzde Oranı
X±SS	:Ortalama± Standart Sapma
Kısaltmalar	Açıklama
Abd	:Abdüksiyon
Add	:Addüksiyon
ADKK	:Ayakbileği dorsi fleksiyon kas kuvveti
APKK	:Ayakbileği plantar fleksiyon kas kuvveti
APB	:Amerikan Psikiyatri Birliği
Ark	:Arkadaşları
BDİ	:Beck Depresyon İndeksi
BM	:Birleşmiş Milletler
BVYÖ	:Bakım Verme Yüğü Ölçeğı
cm	:Santimetre
DEKK	:Diz ekstansiyon kas kuvveti
OFKK	:Omuz fleksiyon kas kuvveti
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
Ekst	:Ekstansiyon
Fleks	:Fleksiyon
ICIDH	:International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
KAKK	:Kalça abdüksiyon kas kuvveti

KEKK	:Kalça ekstansiyon kas kuvveti
KFKK	:Kalça fleksiyon kas kuvveti
kg	:Kilogram
KOAH	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MİDÖ	:Minnesota İş Doyumu Ölçeği
NSP	:Nottingham Sağlık Profili
OAKK	:Omuz abdüksiyon kas kuvveti
OEKK	:Omuz ekstansiyon kas kuvveti
OFKK	:Omuz fleksiyon kas kuvveti
SF- 36	:Kısa Form 36
ST	:Sorensen Testi
VAS	:Visüel ağrı skalası
WHOQOL- bref	:Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu
YLKT	:Yan lateral köprü testi
ZBVYÖ	:Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ENGELLİ BİREYLERE BAKIM VERENLERDE ALGILANAN BAKIM VERME YÜKÜ
VE FONKSİYONELLİK PARAMETRELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

MELTEM YÜCEL ILGAR

KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİZYOTERAPİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN DR. ÖĞR. ÜYESİ BUKET BÜYÜKTURAN

Bu çalışmanın amacı, engelli bireylere bakım verenlerin bakım verme yükleri ile fonksiyonellik parametreleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmamız gözlemsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmamızda T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı Kırşehir ili Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezinde kalmakta olan engelli bireylere bakım veren bakım personelleri değerlendirmeye alınmıştır. Yapılan çalışmada olguların sosyo-demografik bilgileri kaydedilmiştir. Esneklikleri Otur-Uzan testi ile, enduransları Sorensen Testi (ST) ve Yan Lateral Köprü Testi (YLKT) ile, kas kuvvetleri el dinamometresi ile, sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri Nottingham Sağlık Profili (NSP) ölçeği ile, depresyon düzeyleri Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile, algılanan bakım verme yükü Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ) ile, mesleki doyumları Minnesota İş Doyumu Ölçeği (MİDÖ) ile, ağrıları Visüel Ağrı Skalası (VAS) ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya 70 bakım veren birey dâhil edilmiştir. Bunlardan 25'i kadın

45'i erkektir. Bakım veren bireyler haftalık 40 ile 56 saat arasında hizmet vermektedirler. Bakım verenlerin tamamının günlük hizmet verdiği engelli sayısı 12'dir.

Çalışma kapsamında bakım verme yükü ile kas kuvveti, medeni durum, eğitim yılı, MİDÖ arasında yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı ilişkilerin çıkmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Cinsiyet ile kas kuvveti, ST, YLKT, NSP ve VAS arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş ile VAS arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Bakım veren bireylerin bakım verme yılı ile VAS arasında pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kas kuvveti ile NSP ve VAS arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). NSP ile BDÖ ve BVYÖ arasında pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). BDÖ ile MİDÖ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuşken, BDÖ ile VAS arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgular doğrultusunda, bakım verme yüküne etki eden pek çok parametre olduğu, kişinin fiziksel kapasitesinin algılanan yüke etki ettiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Engelli, engelli bakımı, bakım verme yükü, mesleki iş doyumunu, fiziksel parametreler

ABSTRACT

EXAMINATION OF THE CORRELATION BETWEEN PERCEIVED CAREGIVER BURDEN AND FUNCTIONAL PARAMETERS IN CAREGIVERS OF PERSONS WITH DISABILITIES

Meltem YÜCEL ILGAR

KIRSEHIR AHI EVRAN UNIVERSITY

Institute of Health Sciences

Department of Physiotherapy and Rehabilitation

Advisor: Asst. Prof. BUKET BÜYÜKTURAN

The aim of this study is to examine the caregiver burden of caregivers with persons disabilities by using methods for physiotherapy and rehabilitation assessments and to examine the correlation between these assessments.

This study was planned as an observational research study. This study was performed with caregivers of persons with disabilities who live in Barrier-Free Living Rehabilitation and Family Counseling Center in Kırşehir under Republic of Turkey Ministry of Family, Labour and Social Services. In this study, socio-demographic data of the cases were recorded; and the Sit- Reach test, the Sorensen test for endurance, the side lateral bridge test, measurement of muscle strength with handheld dynamometer, The Nottingham Health Profile (NHP) assessment of health-related quality of life, measures of depression and depressive symptoms with The Beck Depression Inventory (BDI), the caregiver burden scale to assess perceived burden among people caring for person with disabilities, and The Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) to measure job satisfaction were used. 70 caregivers included in the study, 25 were female and 45 were male. These caregivers work between 40 and 56 hours a

week. Each caregiver provide care to 12 persons with disabilities per day. (1 caregiver per 12 persons with disabilities)

In the study, result of statistical analysis indicated that there were no significant differences between caregiver burden and muscle strength, marital status, years of education, and the MSQ ($p>0.05$). Statistical significant correlation was found between gender and muscle strength, six-minute walking distance, the Sorensen test, the side lateral bridge test, the NHP questionnaire, and VAS ($p<0.05$). There was a significant negative correlation between age and walking distance, and a positive significant correlation between age and VAS($p<0.05$). . A significant positive correlation was found between caregiving years of caregivers and VAS ($p<0.05$). A negative correlation was found between muscle strength and NHP questionnaire and VAS ($p<0.05$). While a positive correlation was found between NHP questionnaire and BDI ($p<0.05$). There was a significant negative correlation between the BDI and MSQ, while a positive significant correlation was found between the BDI and the VAS($p<0.05$). According to the findings, it was concluded that there are many parameters that influence caregiver burden, and a person's physical capacity affects the perceived burden.

Keywords: disabled, disabled care, caregiving burden, occupational job satisfaction, physical parameters

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2010 yılı verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık olarak % 15'i, yani bir milyardan fazla bireyin çeşitli engellilik problemleri yaşadığını belirtmiştir. Ülkemizde ise, 2011 yılında yapılmış olan Nüfus ve Konut Araştırması verilerine göre en az bir fonksiyon kaybı olduğunu beyan edenlerin sayısı 4.882.841 kişidir. Bu rakama göre 2011 yılı için Türkiye'de en az bir vücut fonksiyonunda bozukluk olanların sayısının genel nüfusa oranı yaklaşık % 6,5'dir. Engellilik toplumda bu kadar sık rastlanan bir durum olarak karşımıza çıkarken engelli bireylerin ihtiyaçlarının giderilmesi bakım verenler tarafından üstlenilmiştir. Bakım sunma sorumlulukları artış gösterdikçe, bakım verme eylemi bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, bağımlılık gerektiren, yoğun bir zorunluluğa dönüşebilmekte ve bu durumlar sonucunda bakım yüküne yol açabilmektedir (1).

Bakım sorumluluğunu üstlenen bakım elemanları vakitlerinin çoğunu bakım sürecine ayırdıkları için sosyal hayattan uzaklaşmakta, bu durum da sosyal hayata adaptasyonu azaltmaktadır, bakım verme süreci bakımı üstlenen kişinin sosyal hayatını olumsuz olarak etkilemektedir (2). Engelli bireye bakım verme, engelli bireyin günlük yaşam aktiviteleri esnasında destek olmak olarak tanımlanmıştır ve fiziksel, sosyal, duygusal veya maddi destek vermeyi de içermektedir (3). Ülkeler gerekli ekonomik altyapıyı sağlayarak insan kaynaklı, toplum temelli hizmet modeli sürecine dönüşümü iyi planlamalı ve organize etmelidir. İyi bir alt yapı ve yeterli kaynak sayesinde toplum faydasına olan hizmetler daha iyi sonuçlar verecektir (4).

Bakım yükü, bakım kavramının basit tanımından farklı olarak karmaşık bir yapıya sahiptir. Bakım yükü kavramı sıklıkla geniş anlam ifade eden bir kavramdır ve genellikle olumsuz ve kötümser bir kavramdır. Yük kavramı, bakım veren bireyin negatif resmini çağrıştırmaktadır. Bakım sırasında yapılan işten memnuniyetin düşük seviyede olması duygusal sıkıntı, aile çatışmaları ve yaşam kalitesinden azalmaya yol açabilir. Ayrıca duygusal, psikososyal, fiziksel ve ekonomik etkiler bakım yükü kavramını etkilemektedir. Sıklıkla da bireye acı veren durumlar olan utanç, suçluluk hissi, kendini suçlama gibi kavramları da içermektedir.

Çeşitli araştırmalar, kronik hastalıkların ailelerde psikolojik ve duygusal sıkıntı, fiziksel hastalık, ailenin parçalanması, sosyal ve seksüel ilişkilerde bozulma, sosyal aktivitelerin azalması ve ekonomik zorluklar yarattığını göstermiştir (6,7). Literatür tarandığında, bakım verme süreci ile birlikte bakım veren bireyde depresyon, sinirlilik hali, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal yalnızlık, tükenmişlik ve benzeri durumlar gözlenmiştir. Bakım veren bireyde hissedilen bakım verme yükü artıkça hissedilen depresyon ve anksiyete düzeylerinde artış olmaktadır. Depresyon ve anksiyete ise bakım veren bireyin yaşam kalitesini azaltarak hasta bakımını olumsuz etkileyen önemli sorunlardan birisidir (8).

Hastaların günlük yaşamda ihtiyaç duyduğu yardım, bakım veren bireyin fiziksel yükünü artırmakta ve kişinin yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Fiziksel olarak yeterli durumda olan bakım veren bireyler bile, bakım verme işi esnasında büyük zorluklar yaşamaktadır. Bakım verme süresinin uzunluğu ve bakım verenin sosyal hayattaki sorumlulukları, kişide psikolojik ve fiziksel yaralanmaya neden olmaktadır (9). Bakım verme sürecince artan zorlanmalar kronik bir hal alarak bakım veren bireylerin doğru postürden uzaklaşmasına ve biyomekanik açıdan dezavantajlı davranış modelleri geliştirmelerine yol açabilmektedir (10). Böylece, kas kuvveti, endurans ve esneklikte azalma gözlenebilmektedir (9). Bu dejeneratif durum nöromusküler kontrolü olumsuz yönde etkilemekte ve kas-iskelet sistemi yaralanmalarına yol açabilmektedir (11,12). Bakım veren bireylerin % 84'ünün yaşam kalitesini etkileyen fiziksel sorunlara sahip olduğu bildirilmiştir. Fakat bakım verme yükünün fiziksel sağlık üzerindeki etkileri, zihinsel sağlık üzerine olan etkilerine göre daha az ele alınmıştır. Bu nedenle bakım veren bireylerin kas kuvveti, endurans ve esnekliklerini içeren fiziksel uygunluk parametreleri daha az anlaşılabilmiştir (13). Sonuç olarak, bakım veren yükü ile fonksiyonel parametreler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı yetersizdir.

Bu çalışmada Kırşehir Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezinde kalan engelli bireylere bakım veren bakım elemanlarının kas kuvveti, endurans, esneklik, fiziksel aktivite, bakım verme yükü, mesleki doyum, depresyon durumu ve kaygı durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma için belirlediğimiz hipotezler aşağıda sıralanmıştır:

H1-1: Engelli bireye bakım verenlerde algılanan bakım verme yükü ile fonksiyonel parametreler arasında ilişki vardır.

H0-1: Engelli bireye bakım verenlerde algılanan bakım verme yükü ile fonksiyonel parametreler arasında ilişki yoktur.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Engellilik Tanımı

Engellilik kavramı hakkında pek çok tanım vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) engellilik kavramını "Bir kimseden ve yahut bir bütün olarak kişinin vücut işlevlerinden beklenen gelişim ve vücudun işlevlerini yerine getirmesi konusunda ortaya çıkan eksiklik veya sınırlılık" olarak tanımlamıştır. Bir başka tanımda kişinin bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal fonksiyonlarını çeşitli derecelerde kaybetmesi sebebiyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük ihtiyaçlarını karşılamada güçlük çekmesi ve bu sebepten dolayı farklı alanlarda desteğe gereksinim duyması olarak belirtilmiştir (14).

Engellilik kavramına farklı bakış açılarından yaklaşılmaktadır. Bu nedenle DSÖ, engellilik kavramı hakkında aşağıdaki gibi hastalık sonuçlarına dayanan, sağlık yönüne ağırlık veren, Uluslararası Yetersizlik, Özürlülük ve Engellilik Sınıflandırması [International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-(ICIDH)] isimli bir sınıflama sistemini geliştirmiştir (4).

Bu sınıflandırmaya göre;

Yetersizlik (Impairment): Kişide ruhsal, anatomik ve fizyolojik olarak bir işlev kaybı olarak tanımlanır. Özellikle bu kategori organ düzeyindeki bozuklukları belirleyip anlatmaktadır.

Özürlülük (Disability): Ortopedik ve zihinsel olarak vücut fonksiyon kaybı olarak tanımlanır. Bir başka tanımı da kişinin sağlığının bozulması sonucunda meydana gelen bir yetersizlik dolayısıyla bir yeteneğinin normale oranla azalması durumudur ya da söz konusu yeteneğin tamamen kaybedilmesi durumudur.

Engellilik (Handicap): Bir noksanlık veya sakatlık sonucunda kişide meydana gelen ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyette bulunmasına engel olan dezavantajlı bir durumu ifade eder.

1980'lerden günümüze özürlülük konusuna yaklaşımların farklılaşması sebebiyle ve ICIDH özürlülük sınıflandırmasının oluşturduğu damgalanmanın sosyal algısını değiştirebilmek için DSÖ 2001 yılında İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması sistemini [International Classification of Functioning, Disability and Health-(ICF)] oluşturmuştur.

Birleşmiş Milletler (BM), 2001 yılından itibaren bu sınıflandırma sistemini, ICIDH sınıflandırma sisteminin yerine kullanmaya başlamıştır (15).

ICF'e (2001) göre belirlenen ve araştırmalarda kullanılması önerilen engelli sınıflandırması;

Ortopedik Engelli: Ortopedik (Fiziksel) engellilik normal gelişim basamaklarına göre vücut aktivitelerindeki herhangi bir eksiklik olarak tanımlanmaktadır. Bunun yanı sıra fiziksel noksanlık olarak da ifade edilmektedir (16).

Görme Engelli: Görme engelliler, hiç görmeyenler ve az görenler olmak üzere iki grupta incelenmektedir (17). Hiç görmemekle az görmek arasındaki ayırım için belli ölçütler belirlenmiştir. Gerekli tedaviler yapıldıktan sonra iyi gören gözündeki görme gücünün maksimum onda biri bulunan, görüş açısı yirmi dereceyi geçmeyenler “hiç göremeyen” olarak tanımlanmaktadır. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra iki gözü ile toplamdaki görmesi onda bir ile otuzda bir arasında yer alıp, bazı özel gereçlere bağımlı olmaksızın günlük aktivitelerini devam ettiremeyen kişiler “az gören” olarak tanımlanmaktadır (2).

İşitme ve Konuşma Engelli: Bireyin bir ya da her iki kulağında tam veya kısmi işitme fonksiyon kaybı olması durumu işitme engeli olarak tanımlanmaktadır. Konuşma engeli herhangi bir sebepten dolayı çevresine kendini ifade edememe ya da ifadenin akıcılığında, hızında problemler yaşama ve bireyde ses bozukluğu olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Kulağı duymasına karşın kelimeleri söyleyiş bozukluğu olması, gırtlığı alınanlar, konuşmak için yardımcı araca ihtiyaç duyanlar, kekemeler, dil dudak, çene gibi konuşma organının yapısında bazı sorunlar bulunan bireyler bu engel grubu içerisine dâhil olur. Düzeltilemeyecek kadar ağır derecede işitme engeline sahip olan çocuklar özel ilgi ve dikkat gerektirirler. Sözel girdiden ziyade daha çok görsel girdiye gereksinim duyarlar (18).

Zihinsel Engelli: Çeşitli derecelerde zihinsel yetersizliği olan kişiler bu özür grubundadır. Zihinsel fonksiyonların gelişim düzeyinin altında olması, iletişim, öz bakım, ev hayatı, sosyal hayat, akademik bceriler, kendini yönlendirme, sağlık ve güvenlik, serbest vakit aktiviteleri, iş gibi öğrenme ve sosyal hayata uyum ile ilgili davranışlarda eksikliğe sahip olma durumunun görülmesidir (18). Zihinsel engelli çocuklar normal yaşlıları gibi temelde psikolojik, fizyolojik, sosyal ve duygusal olmak üzere benzer ihtiyaçlara sahiptirler. Fakat bu iki grup karşılaştırıldığında belirtilen benzer ihtiyaçlar üzerinde yapılan araştırmalar, daha detaylı

olarak incelendiğinde bu iki grup arasında bireysel farklılıkların ortaya çıktığını göstermektedir (19).

