

**T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİNÇSİZ HASTA YAKINLARININ  
DEPRESYON DURUMUNUN BELİRLENMESİ**

**Bahar DEMİR**

**Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin İç Hastalıkları  
Hemşireliği Programı İçin Öngördüğü  
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır**

**KOCAELİ  
2006**



**T.C.**  
**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİLİNÇSİZ HASTA YAKINLARININ**  
**DEPRESYON DURUMUNUN BELİRLENMESİ**

**Bahar DEMİR**

**Kocaeli Üniversitesi**  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin İç Hastalıkları**  
**Hemşireliği Programı İçin Öngördüğü**  
**BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ**  
**Olarak Hazırlanmıştır**

**Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fügen GÖZ**

**KOCAELİ**  
**2006**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne**

İşbu çalışma, jürimiz tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan Ünvanı Adı SOYADI

İMZA

Üye Ünvanı Adı SOYADI

İMZA

Üye Ünvanı Adı SOYADI (Danışman)

İMZA

---

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../2006

Enstitü Müdürü

## ÖZET

### Bilinçsiz Hasta Yakınlarının Depresyon Durumunun Belirlenmesi

Araştırma, bilinçsiz nöroloji hastasına refakat eden yakınlarında depresyon durumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırma Kocaeli Devlet Hastanesi Nöroloji Servisinde yapılmıştır. Nöroloji servisine 2005 yılı içinde yatan bilinçsiz hasta yakınları araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem grubunu, 1 Ağustos – 30 Eylül 2005 tarihleri arasında bilinçsiz hastaya refakat eden, hastanın birinci derece yakını olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 54 bakım verici oluşturmuştur.

Araştırmada veriler Beck Depresyon Envanteri ve katılımcılara ait bilgileri içeren veri toplama formunun uygulanması ile toplanmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesinde yüzdelerle dağılımlara bakılmıştır. Hasta yakınlarına ait çeşitli değişkenlerle depresyon durumları arasındaki ilişki ki-kare testinin kullanılması ile değerlendirilmiştir.

Araştırmanın bulguları, bilinçsiz hasta yakınlarının %61,1'inde depresyon bulunduğunu göstermiştir. Depresyon; kadınlarda, bakımda yardım almayan hasta yakınlarında, hasta yanında sürekli kalanlarda, 15 gün ve üzerinde bakım verenlerde, çalışmayanlarda ve hastanın eşi konumunda olan hasta yakınlarında daha çok görülmüştür. Yaş, medeni durum, eğitim, maddi durum, ikamet edilen bölge ve tanıyı bilip bilmeme durumları arasında depresyonun görülme oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Bilinçsiz Hasta, Bakım Verici Hasta Yakını, Depresyon

## ABSTRACT

### Determination of Depression Status of Close Relatives of the Unconscious Patient

The study has been intended as descriptive purposing to determine depression status of close relatives accompanying the unconscious neurology patient.

The study has been made in Neurology Service of Kocaeli State Hospital. The close relatives of the unconscious patients station any treated in 2005 are the environment of the study. The example group is composed of total 54 care givers who have accompanied the patient between 1 August and 30 September 2005, are the first level close relatives and have accepted to participate in the study.

In the study data have been collected by applying data collection form including Beck Depression Inventory and the information about the participants. During statistical evaluation of data obtained, the percentage distributions are considered. The relation between various variables belonging to patient's close relatives and depression status have been evaluated by means of chi-square test.

The findings from the research indicated that here was depression on 61,1% of total close relatives of the unconscious patients. Depression was observed more on the women, on the close relatives of patients who are not assisted during medical care, on the women who stayed continuously with the patient, on those who gave care for 15 days or more, on the unemployed people and on the spouses of the patients. As a result there has not been a significant difference in terms of appearance of depression among the cases such as age, marital status, education, financial status, residence region and the status of knowing or not knowing the diagnosis.

**Key Words:** Unconscious Patient, Caregiver, Close Relative of Patient, Depression.

## İÇİNDEKİLER

|   |     |
|---|-----|
| ÖZET  | iv  |
| ABSTRACT  | v   |
| İÇİNDEKİLER   | vi  |
| ÇİZELGELER DİZİNİ   | vii |
| 1. GİRİŞ  | 1   |
| 2. GENEL BİLGİ VE İLGİLİ ÇALIŞMALAR   | 3   |
| 2.1. Bilinçsiz Hasta  | 3   |
| 2.1.1. Bilinç kaybına ve değişikliğine neden olan faktörler                                 | 3   |
| 2.1.2. Bilinçsizlik seviyeleri  | 4   |
| 2.2. Bilinçsiz hasta bakımı   | 5   |
| 2.3. Bilinçsiz hasta yakını olmak   | 10  |
| 2.4. Depresyon  | 14  |
| 2.5. Amaç   | 18  |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM  | 19  |
| 3.1. Araştırmanın Türü  | 19  |
| 3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer  | 19  |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi   | 19  |
| 3.4. Veri Toplama Aracı   | 19  |
| 3.4.1. Kişisel Bilgi Formu  | 20  |
| 3.4.2. Beck Depresyon Envanteri   | 20  |
| 3.5. Verilerin Toplanması   | 21  |
| 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi  | 22  |
| 3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları  | 22  |
| 4. BULGULAR   | 23  |
| 5. TARTIŞMA   | 29  |
| 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER   | 34  |
| KAYNAKLAR DİZİNİ  | 38  |
| ÖZGEÇMİŞ  | 44  |
| EKLER   | 45  |
| EK 1. Bilinçsiz Hastaya Bakım Veren Yakınlarını Tanıtıcı<br>Bilgilerine İlişkin Anket Formu | 45  |
| EK 2. Beck Depresyon Envanteri  | 47  |
| EK 3. Tez Çalışmasının Yapıldığı Hastaneden Alınan<br>Resmi İzin Belgesi                    | 50  |

## ÇİZELGELER DİZİNİ

|  |    |
|--|----|
| <b>Tablo 4.1.</b> Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, maddi durum ve ikamet durumlarına göre depresyon görülmesine ait bulguları | 23 |
| <b>Tablo 4.2.</b> Bilinçsiz Hastaya Bakım Veren Refakatçilerin Yaş Aralıklarına Göre Depresyonlu Olma Oranlarının Dağılımı   | 26 |



## 1. GİRİŞ

Aile kavramını toplumun en küçük yapı taşı olarak biliriz. Aile, her türlü desteği birbirine koşulsuz sağlayan, kendi içinde organize olmuş bireylerden oluşmaktadır ve gerek bireysel gerek toplumsal ihtiyaçlarının karşılanmasında, aktif olarak işlev görmektedir.

Ailede stres yaratan birçok durum vardır. Sağlık problemleri, maddi güçlükler, sevilen bir insandan ayrılma gibi durumlar strese neden olabilecek yaşam olaylarıdır (Kutlu ve Sever, 2002; Özkan, 2002). Stres, bireyin bedensel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Kişinin istek ve gereksinimlerinin karşılanmasında engellenmeye yol açar. Kişinin benlik saygısını ve bireysel bütünlüğünü tehdit eder. Her insanın olası stres verici olayları algılamasında bireysel farklılıklar vardır. Bu algılamayı etkileyen faktörler; bireyin yaşantıları sonucu elde ettiği deneyimleri, olaya ilişkin bilişsel değerlendirmeleri ve stres kaynağı karşısında birey için anlamlı sosyal destek sistemlerinin varlığı ve yeterliliğidir (Hisli, 1994). Stresle baş etmede birey, özellikle zihinsel düzeyde başarılı olamazsa yaşanan streslerin biriken ve yoğunlaşan etkileri korku, endişe ve depresyon gibi duygusal problemlere yol açabilir. Depresyonla stresli çevresel olaylar arasında karşılıklı ve döngüsel bir ilişki vardır (Özkan, 2002; Ünal ve ark., 2002). Ralpmund ve Moore (2000)'a göre stres verici çevresel olaylar depresyon belirtilerini arttırırken, depresyon da çevresel etkenlerin daha fazla stres verici olarak algılanmasına yol açar (Özkan, 2002).

Hastalık ve hastanede bulunma, hastalar için olduğu kadar hasta yakınları için de büyük stres etkeni olabilmektedir. Bilinç kaybına neden olan hastalıklar sonucu bireyde işlev bozukluğu meydana gelmekte ve birey yaşamsal aktivitelerinde başkalarına bağımlı hale gelmektedir. Hasta yakınlarının da bu durum karşısında etkilenmesi kaçınılmazdır. Hastalığın neden olduğu krizi yaşayan ailenin göz ardı edilmemesi gerekmektedir (Kızılcı, 1999; Aynalı, 2002; Özkaya, 1991; Kutlu ve Pektekin, 1999; Kutlu ve Sever, 2002).

Hasta ve ailesi; ekonomik yönden oluşan güçlükler, aile ilişkilerinde ve rollerde görülen değişiklikler, hastaya yönelik bakım ve önemin artması ile birlikte

aksayan işler ve geleceğe yönelik belirsiz, korku dolu düşünceler, sosyal etkileşimde bozulma, sosyal izolasyon, başa çıkmada yetersizlik, bakım verici rolünde zorlanma gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Carpenito, 1999a,b,c; Aynalı, 2002; Özkaya, 1991; Kutlu ve Sever, 2002; Oflaz, 1995). Bu da bize hasta yakınlarının yardıma gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir.

Hemşireler klinik uygulamalarının her alanında ailelerle, onların yaşam süreleri içindeki değişik dönemlerinde karşı karşıya gelirler. Hemşireler hastalar için bütüncül bakım verilmesi gerektiğini bilmekte, ancak hastayı çevresiyle ele alan bu yaklaşımda, aileye nasıl destek olacaklarını bilememektedirler (Kızılcı, 1999). Yeterli desteği alamayan hasta yakınlarında zamanla psikolojik zedelenme ve dengesizlik ve hatta depresyon görülebilir (Kutlu ve Pekçetin, 1999).

## 2. GENEL BİLGİ VE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

### 2.1. Bilinçsiz Hasta

Bilinç; bireyin kendisinden ve çevresinden haberdar olma durumudur (Durna, 1990; Özkaya, 1991; Birol ve ark., 2000). Bilincin içeriği duyular, duygular, anılar, tasarımlardır. Ponsun 2/3 üst bölümünü içine alan formatio retikularis'ten yukarı hipotalamusa doğru uzanan, korteksi uyaran 'retiküler aktive edici sistem' olarak tanımlanan dağınık hücre grubu uyanıklığın anatomik lokalizasyonunu oluşturur. Bu yapıları etkileyen metabolik veya organik olaylar uyanıklık kusurunun ortaya çıkmasına neden olur (Durna, 1990).

Koma ise Yunanca'da uyku demektir, uyanıklık halinden, çevreyle ilişkinin tamamen kesilmesine ve uyarılara refleks düzeyinde bile cevap verilememesine kadar uzayan, süreklilik gösteren bir durumdur (Arkonaç, 1987; Durna, 1990; Birol ve ark., 2000; Simon, 2002; Kocatürk, 2005a).

**2.1.1. Bilinç kaybına ve değişikliğine neden olan faktörler:** (Durna, 1990; Birol ve ark., 2000; Simon, 2002; Onur ve ark., 2003) :

- Üst beyin sapında disfonksiyona neden olan supratentorial lezyonlar:

Serebral hemoraji, vasküler hastalıklar, travma, tümörler, kafatası kırığının neden olduğu apse ve hematoma bilinci etkileyebilir.

- Retiküler formasyonda baskıya neden olan intratentorial lezyonlar:

Beyin sapı enfarktüsü, tümörler, apseler retiküler formasyon dokusunda direkt basınç meydana getirerek bilincin bozulmasına neden olurlar.

- Anormal metabolik süreç:

Bu süreçte elektrolit dengesizlikleri, hiperozmolarite, hiperkalsemi, asidoz, hipoglisemi, üremi, karaciğer hastalıkları, alkol ve bazı ilaçların neden olduğu

metabolik değişiklikler, hipertermi, hipotermi, beyin sapı iskemisi, SSS enfeksiyonları, ve fonksiyonel veya psikiyatrik hastalıklar sayılabilir.

### **2.1.2. Bilinçsizlik Seviyeleri:**

Bilinç kaybı çeşitli seviyelerde olabilir, bunun sık sık değerlendirilip kaydedilmesi gereklidir. Hastada altta yatan nedenin tam anlaşılabilmesi için bakılacak üç ana bulgu; pupil boyutları, reaksiyonu, simetrisi; hemiparezi, uyarana yanıtıdır(Özkaya, 1991; Durna, 1990; Birol ve ark., 2000; Simon, 2002; Onur ve ark., 2003).

1. Seviyede bilinç değişikliği: Kişi kolay uyarılabilir, uyarılara yanıt verir. İstemli motor ve refleks fonksiyon normaldir.

2. Seviye: Hastada yarı uykulu hal, küntlük, davranışlarda ağırlaşma vardır. Yer ve kişiye olan oryantasyon bozulmuştur. Tekrarlayan uyarı ve isteklere cevap verir.

3. Seviye: Bu seviyede fiziksel ve mental aktiviteler minimaldir. Sözlü uyarılara cevap yetersizdir veya çok zor anlaşılır. Hasta canlı ışık, gürültülü ses veya ağırlı uyarana mimiklerle cevap verir.

4. Seviye, hafif koma veya yarı koma: Normal uyarılara cevap yoktur, fakat ağırlı uyarılara cevap alınabilir. Refleksler devam edebilir.

5. Seviye, Derin koma: Derin bir duyarsızlık söz konusudur. Ekstremiteler gevşek ve hareketsizdir. Ağırlı uyarılara cevap yoktur. İnkontinans vardır, pupiller dilate veya konstrükte olabilir, kornea farengal refleksler yoktur veya çok azdır.

**2.2. Bilinçsiz Hasta Bakımı** (Durna, 1990; Özkaya, 1991; Birol ve ark., 2000; Griggs, 2000; Simon, 2002; Onur ve ark., 2003)

Bilinç bozukluğu olan hastada ortaya çıkabilen sorunlar;

- Duyusal değişiklikler (görme, işitme, dokunma ve koku ile ilgili),
- Düşünme sürecinde değişiklikler,
- Etkisiz hava yolu temizliği,
- Fiziksel mobilitede bozulma,
- Yaralanma riski,
- Cilt bütünlüğünün bozulma riski,
- Beslenmede değişiklik (vücudun ihtiyaçlarından az),
- Üriner eliminasyon şeklinde değişiklik, inkontinans,
- Barsak eliminasyonunda değişiklik, inkontinans,
- Kendine bakımı sürdürmede yetersizlik (beslenme, banyo, giyinme gibi),

Bilinçsiz hasta bakımında temel amaçlar;

- Nörolojik fonksiyondaki değişikliklerin anında değerlendirilmesi,
- Normal yaşam aktivitelerini sürdürmek ve bunlara yardımcı olmak,
- Duyu, algılama ve dikkatin yeniden kazanılması ve sürdürülmesi.

Bilinçsiz hasta bakımında yapılması gerekenler şöyle sıralanabilir;

Hava yollarını açık tutmak: Bu işlem beyin hastaları için özellikle önemlidir; çünkü kan CO<sub>2</sub> düzeyinin yükselmesi beyin damarlarının permeabilitesini arttırarak ve vazodilatasyon yaparak beyin ödemi kolaylaştırır.

Hava yollarının açık olması için gerektiği sıklıkta aspirasyon yapılır, airway, endotrakeal tüp takılabilir, trakeotomi açılabilir ve hastaya lateral pozisyon veya yarı oturur pozisyon verilebilir. Yarı oturur pozisyon ile beyinden venöz drenaj sağlanarak, beyin ödemi önenebilir. Nöroloji hastasında aspirasyon uygulama tekniği ve sıklığı çok önemlidir. Gereksiz yere sık sık ağızdan ve burundan yapılan aspirasyon kafa içi basıncını arttırabilir. Aspirasyon özellikle trakeotomiden veya

endotrakeal tüpten yapılıyorsa aseptik tekniğe uyularak yapılması, akciğer enfeksiyonlarını önlemek bakımından önemlidir.

Hastanın yaşam belirtileri sık sık kontrol edilmeli ve kaydedilmelidir. Örneğin; nabzın azalması ve kan basıncının artması intrakranial basınç artmasını düşündürür. Bilinçsiz hastada ısı kontrolü rektal yolla yapılmalıdır.

Hastanın cilt rengi, ağız, burun ve kulak sekresyonu, inkontinans gözlenmeli ve kaydedilmelidir.

Bilinç düzeyi, ışık reaksiyonu ve pupil büyüklüğü, ekstremitelerin duyu ve motor cevabı sık sık kontrol edilmeli ve bulgular kaydedilmelidir.

Hastaya çeşitli sorular sorularak bilinç durumu, ışık kaynağı ile karanlık ya da loş bir ortamda pupillaya ani ışık tutarak büyüyüp küçülmesi gözlenir. Normalde ışık tutulduğunda pupillaların büzülmesi, ışığı çekince genişlemesi gerekir. Bazı hastaların pupillaları normalde de eşit olmayabilir veya takma gözü olabilir. Doğru değerlendirme yapmak için bu durumu da bilmek gerekir.

Hastada gelişebilecek normal ve anormal refleksler değerlendirilir ve kaydedilir.

Bilinçsiz hastanın normal vücut temizliğini sürdürmek gerekir; aksi halde komplikasyonlar daha kolay gelişebilir. Bunun için günlük cilt temizliğinin yapılması gerekir. Göz bakımı özellikle önemlidir. Bilinçsiz hastanın gözleri açık kalabilir. Bu durum kornea kuruluklarına ve ülserlerine ve hatta körlüklerine neden olabilir, bunun için gözlere her gün serum fizyolojik ile irigasyon uygulanır, göz çevresi silinir ve hafif yağlandıktan sonra göz kapakları nemli bir spanç ile kapatılır.

Bilinçsiz hastanın burun mukozası kurur ve tıkanabilir, temizlenip yağlanması gerekir. Ayrıca odanın nemlendirilmesi üst solunum yolları için özellikle yararlıdır. Kafa travması geçiren hastanın burun ve kulağından BOS (beyin omurilik sıvısı) sızabilir veya kan gelebilir; bu durumda doktor istemi olmaksızın burun ve kulak temizlenmez. Kulak ve burundan olabilecek bu tür akıntıların hemşire gözlem kağıdına kaydedilmesi ve hastanın sırt üstü yatırılması gereklidir.

Bilinçsiz hasta ağızdan soluk alıp verdiği ve ağızdan beslenmediği için ağız kuruluşu olur. Bu nedenle her iki saatte bir ağız bakımı yapılmalıdır. Aksi halde bilinçsiz hastanın ağızında kolaylıkla enfeksiyonlar gelişir hatta bu enfeksiyon alt solunum yollarına inebilir (örn; moniliazis).

Hastanın beslenmesinin devamlılığının sağlanması gerekir. Bilinçsiz hasta en fazla 2-3 gün IV yolla beslenir. Bilinçsizlik devam ediyorsa, yutma refleksi yoksa nazogastrik (NG) yol ile beslenmeye geçilmelidir. NG yol ile beslenmede şu noktalar önemlidir;

- Her beslenmede tüpün yerinde olup olmadığının kontrolü gereklidir.
- Beslenme sırasında başın yükseltilmesi gereklidir.
- Gavaj sıvısı çok sıcak veya soğuk olmamalıdır.
- Gavaj sıvısı tüm besin öğelerini içermelidir.
- Beslenmeden sonra bir miktar sıvı verilerek NG tüp temizlenmelidir.
- Beslenme sıklığı ve gavaj sıvısının miktarı hastanın yaşına ve durumuna göre planlanır.
- Verilen sıvı miktarı ve defekasyon miktarı kaydedilir.
- Bilinçsiz hastanın eliminasyonunun sağlanması gerekir.

Bu hastalarda sıklıkla üriner ve fekal inkontinans olabilir. İnkontinansı olan hastalarda böbrek taşı ve enfeksiyonu daha kolay oluşur. Bu nedenle enfeksiyonlardan koruma özellikle önemlidir. Üriner inkontinansı olan hastanın mesanesinin düzenli boşalması önemlidir.

Düzenli bir bağırsak boşaltım programı uygulanmalıdır. Bunun için her gün sabah orta derecede etkili bir laksatif veya iç sfinktere gliserin spozitivar yerleştirmek veya sakıncası yoksa günde 3000 cc sıvı verilmesi bağırsak inkontinansı olan hastada düzenli boşaltım sağlamada yardımcı olur.

Devamlı yatma sonucu vücudun belli yerlerinde fazla basınç ile birlikte derinin beslenmesinin engellenmesi dekübitüs adı verilen yatak yaralarına neden olur. Yatak yaralarının oluşması iyi bir hemşirelik bakımı ile önlenabilir.

Kemiklerin çıkıntı yaptığı bölgelerdeki deri her gün gözlenmelidir. Basınç noktaları adı ile bilinen bu bölgeler sırt üstü yatar pozisyonda; kürek kemikleri, ilyak kemik köşeleri, sakrum, topuklar, dirsekler ve başın arkasıdır. Bu bölgelere her gün masaj yapılmalıdır.

Hastanın pozisyonu iki saatte bir değiştirilmelidir.

Battaniye ve örtülerin basınç yapmaması ve ayak düşmesini önlemek için ayak tahtası, kafes kullanılmalıdır.

Ayak, bacak ve kalçanın eksternal rotasyon kontraktürünü önlemek için ayak, bacak ve kalça kum torbaları ile desteklenmelidir.

Cildi daha çok kurutacağı için alkolle masaj yapmaktan kaçınılmalıdır.

Hastanın yeterli beslenmesi ve sıvı alımı sağlanmalıdır.

Hastanın derisi daima temiz ve kuru tutulmalı, çarşafı kırıksız olmalıdır.

Hastanın yakınlarına sık sık pozisyon değiştirmenin, masajın ve egzersizlerin önemi anlatılmalıdır.

Bilinçsiz hastanın bakımında hemşire sürekli duyuşal stimuluslar uygulamalı ve sonuçları değerlendirmelidir. Bu stimuluslar:

İşitme stimulasyonu: hemşire hastanın ismini söylemeli, nerde olduğu ve zaman konusunda sürekli açıklama yapmalıdır. Aile üyeleri ve arkadaşları konuşmaya teşvik edilmelidir. Radyo ve müzik aleti de kullanılabilir.

Koklama stimulasyonu: sülfür ve amonyak gibi keskin kokular uyarı için kullanılabilir. Parfüm, kahve, çay ve çiçekler de kullanılabilir.

Görme stimulasyonu: kart, poster ve fotoğraf kullanılır. Hastanın görebileceği yere sevdiği oyuncak ve resimler konulabilir.



Dokunma stimulasyonu: hasta yakınları dokunma konusunda teşvik edilmelidir. Hafif dokunma ve masaj etkili olabilir.

Kinestetik duyuları ise pasif egzersizler ve vücut pozisyonunun değiştirilmesi arttırabilir. Fizyoterapist tarafından programlı bir egzersiz uygulanabilir.

Oral stimulasyon: gaz bezi üzerinde bir tat kullanılabilir. Yutma refleksi varsa buz parçası emmesi için verilebilir.