2.3.Engelli Bakım Tanımı

Engelli bakımı, bakım alanın var olan sorunlarını ve gereksinimlerini karşılamak için günlük yaşam aktivitelerine yardım edilmesidir. Bakım veren, hastasının tedavi ve bakımı sırasında semptom yönetimi, sakatlık, ve hareketsizlik gibi konularda büyük sorumluluk alır. Bu bağlamda bakım personeli, ev ve kurumlarda “bilim ve teknolojiye yararlanarak, sorumluluklarının bilinci altında bakıma muhtaç bireyin bakımı, vücut temizliği, sağlık personelinin önerdiği ilaçların zamanında alınması, bakıma muhtaç bireyin kişisel ve sosyal sorunlarının çözümünde yardımcı olması, beslenmeleri ve alanıyla ilgili araç ve gereçleri kullanılmasını sağlar. Bakım personelinin verdiği bakım, yatılı ve gündüzlü olarak hizmet veren çeşitli merkezlerde gerçekleştirilmektedir (20). Bu nedenle bakım türlerini bilmek önemlidir.

2.3.4. Bakım Türleri

Bakım türleri genel olarak, bakım faaliyetinin gerçekleştirildiği mekan açısından bakım (evde bakım, kurum bakımı, özel merkezlerde bakım gibi) ve ihtiyaca göre sınıflandırılmaktadır (2).

Evde Bakım: Bakım hizmetleri; hekim, hemşire, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, ev ekonomisti ve bakım destek elemanı gibi farklı meslek ve branş üyelerinin iş birliği ve eş güdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize bir biçimde sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetler bütünüdür. Evde bakım hizmetleri, bakıma muhtaç özürlü bireye ve aileye verilen her türlü desteği kapsamaktadır. Evde bakım hizmetinin en temel hedefi, muhtaç bireyin ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayarak aileye destek vermek ve ailenin işlevselliğini artırmaktır (21).

Sosyal bakım hizmetleri teknik olarak günlük yaşam aktiviteleri olarak adlandırılan yemek yeme, banyo, tuvalet, giyinme, soyunma, hareket etme gibi günlük yaşam aktiviteleri ile enstrümental günlük yaşam aktiviteleri olarak adlandırılan ev işleri, yemek yapma, alışverişe gitme gibi yardımcı günlük yaşam aktiviteleri desteğini içermektedir (22).

Kurum Bakımı: Kurum bakımı, evde verilecek desteğe rağmen bakılamayacak derecede yardıma gereksinim duyan veya aile yanında bakılması zor olan ya da mümkün olmayan

bireylerin bireysel, sosyal, psikolojik her türlü ihtiyaçlarının giderildiği, boş zamanların etkinliklerle değerlendirildiği, sosyal ilişkilerinin kurulduğu bakım türüdür. Engelli bireye yatılı olarak hizmet verilir. Kurum, engelli kişilerin hayatlarını öncelikle yaşadıkları ortamda sağlık, huzur ve güven içinde yaşaması yönünde çalışmalarını sürdürür. Bakıma muhtaç engellilere geçici veya sürekli olarak bakım hizmeti verilir (23).

Bakım ve rehabilitasyon merkezleri meslek elemanlarının katkılarıyla aşağıda belirtilen programları uygular. Bu programlar:

- Zinhinsel problemi olan engellilere ve ailelerine yönelik yapılacak olan etkinlikleri içeren psikolojik destek programı,
- Bedensel engellilere yönelik fizik tedavi ve rehabilitasyon destek programı,
- Engellinin motor, duysal, duygusal, öz bakım yetenekleri, iletişim yeteneği, konuşma ve işitme yetileri gibi dil gelişimi gibi alanlarda engelliye destekleyerek var olan yetenekleri en üst düzeye çıkarmak için gerekli destek programları,
- Örgün eğitim öğretimden yararlanan engellileri destekleme programları,
- Engellilerin sosyal hayata uyumunu sağlayarak aile ve yakın çevreleriyle iletişim kurmalarını destekleyen programlar,
- Engelli bireylerin kullandıkları yardımcı cihazları kullanma ve geliştirmeleri için hareket programları,
- Kurumsal programları tamamlayarak bireysel yaşama kabiliyeti kazanmış engellilerin normal hayata dönüşünü sağlamak için geliştirme programları,
- Engelli bireylerin yeteneklerini ve becerilerini geliştirmeye yönelik iş becerisi geliştirme programları,
- Kurumun ve kurumda verilen hizmete yönelik tanıtım programları,
- Gönüllü birey, grup ve kurumların desteklenerek merkezle bütünleşmesi programları,
- Engelli bireylerin kurum içi hizmetlere ulaşabilmeleri için desteklerin sağlanması programı,
- Engelli ailelerini bir araya getirerek ortak faaliyetler programı,
- Sivil toplum kuruluşları ile iletişime geçerek engelli bireylerin toplumla etkileşimini hedefleyen toplumsal çalışma programları,

- Engelli bireylerin her türlü gelişim alanları ile ilgili ihtiyaçlarını daha uygun ortamlarda karşılamak için tasarlanmış, çeşitli spor, müzik, egzersiz, motor beceriler, eğlenceli aktiviteler, yarışmalara hazırlık gibi bireysel ve grup rehabilitasyon aktiviteleri amaçlı sportif programları,
- Engelli bireylerin, zamanlarını değerlendirmek için planlanmış sosyal etkinlik programlarını içermektedir (24).

Aile Danışma ve Bakım Merkezlerinde Bakım: Aile danışmanlığı hizmeti, engelli ve engellinin ailesini engelli hakları konusunda bilgilendirmek ve ailesi ve çevresi ile iletişimini geliştirmek amacıyla engelliye ve ailesine yönelik uygulanan hizmetlerin tümünü kapsar. Bu merkezlerde engelli bireylere profesyonel bakıma ek olarak rehabilitasyon hizmeti de sunulmaktadır. Engelli bireye bakım verenlere kendilerine ayıracağı zamanı arttırmak adına çalışmalar yapılır. Bu merkezlerde engelliye bakım ve rehabilitasyonun yanı sıra toplumsal hayata uyumuna yönelik çalışmalar da yapılır. Aile danışmanlığı hizmeti, merkezde görevli ilgili profesyonel meslek personelleri tarafından yürütülür.

Aileye yönelik psikolojik destek hizmetleri:

- Ailelerin engelli bireye sahip olduğu gerçeğini kabullenmelerinde onlara yol göstermek,
- Duygusal yönden aileleri desteklemek,
- Engelli bireye sahip olmanın verdiği karmaşa karşısında yaşanan duygu boşluğu konusunda aileye yardımcı olmak,
- Toplumsal yargılamalar karşısında aileyi aydınlatmak,
- Ailenin engelli bireyi olduğu gibi kabul etmesine sağlamak,
- Ailelerin birbirleri ile deneyimlerini paylaşmalarına ilişkin özel grup çalışmaları yapmaya yönelik programları planlamaktır.

Aileye yönelik sosyal danışmanlık hizmetleri:

- Engelli bireyin ihtiyaç duyulduğunda iş ve beceri kazanması, meslek edinebilmesi için yapılan çalışmalara yönlendirmek ve bunun için aileyle iş birliği yapmak,
- Engelli bireyin psiko-sosyal gelişimine yardımcı olmak, ekonomik bağımsızlığını kazanmasını sağlamak ve engelliye rehberlik etmesi için ailesine danışmanlık hizmeti vermektir.

Rehabilitasyon programlarına ailenin katılımına yönelik hizmetler:

- Ailenin rehabilitasyon programlarına düzenli katılımını sağlamak,
- Merkezde yapılan çalışmaların engellinin yaşamına uyarlanması açısından merkez çalışmalarıyla aynı doğrultuda ev programları hazırlamak,
- Merkeze devam edemeyen engellileri desteklemek açısından ev programları hazırlamak ve denetimini yapmak,
- Ailelerin programları uygulama deneyimlerine ilişkin bilgilerini paylaşmaları açısından grup organizasyonları yapmaktır (25).

Özel Bakım Merkezlerinde Bakım Hizmeti: Ailesinin yanında bakılamayacak durumu olan engellilerin SHÇEK'e bağlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin yeterli kapasitesi olmadığı durumlarda, özel bakım ve rehabilitasyon merkezlerine ücret karşılığı engelliye yerleştirir. Engellinin ailesinin veya yakınımın talebi üzerine engelli bu kurumlara yerleştirilir. Ailenin engelliye gerekli bakımı verememesi durumunda engelli devlet eliyle de bu kurumlara alınır. (21).

2.4. Bakım Verme Yükü Tanımı

Birinci derecede bakım veren kişi bakım alanın sürekli olarak yanında bulunduğundan dolayı bakım alan kişinin sosyal hayatının içindedir. Bakım sunma sorumlulukları arttıkça bakım sunma-bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir (26). Bakım veren yükü, bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal tepkileri ifade etmede kullanılır (27). Yük kavramı bakım verenler ve araştırmacılar tarafından farklı algılanabilir. Altun ve ark. tarafından yapılan araştırmada, bakım vericilerin % 78'inin kadın ve bu oran içinde % 34'ünün eşlerine bakmakta olan kadınlar olduğu belirtilmiştir. (28).

Bakım verme yükünün iki boyutu vardır. Objektif yük ile bakım alanla ilgili olarak yaşanan sıkıntı düzeyi, üzüntü, stres, bitkinlik gibi emosyonel duygular anlatılmak istenilmektedir. Subjektif yük ile bakım verenin, hastanın hastalığının derecesine bağlı olarak yapmakta zorlandığı günlük işlerine yardımcı olma, kendinden aldığı vakti bakım alana ayırma, sosyal etkinliklerinin kısıtlanması olarak belirtilmiştir. Bakım gerektiren durumların farklı özelliklerine bakıldığında bakım gerektiren durumun özelliklerinin ve bakım veren kişiden kaynaklanan faktörlerin bakım verme yükü üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Bu durumda bakım verme yükünü bakım verene ait faktörler ve bakım alana ait faktörler etkilemektedir (1).

2.4.1. Objektif Yük

Objektif yük somut bir yapıdır. Bakım verirken oluşan güçlükler ve gereken fiziksel iş olarak tanımlanabilir (29). Genellikle, bakım verme esnasında ortaya çıkan direkt bakım yükü objektif yük olarak adlandırılmaktadır.

Hissedilen objektif yük aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Hastanın ekonomik bağılılığı
- Ailedeki rutinlerinin bozulması
- Davranışlarını kontrol altına almaya çalışma
- Mental sağlığı için gerekli zaman ve enerji
- Hizmet veren kişilerle yapılan görüşmeler
- Hastalığın ekonomik boyutları
- Diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını ihmal edilmesi
- Sosyal aktivitelere zaman ayıramaması
- İş dünyası ile alakanın kesilmesi
- Uygun bir bakım ortamına sahip olmama (6).

Objektif yükün boyutları aşağıda belirtilmiştir.

Direkt Bakım Sorumlulukları: Direkt bakım sorumlulukları genellikle bakım vericinin bakım alanın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için gereken zamanı ölçerek tanımlanır. Bu süre bakım alanın durumuna göre sıklıkla değişmektedir. Örn: Storne ve ark. kanser hastalarının ihtiyaçlarının karşılanması için bakım verenin günde yaklaşık olarak 5.5 saat zaman harcadıklarını bulmuşlardır (30).

Hastanın Duygusal Gereksinimleri İle Baş Etme: Bakım veren kişiler hastanın sıkıntılarını dinlerler ve bunlarla baş etme gereksinimini hissederler. Hastalara destek olma ve onları gerekli konularda teşvik edip cesaretlendirme, aile üyelerinin yüklerini etkileyen başka bir boyut olmaktadır (6).

Bakım Verme İşinin Bakım Veren Hayatındaki Diğer Roller Üzerine Olan Etkisi: Bakım verme işi bakım vericinin hayatı üzerine olan etkisi çok yaygın ve zarar verici boyuttadır. Bu bakım verme işinin doğurduğu gereksinimler, kişinin diğer rolleri ile bakım verme rolleri arasında bir kargaşa oluşturmaktadır. Bunlar ilişkiler, hayat rutinleri, eğlence, çalışma, sosyal

zaman, sosyal ilişkilerde değişimleri içermektedir. Rollerdeki bu değişimler bakım vermenin objektif yükü olarak görölmektedir (30).

2.4.2. Subjektif Yük

Subjektif yük, kişinin yukarıda verilen objektif yüküle uğraşırken yaşadığı sıkıntılı durumları içermektedir. Bazı araştırmacılar subjektif yükü, bakım verenin içinde bulunduğu durum sebebiyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu değişimlere karşı tutumu ve duygusal tepkileri olarak adlandırmıştır. Subjektif yük ortaya çıkan duruma, bireyin kişisel yaklaşımıdır ve bakım verme işini bir yük olarak algılamasıdır. Genellikle hissedilen bu duygu keder, sıkıntı, utanma duygusu gibi tepkilerdir. Bir hastaya bakım verme sırasında bu kadar çok duygusal etkiler oluşuyorsa buna bağlı olarak çoğu yük ölçüm araçları öznel ve nesnel yükler olarak pek çok madde içerir. Subjektif yükün göstergeleri olan kaygı, stres, suçluluk duygusu gibi yanıtlar bakım verme işinin sonucu olan depresyonun da maddeleridir ve bu da yük skorlarına etkide bulunmaktadır (31). Webb, 1998 yılında yaptığı çalışmasında subjektif yükü etkileyen faktörleri incelediğinde objektif yükün bakım verene ilişkin hiçbir özelliğten etkilenmediğini, bununla beraber subjektif yükün hastaya ait özelliklerinden çok bakım verene ait özelliklerden etkilendiğini belirtmişlerdir (32).

2.5. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Faktörler

2.5.1. Hastalara Ait Özellikler

Literatür incelendiğinde bakım veren yükünü etkileyen faktörlerin arasında hastalara ait özellikler bulunmaktadır. Bunlar; bilişsel yetersizlikler, fonksiyonel yetersizlikler ve nöropsikiyatrik yetersizliklerdir. Bilişsel yetersizliği olan bireyler çevrede olanlara anlam veremez, öğrenmede zorluklar yaşar, unutkanlık seviyesi yüksektir, kortikal bozukluklar görülür. Fonksiyonel yetersizliği olan bireyler günlük aktiviteleri gerçekleştirmekte zorluk çeker ve başkalarının yardımına ihtiyaç duyarlar. Nöropsikiyatrik yetersizliklerde heyezanlar, halüsinasyonlar, ajitasyon/saldırganlık, depresyon, kaygı bozuklukları, apati/kayıtsızlık, disinhibisyon, iritabilite/labilite, motor davranış bozuklukları, uyku problemleri, yeme bozuklukları görülür (33). Ancak hastalara ait bu faktörlerin tüm bakım verenler üzerinde aynı etkiyi yaratmadığı saptanmıştır. Bunların yerine algılanan yükün ve bakım vermenin kişisel etkisinin, bakım verenin hissettiği yük duygusuyla yakından alakalı olduğu bulunmuştur (34).

2.5.2. Bakım Verenlere Ait Özellikler

Yaş: Bakım veren yükü, bakım veren yaşıyla ters orantılıdır. Yapılan araştırmalar gençlerde bakım veren yükünün daha fazla olduğunu, bundan rahatsızlık duyulduğunu ve hastayı bir bakım kurumuna yatırma ihtimalinin yüksek olduğunu gösterirken, yaşlılarda bu durumdan duyulan rahatsızlığın daha az olduğunu ve kişinin bu işi kendine verilmiş bir görev olarak kabul ettiğini göstermiştir.

Eğitim Durumu: Yapılan araştırmalara göre bakım veren kişinin eğitim durumu da bakım yükünü etkileyen bir başka faktör olarak göstermiştir. Eğitimli kişiler hastaların durumuna göre gerek duydukları ihtiyaçların daha iyi farkındadırlar, olaylara daha çözümsel metotlarla yaklaşır, stresi daha iyi yönetirler. Eğitim düzeyi düşük olan kişiler ise duruma hâkim olmakta zorlanırlar, öfke kontrolünde başarılı değildirler (30).

Bakım Verme Süresi: Bakım veren yükünü etkileyen etmenlerden bir diğeri de bakım verme süresidir. Araştırmalara göre bakım verme süresi uzadıkça bakım veren yükü de artmaktadır. Bakım verme işi zaman alan bir eylemdir ve zaman geçtikçe zorlaşır. Bu durumda zamanla bakım veren kişi üzerine binen sosyal, kültürel ve ekonomik sıkıntılar artar. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda bakım veren kişinin artan sıkıntılarla birlikte hissettiği bakım yükü artar.

Cinsiyet: Bakım veren yükünü etkileyen faktörlerden bir diğeri cinsiyettir. Kadınlar bakım verme işini sorumluluk olarak her yönüyle üstlenirler. Ancak erkeklere bakıldığında bu konuda kadınlar kadar sorumluluk sahibi değildirler. Kadın bakım verenlerde bakım verme işi sosyal hayatlarındaki diğer görevlerle birleşince erkek bakım verenlerden daha çok anksiyete, depresyon, stres görülmesine neden olur. Bunun yanında yapılan bazı araştırmalara göre bakım verilen hastanın durumunun kötüye gitmesi de kadın bakım verenleri hem psikolojik hem de fiziksel olarak erkek bakım verenlere oranla daha çok etkilemektedir.