Bilinçsiz hasta ile sözel iletişim de kurulmalıdır. İletişim, birçok nedenden dolayı hayatın her yönünde çok önemlidir; stres anında duygusal destek ve bilginin karşılıklı değiş tokuşunu mümkün kılar(Elliott and Wright, 1999). Bunun yanında, doyurucu olmayan ve kaliteden yoksun bir iletişim, fiziksel ve psikolojik sağlık için önemli sorunlara sebep olabilir. Bilinçsiz hastalarla kurulan sözel iletişim çalışmalarında Elliott ve Wright (1999), hastaların stresini azaltmada etkili bir yöntem olduğunu bulgulamışlardır. Lawrence (1995) çalışmasında, bilinçsiz hastalarla sözel iletişim kurmanın gerekliliğini ortaya çıkarmıştır(Elliott and Wright,1999). Bu çalışmada, bilinçsiz hastalık öyküsü olan 100 eski hasta, sağlık ekibi çalışanlarının hastaların farkında olmadığını varsaydıkları halde, nasıl duyduklarını, anladıklarını ve duygusal yanıtlar verdiklerini tanımlamışlardır.

### 2.3. Bilinçsiz Hasta Yakını Olmak

Aile içinde stres yaratan bir çok durum vardır; gelişimsel stresörler, aile içindeki rol ve değişiklikler, çevresel etkenler (aile içi şiddet, kronik hastalıklar, madde bağımlılığı vb.) bunlardan bazılarıdır (Kutlu ve Sever, 2002; Özkaya, 1991).

Aile içinde ortaya çıkan bir hastalık sonucu, bakım verici kavramı devreye girer. Bakım verici kavramı; felçli bir eş, Parkinson hastalığı olan bir koca, yatalak bir anne, Alzheimerli bir büyükbaba, travmatik beyin hasarlı bir oğul gibi kişilere yardım eden kişi anlamına gelir(Barber, 1999; Boise and White, 2004; Mutschler, 2003; Scharlach et al. 2001; Vitaliano et al. 2003); Bakım vericiler herhangi bir ücret almazlar, birinci veya ikinci bakım verici olabilirler, zamanlarının hepsinde veya bir kısmında çalışırlar.

Yaşamı tehdit eden nitelikte bir hastalıkla yüz yüze kalındığında, yaşanan temel duygu olan anksiyete denetlenemediği zaman bireyin güvenlik duygusu zedelenmekte ve bu da dağılma, yoksunluk ve acı getirmektedir (Okyayuz, 1999).

Hastaya bakım veren yakınları, ekonomik yönden oluşan güçlükler, aile düzeninde bozulma, sözel iletişimde bozulma, evin yönetiminde bozulma, başa çıkmada yetersizlik, rol değişikliği, öz bakım eksikliği, sosyal etkileşimde bozulma, sosyal izolasyon, tükenmişlik, şiddet riski gibi durumlarla karşı karşıya kalırlar (Aynalı, 2002; Carson and Arnold, 1996; Dellasega and Haagen, 2004; Oflaz, 1995; Özkaya, 1991; Yağan, 2001). Hasta yakınları özellikle hastanın bakımıyla ilgili sorumluluk aldıklarında bu durumdan ruhsal olarak etkilenebilmektedirler (Dellasega ve Haagen, 2004; Mutschler, 2003; Vitaliano et al., 2003; Yağan, 2001). Bakım verici rolünde zorlanma yaşayan birey, geleceğe yönelik belirsizlik, korku, öfke, suçluluk gibi duygular yaşarken, uygun destek göremediği takdirde kendini bir kriz durumunun içinde bulur (Carpenito, 1999; Özkaya, 1991; Oflaz, 1995; Yağan, 2001; Aynalı, 2002; Platin, 2004). Tüm bunlar hasta yakınlarında depresyon oluşumu için potansiyel kaynakları oluşturmaktadır.

Kubler-Ross, (1969)'a göre kayıp tehdidi altında bulunan hasta yakınları içinde buldukları krizin başlangıç döneminde duruma uyum sağlamak için bazı savunma mekanizmaları geliştirirler (Özkaya, 1991; Yağan, 2001; Aynalı, 2002; Platin, 2004):

- Şaşkınlık ve yadsıma
- Öfke
- Pazarlık
- Depresyon
- Kabullenme

Şaşkınlık ve yadsıma gerçeğin söylenmesiyle hazırlıksız yakalanan hasta yakınları geçici bir şok geçirir. Öfke aşamasında ise, hasta yakınları yaşadıkları umutsuzluk ve çaresizlik duygularından dolayı çevrelerine ve tedavi ekibine kızgınlık duyarlar. Ailenin 'neden biz' diye sordukları aşamadır. Pazarlık döneminde, çoğunlukla Tanrı ile konuşma, adaklar adama, sözler verme durumu söz konusudur. Depresyonda, artık hastalığın kaçınılmaz olduğunu anlamış fakat yaşanan umutsuzluk, geçmiş yaşantılardan kaynaklanan suçluluk duygusu ile depresyon gelişmeye başlamıştır. Kabullenme aşamasında aile yoğun çaresizlik duygusu ile beklemeye başlamıştır. Hasta yakınının destek, anlayış ve yardıma özellikle bu dönemde ihtiyacı vardır.

Toplumun, diğer aile fertlerinin ve sağlık profesyonellerinin hasta yakınlarından beklediği, hastasının birincil istekleri ve ihtiyaçları konusunda bilgili olmasıdır. Bu durumda hasta yakınının kültürel düzeyi, yaşı, hastalığa bakışı, duygusal durumu tamamen göz ardı edilebilmektedir. Hasta bakımı konusunda bilgili, cesaretli, çabuk kavrayabilme özelliğine sahip olması beklenen hasta yakını, aslında içinde bulunduğu durumdan ve ortamdaki çoğunlukla kaçma eğiliminde olmaktadır. Hasta yakınlarının da reddetme, suçluluk, kızgınlık, korku, çaresizlik, cesaretsizlik, yalnızlık, umutsuzluk, duygusal yoksunluk, güçsüzlük, kayıp gibi duyguları yaşayabilecekleri unutulursa; bu duygular, hastanın tedavi süresince şiddetlenerek, tedavinin devamı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilecektir (Aynalı, 2002; Platin, 2004; Roberts ve Sharon, 1978).

Özgüven (1996), hastaların hastaneye yatması ile ailede sırasıyla şok, belirsizlik, uyum sağlama çabası, hasta ile fazla ilgilenip kendini ihmal etme gibi süreçler yaşanmasına neden olduğunu vurgulamaktadır. Özgüven'e göre, hasta yakınlarının en sık yaşadığı psikiyatrik belirtiler; uyku bozuklukları, iştah kaybı, dikkat toplama güçlüğü, baş ağrıları ve anksiyetedir(Aynalı, 2002).

Hastanın yanında kalan aile bireylerinin dinlenecek yerlerinin bulunmaması, yemek yemek, çay içmek, banyo yapmak gibi en temel gereksinimlerini bile yeterince karşılayamaması da aile üyelerinin yaşadıkları duygusal güçlükleri arttırmaktadır (Özkaya, 1991).

Birçok hastanede hasta yakınları bakımda hemşirelere yardımcı olmaktadır. Bunlar arasında hastasının idrar torbasını boşaltmak, NG ile beslemek, pozisyon değiştirmek, masaj yapmak, hatta hastasının oksijene ihtiyacı olduğunu düşünüp oksijen vermek, gümüş kanüllü hastası olan hasta yakınları derin aspirasyon yapmasa da yüzeysel aspirasyon yapmakta, gümüş kanül bakımı, kolostomi bakımı ve değiştirme işlemini yapmakta, hastanın temel hijyen ihtiyaçları olan banyo yapma, saç bakımı, ağız bakımı, eller, ayaklar ve perine bakımı gibi birçok hemşirelik görevini yapmaktadırlar. Bunların hasta yakını üzerinde olumsuz etkileri olmaktadır. Olumsuz etkileri; hastanede kaldığı süre içinde kendine yabancı bir ortamda, hiç görmediği teknolojik aletlere (hastasını damar yolu olması, NG takılı olması, idrar sondası olması, oksijen tüpünün olması, aspirasyon cihazının hasta başında olması) bağımlı hastasına bakım vermesi, bu aletlere alışması, kendi ihtiyaçlarını göz ardı etmesi ve güçlü olmasının beklendiği bir durumdadır.

Hastane ortamında hastanın bakımını yapmak hasta yakınının yapmaması gereken bir durumdur. Bu bakımı hastanede hemşirenin yapması gerekmektedir. Bir profesyonelin yapması gereken bakımı hasta yakınının yapması oldukça tehlikeli sonuçlar doğurabilir. Bununla birlikte belki hemşire azlığı, belki sistemden kaynaklı problemlerden dolayı hasta yakınlarını hastalarına bakım verirken görmekteyiz.

Coyne ve ark., (1987); Coyne ve Smith, (1991); Kielcolt-Gläser, Dyer ve Shuttleworth, (1988); Schulz, Tompkins, Wood ve Decker, (1987) gibi bir çok araştırmacı, son yıllarda özellikle ailedeki bir hastanın bakımı ile uğraşma gibi sosyal

destek veren hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar üzerinde ilgilerini yoğunlaştırmışlardır (Şahin, 1999). Örneğin, Alzheimer hastalığı olan bir aile üyesinin bakımıyla uğraşan bir kişinin yaşadığı stresin çok fazla olduğu üzerinde durulmaktadır (Şahin, 1999). Böyle bir durumda özellikle bu desteği alan hasta, bu çabaların farkında değildir ve kendisine destek olan bireyi de takdir edememektedir (Şahin, 1999). Alzheimer hastalarının bakımıyla uğraşan aile üyelerinin yaklaşık üçte biri klinik düzeyde depresyon, bağışıklıkta azalma ve hastalanma olasılığında artma gösterirler (Mutschler, 2003; Şahin, 1999). Amerika'da Robert Wood Johnson Vakfı'nın yaptığı informal bir çalışmada bakım vericilerin depresyon oranı %22 olarak bulunmuştur. Bu da bize risk altında bir nüfusun varlığını göstermektedir (Dellasega ve Haagen, 2004). Bu durum bilinçsiz hasta yakınları için de benzer çatışma ve alarm yaşadıklarını bize göstermektedir.

## 2. 4. DEPRESYON

**Depresyon**; aşırı üzüntü, keder gibi psişik yaşamı büyük ölçüde etkileyen bir durumu takiben gelişen bir sendromdur (Arkonaç, 1987; Pektekin, 1993; Tuğrul ve Sayılğan, 1994; Özkan, 2002; Elmacı, 2001; Marshall, 2002; Kocatürk, 2005). Depresyon sözcüğünün Latince kökü ‘depressus’ dur; aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin, gamlı, kederli, cesaretini kırmak, donuklaştırmak, durgunlaştırmak anlamına gelir (Gökçakan, 1997). Depresyon karşılığı dilimizde çöküntü ya da çökkünlük olarak kullanılmaktadır. Ruhbiliminde depresyon sözcüğü dört ayrı yerde kullanılır (Köknel, 1989). Bunlar;

- Belirti,
- Sendrom,
- Hastalık,
- Duygu durumu değişikliğidir.

Bir belirti (semptom) olarak depresyon, bir çok bedensel ya da ruhsal hastalıkta ortaya çıkabilir. Ruhsal bir durum olarak depresyon, insan yaşamının bir parçası biçiminde kimi kez belirli bir nedene bağlı olmadan, kimi kez günlük engeller karşısında ortaya çıkar.

Belirtiler toplamı (sendrom) olarak depresyon, temelinde elem doğrultusunda artmış olan duygu durumunun bulunduğu, bedensel, ruhsal ve toplumsal belirti ve yakınmaların tümünü içerir. Bir ruh hastalığı olarak depresyon, belirli ölçüleri, sınırları ve süresi olan bir sendromdur.

Depresyon terimi hangi anlamda kullanılırsa kullanılsın temel bulgu, elem doğrultusunda artmış olan duygulanımın oluşturduğu duygu durumu (mood)’dur. Kişi bu duygu durumunu duyumsayıp öznel yaşantısıyla ilişki kurar. Böylece yeni bir yaşantı deneyimine girer.

Derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık

duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri vardır (Elmacı, 2002).

Depresyonun duygusal belirtileri arasında: En az iki hafta boyunca devam eden karamsarlık, sıkıntı ve keder duygularından yakınma, kişilikler arası geri çekilme, anhedonya (aşırı üzüntü hali), kederlilik, rahatsızlık, anksiyete bulunmaktadır, bazı insanlar eskiye kıyasla daha sinirli ve endişeli olduklarını fark ederler. Geçtan, (2002)'ye göre depresyona öfke eşlik etmektedir.

Düşünce alanındaki belirtileri: Depresyondaki kişinin kendi dünyası ve geleceği hakkındaki düşüncelerinde de farklılıklar vardır. Kendini 'işe yaramaz', 'yetersiz' ya da 'başarısız' biri olarak görmektedir. 'Aranan özelliklere' sahip olmadığına gerçekten inandığı için, benlik saygısı ve kendine olan güveni de kötü biçimde etkilenmiştir. Karar vermede güçlük çekme, geçmiş hataları ve kusurları üzerinde takılıp, çeşitli suçlar ya da bağışlanamaz günahlar işlediğini düşünüp suçluluk duyma, kendini eleştirme, değersiz bulma, kötümserlik, umutsuzluk, yalnızlık, distraktibilite (dikkatin belli bir obje üzerinde yoğunlaşamayıp bir şeyden diğerine atlaması ile belirgin zihinsel gerilim hali), halüsinasyonlar, bellek şikayetleridir.

Fiziksel belirtiler: yorgunluk, uykusuzluk, uykulu olma hali, iştahsızlık, aşırı yeme, kilo kaybı, kilo alma, somatik şikayetler, psikomotor (zihinde uyanan fikir, düşünce veya hayalin vücut kaslarında yarattığı istem dışı hareketle ilgili) gerilik, psikomotor ajitasyon, libidoda azalma sayılabilir (Gökçakan, 1997; Marshall, 2002; Kocatürk, 2005).

Depresyonda en dikkat çekici belirti kişinin çökkün ruh halidir (Özkan, 2002). Özkıyım (intihar) riski oldukça fazladır (Pektekin, 1993; Özkan, 2002). Bu olasılık, bazen yalnızca bir ölme isteği olarak kalırken, çoğunlukla da ciddi intihar girişimlerine dönüşebilir. İntihar ya da intihar girişimlerinin hepsinin depresif rahatsızlıklarla bağlantılı olmamasına karşın, depresyondaki umutsuzluk ve çaresizlik duygularının yoğunluğu nedeniyle, bu rahatsızlığı yaşayanlardaki risk oldukça (depresyonda olmayanlardan 30 kat) yüksektir (Gökçakan, 1997).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınlamış olduğu DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition-Revised)'de Majör Depresif Sendrom şu şekilde tanımlanmakta ve sınıflanmaktadır (Gökçakan, 1997);

İki haftalık bir dönem boyunca, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan en az beşinin bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya 'depresif duygu durum' ya da 'ilgi kaybı ya da artık zevk almama', olması gerekir. Açııkça fizik duruma bağlı semptomları, duygu durumuna uygun olmayan hezeyanların ya da halüsinasyonların, belirgin dağınık çağrışımların olması belirtilerini bunların arasına katmayınız.

- Ya hastanın bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum (çocuklarda ve ergenlerde bunun yerine irritabl duygu durum bulunabilir).

- Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (çoğu zaman görülen apatinin ya hastanın kendisi tarafından bildirilmesi ya da gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

- Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı (örn. Ayda vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahta azalma ya da artma olması (çocuklarda beklenen kilo alımlarının olmaması).

- Hemen her gün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.

- Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunu bildirmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

- Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

- Hemen her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (delüzyonel olabilir) olması (sadece hastalıktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

- Hemen her gün düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yeteneğinde azalma ya da kararsızlık olması (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları gözlemiştir).



- Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

Depresyon nedenleri arasında; kalıtsal nedenler, biyokimyasal değişiklikler, hormonal bozuklukların tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar, doğum, menopoz sayılabilir (Akiskal, 1992).

Psikososyal risk etkenleri arasında; geçirilmiş depresyon öyküsünün varlığı, olumsuz yaşam olayları, erken dönemde ebeveyn kaybı, sosyal desteğin yetersiz olması, eş, aile ve iş sorunları, sağlık sorunları, kadın olmak, ailede depresyon geçiren kişinin varlığı sayılabilir (Elmacı, 2001; Özkan, 2002).

Depresyonla ilişkili olabilen birçok etmen bulunmaktadır. Özellikle zorlayıcı yaşam olayları karşısında ortaya çıkan yoğun stres, bireyin başatma kaynaklarını yetersiz kılarak depresyona neden olabilmektedir (Kelleci, 2004; Özkan, 2002; Ünal ve ark., 2002; Elmacı, 2001). Gotlib ve Hammen (1992), ‘stres ve depresyon ilişkisini incelediklerinde, bireyin depresyon belirtileri göstermesinin hemen öncesinde çoğu zaman stres verici olarak algılanan bir yaşam olayının var olduğunu görmüşler ve özellikle olumsuz yaşantıların bireyin zayıf/duyarlı noktalarına dokunduğunda, önceki süregiden güçlüklerle aynı doğrultuda olduğunda veya kişinin önem verdiği yaşam alanlarından birinde ortaya çıktığında kişinin depresyon yaşama riski artmaktadır’, demişlerdir (Özkan, 2002; Ünal ve ark., 2002).

Stresli yaşam olayları içinde; evlilik ve karşı cinsle ilişkiler (nişan, evlilik, uyuşmazlık, ayrılma, boşanma...), mesleki durumlar (iş, okul, ev işleri ile ilgili sorunlar, emeklilik, işsizlik), parasal durumlar (düşük gelir, gelir düzeyinde değişiklik...), diğer kişilerarası ilişkiler (arkadaş, komşu, iş ortağı ile ilişkiler), yaşam koşulları (ev değişikliği, göç, tatil...), anababalık (anababa olma, doğum, çocuğun hastalığı...), yakın ölümü (eş, çocuk, akraba), gelişimsel durumlar (yaşam döngüsü evreleri), cinsel sorunlar, benlik saygısına yönelik saldırı (tecavüz, işkence, dayak, hakaret), felaket, kaza (deprem, sel, trafik kazası...), yasal durumlar (tutuklanma, hapsedilme, dava, duruşma) ve aile bireylerinde hastalık sayılmaktadır (Ünal ve ark., 2002).

Kadın olmanın depresyonda önemli bir risk etkeni olduğu görüşü oldukça yaygındır. Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma tarzı, toplumsal ve kültürel konumu ile cinsel kimlik rolü kadını depresyona daha yatkın kılmaktadır (Desai ve Jann, 2000).

Ralpmund ve Moore (2000), kadınlarda görülen depresyonu sosyo-psikolojik ve kültürel etmenler açısından incelediğinde, toplum tarafından atfedilen ve pekiştirilen tipik kadın özelliklerinin, bağımlılık, edilgenlik, içe dönük saldırganlık, suçluluk, düşük başarı algısı, depresif kişilik özellikleriyle paralel olduğunu gözlemişlerdir (Özkan, 2002).

Daha önceden geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, bedensel hastalık, özür, ilaç/madde kullanımı gibi bedensel etkenler, yaş, eğitim, kadın olmak depresyon gelişiminde etkin faktörlerdir (Ünal ve ark., 2002).

## **2.5. AMAÇ**

Araştırma bu gerçeklerden yola çıkılarak nöroloji servisinde bilinçsiz hastalara bakım veren hasta yakınlarında depresyon durumunun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma bilinçsiz nöroloji hastalarına bakım veren hasta yakınlarının depresyon durumlarını belirlemek amacıyla ‘tanımlayıcı’ bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma Kocaeli Devlet Hastanesi’nin nöroloji servisinde yapılmıştır. Kocaeli Devlet Hastanesi Nöroloji servisinin araştırma alanı olarak seçilmesinin sebebi; bilinçsiz hasta yatma oranının diğer çevre hastanelerden fazla olmasıdır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Kocaeli Devlet Hastanesi nöroloji servisinde yatmakta olan bilinçsiz hastalara bakım veren hasta yakınları oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini 1 Ağustos ve 30 Eylül 2005 tarihleri arasında Kocaeli Devlet Hastanesi nöroloji servisine yatan, SVH (serebro vasküler hastalık) tanılı, bilinçsizlik seviyesi 5. seviyede olan, derin koma halindeki bilinçsiz hastalar ve yakınları oluşturmuştur. Hasta yakınları hastanın birinci derece yakınları olarak belirlenmiştir. Yaş aralığı olarak 19 yaş ve üzerindeki hasta yakınları alınmıştır. Örneklem sayısı 2004 yılında nöroloji servisine yatan toplam hasta sayısı (970 hasta) dikkate alınarak oluşturulmuştur. Araştırmada 54 refakatçiye ulaşılmıştır. Bu sayı nöroloji servisinde yatan ve yatmakta olan tüm bilinçsiz hasta refakatçilerini kapsamaktadır.

#### **3.4. Veri Toplama Aracı**

Araştırmada verilerin toplanmasında literatür ışığında (Aksayan ve ark. 2002; Karasar, 1998) araştırmacı tarafından hazırlanan, bakım veren hasta yakınlarını tanıttıcı özelliklerinin bulunduğu bir Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Hasta

yakınlarının depresyon düzeyleri Beck tarafından geliştirilen (Beck, 1961: Akt. Hisli, 1988) ve Hisli (1988, 1989) tarafından uyarlama çalışmaları yapılan Beck Depresyon Envanteri ile değerlendirilmiştir.

### **3.4.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmada yer alan bilinçsiz nöroloji hastalarına bakım veren hasta yakınlarına ilişkin bilgileri elde etmek üzere araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Bakım veren refakatçiyi tanıttıcı bilgiler içinde; yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, maddi durum, hastaya olan yakınlık derecesi, ne kadar zamandır hastanede kaldığı, hastaya yakınlık derecesi, bakım vermede yardım alma gibi durumları elde etmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Kişisel bilgi formunda yaş aralığı, 19-39 yaş ile 40 yaş ve üzeri olarak iki grupta incelenmiştir. Eğitim durumu aralığı düşük, orta ve yüksek olarak belirtilmiştir. Düşük eğitim grubu, okur-yazar olmayan ve okur yazar olan, orta eğitim grubu, ilkokul ve ortaokul mezunu olan, yüksek eğitim grubu, lise ve üniversite mezunu olan katılımcıları içermektedir. Katılımcılar arasında yüksek maddi durumlu refakatçi olmadığından, maddi durum aralığında yalnız orta ve düşük maddi duruma yer verilmiştir. Bilinçsiz hastaya bakım veren refakatçiler hastanın birinci derece yakınları olmasının yanında, kişisel bilgi formunda hastanın eşi olan ve eşi olmayan olarak belirtilmiştir.

### **3.4.2. Beck Depresyon Envanteri**

Araştırmada bilinçsiz nöroloji hastasına bakım veren hasta yakınlarının depresyon durumunu belirlemek amacıyla, 1961 yılında Beck tarafından geliştirilen ve Hisli tarafından uyarlanan Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır (Hisli, 1988, 1989). BDE, depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yönelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Depresyon tanısı konmasını değil, depresif belirtilerin derecesinin objektif ölçümünü amaçlayan ölçekte depresif ruh durumu, başarısızlık duygusu, karamsarlık, doyumсузлук, kendinden hoşlanmama, cezalandırılma isteği, suçluluk duyguları,

ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal çekilme, kararsızlık, beden imajında bozulma, çalışamama, yorgunluk, uyku bozukluğu, iştah azalması, kilo kaybı ya da artışı, somatik uğraşlar ve libido kaybı gibi depresyonda görülen belirtilere ilişkin maddeler yer almaktadır. Bu lek psikiyatri dışı hastaların depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (Boratav, 2003). 21 maddeden oluşan ölçekte her madde, depresif belirtilerin derecesine göre azdan çoğa doğru sıralanmış 0-3 arası puanlanan dört ifadeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63 olup, yüksek puanlar, depresif belirtilerin fazla olduğunu göstermektedir. Depresyon için ölçek puanlarına göre 0-13 puan ‘Depresyon Yok’, 14-24 puan ‘Orta Derecede Depresyon’, 25’ten büyük puanlar ‘Ciddi Depresyon’ olarak değerlendirilmiştir (Akkaya, 1994; zkan, 2002).