Akpınar, çalışmasında kadın bakım verenlerin algıladığı bakım verme yükünün erkek bakım verenlere oranla daha fazla olduğunu, kadınların erkeklere oranla fiziksel yük ve sosyal yük açısından daha fazla bakım yükü algıladıklarını belirtmiştir. Buna ek olarak duygusal yükün kadınlarda ve erkeklerde benzer olduğunu belirtmiştir. Algılanan yükün miktarı arttıkça bakım verende oluşan tükenmişlik artmaktadır (34).

2.6. Depresyon

Amerikan Psikiyatri Birliği (APB), depresyonu hislerimizi, düşüncelerimizi ve davranışlarımızı olumsuz yönde etkileyen, ayrıca tedavi edilebilen, toplumlarda yaygın olarak görülen, ciddi bir hastalık olarak tanımlamaktadır (35).

Depresyon; hormonal veya genetik bozukluklar ve çevresel faktörler sonrasında oluşan, bireyde yaşama arzusunun azaldığı, karamsarlık, geleceğe dair kaygılar, geçmişte olanlardan pişmanlıklar, ölüm ve intihar düşüncesinin doğabildiği, cinsel yaşam, iştah durumu ve uyku düzeni gibi fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarda sıkıntı yaşanan bir duygu durum bozukluğudur. Şiddetli mutsuzluk, konuşmada isteksizlik, düşünme ve hareketlerde ağırlaşma, içine kapanıklık, kendini küçümseme, güçsüzlük, isteksizlik, geleceğe dair umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, değersizlik, karamsarlık gibi duyguları içermektedir (36).

Depresyonun toplumda görülme sıklığının artması, kronikleşmesi ve bireylerde sürekli tekrarlanması hayatı olumsuz yönde etkileyen, kişinin üretkenliğini azaltan, işgücü kaybına neden olan, kişilerin sahip olduğu kronik hastalıkların seyrinin kötüleşmesine neden olan ve hatta şiddetinin artmasıyla kişinin intihar etmesine neden olan ciddi bir sağlık problemidir (5).

Bakım veren bireylerde hasta ile bakım veren arasındaki duygusal bağ ve yükün fazla olması, bakım verenin kendi sağlık problemleri, bakım verenin yeterli sosyal desteği alamıyor olması, boş zaman ve sosyal aktivite kısıtlılığı gibi faktörler bakım veren bireylerde depresyon ve anksiyete gelişimini arttıran faktörlerdir. Depresyon ve anksiyete ise bakım verenin yaşam kalitesini düşürmekte ve dolaylı olarak hasta bakımını da olumsuz etkileyen önemli bir sorundur (8).

2.7. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1948 yılında sağlığı "sadece hastalık durumu olarak iyi olma hali değil, fiziksel, ruhsal ve mental olarak da iyi hissetme hali"olarak tanımlamıştır (37). Yaşam kalitesi, kişilerin kendi durumlarını algılama biçimi olarak ifade edilebilir. Yaşam kalitesi; fiziksel durum, psikolojik durum, sosyal ilişkiler, çevreyle etkileşim ve inançlar gibi alt başlıkları da kapsamaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise kişinin sağlık durumundan memnun olma/olmama ve sağlık durumuna verdiği emosyonel cevabı içine alan bir kavram olarak görülmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin kişisel sağlık durumunun iyi olması/olmaması ek olarak bireyin sağlık durumuna verdiği emosyonel cevabı içeren bir

kavram olarak tanımlanmaktadır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi sayesinde sağlık programları, yapılan tedavinin etkinliği ve değerlendirmelerini yapmak kolaylaşmıştır (38).

Bakım verilen kurumlarda verilen hizmetin niteliğini ve dolayısıyla hizmetten faydalanının memnuniyetini yine hizmet veren personelin yaşam kalitesi belirlemektedir. Buna göre sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri gibi bakım vermeyi gerektiren ve stresin yoğun olarak yaşandığı kurumlarda yaşam kalitesine daha çok önem verilmesi gerekmektedir (39, 40).

Sonuç olarak; yaşam kalitesini iyileştirmek çalışanın fiziksel özelliklerine göre en uygun ortamı sağlamak ve bu sayede yaşadığı stresi azaltarak iş doyumunu artırmak için sürekli geliştirilmesi gereken bir olgudur (15). Ayrıca iş doyumunu bakım veren bireyler üzerinde verilen bakım hizmetine etki eden bir diğer etmendir. Bu nedenle iş doyumunun tanımını yapmak önem arz etmektedir.

2.8. İş Doyumu

İş doyumunu, çalışanların işleriyle ilgili oluşturdukları görüş ve tutumları kapsar. İş doyumunu iş yaşantısına karşı oluşan duygusal bir tepkidir. İnsanların yaşamlarının büyük bir kısmını oluşturan çalışma ortamlarının, bireyin iş doyumunu üzerinde oldukça önemli bir etkisi olduğu söylenebilir. İş doyumunu duygusal bir beceridir. İş doyumunu, bireyin işinden mutlu olmasını, işini sevmesini ve haz almasını sağlayan bir kriterdir (41). Eren'e göre, iş doyumunu işten elde edilen kazanç, iş görenin birlikte çalışmaktan hoşnut olduğu iş arkadaşları, bir icraat meydana getirmenin sağladığı mutluluktur (42).

İş doyumundaki azalmalar, bireylerin hayatındaki gerçekleşen olumsuz yaşam olaylarıyla, gündelik yaşanan sıkıntılar ve kişisel özellikleriyle birleşince, huzursuzluk, sıkıntı hali, öfke, anksiyete, depresyon, yorgunluk gibi subjektif duygu durum bozukluklarına neden olabilmektedir. Bu sorunların iş performansına yansması da iş veriminde azalma, konsantrasyon bozuklukları, hatalarda artış, hoşgöründe azalma, kişilerle ilişkilerde bozulma, çok sık rapor alma ve işe geç gelme gibi olumsuz davranışlar şeklinde kendini göstermektedir (86). Bakım verenlerde yaşanan bu olumsuz duygular engellilerin bakımında aksamalara neden olmakla beraber, yapılan işin kalitesini düşürmektedir. İş doyumunu, bakım veren bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığı, işteki verimlilik ve performansını etkileyen önemli bir unsurdur (8). İş yaşamında yüksek doyum yaşanması, iş verimliliğinin artışı, iş yaşamı ile ilgili fırsat ve

seçeneklerin daha çok farkında olunmasını sağlamaktadır (43). Bakım veren bireyin işinden aldığı doyum engelli bireyin aldığı bakımın kalitesinin artırılması için önemlidir. Bakım veren bireylerin bakım işini etkileyen faktörlerden bir diğeri fiziksel uygunluk halidir. Bakım işinin en az zorlukla yapılması için fiziksel uygunluk düzeyinin en iyi şekilde kavranması gerekir.

2.9. Fiziksel Uygunluk

Genel anlamda bakıldığında fiziksel uygunluk aşırı yorgunluk olmaksızın kişinin kendini fiziksel olarak iyi hissetmesi ile birlikte günlük aktiviteleri başarma yeteneği olarak tanımlanır. Fiziksel uygunluk, sağlıkla ve performansla ilgili olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Sağlıkla ilgili fiziksel uygunluk; vücudun fonksiyonel kapasitesini arttıran komponentlerden oluşur. Fiziksel uygunluk kapasitesinin belirlenmesinde; kas kuvveti ve dayanıklılığı, esneklik, kardiovasküler sisteminin dayanıklılığı değerlendirilir (44).

Bakım veren bireyler, bakıma muhtaç olanlarda hastalığın olumsuz etkilerini en aza indirmek için önemli bir rol oynarken, bakım verme işi bu kişiler üzerinde dejeneratif etkiye neden olur. Geçmişten günümüze literatür tarandığında bakım verene ait özellikler ve bakım yükünün emosyonel stres üzerine olan etkisi tartışılan bir konu olmuştur (45). Ancak bakım verenlerin kuvvet, endurans ve esnekliğine yönelik çok fazla araştırma yoktur. Halbuki, bakım yükünün bakım veren kişiler üzerinde kronik, zorlayıcı ve fonksiyonel kapasiteyi bozan, kas kuvveti, endurans ve esnekliklerinde azalmalara neden olan etkileri bulunmaktadır. Sistemik rahatsızlıklar için koruyucu bir silah olan fiziksel uygunluğun azalması, kas kuvveti, endurans ve esnekliği olumsuz yönde etkilemektedir (46). Bu fonksiyonellik parametrelerindeki değişikliklerin saptanması ve bakım verenlerin kişiye özel aktivite ve ergonomik eğitim programlarına yönlendirilmesi bakım verenlerin kapasitelerinin korunması açısından önemlidir (13).

Bakım veren bireylerle yapılan çalışmalarda günlük yaşam aktivitelerinde duyulan ihtiyacı bakım verenlerin algıladığı bakım yükünü ve fiziksel yükü arttırdığı bildirilmektedir (47). Bakım verenler özellikle kronik yorgunluk, kilo alma veya kilo kaybetme, kas-iskelet sistemi problemleri yaşamaktadırlar. Fonsiyonel kapasitedeki kayıplar engelli bireylerin bakımında aksamalara ve yetersizliklere sebebiyet vermektedir. Sonuç olarak bakım verenlerin fonksiyonel kapasitesindeki değişimlerin iyi anlaşılması, verilen bakım hizmetinin kalitesinin artırılması açısından önem teşkil etmektedir (30).

Bu nedenle; bu çalışmanın amacı bakım veren bireylerde algılanan bakım verme yükü ve bakım verme yüküne etki eden eğitim durumu, cinsiyet, depresyon düzeyi, yaşam kalitesi, iş doyumu ve fiziksel uygunluk parametreleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer

T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal hizmetler Bakanlığına bağlı Kırşehir ilindeki Engelsiz Yaşam, Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezinde fiziksel, zihinsel ve ruhsal engellilere bakım veren bakım elemanları bu çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Bu evrenden veri toplama sürecinde araştırmanın seçim ölçütlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden 70 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Dâhil olma ve Dışlama Kriterleri

Dâhil olma Kriterleri:

- Anket sorularına cevap verebilecek kadar oryante olmak
- 6 dk bağımsız yürüyebilmek
- Bağımsız olarak 5 dakika ayakta durabilmek
- 20-55 yaş aralığında olmak

Dışlama Kriterleri:

- Fiziksel ölçümlerin yapılmasına engel teşkil edecek fiziksel, nörolojik patoloji varlığı olması
- Tanı konmuş fiziksel veya mental engelinin olması

Bu araştırma için Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 10.12.2019 tarih 2019-21/209 numarası ile onay alınmıştır.

3.2. Yöntem

Bu çalışmada olguların sosyo-demografik bilgileri kaydedilerek, aşağıda yer alan fizyoterapi ve rehabilitasyon değerlendirmeleri kullanılmıştır.

- 1.Sosyo-demografik bilgi formu
- 2.Esneklik ölçümü: Otur-uzan testi
- 3.Endurans ölçümü: Sorensen testi
- 4.Endurans ölçümü: Yan lateral köprü testi
- 5.Kas kuvveti ölçümü: Hand-held dinamometre
- 6.Yaşam kalitesi: Nottingham sağlık profili
- 7.Depresif semptom: Beck depresyon ölçeği
- 8.Bakım verme yükü ölçeği
- 9.Minnesota iş doyumu ölçeği
10. Ağrının değerlendirilmesi: Visüel ağrı skalası

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE ÖZELLİKLERİ

1.Bakım Veren Demografik Bilgi Formu: Formda kişilerin demografik bilgileri, ağrısının değerlendirilmesi, iş memnuniyetinin değerlendirilmesi, kuvvet testlerinden aldığı skorlar ve fiziksel test sonuçları yer almaktadır.

2.Esneklik/otur-uzan testi: Araştırma grubunun esnekliklerinin belirlenmesi amacıyla otur-uzan testi kullanılmıştır. 32 cm yüksekliğinde ve 35 cm uzunluğunda bir sehpanın üzerine 15 cm'si dışarıda kalacak şekilde 50 cm'lik cetvel yerleştirilir. Araştırma grubu yere oturarak, bacaklarını uzatır ve ayakkabısız olarak ayak tabanlarını sehpaye dayar. Sonra gövdesinden dizlerini bükmeden, sehpanın üzerinde ileriye doğru, mümkün olduğunca 3 kere uzanır ve parmaklarının uzandığı en uç nokta cm cinsinden kaydedilir (48).



Şekil 3.1: Otur-uzan testi ile esneklik değerlendirilmesi

3.Endurans/sorensen testi: Olgu spina iliaca anterior superior'ları masanın kenarına gelecek şekilde gövdesi masadan sarkıtılmış, eller omuzda çapraz, ayaklar desteklenmiş pozisyonda durdurularak, horizontallik sağlandığında test başlatılır. Bu pozisyonu koruyabilme süresi kaydedilir (49).



Şekil 3.2: Sorensen testi ile esneklik ölçümü.

4.Endurans/yan lateral köprü testi: Olguda önce dominant taraf, en az 3 dk geçtikten ve dinlendikten sonra dominant olmayan taraf yan yatışta, bacakları ekst'da bir ayağı diğerinin önünde, gövdesi düz bir hatta olacak şekilde, ön kolları üzerinde kalkıp köprü kurması istenir. Bu pozisyonu koruyabildiği süre kaydedilir (50).



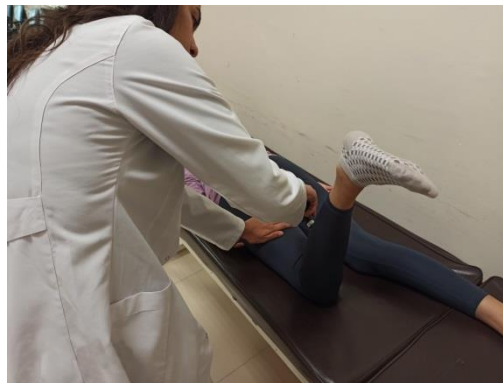
Şekil 3.3: Yan lateral köprü testi ile endurans ölçümü

5.Kas kuvveti ölçümü: Kas kuvvet ölçümleri hand held dinamometre ile yapılmıştır.



Şekil 3.4: El dinamometre

Diz fleksiyon kas kuvveti ölçümü: Diz fleksiyonu için olgu yatağa yüzüstü pozisyonda yatar. Kalça tespit edilerek 90 derece fleksiyon yapması istenir. Dinamometre ile gastrocnemius kasının ortasından direnç verilerek değer kaydedilir (51).



Şekil 3.5: Diz fleksiyon kas kuvveti ölçümü

Diz ekstansiyon kas kuvveti ölçümü: Diz ekstansiyonu için olgu yatak kenarında bacakları sarkıtılarak oturur. Diz ekleminin altına rulo konur. Uyluk tespit edilerek, diz tamamen kilitleninceye kadar ekstansiyon istenir ve dinamometre ile direnç verilerek değer kaydedilir (52).



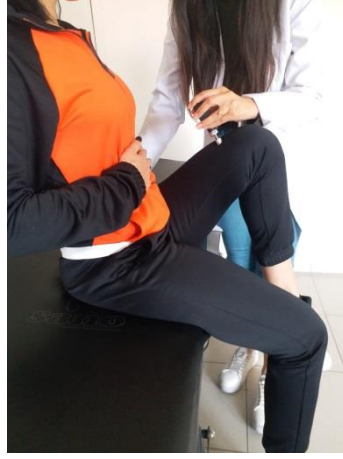
Şekil 3.6: Diz ekstansiyon kas kuvveti ölçümü

Kalça ekstansiyon kas kuvveti ölçümü: Kalça ekstansiyonu bacaklar ekstansiyonda yüzüstü test edilir. Pelvis terapist tarafından tesbit edilir ve kalçadan ekstansiyon yapması istenir. Hareket tamamlandıktan sonra dinamometre ile direnç verilir ve değer kaydedilir (53).



Şekil 3.7: Kalça ekstansiyon kas kuvveti ölçümü

Kalça fleksiyon kas kuvveti ölçümü: Kalça fleksiyonu için olgu dizden itibaren bacağını tedavi masasından sarkıtacak şekilde oturur. Fizyoterapist bir eli ile pelvisi tesbit eder ve olgudan kalça fleksiyonu yapması istenir. Hareket tamamlandıktan sonra dinamometre ile direnç verilir ve aldığı değer kaydedilir (54).



Şekil 3.8: Kalça fleksiyon kas kuvveti ölçümü

Kalça abdüksiyon kas kuvveti ölçümü: Kalça abdüksiyonu için test edilecek bacak üstte kalacak şekilde hasta yan yatar. Alttaki bacak destek yüzeyini genişletmek için hafif fleksiyona alınır. Test edilecek alt ekstremitte ekstansiyon ve internal rotasyon pozisyonuna yerleştirilir, terapist pelvisi tespit eder. Bacak 45 derecelik abd hareketinin tamamlayacak şekilde yukarıya kaldırılır diz ekleminden hemen üzerinden dinamometre ile direnç verilerek değer kaydedilir (55).



Şekil 3.9: Kalça abdüksiyon kas kuvveti ölçümü

Omuz fleksiyon kas kuvveti ölçümü: Omuz fleksiyonu için test edilecek kol yanda omuz fleksiyonda oturulur. Skapula tespit edilir. Avuç aşağıya bakacak şekilde kol 90 derece fleksiyona kaldırılır. Dirsek ekleminden biraz üzerinden ekstansiyon yönünde dinamometre ile direnç verilir ve değer kaydedilir (56).