Beck Depresyon Envanterinde 17 puanlık bir kesme noktası, normal ve normalin üstündeki depresyonu ayırmada yeterli bir değerdir. Hisli (1989) yaptığı geçerlik çalışmasında BDE’den alınacak 17 üstündeki puanların %90’ın üzerinde bir ihtimalle normalin üzerindeki bir depresyonu işaret ettiğini göstermektedir. Literatürde de klinik depresyonu belirlemek için kesme noktası olarak 17 puanın kullanıldığı görülmektedir.

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması ülkemizde ilk olarak Tegin tarafından 1980 yılında yapılmıştır. Ölçeğin çeşitli örneklem gruplarıyla geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yapan Hisli (1988, 1989) leğin depresif belirtilerin derecesinin belirlenmesinde Türk rneklem gruplarıyla da kullanılabileceğini belirtmektedir. Zengin (1999), yaptığı çalışmasında BDE’nin testlerin alınış sırasından daha az etkilenmesi, daha tutarlı olması ve gözden geçirilmiş Beck Depression Inventory (BDI)’nin uyarlaması olduğu için tercih edilmesi ve kullanılmasını önermektedir.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri, Kocaeli Devlet Hastanesi başhekimliğinden yazılı izin alındıktan sonra uygulanmıştır.

Nöroloji servisinde bilinçsiz hasta yakınlarından sözlü izin alındıktan ve araştırmanın amacı açıklandıktan sonra hasta yakınlarına veri toplama formu uygulanmıştır.

Katılımcılarla görüşme saati olarak, servis hemşirelerinin onayı alınmış ve en uygun saatin tedavilerin bittiği saat olan 10:30 ve 11:30 saatleri arası olması kararlaştırılmıştır. Her katılımcı ile yaklaşık 25-30 dakika görüşülmüştür.

Katılımcının dikkatinin dağılmaması için, serviste bulunan ofis adı altındaki boş odadan faydalanılmıştır. Okuma yazma bilmeyen katılımcılara her madde okunmuş ve kendilerine en uygun gelen cevabı sözlü olarak ifade etmişlerdir.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada veriler kişisel bilgisayarda bir paket program kullanılarak analiz edilmiştir. Öncelikle bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarına ilişkin betimleyici sonuçlar sıklık çizelgeleri ile ortaya konmuştur. Ardından, bağımsız değişkenler, bağımlı değişken olan depresyon ile aralarındaki ilişkinin yönünün ortaya konulabilmesi için ölçümsel olmayan testlerden ki-kare testi kullanılmıştır. Bu testin dört gözlü ve çok gözlü düzenlerinden faydalanılmıştır.

İstatistiksel analizde 0.05'lik bir yanılma düzeyi esas alınmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmaya yalnızca nöroloji servisinde yatan bilinçsiz hasta refakatçileri alınmıştır.

Araştırma, bu süreçte hastanın yanında bulunan birinci derece yakını ile sınırlıdır.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde, örnekleme oluşturan 54 katılımcıya uygulanan anket formu ve Beck Depresyon Envanterinden elde edilen verilerin analizine ilişkin bulgular, araştırmanın amacı doğrultusunda verilerek tartışılmıştır.

**Tablo 4.1.** Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, maddi durum ve ikamet durumlarına göre depresyon görülmesine ait bulguları

|                       | DEPRESYON |      |     |      |        |      |                |       |
|-----------------------|-----------|------|-----|------|--------|------|----------------|-------|
|                       | VAR       |      | YOK |      | TOPLAM |      | İSTATİSTİK     |       |
| CİNSİYET              | n         | %    | n   | %    | n      | %    | X <sup>2</sup> | P     |
| Kadın                 | 27        | 50,0 | 7   | 13,0 | 34     | 63,0 | 12,93          | 0,00  |
| Erkek                 | 6         | 11,1 | 14  | 25,9 | 20     | 37,0 |                |       |
| <b>YAŞ</b>            |           |      |     |      |        |      |                |       |
| 19-39 yaş             | 7         | 13,0 | 6   | 11,1 | 13     | 24,1 | 0,380          | 0,537 |
| 40 ve ↑yaş            | 26        | 48,1 | 15  | 27,8 | 41     | 75,9 |                |       |
| <b>MEDENİ DURUM</b>   |           |      |     |      |        |      |                |       |
| Evli                  | 30        | 55,6 | 18  | 33,3 | 48     | 88,9 | 0,351          | 0,554 |
| Bekar                 | 3         | 5,6  | 3   | 5,6  | 6      | 11,1 |                |       |
| <b>EĞİTİM</b>         |           |      |     |      |        |      |                |       |
| Düşük                 | 9         | 16,7 | 1   | 1,9  | 10     | 18,5 | 4,34           | 0,11  |
| Orta                  | 15        | 27,8 | 12  | 22,2 | 27     | 50,0 |                |       |
| Yüksek                | 9         | 16,7 | 8   | 14,8 | 17     | 31,5 |                |       |
| <b>ÇALIŞMA DURUMU</b> |           |      |     |      |        |      |                |       |
| Çalışıyor             | 4         | 7,4  | 7   | 13,0 | 11     | 20,4 | 3,56           | 0,05  |
| Çalışmıyor            | 29        | 53,7 | 14  | 25,9 | 43     | 79,6 |                |       |
| <b>MADDİ DURUM</b>    |           |      |     |      |        |      |                |       |
| Düşük                 | 6         | 11,1 | 3   | 5,6  | 9      | 16,7 | 0,14           | 0,70  |
| Orta                  | 27        | 50,0 | 18  | 33,3 | 45     | 83,3 |                |       |
| <b>İKAMET</b>         |           |      |     |      |        |      |                |       |
| İl                    | 12        | 22,2 | 8   | 14,8 | 20     | 37,0 | 2,05           | 0,35  |
| İlçe                  | 11        | 20,4 | 10  | 18,5 | 21     | 38,9 |                |       |
| Köy                   | 10        | 18,5 | 3   | 5,6  | 13     | 24,1 |                |       |
| <b>TOPLAM</b>         | 33        | 61,1 | 21  | 38,9 | 54     | 100  |                |       |

Tabloya göre kadın bakım verici hasta yakınlarının depresyon oranının %50,0; erkek bakım verici hasta yakınlarının depresyon oranının %11,1 olduğu görülmektedir. Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarında cinsiyete ve depresyon görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $\chi^2=12,93$ ;  $p<0,05$ ). Depresyon belirtileri kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir. Ayrıca bakım veren hasta yakınlarında depresyon belirtileri görülme oranının %61,1 olduğu görülmektedir.

Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarında yaş ve depresyon arasındaki dağılıma baktığımızda, 19-39 yaş arasındaki bakım verici hasta yakınlarında depresyon belirtileri görülme oranı %13,0; 40 yaş ve üzerindeki bakım verici hasta yakınlarında depresyon belirtileri görülme oranı %48,1 olarak saptanmıştır. Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarında yaş ile depresyon belirtileri görülmesi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2=0,380$ ;  $p>0,05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yaşın artmasıyla depresyon belirtilerinin arttığı görülmektedir.

Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarında medeni durum ve depresyon belirtileri görülmesi arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakıldığında, evli olan bakım verici hasta yakınlarının depresyon belirtileri görülme oranı %55,6; bekar olan hasta yakınlarının depresyon belirtileri görülme oranı %5,6 olarak görülmektedir. Buna göre bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının medeni durumları ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $\chi^2=0,351$ ;  $p>0,05$ ).

Eğitim durumu ve depresyon arasındaki bulgular: düşük seviye eğitimdeki bakım verici hasta yakınlarının depresyon belirtileri gösterme oranı %16,7; orta seviye eğitimdeki hasta yakınlarının depresyon belirtileri gösterme oranı %27,8; yüksek seviye eğitimdeki hasta yakınlarının depresyon belirtileri gösterme oranı %16,7 olarak bulgulanmıştır. eğitim durumu ve depresyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2=4,34$ ;  $p>0,05$ ).



Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının çalışma durumları ile depresyon belirtileri görülme oranında, çalışan hasta yakınlarının %7,4'ünde depresyon görülürken, çalışmayan hasta yakınlarının %53,7'sinde depresyon görülmektedir. Çalışan ve çalışmayan hasta yakınlarının depresyon belirtileri görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $x^2=3,56$ ;  $p=0,05$ ). Çalışmayan bakım verici hasta yakınlarında depresyon belirtileri görülme oranının daha fazla olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının maddi durumları düşük ve orta olarak değerlendirmeye alınmıştır. Buna göre, maddi durumu düşük hasta yakınlarının depresyon oranı %11,1; maddi durumu orta olan bakım verici hasta yakınlarının depresyon oranı %50,0 olarak görülmektedir. Maddi durumu düşük ve orta olan hasta yakınlarının depresyon belirtileri gösterme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $x^2=0,14$ ;  $p>0,05$ ).

Bakım veren hasta yakınlarının ikamet ettikleri bölgeler il, ilçe ve köy olarak üç grupta incelenmiştir. İkamet edilen bölgeye göre depresyon belirtileri varlığına baktığımızda ilde oturan hasta yakınlarının depresyon oranı %22,2; ilçede oturan hasta yakınlarının depresyon oranı %20,4; köyde oturan hasta yakınlarının depresyon oranı %18,5 olarak bulgulanmıştır. İkamet edilen bölgeye göre depresyon oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $x^2=2,05$ ;  $p>0,05$ ).

**Tablo 4.2.** Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının hastaya yakınlık derecesi, bakım verme sürekliliği, bakım verme süresi, bakım vermede yardım alma ve hastalarının tanısını bilme durumlarının depresyon oranları ile ilgili bulguları

| BAKIM VERİCİ İLE HASTANIN YAKINLIK DERECESESİ     | DEPRESYON |      |     |      |        |      | İSTATİSTİK     |       |
|---|-----------|------|-----|------|--------|------|----------------|-------|
|   | VAR       |      | YOK |      | TOPLAM |      | X <sup>2</sup> | P     |
|   | n         | %    | n   | %    | n      | %    |                |       |
| Eşim değil  | 13        | 24,1 | 14  | 25,9 | 27     | 50,0 | 3,81           | 0,05  |
| Eşim  | 20        | 37,0 | 7   | 13,0 | 27     | 50,0 |                |       |
| <b>BAKIM VERİCİNİN BAKIM VERME SÜREKLİLİĞİ</b>    |           |      |     |      |        |      |                |       |
| Sürekli değil                                     | 9         | 16,7 | 15  | 27,8 | 24     | 44,4 | 10,13          | 0,01  |
| Sürekli   | 24        | 44,4 | 6   | 11,1 | 30     | 55,6 |                |       |
| <b>HASTAYA BAKIM VERME SÜRESİ</b>                 |           |      |     |      |        |      |                |       |
| 1-14 gün  | 10        | 18,5 | 16  | 29,6 | 26     | 48,1 | 10,82          | 0,01  |
| 15 ve ↑ gün                                       | 23        | 42,6 | 5   | 9,3  | 28     | 51,9 |                |       |
| <b>BAKIM VERİCİNİN YARDIM ALMA DURUMU</b>         |           |      |     |      |        |      |                |       |
| Yardım alıyor                                     | 1         | 1,9  | 11  | 20,4 | 12     | 22,2 | 18,03          | 0,00  |
| Yardım almıyor                                    | 32        | 59,3 | 10  | 18,5 | 42     | 77,8 |                |       |
| <b>BAKIM VERİCİNİN TIBBİ TANIIYI BİLME DURUMU</b> |           |      |     |      |        |      |                |       |
| Biliyor   | 27        | 50,0 | 17  | 31,5 | 44     | 81,5 | 0,006          | 0,936 |
| Bilmiyor  | 6         | 11,1 | 4   | 7,4  | 10     | 18,5 |                |       |
| <b>TOPLAM</b>                                     | 33        | 61,1 | 21  | 38,9 | 54     | 100  |                |       |

Tablo 4.2.'de görülen bakım veren hasta yakınlarının hastalarına olan yakınlık dereceleri, hastanın eşi ve hastanın eşi değil şeklinde iki gruba ayrılarak incelenmiştir. Hastanın eşi olmayan bakım verici hasta yakınları, hastanın annesi, babası, kardeşi ve çocuğu olan birinci derece yakınlarıdır. Hasta ile yakınlık derecesi eşi olmayan hasta yakınlarının depresyon oranı %24,1 olarak görülürken, hastanın eşi olan bakım veren hasta yakınlarının depresyon oranı %37,0 olarak görülmektedir. Hastanın eşi olan ve olmayan hasta yakınları arasında depresyon belirtileri görülme oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $\chi^2=3,81$ ;  $p=0,05$ ). Hastanın eşi olan hasta yakınlarında depresyonun daha fazla olduğu görülmektedir.

Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının hasta yanında kalma durumları, sürekli kalan ve sürekli kalmayan olarak iki grupta incelenmiştir. Hasta yanında sürekli kalmayan hasta yakınları diğer aile bireyleri ile dönüşümlü kalan hasta yakınlarıdır. Tablo 4,2'de hastalarının yanında sürekli kalmayan hasta yakınlarının depresyon oranı %16,7 olarak görülürken, hastasının yanında sürekli kalan hasta yakınlarının depresyon oranı %44,4 olarak görülmektedir. Hasta yanında sürekli kalan ve kalmayan hasta yakınlarında depresyon görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $\chi=10,13$ ;  $p<0,05$ ). Sürekli hastasının yanında kalan hasta yakınlarında depresyon daha fazla görülmektedir.

Hasta yanında sürekli kalan  $n=30$  hasta yakınlarının 23'ü kadın, 7'si erkektir. Hasta yanında sürekli kalan hasta yakınlarının ( $n=23$ ) 21'inde depresyon görülürken, 2'sinde depresyon görülmediği ve hasta yanında sürekli kalan erkek hasta yakınlarının ( $n=7$ ) 3'ünde depresyon görüldüğü, 4'ünde depresyon görülmediği bulgulanmıştır.

Bakım veren hasta yakınlarının hasta yanında kalış süreleri 1-14 gün ile 15 ve üzeri gün olarak iki grupta incelenmiştir. Hasta yanında 1-14 gün süre ile kalan hasta yakınlarının depresyon oranı %18,5 olarak görülürken, 15 gün ve daha fazla süre ile hasta yanında kalan hasta yakınlarının depresyon oranı %42,6 olarak görülmektedir. Hasta yakınlarının hasta yanında kalış süreleri ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $\chi^2=10,82$ ;  $p<0,05$ ). 15 gün ve daha fazla süre ile hasta yanında kalan

hasta yakınlarında depresyon görülmesi, 1-14 gün süre ile hasta yanında kalan hasta yakınlarından daha fazladır.

Hasta yanında 15 gün ve daha fazla süreyle kalan hasta yakınlarının (n=28) 21'inin kadın, 7'sinin erkek olduğu bulgulanmıştır. Hasta yanında 15 gün ve daha fazla süre ile kalan bakım veren hasta yakınlarının (n=21), 20'sinde depresyon görülürken, 1'inde depresyon görülmemiştir. Erkek hasta yakınlarının (n=7), 4'ünde depresyon görülürken 3'ünde depresyon görülmediği bulgulanmıştır.

Tablo 4.2'ye göre bakım verirken yardım alan hasta yakınlarında depresyon oranı %1,9 olarak görülürken, bakımda yardım almayan hasta yakınlarının depresyon oranı %59,3 olarak görülmektedir. Bakımda yardım alıp almama ile depresyon ilişkisi arasında anlamlı bir fark vardır ( $\chi^2=18,03$ ;  $p<0,05$ ). Hastaya bakım verirken yardım almayan hasta yakınlarında depresyon daha fazla görülmektedir.

Bakım veren hasta yakınlarının hastasının tanısını bilme ve bilmeme durumlarının depresyon ile ilişkisi incelendiğinde, hastasının tanısını bilen hasta yakınlarının depresyon oranı %50,0 olarak görülürken, hastasının tanısını bilmeyen hasta yakınlarının depresyon oranı %11,1 olarak görülmektedir. Bakım veren hasta yakınlarının hastalarının tanısını bilmede ve bilmemede depresyon görülmesi bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2=0,006$ ;  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan bakım veren hasta yakınlarının hastalarının hepsinin sağlık güvencesi olması ve katılımcıların hiçbirinin psikiyatrik ilaç kullanmamaları sebebiyle istatistiksel ölçüm yapılmamıştır.

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının depresyon durumları ve hasta yakınlarına ait değişkenlerin depresyon durumlarına olan etkisini belirlemek üzere yapılan analiz sonucu elde edilen bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda yapılan analiz sonucu, bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının %61,1 oranında depresyonlu oldukları saptanmıştır.

Coyne ve ark., (1987); Coyne ve Smith, (1991); Kielcolt-Glaser, Dyer ve Shuttleworth, (1988); Schulz, Tompkins, Wood ve Decker, (1987) gibi bir çok araştırmacı, son yıllarda özellikle ailedeki bir hastanın bakımı ile uğraşma gibi sosyal destek veren hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar üzerinde yoğunlaşmışlardır (Şahin, 1999). Araştırmacılar, stresli yaşam olaylarının depresyon üzerindeki etkisine dikkat çekmektedir(Kelleci, 2004; Özkan, 2002; Ünal ve ark., 2002; Elmacı, 2001). Depresyonla stresli çevresel olaylar arasında karşılıklı ve döngüsel bir ilişki vardır (Özkan, 2002; Ünal ve ark., 2002). Dellasega ve Haagen (2004), evde bakım alan hastalara bakım veren aile üyelerinde stres ile birlikte fiziksel ve mental güçten düşmenin varlığından söz etmektedirler. Robert Wood Johnson Vakfı'nın 2001 yılında yaptığı çalışmada, emosyonel rahatsızlıklarının yüksek oranda bulunduğu bakım vericilerin risk grubunda oldukları saptanmış ve depresyon oranlarının %22 civarında olduğu bulunmuştur(Dellasega ve Haagen, 2004). Mutschler, (2003) bakım vericilerin yaklaşık %46-59'unun klinik düzeyde deprese olduğunu belirtmektedir. Çalışmaların Alzheimer, kanser, gibi kronik hastalığı olan hastalara evde bakım veren bakım vericiler üzerinde daha çok yoğunlaştığı görülmektedir.

Hastanede yatan hastaların yakınları ile ilgili çalışmaların olmasının yanında özellikle nöroloji servisinde yatan bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının depresyon oranı ile ilgili bir çalışma bulunamamıştır. Bakım vericilerin yaşadığı stresin kaynağının aynı olduğu düşünülürse yapılmış çalışmalardaki depresyon oranları ile bu çalışmada saptanan depresyon oranı arasında paralel bir ilişki olduğu söylenebilir.

Bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının demografik özellikleri ile ilgili alınan bilgiler içinde yaşa göre depresyonlu olma durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmaması literatür ile uyumluluk göstermemektedir. Ünal ve ark., (2002) yaptıkları çalışmada depresyonun orta yaşlarda daha çok görüldüğünü bulgulamışlardır. Bunun yanında, Aynalı'nın (2002) kanserli hasta yakınlarının hastanede kalma süreçleri ile ilgili yaptığı çalışmasında yaşlar arasında anlamlı bir fark bulgulamaması ile uyumluluk göstermektedir.

Bu çalışmada bakım vericinin yaşının depresyonlu olma üzerinde etkili bir değişken olarak görülmemesi bir ölçüde, yapılan çalışmanın iki ay gibi bir süre ile sınırlı olmasıyla açıklanabilir. Bunun yanında hastalık sürecinin aileyi bütünüyle etkisi altına alan bir durum olması nedeniyle, bakım veren hasta yakınlarının yaş faktörü önemli olmaksızın, hastalık ve sonuçlarına yönelik benzer duygusal durum içinde oldukları düşünülebilir.

Araştırmada, kadın ve erkek grubunun depresyonlu olma düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadınlarda depresyon görülmesi, erkeklerde depresyon görülmesinden yüksektir. Bu sonuç, literatür sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Kadın olmanın depresyonda önemli bir risk etkeni olduğu görüşü oldukça yaygındır. Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma tarzı, toplumsal ve kültürel konumu ile cinsel kimlik rolü kadını depresyona daha yatkın kılmaktadır (Desai ve Jann, 2000). Toplumumuzda kadına verilen bakım verici rolü bizim çalışmamızda da görülmektedir. Çalışmamızda hasta yanında sürekli kalan bakım vericilerin erkeklerden daha çok kadınlar olduğu bulgulanmıştır. Sürekli bakım vererek sosyal izolasyonu yaşayan kadınların depresyon düzeylerinin olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Ralpmund ve Moore (2000), kadınlarda görülen depresyonu sosyo-psikolojik ve kültürel etmenler açısından incelediklerinde, toplum tarafından atfedilen ve pekiştirilen tipik kadın özelliklerinin, bağımlılık, edilgenlik, içe dönük saldırganlık, suçluluk, düşük başarı algısı, depresif kişilik özellikleriyle paralel olduğunu gözlemişlerdir (Özkan, 2002).

Araştırmamızda, kadın bakım vericilerin %50'sinde depresyon görülmesi, Mutschler'in (2003) çalışmasıyla uyumluluk göstermektedir. Mutschler (2003) kadın bakım vericilerin depresyon oranını %49 olarak bulgulamıştır.

Eğitim düzeyinin yüksek oluşu, hastalığı algılama, tedavi ve bakım sürecine etkin katılabilme açısından olumlu etki yapabilmektedir(Aynalı, 2002). Her ne kadar, bireylerin eğitim düzeyleri ve depresyon görülmesi arasında anlamlı bir fark olmasa da, hastane sistemini anlayabilmede, sağlık personeliyle iletişimi uygun biçimde sürdürmede eğitimin payı olduğu söylenebilir.

Maddi durumun seviyesinin hastalıktan etkilenip depresyon görülmesi üzerindeki etkisinde çalışmamızda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum literatür ile uyumlu değildir. Yapılan araştırmalarda bakım vericilerin maddi durumlarının hastalıktan etkilendiği The U.S. Department of Health And Human Services, (2003) ve bunun stres, tükenmişlik, depresyon gibi olumsuz durumlara yol açtığı açıklanmıştır(Aynalı, 2002; Mutschler, 2003;). Ekonomik yetersizliklerin bakım vericiler için bir stres kaynağı olduğu belirtilmektedir(Dellasega ve Haagen, 2004). Bizim çalışmamızda maddi durumun etkili bulunmaması, tüm hastaların sağlık güvencelerinin olması ve hastalık başlangıcının en çok bir aylık gibi bir süredir var oluşuyla açıklanabilir. Böyle bir durumda bakım veren refakatçilerin maddi durumlarının hastalıktan etkilenmemesi olağan görülmektedir.

Çalışan ve çalışmayan bakım vericiler arasında depresyon görülmesine bakıldığında, çalışmayan bakım vericilerde depresyon görülmesinin çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum yapılmış olan araştırmalarla paralellik göstermektedir. Çalışma durumu ve depresyon ilişkisini inceleyen Dökmen (1997), çalışmanın bireylerin psikolojik sağlığını olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Çalışmanın sosyal statüyü arttırdığı, kendilik değerini yükselttiğini belirtmektedir. Çalışmama durumunun bakım vericileri, sosyal, psikolojik ve maddi açıdan olumsuz etkilediği söylenebilir.