Şekil 3.10: Omuz fleksiyon kas kuvveti ölçümü

Omuz ekstansiyon kas kuvveti ölçümü: Omuz ekstansiyonu için omuz iç rotasyonda ve dirsek ekstansiyonda yüzüstü yatırılır. Terapist omuzu bir miktar kaldırarak scapulayı tespit eder. Kol ekstansiyon hareketini tamamladıktan sonra dirsek ekleminin biraz üzerinden dinamometre ile direnç verilerek aldığı değer kaydedilir (57).



Şekil 3.11: Omuz ekstansiyon kas kuvveti ölçümü

Omuz abdüksiyon kas kuvveti ölçümü: Omuz abdüksiyonu için kol gövde yanında ve nötral pozisyonda oturulur. Skapula tespit edilir. Avuç aşağıya bakacak şekilde, kol eksternal rotasyona gelmeden yana doğru açılarak 90 derecelik abdüksiyon hareketi tamamlanır. Dirseğin biraz üzerinden dinamometre ile direnç verilerek değer kaydedilir (58).



Şekil 3.12: Omuz abdüksiyon kas kuvveti ölçümü

Dirsek fleksiyon kas kuvveti ölçümü: Dirsek fleksiyonu (M. Biceps Brachii) için ön kol supinasyonda ve gövde yanında sırt üstü yatılır. Üst kol tespit edilir. Ön kol supinasyon pozisyonunda iken el omuza doğru çekilerek fleksiyon hareketi tamamlanır. Direnç el bilek ekleminin hemen üzerinden dinamometre ile verilir ve aldığı değer kaydedilir (59).



Şekil 3.13: Dirsek fleksiyon kas kuvveti ölçümü

Dirsek ekstansiyon kas kuvveti ölçümü: Dirsek ekstansiyonu için omuz 90 derece flaksiyonda ve tam eksternal rotasyonda, dirsek tam fleksiyonda iken, sırt üstü yatılır. Kol terapist tarafından tespit edilir. Ön kol yukarı kaldırılarak kilitlenir. Direnç bilek ekleminin biraz üzerinden dinamometre ile verilir ve aldığı değer kaydedilir (60).



Şekil 3.14: Dirsek ekstansiyon kas kuvveti ölçümü

Ayak bileği dorsi fleksiyon kas kuvveti ölçümü: Katılımcıdan sırt üstü pozisyonda yatması istenir. Testten önce katılımcıya hareketi öğretmek için birkaç kez dirençsiz olarak ayak bileği dorsi fleksiyonu yaptırılır. Test esnasında katılımcıdan ayak bileğini getirebildiği kadar dorsi fleksiyona getirmesi istenir. Bu pozisyonda dinamometre ile metatars başlarından direnç verilerek aldığı değer kaydedilir (109).



Şekil 3. 15: Ayak bileği dorsi fleksiyon kas kuvveti ölçümü

Ayak bileği pantar fleksiyon kas kuvveti ölçümü: Katılımcıdan sırt üstü pozisyonda yatması istenir. Testten önce katılımcıya hareketi öğretmek için dirençsiz olarak ayak bileği plantar fleksiyonu yaptırılır. Test esnasında katılımcıdan ayak bileğini getirebildiği kadar plantar fleksiyona getirmesi istenir. Ayağın plantar yüzeyinden direnç verilerek aldığı değer kaydedilir (110).



Şekil 3. 16: Ayak bileği plantar fleksiyon kas kuvveti ölçümü

6. Nottingham Sağlık Profili (NSP): Katılımcıların yaşam kalitesini değerlendirmek için toplam 38 soru içeren Nottingham Sağlık Profili kullanıldı. Hunt ve ark. tarafından 1981 yılında geliştirildi. NSP'nin Türkçe'ye adaptasyonu ve psikometrik özellikleri Küçükdeveci ve ark. tarafından 1997 yılında çalışıldı. Soruların 8'i ağrı, 8'i fiziksel aktivite, 3'ü yorgunluk, 5'i sosyal izolasyon ve 9'u duygusal durum ile ilgilidir. Değerlendirme verilen evet cevaplarının yüzdesi alınarak yapılacaktır. Toplam puan 0-100 arasında değişmektedir. 0 en iyi sağlık durumunu, 100 en kötü sağlık durumunu gösterir (61).

7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): BDÖ duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmek amacıyla Beck ve ark. tarafından 1961 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. BDÖ'nin Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği Teğin tarafından 1987 yılında yapılmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. 2 madde duygulara, 11 madde bilişlere, 2 madde davranışlara, 5 madde bedensel belirtilere, 1 madde kişiler arası belirtilere yer verir. Ankete katılanlara bu sorulardan kendi durumlarına en uygun olanını seçmeleri istenir. Her bir soru için 0, 1, 2, 3 olmak üzere dört puan türü vardır, 0-63 arasında değişen skorlar elde edildi. Sonuçlar 0-9 hiç yok/minimal depresyon, 10-18 hafif depresyon, 19-29 orta depresyon, 30-63 şiddetli depresyon olarak değerlendirilir (62).

8. Bakım Verme Yükü Ölçeği (BKYÖ): 1980 yılında Zarit ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türk halkına uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında İnci ve Erdem tarafından yapılmıştır. Ölçek, bakım vermenin birey yaşamı üzerindeki etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten alınan puan arttıkça algılanan bakım verme yükü artmaktadır (63).

9.Minnesota İş Doyumu Ölçeği (MİDÖ): Weiss ve ark. tarafından 1967 yılında geliştirilen ölçek Baycan tarafından 1985 yılında Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Minnesota İş Doyum Ölçeği 1-5 arasında puanlanan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçek puanlamasında, Hiç memnun değilim; 1 puan, Memnun değilim; 2 puan, Kararsızım; 3 puan, Memnunum; 4 puan, Çok memnunum; 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça iş doyumu artmaktadır (64).

10.VAS: VAS'a göre ağrı şiddeti 10 cm uzunluğunda yatay bir çizgi üzerinde belirtilir. Çizginin sol ucu "ağrı yok" 0 puan ve çizginin sağ ucu "hayal edilebilecek en kötü ağrı" 10 puan olarak derecelendirilir. Hastanın yatay çizgi üzerinde işaretlediği alan cetvel ile ölçülerek cm cinsinden kaydedilir (108).

3.3.İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS İstatistik Paket Program V. 22.00 (Ins.,Chicago, USA) yazılım programına aktarılarak değerlendirildi. Çalışmada elde edilen verilerin normal dağılıma uyup uymadığı, Kolmogorov-Smirnov veya Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyduğu tespit edilmiştir. Buna göre tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm Standart sapma ($X \pm SS$) olarak gösterilmiştir. Çalışmadan elde edilen veriler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.4. Güç Analizi

Örneklem büyüklüğü çalışmaya başlamadan önce hesaplanmıştır. Güç analizinde G-power version 3.1.9.21 kullanılmıştır ve (r):0,70 etki genişliğinde, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde, %80 güç elde etmek için; 70 bireye ihtiyaç duyulmuştur. Çalışmada olgulara tek değerlendirilme yapıldığı için drop-out riski göz ardı edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Bireyler ve Değerlendirme Sonuçları

Çalışmamıza katılan 70 bireyin sosyo-demografik özellikleri tablo 4.1. de verilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

n=70	Minimum	Maksimum	X±SS
Yaş (yıl)	27	53	37,90 ± 6,06
Eğitim yılı	0,00	14	9,72 ± 2,62
Bakım verme yılı	3	20	8,08 ± 2,45
Toplam aylık gelir (tl)	0,00	8000	2840,57 ± 566,84
Günlük hizmet verilen engelli sayısı	12	12	12
			%
Cinsiyet	Kadın	25	35,7
	Erkek	45	64,3
Medeni durum	Evli	50	71,4
	Bekar	20	28,6
Alkol kullanımı	Var	4	5,7
	Yok	66	94,3
Sigara kullanımı	Var	26	37,1
	Yok	44	62,9
Kronik rahatsızlık	Yok	64	91,4
	Astım	2	2,9
	Troid	2	2,9
	Diabet	2	2,9

Çalışmamıza katılan bireylerin minimum yaşı 27, maksimum yaşı 53 olarak belirtilmiştir. Haftalık minimum 40 saat maksimum, 56 saat çalıştıkları saptanmıştır. Katılımcıların minimum 0 maksimum 4 çocuğu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların evde bakmakla yükümlü olduğu maksimum birey sayısının 7 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.).

Bireylerin cinsiyetleri, medeni durumları, alkol kullanımı, sigara kullanımı, kronik rahatsızlığı incelendiğinde; 25 kişinin kadın, 45 kişinin erkek olduğu; 50 kişinin evli, 20 kişinin bekâr olduğu; 4 kişinin alkol 26 kişinin sigara kullandığı bulunmuştur. Olgulardan 2 kişide astım, 2 kişide troid ve 2 kişide ise diabet rahatsızlığı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.).

Çalışmaya katılan bireyler eğitim yılı bakım verme yılı, maaş durumu olarak değerlendirildiğinde 0 ila 14 yıl arasında eğitim aldıkları, bakım verme yıllarının 3 ila 20 arasında değiştiği ve aldıkları maaşın 0 ile 4000 tl arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 4.1.)

Tablo 4.2: Katılımcıların kas kuvveti ölçüm sonuçları

n=70	Minimum	Maximum	X±SS
Sağ DEKK(kg)	15,00	63,00	42,40±10,75
Sol DEKK(kg)	16,00	65,00	43,74±11,52
Sağ KEKK(kg)	22,00	66,00	51,30±12,42
Sol KEKK(kg)	24,00	66,00	50,88±12,57
Sağ KFKK(kg)	18,00	65,00	45,01±11,95
Sol KFKK(kg)	19,00	66,00	44,84±11,37
Sağ KAKK(kg)	21,00	63,00	42,78±10,98
Sol KAKK(kg)	19,00	63,00	42,82±9,97
Sağ ADKK(kg)	16,00	60,00	39,74±10,84
Sol ADKK(kg)	13,00	62,00	39,37±10,86
Sağ AFKK(kg)	17,00	63,00	41,08±11,17
Sol AFKK(kg)	15,00	64,00	40,14±10,76
Sağ OAKK(kg)	10,00	66,00	41,54±14,13
Sol OAKK(kg)	7,00	66,00	40,37±13,75
Sağ OFKK(kg)	11,00	66,00	42,22±13,60
Sol OFKK(kg)	12,00	66,00	41,60±14,20
Sağ OEKK(kg)	19,00	60,00	38,58±10,31
Sol OEKK(kg)	19,00	64,00	38,55±9,91
Sağ DFKK(kg)	12,00	69,00	46,15±14,61
Sol DFKK(kg)	15,00	67,00	44,72±14,02

*DEKK; Diz ekstansiyon kas kuvveti, KEKK; Kalça ekstansiyon kas kuvveti, KFKK; Kalça fleksiyon kas kuvveti, KAKK; Kalça abduksiyon kas kuvveti, ADKK; Ayakbileği dorsifleksiyon kas kuvveti, AFKK; Ayakbileği plantarfleksiyon kas kuvveti, OAKK; Omuz abduksiyon kas kuvveti, OFKK; Omuz fleksiyon kas kuvveti, OEKK; Omuz ekstansiyon kas kuvveti, DFKK; Omuz fleksiyon kas kuvveti

Çalışmamıza dâhil edilen bireylerin diz ekstansiyon, kalça ekstansiyon, kalça fleksiyon, kalça abduksiyon, ayakbileği dorsifleksiyon, ayakbileği plantarfleksiyon, omuz abduksiyon, omuz fleksiyon, omuz ekstansiyon, dirsek fleksiyon kas kuvvet ölçümlerinin minimum ve maksimum değerleri tablo 4.2. da verilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin otur uzan testi minimum 0 cm, maksimum 25 cm, sorensen testi minimum, 0 sn maksimum 73 sn, sağ yan lateral köprü testi minimum 0 sn, maksimum 178 sn, sol yan lateral köprü testi minimum 0 sn, maksimum 180 sn olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3: Katılımcıların otur-uzan testi, sorensen testi, sağ yan lateral köprü testi, sol yan lateral köprü testi süreleri

n=70	Minimum	Maksimum	X±S
Otur uzan testi(cm)	,00	25,00	6,27±5,85
Sorensen testi(sn)	,00	73,00	20,94±18,16
Sağ yan lateral köprü testi(sn)	,00	178,00	86,12±56,29
Sol yan lateral köprü testi(sn)	,00	180,00	82,62±54,55

Çalışmaya dâhil edilen bireyler NSP'den en az 0 en fazla 556,33 almışlardır. BDÖ'den en az 0 en fazla 48 alırken MİDÖ'den en az 9 en fazla 100 puan almışlardır (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4: Bireylerin NSP, BDÖ, BVYÖ, MİDÖ ve VAS'dan aldıkları skorlar

n=70	Minimum	Maximum	X±S
NSP	,00	556,33	117,14±138,42
BDÖ	,00	48,00	13,61±12,03
BVYÖ	,00	88,00	28,27±16,62
MİDÖ	9,00	100,00	71,95±20,48
VAS	,00	10,00	3,43±2,53

*NSP; Nottingham sağlık profili, BDÖ; Beck depresyon ölçeği, BVYÖ; Bakım verme yükü ölçeği, MİDÖ; Minnesota iş doyumu ölçeği, VAS; Visuel ağrı skalası

Çalışmaya katılan bireylerin BVYÖ ve kas kuvvetleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken BVYÖ ve NSP arasında istatistiksel olarak güçlü bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.5.).

Çalışmaya dahil edilen bireylerin MİDÖ ve kas kuvvetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamışken ($p>0,05$), NSP ve BDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 4.5.).

Katılımcıların ağrıları değerlendirildiğinde ağrı ile cinsiyet ve yaş arasında istatistiksel olarak güçlü bir ilişki bulunmuştur ($p>0,05$). Ağrı ile bakım verme yılı arasında istatistiksel olarak güçlü bir bağlantı bulunmuştur ($p>0,05$). Bireylerin bakım verme yılı ile kas kuvvetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı tespit edilmemiştir. Bakım verme yılı ile MİDÖ ve BDÖ arasında istatistiksel olarak bir ilişkiye rastalanmamıştır (Tablo 4.5.).

Bireylerin BDÖ ile NSP arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca BDÖ ile MİDÖ arasında da istatistiksel olarak güçlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5: Bakım verme yükü, yaş, cinsiyet, kas kuvveti, esneklik, endurance, BDÖ, MIDÖ, NSP, VAS skorları

	Cinsiyet	Yaş	Sağ DEKK(kg)	Sol DEKK(kg)	Sağ KEKK(kg)	Sol KEKK(kg)	Sağ KFKK(kg)	Sol KFKK(kg)	Sağ KAKK(kg)	Sol KAKK(kg)	Sağ AD(kg)KK	Sol AD(kg)KK	Sağ APKK(kg)	Sol ABKK(kg)	Sağ OAKK(kg)	Sol OAKK(kg)	Sağ OFKK(kg)	Sol OFKK(kg)	Sağ OFKK(kg)	Sol OFKK(kg)	Sağ DFKK(kg)	Sol DFKK(kg)	6 DYM(m)	O/U(cm)	ST(sn)	Sağ YLKT(sn)	Sol YLKT(sn)	NSP	BDÖ	BVYÖ	MİDÖ	VAS
Cinsiyet	r	,11	-,68	-,70	-,64	-,72	-,70	-,74	-,79	-,74	-,64	-,72	-,70	-,78	-,79	-,80	-,76	-,66	-,65	-,66	-,79	-,58	-,71	-,16	-,45	-,78	-,78	,43	,12	,18	,05	,31
	p	,33	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,16	,00	,00	,00	,00	,28	,11	,63	,00
Yaş(yıl)	r	,11	,03	,03	,08	,14	,16	-,04	-,18	-,04	,17	,14	,16	,18	,12	,06	-,06	,03	-,13	-,05	-,00	,00	-,33	,11	-,21	-,13	,16	,00	,02	,11	,30	
	p	,33	,79	,78	,47	,61	,19	,44	,60	,60	,15	,22	,18	,12	,70	,68	,90	,61	,76	,28	,68	,95	,00	,36	,07	,28	,26	,16	,97	,83	,36	,01
Sağ DEKK(kg)	r	-,51	1	,87	,56	,64	,59	,66	,63	,63	,64	,69	,57	,58	,74	,68	,74	,73	,62	,66	,58	,72	,65	-,12	,16	,55	-,39	-,07	-,08	-,06	-,19	
	p	,00	,91	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,29	,16	,00	,00	,00	,55	,51	,62	,10
Sol DEKK(kg)	r	-,58	,03	,87	,59	,69	,66	,69	,62	,62	,69	,73	,56	,61	,81	,76	,83	,80	,63	,68	,67	,72	,65	-,05	,16	,58	-,41	-,13	-,13	-,25	,96	,01
	p	,00	,79	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,64	,16	,00	,00	,00	,25	,25	,96	,01
Sağ KEKK(kg)	r	-,68	,03	,56	,59	,73	,69	,73	,57	,57	,59	,69	,66	,61	,75	,62	,75	,74	,72	,72	,74	,72	,53	,07	,28	,68	-,36	-,16	-,04	-,05	-,35	
	p	,00	,78	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,54	,01	,00	,00	,00	,16	,71	,64	,00
Sol KEKK(kg)	r	-,70	,08	,64	,69	,76	,71	,76	,66	,66	,65	,77	,67	,63	,79	,62	,80	,79	,70	,70	,74	,69	,60	,11	,37	,69	-,43	-,18	-,06	-,03	-,39	
	p	,00	,47	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,33	,00	,00	,00	,00	,11	,60	,79	,00
Sağ KFKK(kg)	r	-,64	,06	,59	,66	,73	,76	1	,83	,75	,73	,71	,71	,70	,76	,51	,74	,71	,54	,54	,67	,66	,57	,08	,14	,70	-,38	-,17	-,00	-,00	-,32	
	p	,00	,61	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,47	,22	,00	,00	,00	,14	,97	,96	,00
Sol KFKK(kg)	r	-,60	,15	,65	,69	,71	,83	1	,69	,66	,75	,74	,68	,67	,74	,51	,74	,73	,55	,51	,60	,59	,50	,02	,16	,64	-,38	-,16	-,08	,03	-,23	
	p	,00	,19	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,83	,17	,00	,00	,00	,16	,49	,80	,05
Sağ KAKK(kg)	r	-,59	,09	,66	,67	,75	,69	,75	,93	,93	,79	,81	,77	,80	,74	,57	,69	,66	,55	,57	,63	,59	,60	,06	,19	,64	-,48	-,18	-,10	,04	-,30	
	p	,00	,44	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,60	,10	,00	,00	,11	,40	,73	,01	
Sol KAKK(kg)	r	-,61	,06	,63	,68	,68	,66	,68	1	,93	,76	,76	,73	,79	,69	,57	,67	,63	,56	,57	,63	,57	,57	,06	,20	,62	-,60	-,12	-,14	,04	-,21	
	p	,00	,06	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00