Araştırmada bakım veren hasta yakınlarının hastaya olan yakınlık derecelerinin depresyonlu olma üzerindeki etkisinde anlamlı fark bulunmuştur. Hastanın eşi olan bakım vericilerde depresyon görülmesi, hastanın eşi olmayan

bakım vericilerdeki depresyon görülmesinden yüksek çıktığı görülmüştür. Bu durum literatür ile de uyumluluk göstermektedir. Mutschler (2003) araştırmasında, eşine bakan bakım vericilerin daha çok mental ve emosyonel gerginlik yaşadıklarını belirtmektedir. Ailelerini kurarken eşlerin birbirlerine verdikleri iyi ve kötü günde birlikte olma sözü toplum içinde de kabul görmektedir. Eşlerden birinin rahatsızlığı diğerini oldukça olumsuz etkilemektedir. Sevindi (2002), bir çok araştırmacının, eş kaybını insanları en çok strese sokan olay olarak vurguladığını belirtmiştir(Aynalı, 2002).

Hasta yanında kalmanın süreklilik gösterip göstermemesine göre depresyon görülmesi arasında anlamlı fark görülmüştür. Hasta yanında sürekli kalan bakım vericilerde depresyon görülmesinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalardaki bulgular ile bizim bulgularımız paralellik göstermektedir. Mutschler (2003) çalışmasında bakım vericilerin farklı uğraşlar edinmelerinde ve günlük bakım hizmetlerinden yararlandıklarında daha az stres ve depresyon yaşadıklarını belirtmektedir. Aynalı (2002), hasta yakınlarının hemen hemen tamamının yaşantılarının hastanede bulunmaktan olumsuz etkilendiğini bulgulamıştır. Bu durumun, hasta yakınlarının kendi yaşamlarından çok farklı olan hastane yaşamına geçtiklerinde almış oldukları yeni rollerine uyum sağlamada güçlük çekmeleri ile açıklanabilir. Aile bütünlüğünün bozulması, yaşantının hastanede geçmeye başlaması, alışkanlıkların değişmesi, hareketlerin kısıtlanması, bakım verici rolünde zorlanma gibi durumlar, hasta yanında sürekli kalma ile birleşince depresyon düzeyini olumsuz etkilediği düşünülebilir. Dellasega ve Haagen (2004), bakımı erteleme ya da bakıma ara vermenin, bakım vericiler için kısa zamanlı rahatlık sağlamada etkili olduğunu bulgulamışlardır.

Hasta yanında kalınan gün sayısının depresyon oluşumu üzerindeki etkisine bakıldığında, 15 gün ve üzerinde hasta yanında kalıp bakım veren hasta yakınlarında depresyon görülmesi, 1-14 gün süre ile bakım veren hasta yakınlarında depresyon görülmesinden anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bu durum araştırma sonuçlarıyla uyumlu görülmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınlamış olduğu DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition-Revised)'de Majör Depresif Sendromun tanımında (Gökçakan, 1997), iki haftalık bir dönem



içinde daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte belirlenen semptomları gösteren bireylerde depresif duygu durumun görüleceğini belirtmişlerdir(sf:15). Uzun süreli bakım veren bireylerde, azalan sosyal etkileşim ve tükenmişliğin depresif semptomların ortaya çıkmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Mutschler (2003), sevilen birisi için bakım vermenin sevgiyi ve bağlılığı gösterdiğini, ancak yetersiz kaynaklar ve bakımın sürekli olmasının stres, bunalım ve depresyona neden olabileceğini belirtmektedir.

Hastalarına bakım veren hasta yakınlarının, bakım verirken yardım alma ve almama durumlarına göre depresyon görülmesine bakıldığında, bakım vermede yardım almayan bakım vericilerde depresyon görülmesi, yardım alanlardan anlamlı ölçüde fazla bulunmuştur. Bakım vericiye verilen ve verilmesi gereken yardım ve destek ile ilgili bir çok çalışma bulunmaktadır. Bakım verirken destek görememe, bireyde mental ve emosyonel gerginlik yaratmakta ve oluşan stres depresyona neden olmaktadır(Mutschler, 2003). Dellasega ve Haagen (2004), bakım verici destek gruplarının stresle baş etmede birincil kaynaklar olduğunu saptamışlardır. Şahin (1999), bakım vericiye sağlanan sosyal desteğin stres ve sıkıntıyı azaltmada etkili olduğunu vurgulamaktadır. Çalışmamızda, özellikle hastanede bakım veren bakım vericilerin destek görememeleri ve depresyon sonucu ile ilgili bir literatür bilgisine rastlanmamıştır. Ancak, bakım verici bireylerin her türlü desteğe ihtiyaçları olduğu ve depresyonlarının kaynağının yapılmış olan çalışmalarla aynı olması sebebiyle, bulgularımızın literatürle paralellik gösterdiği söylenebilir.

## 6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırmada elde edilen bulgular özetlenmekte, bu bulgular ve konu ile ilişkili incelenen literatür ışığında, ileride yapılacak araştırmalara ve uygulamalara yönelik önerilere yer verilmektedir.

### **Sonuçlar**

Araştırmaya katılan 54 bakım verici refakatçinin depresyonlu olanların, depresyonlu olmayanlara oranı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Bakım verici refakatçilerin depresyon oranı %61,1 olarak bulgulanmıştır.

Bakım veren refakatçilerde yaş ve depresyonlu olma özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Cinsiyet ve depresyonlu olma incelendiğinde, bakım verici refakatçiler arasında kadınların depresyon oranının erkeklerin depresyon oranından anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Bakım veren refakatçilerin medeni durumlarının, eğitim düzeylerinin, maddi durumlarının, ikamet ettikleri bölgelerin ve hastalarının tanısını bilip bilmemelerinin depresyon düzeyi ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Bilinçsiz hastaya bakım veren refakatçilerin çalışma ve çalışmama durumlarının depresyon düzeyi ile arasında anlamlı bir fark bulgulanmıştır. Çalışmayan bakım vericilerin depresyon düzeyi, çalışan bakım vericilerin depresyon düzeyinden anlamlı ölçüde yüksektir.

Bakım veren refakatçilerin hastalarına olan yakınlık dereceleri ve depresyon ilişkisine bakıldığında, hastanın eşi konumunda olan bakım vericilerin depresyon düzeyinin, hastanın eşi olmayan bakım vericilerin depresyon düzeyinden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Hasta yanında sürekli kalan ve sürekli kalmayan bakım vericilerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Hasta yanında sürekli kalan bakım verici refakatçilerin depresyon oranı, sürekli kalmayan bakım vericilerin depresyon oranından yüksektir.

Hasta yanında kalınan gün sayısının depresyon gelişimi üzerindeki etkisine bakıldığında, 15 gün ve üzerinde hasta yanında kalıp bakım veren refakatçilerin depresyon oranı, 1-14 gün süre ile bakım veren refakatçilerden anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

Hastalarına bakım veren refakatçilerin, bakım verirken yardım alma ve almama durumlarına göre depresyon durumuna bakıldığında, bakım vermede yardım almayan bakım vericilerin depresyon oranı, yardım alanlardan anlamlı ölçüde fazla bulunmuştur.

## Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda şunlar önerilebilir;

Hemşirelerin öncelikle bilinçsiz hastaya bakım veren hasta yakınlarının da sorunları ve sıkıntıları olduğunun farkına varması gerekmektedir.

Hemşirelerin amacı, özellikle eşlerine bakım veren bireylerle çalışırken, bireyleri zorlayan durumla başetme duygusunu yaşamalarında yardımcı olmak olmalıdır. Bilinçsiz hastaya bakım veren refakatçilerin olduğu alanda çalışan hemşirelere, bakım verici bireylerin içinde bulunduğu durumun yarattığı güçlükler, yaşadıkları stresin boyutu ve nasıl yardımcı olabilecekleri konusunda hizmet içi eğitim programları düzenlenebilir.

Hemşirelerin bakım verici bireylerle iletişimlerinde, bakım vericilerin cinsiyet, bakımda yardım alma, hastalarının yanında kalma durumlarının sürekliliği ve süresi, hastalarına olan yakınlık dereceleri ve çalışma durumları gibi kriterlere dikkat etmeleri önerilebilir. Bakım vericilerin duygularını rahatlıkla ifade edebilecekleri ortamların yaratılması önerilmektedir.

Hemşire, bakım verici bireyin gereksinimlerine göre hemşirelik süreci aşamalarını uygulamalıdır.

Bakım verici bireylerin gereksinimleri doğrultusunda destek ve eğitim grupları oluşturulabilir. Destek grupları sayesinde bakım verici birey, ortamdan uzaklaşarak kendine zaman ayırabilir, sosyal izolasyondan kurtulabilir ve yaşadığı stres azalabilir. Eğitim gruplarında ise bakım verici birey duygularını paylaşarak, yalnız olmadığını keşfedip, rahatlama yaşayabilir.

Duygu ve düşüncelerini sözcüklere dökmekte zorlanan bireylere, günlük tutmaları önerilebilir. Günlük tutmak problemlerin belirlenmesinde veya problemle baş etmede kullanılabilir. Günlük tutan ve tutmayan bakım vericiler arasındaki stres, anksiyete ve depresyon durumlarının karşılaştırılması ile yöntemin etkinliğini kanıtlayacak araştırmalar yapılabilir.

Bakım vericilerin yaşadığı fiziksel, sosyal ve psikolojik stresin giderilmesine yönelik hemşirelik müdahaleleri geliştirmek için daha fazla araştırma yapılmalıdır. Bu araştırmalar, bakım vericilerin durumlarına uyum ve başetme özelliklerini geliştirici metotlar üzerindeki bilgileri arttıracaktır.

Hastalar kadar bakım verici hasta yakınlarının da önemli olduğunu vurgulamak amacıyla, daha geniş topluluklarla araştırmalar yapılması, sorunların netleşmesi ve hangi boyutta olduğunu görülmesi açısından önemlidir.

Hastanede hasta yakınlarının hastalarına bakım vermeleri engellenmeli, gerekirse yoğunluk olan bölümlere daha fazla hemşire verilmelidir. Hasta yakınları evde bakım vermeye hazırlanmalı, taburculuk eğitimi verilmelidir.

## KAYNAKLAR

- Akiskal, H.S., (1992). Duygudurum bozukluklarının doğası ve çeşitliliğine yeni bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 3: 163-170.
- Akkaya, S. (1994). Kronik kalp hastalarının ve psikiyatri hastalarının eşlerinin ruhsal sorunları ve hemşirelik yaklaşımının araştırılması. *İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A., Emiroğlu, O.N., Erefe, İ., Görak, G., Karataş, N., Kocaman, G., Kubilay, G., Seviğ, Ü., (2002). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. Ed.: İ., Erefe. İstanbul: Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği – HEMAR-GE. s.: 13-287.
- Arkonaç, O., (1987). Duygulanma Bozuklukları. *Psikiyatrik Semptomlar ve Sendromlar*. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. s.: 57-65.
- Aynalı, F., (2002). Gırtlak Kanserli Hasta Yakınlarının Hastanede Kalma Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar, Durumluluk Kaygı Düzeyleri ve Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahalesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- Barber, C. E., (1999). *Caregiver characteristics. Consumer series*. Colorado State University Cooperative Extension. 7/93.
- Boise, L., White, D.,(2004). The family's role in person-centered care. Practice Considerations. *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 42, No.5. p. 12-20.
- Boratav, C., (2003). Boratav depresyon tarama ölçeği (bordepta): Epidemiyolojik çalışmalar ve birinci basamak sağlık hizmetinde depresyon tanımaya duyarlı bir ölçek. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 14(3), s.172-183.