*DEKK; Diz ekstansiyon kas kuvveti, KEKK; Kalça ekstansiyon kas kuvveti, KFKK; Kalça fleksiyon kas kuvveti, KAKK; Kalça abdüksiyon kas kuvveti, ADKK; Ayakbileği dorsifleksiyon kas kuvveti, AFKK; Ayakbileği plantarfleksiyon kas kuvveti, OAKK; Omuz abdüksiyon kas kuvveti, OFKK; Omuz fleksiyon kas kuvveti, OEKK; Omuz ekstansiyon kas kuvveti, DFKK; Omuz fleksiyon kas kuvveti, O/U; Otur-uzan testi, ST; sorensen testi, YLKT; Yan lateral köprü testi, NSP; Nottingham sağlık profili, BDÖ; beck depresyon ölçęęi, BVYÖ; Bakım verme yükü ölçęęi, MIDÖ; Minnesota iş doyumu ölçęęi, VAS; Visüel ağrı skalası

r: korelasyon katsayısı, $p < 0,05$, n:olgu sayısı * $p < 0,01$ ** $p < 0,05$

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma; Kırşehir Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezinde bulunan engelli bireylere bakım verenlerin bakım verme yüklerinin fiziksel parametrelerle arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla planlanmıştır. Bu amaçla; bireylerin sosyodemografik özellikleri, esneklik, endurans, kas kuvveti, kardivasküler uygunluğu, yaşam kalitesi, depresyon düzeyleri, iş doyumunu ile bakım verme yükü arasındaki ilişki incelenmiştir.

Kas Kuvveti ile NSP Arasındaki İlişki

Çalışmamızda tüm kas grupları ile NSP arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Kas kuvveti daha yüksek olan bakım veren bireylerin, NSP'den aldıkları puanların daha az olduğu bulunmuştur. Yani kas kuvvetindeki artışın yaşam kalitesini artırdığı söylenebilir.

Ekinci ve Düğerin 35 kanser hastası üzerinde kas kuvvetinin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada; quadriceps kas kuvveti dijital el dinamometresi ile ölçülmüştür. Hastaların kavrama kuvveti Jamar analog el dinamometresi ile değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesi, fonksiyonel performans, semptom ve genel sağlık olmak üzere üç alt başlıktan oluşan Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği ile belirlenmiştir. Kas kuvveti yüksek olan hastaların fonksiyonel kapasitelerinin yüksek olduğu, fonksiyonel kapasiteleri yüksek olan hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (65).

Eyigor ve ark. çalışmalarında grup bazlı bir egzersiz programının yaşlı kadınlarda fiziksel performans, kas gücü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışmaya katılan 20 kadın 8 hafta boyunca egzersiz programına alınmıştır. Çalışmada; 4 metre ve 20 metre yürüme testi, 6 dakika yürüme testi, merdiven çıkma ve sandalye kalkma süresi, diz ve ayak bileğinin izokinetik kas testi, Kısa Form-36 (SF-36) ve Geriatrik Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Egzersiz programı tamamlandıktan sonra katılımcıların kas kuvveti arttıkça yaşam kalitelerinde artış olduğu belirtilmiştir (66).

Bonganha ve ark. kas gücünün yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştırmak için yaptıkları çalışmalarında, postmenopozol dönemde olan 32 sağlıklı, inaktif kadını çalışmaya dahil etmişlerdir. Katılımcılar eğitim grubu ve kontrol grubu olmak üzere 16 kişilik iki gruba ayrılmıştır. Eğitim grubuna haftada 3 kez, 16 hafta süreyle kuvvetlendirme egzersizleri uygulanmıştır. Katılımcıların yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-Bref) anketi ile egzersiz öncesinde ve sonrasında değerlendirilmiştir. Egzersiz programı sonucunda eğitim grubunda kas kuvvetinin artmasıyla birlikte yaşam kalitelerinde artış olduğu tespit edilmiştir (67).

Aykar ve ark. 22 hemofili tanısı almış katılımcı üzerinde yaptıkları çalışmalarında denge egzersizlerine ek olarak verilen core stabilizasyon egzersizlerinin kas kuvveti ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Yaşam kalitesi SF-36 ile, alt ekstremite kas kuvveti dijital dinamometre ile ölçülmüştür. Denge ve core stabilizasyon egzersizlerinin beraber uygulanması sonucunda kas kuvvetinde daha fazla artış görülmüştür ve bu artış katılımcıların yaşam kalitesini artırmıştır (51).

Literatürdeki çalışmalar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Bakım veren bireyler, bakım alan engellilerin kişisel ve sosyal tüm ihtiyaçlarını karşılarlar. Ayrıca hastanın giyinme, soyunma, günlük yaşam aktiviteleri gibi efor gerektiren ihtiyaçlarını da giderirler (22). Bakım veren bireyler tüm bu bakım verme işi esnasında fiziksel güç harcarlar. Bakım veren bireylerin kas kuvvetindeki azalma, harcanan gücün ve eforun artışına sebebiyet verir. Bu durum bakım veren bireylerde yaralanma riskini arttırmaktadır (47). Artan efor ve yaralanma riskiyle beraber bakım veren bireylerin yaşam kalitelerinde azalma olmaktadır. Bütün bu sonuçlar ışığında kas kuvvetindeki artışın bireylerin yaşam kalitelerini artırdığı sonucuna varılmıştır.

Kas Kuvveti ile BVYÖ Arasındaki İlişki

Çalışmamızda BVYÖ ile alt ekstremite ve üst ekstremite kas kuvveti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Duray ve ark. 2018 yılında en az altı aydır nörolojik hastalara bakım veren 18 yaş üzeri 107 gönüllüyü Bakım Verme Etki Ölçeği kullanarak, bakım verme yükü yüksek ve bakım verme yükü düşük olarak iki gruba ayırmıştır. İki gruba da gövde fleksör, ekstansör, lateral fleksör kas kuvveti, endurans ve esneklik testleri uygulamıştır. Bakım verme yükü fazla olan grubun

gövde fleksör ve gövde ekstansör kas kuvveti bakım verme yükü az olan grubun gövde fleksör ve gövde ekstansör kas kuvvetinden düşük çıkmıştır (13).

Gupta ve ark. şizofreni hastalarına bakım veren bireyleri, aynı yaş grubundaki bakım vermeyen bireyler ile karşılaştırdığı çalışmada, bakım veren bireylerde kas kuvvetinin bakım veremeyen yaş gruplarından daha az olduğunu belirtmişlerdir (68).

Gusi ve ark. çalışmalarında demansı olan hastalara bakım verenlerin bilateral kavrama ve alt ekstremita kas kuvvetinin bakım vermeyen gruba göre daha iyi olduğunu, ancak gövde ekstansör kas kuvvetinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Bunun sonucunda ise bakım veren yükünden etkilenen kas gruplarının farklılık gösterebileceğine işaret etmişlerdir (69).

Bizim çalışmamızda BVYÖ ile kas kuvveti arasında anlamlı ilişki tespit edilememesinde, bakım veren yükünü etkileyen kas grupları farklı olabileceği gibi, fiziksel aktivitenin azalmasına bağlı veya mekanik kas-iskelet sistemi ağrısına ikincil olarak, kas kuvvetlerinde değişimler olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bakım verme yükü ölçeğinin içerik olarak daha çok psikolojik faktörleri sorgulaması, fiziksel performans gerektirmeyen sorular içermesinden dolayı BVYÖ ile kas kuvveti arasında ilişki tespit edilmediği sonucuna varılmıştır.

Bakım verme yükü son zamanlarda sıklıkla üzerinde durulan bir konudur. Bakım verme yükünü etkileyen faktörler araştırılarak bakım verme yükü en aza indirilmeye çalışılmaktadır. Literatür incelendiğinde fiziksel uygunluk düzeyi arttıkça algılanan bakım verme yükü azalmaktadır (46). Bakım veren bireyler, bakıma muhtaç olanlarda hastalığın olumsuz etkilerini azaltmak için önemli bir rol üstlenirken, bakım verme işi sırasında yaşanan fiziksel yük, bakım veren bireylerde algılanan bakım verme yükünü arttırmaktadır (44). Bakım veren bireylerde oluşan fiziksel yükün en alt seviyede tutulması için, yapılan iş esnasında yeterli kas kuvvetine sahip olmaları gerekmektedir. Bu bilgiler ışığında kas kuvvetindeki artış ile bakım verme yükünün düşürülmesi gerektiği görüşündeyiz.

BVYÖ ile NSP Arasındaki İlişki

Çalışmamızda, BVYÖ ile NSP arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Bakım veren bireylerin BVYÖ'den aldıkları puanlar arttıkça NSP'den aldıkları puanlar da artmaktadır. Yani bakım veren bireylerde bakım verme yükü arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.

Tel ve ark. KOAH hastalarına bakım veren 218 bakım vericiyi çalışmalarına dâhil etmiştir. Bakım verme yükü BVYÖ ile, yaşam kalitesi WHOQO-BREF ile değerlendirilmiştir. Çalışmalarında, bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeğinden aldıkları puan yükseldikçe yaşam kalitelerinin düştüğünü belirtmişlerdir (70).

Olai ve ark. çalışmalarında, 65 yaş üstü, daha öncesinde inme geçirmiş hastalara bakım veren, 268 katılımcıyı çalışmalarına dahil etmişlerdir. Yaşam kalitesini değerlendirmek için NSP kullanmışlardır. Bakım verme yükü, Bakıcı Yükü Anketi skoruyla değerlendirilmiştir. Bakım verenlerin haftalık bakım verme süreleri 6 ile 11 saat arasında değişmektedir. Bakım verenlerin bakım verme yükü azaldıkça yaşam kaliteleri artmıştır. Bakım yükünü etkileyen faktörlerin çeşitli olduğunu bildirmişlerdir (71). Literatür tarandığında bakım veren kişilerin bakım verme yükü, bakım verme ile ilişkili olarak fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar olmak üzere çok boyutlu bir tepki olarak ifade edilmektedir (72).

Gök Uğur ve ark. inme tanılı 104 hasta ve bakım vericisi üzerinde yürüttükleri çalışmalarında yaşam kalitesi SF-36 ile ve bakım verme yükü BVYÖ ile değerlendirilmiştir. Çalışma 43 kontrol, 43 deney grubu hasta ve bakım vericisi ile tamamlanmıştır. Deney grubundaki bakım veren bireylere eğitim ve danışmanlık verilmiştir. Ön test ve son test değerlendirmelerinde, yaşam kalitesi ve bakım verme yükü arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (73).

Yıldız ve ark. çalışmalarında, kanserli hastalara bakım veren 200 aile üyesini çalışmaya dahil etmişlerdir. Çalışmada bakım yükü Bakım Veren Stres Ölçeği ile, yaşam kalitesi ise Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu ile değerlendirilmiştir. Aile üyelerinin kanserli hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinden almış oldukları puanlar ile bakım verenin stresi ölçeğinden almış oldukları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (74).

Literatürdeki çalışmalar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükü arttıkça sağlık yönünden yaşam kalitesi azalmaktadır. Bakım veren bireylerde yaşam kalitesini iyileştirmek için bakım veren bireylerin fiziksel özelliklerine göre en uygun çalışma ortamı sağlanmalıdır. Ayrıca bakım veren bireylerin algıladıkları yükü en alt düzeyde tutmak için sağlıklarının korunmasını sağlayacak uygulamalara yer verilmesi gerektiği görüşündeyiz.

Bakım Verme Yüğü ve Yaş Arasındaki İlişki

Çalışmamızda bakım verme yüğü ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Türe ve ark. 18 yaş altında, kronik hastalık nedeni ile takip edilen 105 hastanın bakım verenini çalışmaya dâhil etmiştir. Bakım verenlerin yaşadığı yüğü değerlendirmek amacıyla Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ) kullanılmıştır. Bu çalışmada bakım verme yüğü ile bakım verenlerin yaş grupları incelendiğinde, 40 yaş üzeri bakım vericilerin ağır derecede yüğe sahip olduğunu bildirmişlerdir. Bu durumun; ileri yaşta bakım verenler, genç yaşta bakım verenlerle kıyaslandığında özellikle fiziksel performans açısından daha çok zorlanıyor olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (75).

Literatür incelendiğinde Ergh ve ark. 212 bakım veren bireyi çalışmalarına dahil etmişlerdir. Bakım veren bireylerin fiziksel sağlığı SF-36 ile değerlendirilmiştir. Bakım verme yükünü ölçmek için Hastalık Etki Profili anketi kullanılmıştır. Analizler sonucunda bakım verme yükünün ilerleyen yaşla birlikte arttığını bildirmişlerdir (76).

Bazı araştırmalar bakım verme yükünün bakım verenin bakım alanını tanıdıktan sonra geçen zamanlarda düşme eğiliminde olduğunu saptamıştır. Tel ve ark. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) olan erişkinlere bakım veren bireylerin yaşlarına göre bakım verme yükünü incelemiştir. Bakım verme yüğü BVYÖ ile değerlendirilmiştir. 45yaş altı bakım veren bireylerde algılanan bakım verme yükünün daha fazla olduğu belirtilmiştir. (70).

Roick ve ark. şizofreni hastalarına bakım veren, 18-64 yaş aralığında, 81 bakım veren bireyi çalışmalarına dahil etmişlerdir. Bakım veren bireylerin bakım verme yükleri, Katılım Değerlendirme Anketi kullanılarak ölçülmüştür. Sonuç olarak ilerleyen yaş ile birlikte bakım verme yükünde azalma olduğu saptanmıştır (6). Bu durumda geçen zamanla beraber bakım verme yüğü ve yaş arasındaki pozitif ilişkiyi oluşturuyor olabilir.

Bazı araştırmalar bakım verme yükünün genç yaş grubu bakım verenlerde daha fazla yük algısı oluşturduğunu tespit etmiştir. Shakya ve ark. hemodiyalize giren hastalara bakım veren 164 bireyle çalışmalarını yürütmüşlerdir. Bakım veren bireylerin algıladığı bakım yükü ZBVYÖ ile, bakım veren bireylerin depresyon düzeyleri BDÖ ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda genç bakım veren bireylerin algıladığı bakım verme yükünün daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (77).

Bizim çalışmamızda ise bakım verme yükü ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamasının sebebi, çalışmamıza katılan bakım veren bireylerin genel olarak orta yaşlarda olması olabilir. Ancak literatürdeki çalışmalar göz önüne alındığında bakım veren bireylerin yaşları ile algıladıkları bakım verme yükü arasındaki ilişkiyi daha kapsamlı inceleyen çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Cinsiyet, Ağrı Düzeyi ve NSP Arasındaki İlişki

Ağrı, insanın en önemli duyularından birisi olup, günlük klinik uygulamadaki en yaygın yakınmalardan birini oluşturur. Günümüzde ağrı toplumda çok sık görülen, ciddi ekonomik ve iş kaybına neden olan önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (78).

Çalışmamızda cinsiyet ve ağrı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Kadın bakım veren bireylerin VAS'dan aldıkları skor erkek bakımlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Ağrı epidemiyolojisi ile ilgili olarak literatür incelendiğinde "ağrı prevalansında cinsiyet farklılıkları" sorusu ele alınmıştır. Literatür taraması sonucunda, Leresche ve ark. 2009 yılında yaptığı araştırmada, cinsiyet ve ağrı arasındaki ilişki bulunduğu, çalışmaların çoğunda ağrının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (79).

Cimas ve ark. ağrı ile yaşanan ülke arasındaki farklılıkları incelemek için yaptıkları çalışmalarında çeşitli Avrupa ülkelerinde yaşayan 50 yaş ve üzeri katılımcıları çalışmalarına dahil etmişlerdir. Çalışmaya dahil etme kriteri son 6 ay içerisinde eklem veya sırt ağrısı şikayeti bildirmek olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda tüm ülkelerdeki kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla ağrı yaşadığı sonucuna varılmıştır (80).

Keefe ve ark. ağrı ve cinsiyet ilişkisini inceledikleri çalışmalarına, diz osteoartriti olan 72'si erkek 96'sı kadın 168 hastayı dahil etmişlerdir. Tüm katılımcılara Artrit Etki Ölçüm Ölçeği uygulanmıştır. Ölçek sonucunda kadın bireylerde algılanan ağrı yükünün, erkek bireylerde algılanandan fazla olduğu tespit edilmiştir (81).

Gültekin ve ark. parkinson hastalarına bakım veren bireylerde ağrı ve cinsiyet faktörünü araştırdıkları çalışmalarına 48 Parkinson hastasına bakım veren bireyi dahil etmişlerdir. Bakım veren bireylere Yalnızlık Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Öznel Bellek Yakınması Anketi, VAS ve Mini Mental Durum Değerlendirme Testi uygulamışlardır. Bakım

veren bireylerin yaş ortalaması 58.5 olup %68'ini kadın cinsiyet oluşturmuştur. Analiz sonuçlarına göre kadın cinsiyetteki bakım veren bireylerin ağrı düzeyi, erkek cinsiyetteki bakım veren bireylerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu anlamda bu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (82).

NSP' den alınan puan arttıkça algılanan ağrı yükü artmaktadır (83). Çalışmamızda bakım veren bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirildiği NSP'den aldıkları skor ile, ağrının değerlendirildiği VAS'da belirttikleri algılanan ağrı miktarı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bakım veren bireylerin ağrı miktarları arttıkça NSP'den aldıkları puanlar artmaktadır. Yani, bakım veren bireylerde algılanan ağrı miktarı yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır.

Yüşün ve ark. ağrının yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak için yürüttükleri çalışmalarında, makine ve inşaat sanayi alanında üretim yapan bir fabrikanın imalat bölümüne bağlı "montajlama ve kaynak" bölümlerinde çalışan 60 erkek birey alınmıştır. Yaşam kalitesi SF 36 ile, ağrı şiddeti VAS ile değerlendirilmiştir. Sonuç olarak ağrı düzeyindeki artışın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (84).

Ay ve ark. çalışmalarında kronik bel ağrısı tanısı alan hastalarda yaşam kalitesinin ağrı şiddeti ile ilişkisini araştırmayı amaçlamışlardır. Çalışmaya kronik bel ağrısı yakınması olan 45 hasta alınmıştır. Hastaların ağrı şiddetini ölçmek için VAS, yaşam kalitesini değerlendirmek için NSP ölçeği kullanılmıştır. Ağrı şiddeti ve hastaların yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir. Ağrı şiddetindeki artışın hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (85). Literatürdeki çalışmalar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Ağrı problemi yaşayan bakım verenlerin tedaviye yönlendirilmesi, çalışma ortamındaki bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, uygun çalışma ortamının oluşturulması, bakım verenlerin ağrı, klinik ve fonksiyonel durumlarında düzelmeyi hedefleyen yaklaşımların artırılmasının yaşam kalitesini de arttıracığı kanaatindeyiz. Çalışmalarda da bildirildiği gibi, artan yaşam kalitesi kişilerin işlerinden memnuniyetini arttırmaktadır. Sonuç olarak engelli bireylere verilen bakım işinin kalitesinin artacağı kanaatindeyiz.

MİDÖ, NSP ve Ağrı Arasındaki İlişki

Çalışmamızda NSP ile MİDÖ arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Bireylerin NSP'den aldıkları skorlar arttıkça, MİDÖ'den aldıkları puanlar azalmıştır. Bu durum bakım veren bireylerde yaşam kalitesi azaldıkça, işlerinden aldıkları doyumun azaldığını göstermektedir.

Kavlu'nun 322 hemşire üzerinde yaptığı çalışmasında veriler Maslach Tükenmişlik Ölçeği, MİDÖ ve WHOQOL-BREF ile toplanmıştır. Kavlu çalışmasında iş doyumuna etki eden çeşitli faktörler olduğunu bildirmiştir. Yaşam kalitesi ve iş doyumunu arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır (86).

Cimete ve ark. çalışmalarında hemşirelerde yaşam kalitesinin iş doyumuna üzerine etkisini araştırmışlardır. Çalışma 501 hemşire ile yürütülmüştür. İş tatmini Kısa Form Minnesota Anketi ile, yaşam kalitesi WHOQOL-BRIEF aracılığıyla ölçülmüştür. Sonuçlar, iş tatmini ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Literatürdeki çalışmalar yaşam kalitesinin artmasıyla, iş doyumunun arttığını belirterek bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (87).

Çalışmamızda VAS ile MİDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Loghmani ve ark. 2013 yılında yaptıkları çalışmalarında üniversitede çalışan 91 ofis çalışanını çalışmalarına dahil etmişlerdir. Bu çalışanlar son 12 ay içerisinde diz ağrısı, bel ağrısı, omuz ağrısı, boyun ağrısı gibi kas iskelet sistemi semptomları bildirenlerden seçilmiştir. Değerlendirme yöntemi olarak İskandinav Kas-İskelet Sistemi Anketi, Görsel Analog Ağrı Ölçeği ve Brayfield-Rothe İş Memnuniyeti Endeksi kullanılmıştır. Ağrı yoğunluğu ile iş tatmini arasında önemli bir negatif korelasyon olduğunu belirtmişlerdir (88).

Literatür tarandığında Hoogendoorn ve ark. 732 bel ağrısı yaşayan işçi üzerinde 37 ay boyunca takip ederek yaptığı çalışmada çalışanların sosyodemografik özellikleri, çalışma şartları anketle belirlenmiştir. Ağrıları VAS ile ölçülmüştür. Çalışma sonucunda, bel ağrısı arttıkça işçilerin iş tatmininin azaldığı bildirilmiştir (89).

Linton ve ark. üst düzey yöneticiler, alt düzey yöneticiler ve mavi yakalılar olarak sınıflandırdıkları 145 çalışan üzerinde yaptıkları çalışmalarında sırt ağrısı yaşayan çalışanlarda iş tatminsizliği olduğunu belirtmişlerdir. Sırt ağrısının çalışanın pozisyonu ile

değiştirdiğini söylemişlerdir (90). Literatürdeki çalışmalar ağrı düzeyindeki artışın bireylerin meslek, doyumunu olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. Bizim çalışmamızda ağrı ile iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişki saptanamamasında, bakım veren bireylerin anket değerlendirmelerinin kurum ortamında yapılmasından dolayı objektif yanıtlar alınamaması olabileceği düşünülmektedir.

Cinsiyet ve MİDÖ Arasındaki İlişki

Çalışmamızda cinsiyet faktörü ve MİDÖ arasında ilişki tespit edilmemiştir.

1985 yılında Loscocco ve Bose iş tatminin belirleyicilerinde cinsiyet kalıplarını araştırmıştır. Çin'in Tianjin kentinin dokuz bölgesinden 871 çalışanın verileri analiz edilmiştir. Kadınların işlerinden erkeklerden daha az memnun olduğu belirtilmiştir (91). Bazı araştırmalar ise kadınların işlerinden erkeklerden daha fazla memnun olduğunu belirtmiştir (107).

Olatunji ve ark. cinsiyet faktörünün iş doyumunu üzerindeki etkisini incelemeyi amaçladıkları çalışmalarına, 102 hemşire ve 89 doktordan oluşan yüz doksan bir 191 kişiyi dahil etmiştir. Katılımcıların iş doyumları MİDÖ ile ölçülmüştür. Çalışma sonucunda hem hemşirelerde hem de doktorlarda erkeklerin işlerinden daha memnun olduğu sonucuna varılmıştır (92).

deVaus ve McAllister'in 1991 yılında uluslararası çapta yaptıkları çalışmalarına çeşitli ülkelerden toplam 6,113 kişi katılmıştır. Katılımcılara içsel ve dışsal iş yönelimlerini ölçen anket uygulanmıştır. Bu çalışma ile kadın ve erkeklerin yaptıkları işten ne kadar farklı şeyler beklediklerini ve farklı iş tatmini düzeylerini sergileme derecelerini incelemiştir. Çalışmanın sonucunda literatürdeki çalışmaların sadece kendi ülkeleriyle sınırlı olduğunu ve sonuçların kültürel özelliklere göre değiştiğini belirtmişlerdir (93). deVaus'un çalışması bizim çalışmamızda cinsiyet ve MİDÖ arasında bir ilişki bulunamamasını açıklar niteliktedir. Bakım veren bireylerin kültürel özellikleri, çalışma koşulları, fiziksel özellikleri iş doyumuna etki eden diğer faktörler olduğu için sadece cinsiyet değişkeni ile mesleki doyum arasında bağlantı kurulamayacağını düşünmekteyiz. Ayrıca bizim çalışmamıza katılan kadın bireylerin sayısının erkek bireylerin sayısına göre daha az olmasında cinsiyet ve iş doyumunu parametresi arasında bağlantı kurulamamasında etkili olduğu düşüncesindeyiz.

BDÖ ile MİDÖ Arasındaki İlişki

Stres ve iş memnuniyeti arasındaki ilişkiye ilişkin literatür tarandığında, iş stresi konusunun, işe ilişkin doyumsuzluk ve tükenmişlik boyutlarında sıkça incelendiği görülmektedir. İş doyumsuzluğu, iş stresinin önemli bir bileşeni olarak ele alınmaktadır (94, 95, 96).

Çalışmamızda BDÖ ve MİDÖ değerlendirildiğinde aralarında yüksek dereceli negatif bir korelasyon saptanmıştır. Katılımcıların depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar azaldıkça, iş doyumu ölçeğinden aldıkları puanlar artmıştır.

Batıgün ve ark. biri bankalarda (N= 426), diğeri ise özel bir şirkette (N= 94) çalışan kişiler olmak üzere iki ayrı örneklem oluşturmuştur. Her iki örnekleme de Stres Ölçeği Stres Belirtileri Bölümü, Stres Ölçeği Strese Yatkınlık Bölümü, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, İş Doyumu Ölçeği uygulamışlardır. Bu çalışmada İş Doyumu Ölçeğinin ve Stres Belirtileri Ölçeğinin toplam puan ve tüm alt ölçekleriyle her iki örnekleme de beklenen yönde ve anlamlı korelasyonlar verdiği gözlenmiştir. Diğer deyişle, iş doyumu arttıkça, stres belirtileri azalmaktadır. Benzer şekilde, iş doyumu arttıkça, strese yatkınlık da azalmaktadır (97).

Maslach ve Jackson 1981 yılında iş doyumunun, duygusal tükenmişlikle ve duyarsızlaşmayla orta derecede pozitif bir korelasyon içinde belirtmiştir. İş doyumuna göre bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamaları arasında fark vardır denmiştir. Depresyon düzeyi arttıkça duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık hissinin arttığı; yaşam doyumu ile iş doyum düzeyinin azaldığı belirlenmiştir (98). Bizim sonuçlarımız literatür bulguları ile aynı doğrultadır. Ek olarak iş doyumunu ile depresyon düzeyi arasında olumsuz bir ilişkinin var olması, kişinin işine ilişkin algısının psikolojik sağlığını etkileyeceği yönündeki görüşü desteklemektedir (99, 100).

Kişinin işi ile ilgili değerlendirmelerinden doğan olumlu duyguların düzeyi olarak tanımlanabilecek iş doyumunu, stres ve tükenme potansiyeli, bakım veren kuruluşlarda oldukça önemlidir (101, 102). Tükenmişlik, iş stresine yönelik olumsuz duygusal tepki olarak ifade edilir. Bu durum fiziksel ve duygusal yönden tükenme duygusu yaratmaktadır. Tükenmişlik sendromu birçok insani hizmet çalışanını ve onların müracaatçılarını etkilemektedir (103). Bakım verenlerin depresyon düzeyini arttıran etmenlerin daha detaylı incelenerek gerekli iş

ortamı düzeltmeleri, psikolojik yardım destekleri verilip depresyon seviyelerinin en alt seviyede tutularak bakım verme işinin kalitesinin artırılmasının gerektiği kanaatindeyiz.

BDÖ ve NSP Arasındaki İlişki

Çalışmamızda BDÖ ve NSP arasında yüksek dereceli pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bakım veren bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinde azalma olduğu saptanmıştır.

Dilek ve ark. serebral palsili çocuklara bakım veren anneler ile yaptıkları çalışmalarında, depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Çalışmaya 49 anne dahil edilmiştir. Annelerin depresyon durumu BDÖ ile, yaşam kalitesi NSP ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda katılımcıların depresyon düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında negatif yönde güçlü bir korelasyon saptanmıştır (104).

Salar ve ark. bakım veren bireylerde tükenmişliğin yaşam kalitesi, depresyon, ağrı ve bakım verilen kişilerin sağlık durumlarıyla ilişkisini araştırmak için yaptıkları çalışmalarına 60 bakım veren bireyi dahil etmişlerdir. Bakım veren bireylere depresyon düzeylerinin ölçülmesi için BDÖ, yaşam kalitelerinin ölçülmesi için NSP ölçeği uygulanmıştır. Çalışma sonucunda depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki tespit edilmiştir (105).

Gemiköz ve ark. serebral palsy çocuğu olan anneler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, annelerin depresyon ve yaşam kalitesi düzeyi ile serebral palsili çocukların motor bozukluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Annelere depresyon düzeyini belirlemek için BDÖ, yaşam kalitesini ölçmek için WHOQOL-Bref uygulamışlardır. Çalışma sonucunda, annelerin anksiyete ve depresyon düzeyi yüksekliğinin annelerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini saptamışlardır (106). Literatürdeki çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Bakım veren bireylerin depresyon düzeyleri yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemektedir. Bakım veren bireylerin fiziksel, psikolojik ve ekonomik olarak desteklenerek yaşam kalitelerinin artırılmasını amaçlayan çalışmalar yapılmalıdır. Bakım veren bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarındaki iyilik halinin, engelli bireylerin aldığı bakımın kalitesini arttıracaklarını düşünmekteyiz.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları vardır. Bunlar;

Araştırmamızda kişi sayısının az olması,

Anket değerlendirmelerinin kurum ortamında yapılması sonucu bakım verenlerin objektif olamamasıdır.



Sonuç olarak;

Bu çalışma Kırşehir Engelsiz Yaşam Bakım Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezinde kalan engellilere bakım veren bakım elemanları ile gerçekleştirilmiştir. Bakım verme yükü ile fonksiyonellik parametreleri arasındaki ilişki incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Bakım verenlerde Bakım Verme Yükü ile NSP arasında pozitif yönde güçlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Yani yaşam kalitesi azaldıkça katılımcılar daha bakım verme işi esnasında daha fazla yük hissettiklerini bildirmişlerdir.
2. NSP ile ağrı değerlendirildiğinde ile kas kuvveti değerlendirildiğinde aralarında pozitif yönde güçlü bir korelasyon saptanmıştır. Bu anlamda; NSP'den aldıkları skorlar arttıkça bildirdikleri ağrı miktarıda artmıştır.
3. Çalışmamızda NSP ile MİDÖ ölçeği arasında negatif yönde güçlü korelasyon tespit edilmiştir. Bakım verenlerin sağlık yaşam kaliteleri arttıkça, bakım verme esnasında işinden aldığı doyumda artmaktadır.
4. Çalışmamıza dahil edilen olgularda, NSP ile kas kuvvetleri arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Kas kuvvetleri yükseldikçe bakım verenlerin sağlık için yaşam kalitesi de artmaktadır.
5. BDÖ ile MİDÖ arasında negatif yönde güçlü korelasyon bulunmuştur. Bu anlamda, bakım verenlerin ruh sağlıkları arttıkça yaptıkları işten aldıkları doyumda artmaktadır.

Bu sonuçlara göre;

- Engelliye bakım veren bakım elemanlarının bakım verme yükünü azaltmak ve yaşam kalitelerini arttırmak için Sağlık Bakanlığınca sunulan evde bakım hizmetlerinden destek alınabilir.
- Bakım verenlerin kişisel özellikleri incelenerek onlara bireyselleştirilmiş destek programları sunulabilir.
- Bakımdan sorumlu bakım verenlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerden desteklenmeleri gereklidir.

- Zaman içinde bakım verenlerin bakım verme yükü artacağından ve yaşam kalitesi düşeceğinden belli aralıklarla ve düzenli olarak bakım verenlerin ihtiyaçları konusunda desteklenmeleri ve onlara rehberlik edilmesi gereklidir.



KAYNAKÇA

1. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz Özpolat A, Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.2011;3(3):513-552.
2. Erdoğan B. Evde Bakım Hizmeti Alan Özürlü Bireye Sahip Ailelerin Sosyo- Ekonomik Durumlarının İncelenerek, Umutsuzluk Ve Yaşam Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi, 2013.
3. İncekaya F. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi Çalışması (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
4. World Health Organization (WHO). *International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva, 2011.
5. Uludağ B. Asetik Asidin Zayıflama Programında Olan Hastalarda Kilo Kaybına ve Depresyon Durumuna Etkisi, (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
6. Sales E. Family Burden and Quality of Life. *Quality of Life Research*. 2003;12:33-41.
7. Srivastava S. Perception of burden by caregivers of patients with schizophrenia. *Indian J Psychiatry* 2005; 47:148-152.
8. Bergström AL, Eriksson G, von Koch L, Tham K. Combined life satisfaction of persons with stroke and their caregivers: associations with caregiver burden and the impact of stroke. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 11(9):1.
9. Can TB, Caregiving Outcomes Scale'in (BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği) Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. (Doktora Tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
10. Kenneson A, Bobo JK. The effect of caregiving on women in families with Duchenne/Becker muscular dystrophy. *Health Soc Care Community*. 2010;18(5):520-8.
11. Labaj A, Diesbourg T, Dumas G, Plamondon A, Mercheri H, Larue C. Posture and lifting exposures for daycare workers. *Int J Ind Ergonom*. 2016;54:83-92.