- Biol, L., Akdemir, N., Bedük, T., (2000). Nörolojik hastalıklar. Bilinçsiz hasta ve hemşirelik bakımı. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. No:6. Ankara. s. 565-570
- Carpenito, L.J., (1999a). Bakım verici rolünde zorlanma. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Çev. Erdemir, F. 7. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. s.30-36.
- Carpenito, L.J., (1999b). Sosyal etkileşimde bozulma. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Çev. Erdemir, F. 7. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. s.308-312.
- Carpenito, L.J., (1999c). Sosyal izolasyon. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Çev. Erdemir, F. 7. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. s.312-314.
- Carson, V.B., Arnold, E.N., (1996). Mental health nursing. *The Nurse-Patient Journey*. W.B. Saunder Company. Philadelphia. p.463-483.
- Dellasega, C., Haagen, B., (2004). A different kind of caregiving support group. T Therapeutic writing was used to decrease stress and help group members cope. *Journal of Psychosocial Nursing*. Vol. 42, no.8. p.47-54.
- Desai, H.D., Jann, M.V., (2000). Major depression in women: A review of the literature. *J Am Pharm Assoc (Wash)*, 40:525-537.
- Dökmen, Z.Y., (1997). Çalışma, cinsiyet ve cinsiyet rolleri ile ev işleri ve depresyon ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 12(39), s. 39-53.
- Durna, Z., (1990). Koma ve şuur bozukluklarında hemşirelik yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*. 4(18), s. 81-88.
- Elliott, R., Wright, L., (1999). Verbal communication: what do critical care nurses say to their unconscious or sedated patients? *Journal of Advanced Nursing*. 29(6). p.1412.

- Elmacı, F., (2001). Parçalanmış ve bütünlüğünü koruyan aileye sahip ergenlerin depresyon ve uyum düzeylerinde sosyal desteğin rolü. *KOÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Kocaeli.
- Geçtan, E., (2002). *Hayat*. Metis yayınları. 7. basım. İstanbul.
- Gökçakan, N., (1997). Çeşitli derecelerdeki depresyonun giderilmesinde beck'in bilişsel terapisinin etkinliğinin incelenmesi. *KTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora tezi*. Trabzon.
- Griggs, C.R., (2000). The comatose patient. Clinical diagnosis and neurologic examination. Part XXV Neurology-Evaluation of the Patient. *Cecil Textbook of Medicine*. Ed.: Goldman, Bennet. Drazen, Gill, Kokko, Mandell, Powell, Schafer. 21<sup>st</sup> Edition. W.B. Saunders Company. Philadelphia. p.: 2007-2009.
- Hisli, N., (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 6(22), s.118-126.
- Hisli, N., (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 7(23), s.3-13.
- Karasar, N., (1998). Veriler ve toplanması. *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 8. basım. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara. s.131-156.
- Kelleci, M., (2004). Depresyonu olan bireylerin sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 7(3), s.14-20.
- Kızılcı, S., (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 3(2), s.18-26.



- Kocatürk, U., (2005a). Coma. *Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü*. Nobel Tıp Kitabevi. 10. Basım. İstanbul. s.183-184.
- Kocatürk, U., (2005b). Depresyon. *Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü*. Nobel Tıp Kitabevi. 10. Basım. İstanbul. s.223.
- Köknel, Ö., (1989). *Depresyon: Ruhsal Çöküntü*. Altın Kitapları Yayınevi. İstanbul.
- Kutlu, Y., Pektekin, Ç., (1999). Durumsal bir kriz yaşayan ailelerin sorunla başa çıkma yolları ve hemşirelik bakımının etkinliği. *Hemşirelik Bülteni*. 11(43-44), s.303-316.
- Kutlu, Y., Sever, A., (2002). Ruhsal bozukluğu olan bireylere sahip ailelerde hemşirelik süreci uygulaması. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 5(1), s.53-55.
- Marshall, F.J., (2002). Depresyon ve çift kutuplu bozukluklar. *Cecil Essentials of Medicine Türkçesi*. Andreoli, Carpenter, Griggs, Loscalzo. 5<sup>nd</sup> Ed. Çeviri Ed.: Çavuşoğlu, H. 16. Bölüm, s.:901-905. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.
- Mutschler, P., (2003). Fact sheet: Women and Caregiving: Facts and Figures. *Family Caregiver Alliance*. San Francisco, CA: Author.
- Oflaz, F., (1995). Psikiyatrik hastaların eşlerinin psikososyal güçlükleri ve stresle baş etme yollarının incelenmesi. *Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- Okyayuz, Ü.H., (1999). Bebek B., Ölümcül kas hastalığı olan bir bebeğin anne ve babası olmak. *Sağlık Psikolojisi Giriş*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No:19, 1.Basım, s.:237-250. Ankara.
- Onur, Ö., Ünlüer, E., Denizbaşı, A.,(2003). Bilinç bulanıklığı ve koma. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 6(6), s.:28-31.

- Özkan, S., (2002). Zihinsel engelli ve normal çocuğa sahip annelerin algıladıkları sosyal destek ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- Özkaya, G., (1991). Bilinçsiz hasta yakınlarının bakım ile ilgili konularda hemşirelerden beklentilerinin ve hemşirelerin bu konudaki düşüncelerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Sivas.
- Pektekin, Ç., (1993). Duygulanım bozuklukları ve hemşirelik bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği*. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları. Eskişehir. s.:148-160.
- Platin, N., (2004). Hemşirelik kavramları. *Hemşirelikte Kavram ve Kuram Dersi*, yayınlanmamış ders notları.
- Roberts, Sharon, (1978). Behavioral Concepts and Nursing Throughout the Life Span, Prendice Hall, Inc. N.J.
- Scharlach, A., Santo, T.D., Greenlee, J., Whittier, S., Coon, D., Kietzman, K., Mills-Dick, K., Fox, P., Aaker, J., (2001). *Family caregivers in California: Needs, Interventions and Model Programs*. Center for the advanced study of aging services, University of California at Berkeley, CA. p.: 7-110.
- Simon, P.R., (2002). Bilinç bozuklukları. *Cecil Essentials of Medicine Türkçesi*. Andreoli, Carpenter, Griggs, Loscalzo. 5<sup>nd</sup> Ed. Çeviri Ed.: Çavuşoğlu, H., 16. Bölüm, s.:883-887. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.
- Şahin, D., (1999). Sosyal destek ve sağlık. *Sağlık Psikolojisi Giriş*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No:19, 1.Basım, s.:86-106. Ankara.

- Tuğrul, C., Sayılğan, M.A., (1994). Depresyon nedir. *Depresyonla Başa Çıkma Yolları*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. No:1. Ankara.
- U.S. Department of Health and Human Services. Administration on Aging, (2003). *National Family Caregiver Support Program* (fact sheet). Retrieved (novamner 28, 2005) from [http://www.aoa.gov/press/fact/pdf/ss\\_nfcsp.pdf](http://www.aoa.gov/press/fact/pdf/ss_nfcsp.pdf)
- Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y.E., Kırılı, S., (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*,(5) s.:8-15.
- Vitaliano, P.P., Zhang, J., Scanlan, J.M., (2003). Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*. Vol. 129, No. 6, p.946-972.
- Yağan, S., (2001). Kanser hastaları ve yakınları ile ölümcül olmayan hastalar ve yakınlarının psikolojik bazı değişkenler yönünden karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum.
- Zengin, F., (1999). Psychometric investigation of two Turkish adaptations and short form of the 'beck depression inventory. *Thesis Submitted to the Institute of Social Sciences in Partial Satisfaction of the Requirements for the degree of Master of Arts in Educational Sciences*. Boğaziçi University. İstanbul.

## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1976 yılında Balıkesir’de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Tekirdağ’da, lise öğrenimini Edirne Anadolu Öğretmen Lisesi’nde tamamladı.

1995-2000 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümünde lisans öğrenimini tamamladı.

2000 yılında Kocaeli İli Gölcük Devlet Hastanesi’nde hemşire olarak göreve başladı. 2002 yılında, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başladı.

Araştırmacı, halen Gölcük Devlet Hastanesi nisaiye servisinde ve enfeksiyon kontrol komitesinde çalışmaktadır.

## EKLER

### EK 1. BİLİNÇSİZ HASTAYA BAKIM VEREN YAKINLARINI TANITICI BİLGİLERİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

#### SAYIN KATILIMCI;

Bilinçsiz hastaya bakım veren yakınlarında depresyon durumunu belirlemek amacıyla bir çalışma yapmaktayım. Bu nedenle bu konu ile ilgili bazı sorular soracağım. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katılarınız için teşekkür ederim.

ARAŞTIRMACI AD-SOYAD: Bahar DEMİR

Anket No:

Tarih:

1. Yaşınız:
  - a) 19-39
  - b) 40 ve üzeri
2. Cinsiyetiniz:
  - a) Kadın
  - b) Erkek
3. Medeni durumunuz:
  - a) Evli
  - b) Bekar
4. Eğitim durumunuz nedir?
  - a) Düşük (okur yazar değil ve okur yazar)
  - b) Orta (ilkokul ve ortaokul mezunu)
  - c) Yüksek (lise ve üniversite mezunu)
5. Çalışıyor musunuz?
  - a) Evet
  - b) Hayır
6. Nerede oturuyorsunuz?
  - a) İl
  - b) İlçe
  - c) Köy
7. Maddi durumunuz:
  - a) Düşük
  - b) Orta
8. Hasta ile yakınlık dereceniz:
  - a) Eşim değil (annem, babam, kardeşim, çocuğum)
  - b) Eşim
9. Hastanızın yanında sürekli mi kalıyorsunuz?
  - a) Sürekli kalmıyorum
  - b) Sürekli ben kalıyorum

10. Kaç gündür hastanede kalıyorsunuz?  
a) 1-14 gün  
b) 15 ve üzeri gün
11. Hastanızın hastalığının ne olduğunu biliyor musunuz?  
a) Biliyorum  
b) Bilmiyorum
12. Bakım verirken yardım alıyor musunuz? (hastanızın beslenmesinde, pozisyon değiştirmede, ilaçlarını vermede...)  
a) Evet  
b) Hayır
13. Hastanızın sağlık güvencesi var mı?  
a) Var  
b) Yok
14. Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?  
a) Kullanıyorum  
b) Kullanmıyorum

## EK 2.

### BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, 4 cümle arasından size en uygun ifadeyi bulunuz. Daha sonra o cümlenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.  
b) Kendimi üzgün hissediyorum.  
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.  
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.  
b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.  
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.  
b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.  
c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.  
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.  
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.  
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.  
d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.  
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.  
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.  
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.  
b) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim diye düşünüyorum.  
c) Cezalandırılmayı bekliyorum.  
d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. a) Kendimden hoşnudum.  
b) Kendimden pek hoşnut değilim.  
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.  
d) Kendimden nefret ediyorum.

8.
  - a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
  - b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
  - c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
  - d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9.
  - a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
  - b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
  - c) Kendimi öldürmeyi isterdim.
  - d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10.
  - a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
  - b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
  - c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
  - d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11.
  - a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
  - b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
  - c) Çoğu zaman sinirliyim.
  - d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12.
  - a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
  - b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
  - c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
  - d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13.
  - a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
  - b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
  - c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
  - d) Artık hiç karar veremiyorum.
14.
  - a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
  - b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
  - c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
  - d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15.
  - a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
  - b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
  - c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
  - d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16.
  - a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
  - b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
  - c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
  - d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17.
  - a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
  - b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
  - c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
  - d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.



18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.  
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.  
c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.  
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.  
b) Son zamanlarda istemediğim halde  kilodan fazla kaybettim.  
c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.  
d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.  
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.  
c) Ağrı, sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka Őeyleri düşünmek zor geliyor.  
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir Şey düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir Şey yok.  
b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.  
c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.  
d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

**EK 3.**

**TEZ ÇALIŞMASININ YAPILDIĞI HASTANEDEN ALINAN RESMİ  
İZİN BELGESİ**