12. Voglar M, Wamerdam J, Kingma I, Sarabon N, van Dieën JH. Prolonged intermittent trunk flexion increases trunk muscles reflex gains and trunk stiffness. *PLoS One*. 2016;11(10):1-19.
13. Duray M, Gülşen Ç, Altuğ F, Baskan E, Cavlak U. Nörolojik Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Gövde Kas Kuvveti, Enduransı ve Esnekliği Üzerine Etkisi. *Turk J Physiother Rehabil*. 2018; 29(3):79-84.
14. Pınarlıgil NB, Dezavantajlı Gruplarda Sosyal Karşılaştırma Diyaliz Hastalarının Sosyal Karşılaştırma Süreci ve Eğilimlerinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir:Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı; 2008.
15. Erdem B, Kaya İ. Çalışma yaşamı kalitesini etkileyen faktörlerin işgörenler tarafından algılanması: Otel çalışanları üzerinde bir araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2013;35:135-150.
16. Oğultürk N. Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin, Aile İşlevlerini Etkileyen Etmenler (Doktora Tezi): Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı; 2012.
17. Okuturlar MH. Özel Eğitim. 4. Baskı . İstanbul: Okuturlar Yayınları; 1968.
18. Özer DS. Engelliler için beden eğitimi ve spor. Nobel Yayıncılık, Ankara, 2013; 135, 155-175.
19. Bıyıklı L, Akkök F, Akçamete G, Sucuoğlu F, Kargın T, Küçükler, S ve ark. Zihinsel Özürlü Bir Çocuğum Var. T. C. Başbakanlık Araştırma Kurumu. Ankara, 1995.
20. Başol O, Sağlam Y, Çakır NN. Engelli ve Yaşlı Bakım Personellerinin Tükenmişlik Seviyeleri ile Çalışma Yaşamı Kalitesi Algısı İlişkisi. *DergiPark*. 2018;29(2):71-97.
21. Öztürk YE, Şentürk Ş, Macit Y. Evde Bakım Hizmeti Alan Engelli Bireye Sahip Ailelerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi: Amasya. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*. 2017;1(1):48-67.
22. Kane RA. Goals of home care therapeutic compensatory either or both, *Journal of Aging and Health*. 1999; 11/3:87-103.

23. Seyyar A. Sosyal Hizmetlerde Bakım Terimleri. 1. Baskı . Ankara: Şefkatli Eller Yayınevi; 2007.
24. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. Geriatri Dergisi. 2002;5(4):155-159.
25. Seyyar A, Bakıma Muhtaçların Sosyal Güvenliği, Adapazarı: Sakarya Üniversitesi Basımevi; 1999.
26. Silver JH, Wellman N. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adult using homecare. J Am Diet Assoc. 2002;102(6): 831-836.
27. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist.1980;20:649-655.
28. Altun İ. Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi; 24- 26 Eylül 1998; İstanbul, Türkiye. Kongre özet kitabı Sayfa;71-78.
29. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 6 Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2019.
30. Uğur Ö. Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi (Doktora Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi; 2006.
31. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. Family Relations.1985;34(1):19-26.
32. Webb C, Pfeiffer M, Mueser M, Gladis M, Mensch E, Girolama DJ. Burden and Well-Being of Caregivers for the Severely Mentally: The Role of Coping Style and Social Support, Schizophrenia research. 1998;34:169-180.
33. Chou K, Jiann-Chyun L, Chu H. The reliability and validity of the chinese version of the caregiver burden inventory. Nursing Research, 2002; 51(5):324- 331.
34. Akpınar B. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2009.
35. Özkan İ. Hafif Şişman/Obez Kadınlarda Yeme Bağımlılığı, Depresyon ve Diyet Kalitesinin Değerlendirilmesi, (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.

36. Bunsuz E. Kadınlarda Bel Çevresi ve Beden Kitle İndeksi ve Beck Depresyon Envanteri Puanlanması Arasındaki İlişkinin Saptanması. (Yüksek Lisans Tezi). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
37. Büyükturan Ö. Yaşlı Bireylerde Quadriceps Femoris Kas Kuvveti İle Denge Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki (Yüksek lisans tezi) Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2011.
38. Tuğyan Ayhan D. Dismonereli Bireylerde Yaşam Kalitesi ile İlişkili Faktörlerin Araştırılması (Yüksek lisans tezi). Kırşehir: Ahi Evran Üniversitesi, 2020.
39. Çelik K, Tabancalı E. Özel eğitim kurumlarında çalışan öğretmenlerin iş/çalışma yaşam kalitesi. Akdeniz Eğitim Araştırmaları Dergisi. 2012;11:31-38.
40. Saygılı M, Avcı K, Sönmez S. Sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesine ilişkin bir değerlendirme: Bir kamu hastanesi örneği. The Journal of Academic Social Science Studies. 2016;52:437-451.
41. Izgar H. "Okul Yöneticilerinin Tükenmişlik Düzeyleri (Bornout) Nedenleri ve Bazı Etken Faktörlere Göre İncelenmesi". (Yayınlanmış Doktora Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2000.
42. Eren E. Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi. 5. Baskı. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım; 1993.
43. Near JP, Smith AC, Rice RW, Hunt R H. A comparison of work and nonwork predictors of life satisfaction. Academy of Management Journal. 1984;27(1):184-190.
44. Harrison RA, Roberts C, Elton PJ. Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial. J Public Health (Oxf). 2005;27(1):25-32.
45. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985;100(2):126-31.
46. Possamai LT, Zogo A, Boni J, Jacques M, Dorst LM, Dorst DB. Fitness for elders: a comparison between practioners and non-practioners of exercise. Age (Dordr). 2015;37(3):9772.

47. Haley WE, Clair JM, Saulsberry K. Family caregiver satisfaction with medical care of their demented relatives. *Gerontologist*. 1992;32(2):219-26.
48. Tamer K. Sporda fiziksel-fizyolojik performansın ölçülmesi ve değerlendirilmesi. 2 Baskı. Bağırhan Yayınları; 2000.
49. Kabul E, Çalık B, Aslan U, Ünver F. Sağlıklı gençlerde kısa dönem dinamik stabilizasyon eğitiminin esneklik, kassal endurans ve dinamik denge üzerine etkileri: rastgele kontrollü çalışma. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*. 2018;5(1):1-8.
50. McGill SM, Childs A, Liebenson C. Endurance times for low back stabilization exercises: clinical targets for testing and training from a normal database. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:941-94.
51. Aykar S. Yetişkin Hemofilik Hastalarda Denge Egzersizlerine Ek Olarak Uygulanan Core Stabilizasyon Egzersizlerinin Denge, Yaşam Kalitesi, Alt Ekstremitte Kas Kuvveti ve Fonksiyonel Düzeye Olan Etkisi (Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2019.
52. Rantanen T, Guralnik JM, Sakari-Rantala R, Leveille S, Simonsick EM, Ling S, ve ark. Disability, physical activity, and muscle strength in older women: the Women's Health and Aging Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1999;80:130-135.
53. Rahova G. Diz cerrahisi geçirmiş kişilerde tedavi sonrası denge fonksiyonları ile kas kuvveti değişikliklerinin araştırılması (Doktora Tezi). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015.
54. Akoğlu AS. Adolesan Voleybol Oyuncularında Kronik Ayak Bileği İnstabilitesinin Denge, Alt Ekstremitte Fonksiyonel Hareketleri ve Kalça Kaslarının Kuvvetleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
55. Çalışkan E, İğdir V. Total Diz Artroplastisinde Kalça ve Diz Eklem Hareket Açıklığı ile Kas Kuvveti Ölçümünün Subjektif Fonksiyonel Sonuçlar Üzerine Etkisi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2019;9(4):652-660.

56. Bke M, nver F, Kabul EG. Sağlıklı Bireylerde st Ekstremitte Kuvvet, Esneklik ve Saha Testlerinin İlişkileri. Spor Hekimliği Dergisi. 2019;54(2);117-23.
57. Keskinz PC, Ergin G, Bakırhan S. Karpal Tünel Sendromlu Hastalarda Kas Kuvveti ve Enduransı st Ekstremitte Fonksiyonlarını Etkiler mi? Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2020;31(1);58-65.
58. Otman AS, Köse N. Tedavi Hareketlerinde Temel Değerlendirme Prensipleri. 5. Baskı Ankara: Meteksan; 2013.
59. Tat AM, Tat NM, Can F. İleri evre dirsek artropatisi olan hemofili hastasında manuel terapi ve dinamik ortezin etkisi: olgu sunumu. Journal of Exercise. 2019;68(2);125-130.
60. Eraslan L. Lateral Epikondilitli Hastalarda Farklı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Uygulamalarının Ağrı, Fonksiyon ve Kavrama Kuvveti zerindeki Erken Dönem Cevaplarının Karşılaştırılması (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.
61. Madenci E. Gürsoy S, Arıca E, Keven S. Primer Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Nottingham Sağlık Profili İle Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J PM&R. 2003;3(1):11-4.
62. Teğin B. Depresyonda bilişsel süreçler, Beck modeline göre bir inceleme. Psikoloji Dergisi 1987;6:116-21.
63. İnci FH. Bakım verme yükü olçeği'nin türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği.(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
64. Griş S, Akyurt N, Astar M. Factors Affecting Burnout, Stress Management and Job Satisfaction of Health Professionals: A Comparison of Occupation Groups From İstanbul. Medical Sciences. 2017;12(4):22-36.
65. Ekinci Y, Dğer T. Kanser Hastalarında Kavrama Kuvveti ve Quadriceps Kas Kuvveti ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2018;29(1):27-32.

66. Eyigor S, Karapolat H, Durmaz B, Ibisoglu U. A randomized controlled trial of Turkish folklore dance on the physical performance, balance, depression and quality of life in older women. *Archives of gerontology*. 2009;48(1):84-88.
67. Bonganha V, Modeneze DM, Madruga VA. Effects of resistance training (RT) on body composition, muscle strength and quality of life (QoL) in postmenopausal life. *Archives of Gerontology*. 2012;54(2):361-365.
68. Gupta S, Isherwood G, Jones K, Van Impe K. Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry*. 2015;21:1 62.
69. Gusi N, Prieto J, Madruga M, Garcia JM, Gonzalez-Guerrero J L. Health-related quality of life and fitness of the caregiver of patient with dementia. *Med Sci Sports Exerc*. 2009;41(6):1182-7.
70. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi. *Türk Toraks Dergisi*. 2012;13:87-92.
71. Olai L, Borgquist L, Svardsudd K. Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. *Upsala Journal of Medical*. 2015; 120(4):290-298.
72. Kasuya RT, Polgar Bailey P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. *Postgraduate Medicine* 2000;108(7):119-123.
73. Gök Ugur H, Erci B. The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. *Acta Clinica Croatica*. 2019;58(2):321-332.
74. Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz SÇ. Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *HEAD*. 2016;13(3):216-225.
75. Türe E, Akın F, Aydın A. Evaluation Of Caregiving Burden İn Caregivers Of Children With Chronic İllness. *Bozok Tıp Dergisi*. 2018;3:46-53.
76. Ergh T, Hanks R, Rapport L, Coleman R. Social Support Moderates Caregiver Life Satisfaction Following Traumatic Brain İnjury. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2003;25:1090-101.

77. Shakya D, Tuladhar J, Poudel S, Burden and Depression Among Caravigers of Hemodialysis Patients. *Palliatmedcare*. 2017;4(1):1-6.
78. Türkoğlu M. Ağrının Tanımlanması ve Ölçümü. İzmir: Yegül Yapım Matbaacılık; 1993
79. LeResche L. Gender considerations in the epidemiology of chronic pain, in Crombie IK (ed): *Epidemiology of Pain*. Seattle: IASP Press; 1999.
80. Cimas M, Ayala A, Sanzb B. Chronic musculoskeletal pain in European older adults: Cross-national and gender differences. *Journal of Pain*. 2018;22(2):333-345.
81. Keefe FJ, Caldwell DS, Queen K, Gil KM, Martinez S. Osteoarthritic knee pain: a behavioral analysis. *Pain*. 1987;28(3):309-321.
82. Gültekin M, Kurt Gök D, Ekinci D. Demanslı Parkinson Hastalarının Bakım Verenlerinde Cinsiyete Göre Yalnızlık, Ağrı ve Anksiyete Düzeylerinin Psikometrik Değerlendirilmesi. *Journal of Harran University Medical Faculty*. 2020;17(1):37-41.
83. Şimşek TT, Yümin TE, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. (). Mental, Mobilite ve Fonksiyonel Özürlülüğün Yaşlılarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Karşılaştırmalı Çalışma. Türk Geriatri Dergisi*. 2011;14(4):321-330.
84. Yüşün T, Tunalı N, Çetinkaya A. Farklı Alanlarda Görevli Fabrika Çalışanlarında Ağrı Şiddeti ve Kas Kuvvetinin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;2(1):1-16.
85. Ay S, Evcik D. Kronik bel ağrılı hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi. *Yeni Tıp Dergisi*. 2008;25(4):228.
86. Kavlu İ, PINAR R. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*. 2009;29(6):1543-1555.
87. Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of Life and Job Satisfaction of Nurses. *Journal of nursing care quality*. 2003;18(2):151-158.
88. Loghmani A, Golshiri P, Zamani A, Kheirmand M, Jafari N. Musculoskeletal symptoms and job satisfaction among office-workers: A Cross-sectional study from Iran. *Acta Medica Academica*. 2013;42(1):46-54.

89. Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HCW, Ariëns GAM, van Mechelen W, Bouter LM. High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*. 2001;59(5):323–328.
90. Linton SJ, Warg LE. Attributions (Beliefs) and Job Satisfaction Associated with Back Pain in an Industrial Setting. *Perceptual and Motor Skills*. 1993;76(1):51–62.
91. Loscocco KA, Bose CE. Gender and Job Satisfaction in Urban China: The Early Post-Mao Period. *Social Science Quarterly*. 1998;79:91-109.
92. Olatunji SO, Mokuolu BO. The Influence of Sex, Marital Status, and Tenure of Service on Job Stress, and Job Satisfaction of Health Workers in a Nigerian Federal Health Institution. *African Research Review*. 2014;8(1).
93. deVaus D, Ian M. Gender and Work Orientation: Values and Satisfaction in Western Europe. *Work and Occupations*. 1991;18:72-9397.
94. Lee RT, Ashforth BE, A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol*. 1996;81:123-133.
95. Keen S. *Stress and Health*. 3th ed. Wadsworth: PL Rice Ed; 1999.
96. Jamal M, Baba VV. Type-a behavior, job performance, and well-being in college teachers. *International Journal of Stress Management*. 2001;8(3):231-240.
97. Batıgün Durak A. Şahin NH. İş stresi ve Sağlık Psikolojisi Araştırmaları İçin İki Ölçek: A- tipi Kişilik Ve İş Doyumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(1):32-45.
98. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal Health Human Resources Administration*. 1981;17(2):189-212.
99. Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyum ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8:241-247.
100. Gümüş H. Farklı Mesleklerde Çalışanların İş ve Yaşam Doyumlarının Tükenmişlik Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması (Doktora Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış; 2006.

101. Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions. *psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1975;12:73-82.
102. Barber G, Correlates of job satisfaction among human service workers. *Administration in Social Work*. 1986;10:25-38.
103. Farber B, Stress and Burnout in the Human Service Professions. 117. Baskı . New York: Pergamon Press; 1983.
104. Dilek B, Batmaz İ, Karakoç M, Sarıyıldız MA, Aydın A. Serebral palsili çocukların annelerinde depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Marmara Medical Journal*. 2013;26:94-8.
105. Salar S, Koyuncu G, Bumin G. Nörolojik Hastalığı Olan Kişilere Bakım Verenlerde Tükenmişlik. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2013;1(2):162-163.
106. Gemiköz M, Özgen M, Mutlu F. Serebral Palsili Çocuğa Sahip Annelerin Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. *Journal of Current Pediatrics*. 2020;18(1):114-124.
107. Groot W, Van Den Brink HM. Job Satisfaction Of Older Workers. *International Journal Of Manpower*. 1999; 20(6):344.
108. Seymour RA. The Use of Pain Scales İn Assesing the Efficacy of Analgesics in Post-operative Dental Pain. *Eur. J. Clin. Pharmacol*. 1982; 23:441-449.
109. Tomruk M, Soysal Tomruk M, Alkan E, Gelecek N. Genç Erişkinlerde Ayak Bileği Hareket Açıklığı Kas Kuvveti ve Denge Arasındaki İlişki. *Sdü Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;11(2):217-223
110. Demirel M. İdyopatik Pes Ekinovaruslu Çocuklarda Ponseti Tedavisi Sonrası Aşıl Tendon Boyu ve Plantar Fleksiyon Kas Gücü Değişiklikleri ile Nüks Metatarsus Adduktus Deformitesi Arasındaki İlişkinin Araştırılması (Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi. İstanbul Tıp Fakültesi; 2018

EKLER

EK 1

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Anket formunda kişi ismi sorulmamaktadır. Bu nedenle sorularla ilgili gerçek düşüncelerinizi belirtmeniz ve soruların tümünü cevaplamanız araştırma sonuçlarının doğruluğu için çok önemlidir. Vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak, yalnızca araştırmacı tarafından değerlendirilecek ve araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katıldığınız teşekkür ederim.

ANKET FORMU

A. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Sorular

1. Cinsiyet

1. Kadın

2. Erkek

2. Kaç yaşındasınız?

3. Öğrenim durumunuz nedir?

3. Okur-yazar değil

4. Okur-yazar

5. İlkokul

6. Ortaokul

7. Lise

8. Üniversite

4. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli

2. Hiç evlenmemiş

3. Dul

4. Boşanmış/ayrı yaşıyor

5. Çocugunuz var mı?

1. Var

2. Yok

6. Bir işte çalışıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

7. Mesleğiniz

1. Ev hanımı

2. İşçi

3. Memur

4. Serbest

5. İşsiz

6. Emekli

7. Öğrenci

B. Engelli/Yaşlıy Tanıtıcı Bilgiler

8.Engelli/Yaşlının cinsiyeti

1. Kadın
2. Erkek

9. Yaşlının yaşı.....

10. Öğrenim durumu

1. Okur-yazar değil
2. Okur-yazar
3. İlkokul
4. Ortaokul
5. Lise
6. Üniversite

11. Uzun süren ve doktor tanısı aldığı bir hastalığı var mı?

1. Evet
2. Hayır

C. Aynı Evi Paylaşma ile İlgili Özellikler

12. Evde yaşayan yaşlı sayısı.....

13. Bakım verdiğiniz yaşlı/engelli ile yakınlık dereceniz nedir?

1. Oğlu
2. Kızı
3. Gelini

4. Damadı

5. Torun

6. Diğer.....

14. Kaç yıldır yaşlı/engelli ile birlikte oturuyorsunuz?.....

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.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yasayamadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

66

12. Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

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

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

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

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Asırı

EK 2

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1-

0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2-

0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3-

0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4-

0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

3. Her şeyden sıkılıyorum.

5-

0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6-

0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.

2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7-

0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

8-

0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9-

0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11-

0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim.

3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12-

0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.

3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13-

0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiç karar veremiyorum.

14-

0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15-

0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16-

0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17-

0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18-

0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

19-

0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 3 BAKIM VEREN PERSONEL DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Katılımcı:	Cinsiyet:	Yaş:	Medeni Durum:
Alkol kullanımı:		Sigara kullanımı:	
Çocuk sayısı:		Evde bakmakla yükümlü olduğu birey sayısı:	
Eğitim yılı:		Bakım yılı:	Haftalık çalışma saati:
Maaş gelir durumu:		Eşinin maaş gelir durumu:	
Kronik hastalıklar:		Geçirdiği ameliyatlar:	
Düzenli kullandığı ilaçlar:			
Günlük hizmet verdiği engelli sayısı:			

KUVVET DEĞERLENDİRME

	skor		skor
Diz Ekst		Ayakb df	
Kalça ekst		Ayakb pf	
Kalça fleks		Omuz abd	
Kalça abd		Omuz fleks	
Dirsek flek		Omuz ekst	

6 dk yürüme testi mesafesi(dk):

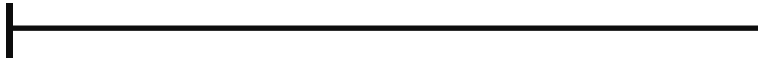
Otur uzan tetsi(cm):

Sorensen testi(sn):

Yan lateral köprü testi(sn):

Hiç ağrı yok

Çok şiddetli ağrı var



İşimden memnun değilim

İşimden memnunum



Nottingham sağlık profili skoru:

Beck depresyon ölçeği skoru:

Bakım verme yükü ölçeği skoru:

Minnesota iş doyumu ölçeği skoru:

EK4

1.KUVVET DEĞERLENDİRME

	1. ÖLÇÜM	2. ÖLÇÜM	3. ÖLÇÜM	SKOR
DİZ EKSTANSİYON				
KALÇA EKSTANSİYON				
KALÇA FLEKSİYON				
KALÇA ABDÜKSİYON				
AYAK BİLEĞİ DORSİ FLEKSİYON				
AYAK BİLEĞİ PLANTAR FLEKSİYON				
OMUZ ABDÜKSİYON				
OMUZ FLEKSİYON				
OMUZ EKSTANSİYON				
DİRSEK FLEKSİYON				

HASTANIN 6 DAKİKA YÜRÜME TESTİ MESAFESİ (dk)

OTUR UZAN TESTİ (cm)

SORENSEN TESTİ (sn)

	SAĞ	SOL
YAN LATERAL KÖPRÜ TESTİ(sn)		

EK:5 Nottingham Sağlık Profili

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

Aşağıda insanların günlük hayatta karşılaşılabilecekleri bazı problemler sıralanmıştır. Listeye bakınız ve şu anda sahip olduğunuz problem için Evet, olmadığınız problem için Hayır kutucuğunu işaretleyiniz. Lütfen her soruyu cevaplayınız. Emin değilseniz, şu anda en doğru olduğunuzu düşündüğünüz cevabı işaretleyiniz.

Ağrı	Evet	Hayır
1 Merdivenleri inerken ve çıkarken ağrım oluyor.	<input type="checkbox"/> 15,83	<input type="checkbox"/> 0
2 Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor.	<input type="checkbox"/> 18,96	<input type="checkbox"/> 0
3 Pozisyonumu değiştiren ağrım oluyor.	<input type="checkbox"/> 18,96	<input type="checkbox"/> 0
4 Oturduğum zaman ağrım oluyor.	<input type="checkbox"/> 10,49	<input type="checkbox"/> 0
5 Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor.	<input type="checkbox"/> 11,22	<input type="checkbox"/> 0
6 Geceleri ağrım var.	<input type="checkbox"/> 12,91	<input type="checkbox"/> 0
7 Dayanılmaz ağrıların var.	<input type="checkbox"/> 19,24	<input type="checkbox"/> 0
8 Sürekli ağrılar içindeyim	<input type="checkbox"/> 20,86	<input type="checkbox"/> 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)		-----

Duygusal Reaksiyonlar	Evet	Hayır
1 Olaylar beni zorluyor	<input type="checkbox"/> 10,47	<input type="checkbox"/> 0
2 Beni neyin neşelendirdiğini bile unuttum	<input type="checkbox"/> 18,31	<input type="checkbox"/> 0
3 Kendimi uçurumun kenarında hissediyorum	<input type="checkbox"/> 17,22	<input type="checkbox"/> 0
4 Günler zor geçiyor	<input type="checkbox"/> 17,28	<input type="checkbox"/> 0
5 Bugünlerde sık sık hiddetleniyorum	<input type="checkbox"/> 18,76	<input type="checkbox"/> 0
6 Kendimi kontrol edemeyeceğimi hissediyorum	<input type="checkbox"/> 13,98	<input type="checkbox"/> 0
7 Endişelerim gece uyumama engel oluyor	<input type="checkbox"/> 13,95	<input type="checkbox"/> 0
8 Hayatın çekilmez olduğunu düşünüyorum	<input type="checkbox"/> 16,21	<input type="checkbox"/> 0
9 Uyanınca kendimi depresyonda hissediyorum	<input type="checkbox"/> 12,01	<input type="checkbox"/> 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)		-----

Uyku	Evet	Hayır
1 Uyku ilacı alıyorum	<input type="checkbox"/> 22,57	<input type="checkbox"/> 0
2 Sabah erken saatte istemeden uyanıyorum	<input type="checkbox"/> 12,57	<input type="checkbox"/> 0
3 Gece uykum kaçıyor	<input type="checkbox"/> 27,26	<input type="checkbox"/> 0
4 Uyumakta güçlük çekiyorum	<input type="checkbox"/> 16,10	<input type="checkbox"/> 0
5 Gece uykum çok kötü	<input type="checkbox"/> 21,70	<input type="checkbox"/> 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)		-----

S. M. Hunt, J. McQueen (1985) J R Coll Gen Pract. 1985 Apr; 35(273): 185-188

1. Bölüm Toplam Profil Puanı (0-600):

2. Bölüm Toplam Profil Puanı (0-7):

Sosyal İzolasyon	Evet	Hayır
1 Kendimi yalnız hissediyorum	<input type="checkbox"/> 22,01	<input type="checkbox"/> 0
2 İnsanlarla ilişki kurmakta güçlük çekiyorum	<input type="checkbox"/> 19,36	<input type="checkbox"/> 0
3 Kendimi hiç kimseye yakın hissetmiyorum	<input type="checkbox"/> 20,13	<input type="checkbox"/> 0
4 İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum	<input type="checkbox"/> 22,53	<input type="checkbox"/> 0
5 İnsanlarla geçinmek güç geliyor	<input type="checkbox"/> 15,97	<input type="checkbox"/> 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)		-----

Fiziksel Aktivite	Evet	Hayır
1 Yalnız ev içinde yürüyebiliyorum	<input type="checkbox"/> 11,54	<input type="checkbox"/> 0
2 Eğilmek benim için çok zor	<input type="checkbox"/> 10,57	<input type="checkbox"/> 0
3 Hiç yürüyemiyorum	<input type="checkbox"/> 21,30	<input type="checkbox"/> 0
4 Merdiven inip çıkmakta zorlanıyorum	<input type="checkbox"/> 10,79	<input type="checkbox"/> 0
5 Bir yere uzanmakta güçlük çekiyorum	<input type="checkbox"/> 10,30	<input type="checkbox"/> 0
6 Götürürken zorlanıyorum.	<input type="checkbox"/> 12,61	<input type="checkbox"/> 0
7 Uzun süre ayakta duramıyorum	<input type="checkbox"/> 11,20	<input type="checkbox"/> 0
8 Sokakta yürütmek için yardım gerekiyor	<input type="checkbox"/> 12,60	<input type="checkbox"/> 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)		-----

Enerji	Evet	Hayır
1 Enerjimi kısa sürede tüketiyorum.	<input type="checkbox"/> 24,00	<input type="checkbox"/> 0
2 Her şey çaba harcamamı gerektiriyor.	<input type="checkbox"/> 36,80	<input type="checkbox"/> 0
3 Her zaman yorgunum	<input type="checkbox"/> 39,20	<input type="checkbox"/> 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)		-----

Bölüm 2	Toplam Skor (0-7)	-----	
Sağlık durumunuz nedeniyle aşağıdaki durumlarda problem yaşıyor musunuz?			
	Evet	Hayır	
1 Çalıştığınız işte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
2 Yemek, temizlik, tamir gibi işlerinde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
3 Dışarı çıkmak, arkadaş ziyareti, sinema gibi sosyal faaliyetlerde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
4 Evdeki diğer insanlarla ilişkilerde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
5 Cinsel hayatınızda	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
6 Hobî gibi aktiviteler yapmakta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
7 Tatil zamanlarında	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	

Ek:6 Minnesota İş Doyumu Ölçeği

MESLEĞİMDEN;	Beni hiç tatmin etmiyor.	Beni yeterince tatmin etmiyor.	Karar veremiyorum.	Beni yeterince tatmin ediyor.	Beni çok tatmin ediyor.
1. Beni her zaman meşgul etmesi bakımından					
2. Bağımsız çalışma imkanının olması bakımından					
3. Ara sıra değişik şeyler yapabilme imkanı bakımından					
4. Toplumda saygın bir kişi olma şansını bana vermesi bakımından					
5. Yöneticinin emrindeki kişileri iyi yönetmesi bakımından					
6. Yöneticinin karar verme yeteneği bakımından					
7. Vicdani bir sorumluluk taşıma şansını bana vermesi yönünden					
8. Bana garantili bir gelecek sağlaması yönünden					
9. Başkaları için bir şeyler yapabildiğimi hissetmem yönünden					
10. Kişileri yönlendirmek için fırsat vermesi yönünden					
11. Kendi yeteneklerimle bir şeyler yapabilme şansı vermesi yönünden					
12. İşimle ilgili alınan kararların uygulamaya konması yönünden					
13. Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret yönünden					
14. Terfi imkanı olması yönünden					
15. Kendi fikir-kanaatlerimi rahatça kullanma imkanı vermesi yönünden					
16. Çalışma şartları yönünden					
17. Çalışma arkadaşlarının birbirleriyle anlaşmaları yönünden					
18. Yaptığım iş karşılığında takdir edilmem yönünden					
19. Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissi yönünden					
20. Mesleğimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme imkanı vermesi açısından					

EK: 7

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Engelli Bireylere Bakım Verenlerde Algılanan Bakım Verme Yükü ve Fonksiyonellik Parametreleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formunu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI: Bu çalışmanın amacı; dünya nüfusunun %15'ini oluşturan engelli bireylere bakım vermekte olan bakım elemanlarının algıladıkları bakım yükünün kas kuvveti ve fiziksel parametrelere bağlı değişimini incelemektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde çalışma kapsamında aşağıda belirtilen ve daha öncesinde araştırmacılar tarafından belirlenen anket ve ölçekler size uygulanacak ve bu ölçümlerin sonuçları incelenecektir.

1. Yaş, cinsiyet, alkol kullanımı gibi demografik bilgilerin bulunduğu ve size uygulanacak test skorlarının yazıldığı bakım veren personel demografik bilgi formu doldurulacaktır.
2. Vücut esnekliğinizin değerlendirilmesi için yere oturarak, bacaklarınızı uzatıp, dizleri bükmeden, mümkün olduğunca en uzak noktaya uzanarak ayak parmaklarınıza değmeye çalışacaksınız. Parmaklarınızın uzandığı en uç nokta cm cinsinden ölçülecek.
3. Kalça masanın kenarına gelecek şekilde yüzüstü pozisyonda, gövde masadan sarkıtılmış, eller omuzda çapraz, ayaklar desteklenmiş pozisyonda durarak, düz hat sağlandığında test başlayacak ve bu pozisyonu koruyabilme süresi kaydedilecek.

4.Önce dominant taraf, en az 3 dk. geçtikten ve dinlendikten sonra dominant olmayan taraf yan yatışta, bacakları dizlerden bükülmeden bir ayağı diğerinin önünde, gövdesi düz bir hatta olacak şekilde, ön kolları üzerinde kalkıp yan köprü kurması istenir. Bu pozisyonda koruyabildiği süre kaydedilir.

5.Bir koridorda başlangıç ve bitiş noktası işaretlenecek ve 6 dakika boyunca hızlı tempoda yürümeniz istenecek. 6 dakika boyunca yürüdüğünüz mesafe ölçülerek kaydedilecek.

6.Dinamometre yardımıyla belirlenen kaslar için kuvvet ölçümünüz yapılacak.

7.Yaşam kalitesini değerlendirmek için toplam 38 soru içeren bir anket uygulanacaktır. Soruların 8'i ağrı, 8'i fiziksel aktivite, 3'ü yorgunluk, 5'i sosyal uzaklaşma ve 9'u duygusal durum ile ilgilidir.

8.Depresyon durumunu ölçmek için 21 sorudan oluşan çoktan seçmeli ölçek uygulanacaktır.

9.Engelliye bakım verirken yaşadığınız zorluğu belirlemek için 22 ifadeden oluşan ölçek uygulanacaktır.

10.İşinizle ilgili yaşadığınız doyumun belirlenmesi için 20 maddeden oluşan ve işinizin size verdiği tatmini belirlemek için 20 sorudan oluşan anket uygulanacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılarak engeli bireylere bakım verenlerin bakım yüklerinin bağlı olduğu fiziksel değişkenlerin saptanmasına katkıda bulunacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmada kişisel bilgileriniz, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz katılımcı tanıtım formunda yer almamaktadır. Gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde bazı tıbbi makalelerde yayınlanabilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

Çalışma ile ilgili beklenmedik bir durum olduğunda Dr. Öğr.Üyesi Buket Büyükturan'a....numaralı telefondan veadresinden ulaşabileceği bildirilmiştir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

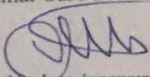
Veli ya da Vasi (var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

EK:8

ETİK KURUL ONAYI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Engelli Bireylere Bakım Verenlerde Algılanan Bakım Verme Yüğü ve Fonksiyonellik Parametreleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLU	13.11.2019	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	13.11.2019	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER	<input type="checkbox"/>		
	KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-21/209	Tarih: 10/12/2019	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmancın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmancın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantı yeter sayısı sağlandığı için katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.				

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Kemal ÖZYURT
İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	MELTEM YÜCEL ILGAR
Doğum Yeri	Kırşehir
Doğum Tarihi	18.10.1994
Uyruğu	
Telefon	
E-Posta Adresi	

Eğitim Bilgileri	
Lisans	
Üniversite	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
Yüksekokul	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu
Bölümü	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
Mezuniyet Yılı	2016

Yüksek Lisans	
Üniversite	Ahi Evran Üniversitesi
Enstitü Adı	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
Programı	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
Mezuniyet Tarihi	2021

Makale ve Bildiriler	
<p><i>Uluslararası Kongre</i> Yücel Ilgar M., Büyükturan, B., Büyükturan, Ö. 2019, Engelli Bireylere Bakım Verenlerde Algılanan Bakım Verme Yükü ve Fonksiyonellik Parametreleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2. Uluslararası Beslenme Obezite Ve Toplum Sağlığı Kongresi.</p>	
<p><i>Uluslararası Kongre</i> Yücel Ilgar M., Büyükturan, B., Büyükturan, Ö., Ulçay, T., Karartı C. 2018, Kas Mimarisi. 1. Uluslararası Spor Antropoloji Beslenme Anatomi ve Radyoloji Kongresi- SANAR 2018.</p>	