

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN
HASTALARA BAKIM VEREN BİREYLERİN BAKIM
VERME YÜKÜ VE DEPRESYON ANKSİYETE STRES
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burak KAHRAMAN

İstanbul
Mart-2023

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN HASTALARA
BAKIM VEREN BİREYLERİN BAKIM VERME YÜKÜ VE
DEPRESYON ANKSİYETE STRES DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burak KAHRAMAN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

İstanbul
Mart-2023

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK (Islak İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER (Islak İmza)

Üye Doç. Dr. Berna DİNCER (Islak İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Erhan İÇENER
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Palyatif Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yükü ve Depresyon Anksiyete Stres Düzeylerinin İncelenmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Burak KAHRAMAN

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında bilgi, destek ve katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen, rehberlik eden ve bu süreçte bana yol gösteren Değerli Hocam ve Tez Danışmanım Sayın Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e

Tez çalışma sürecinde yardımlarını esirgemeyen Sayın Hocam Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER'e,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan maddi, manevi destek ve sevgilerini esirgemeyen çocukları olmaktan gurur duyduğum Annem Emine KAHRAMAN ve Babam Nejdet KAHRAMAN'a,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu süreçte de ilgisi ve desteğini esirgemeyen Değerli Eşim Büşra KAHRAMAN'a,

Tez uygulama sırasındaki yardımlarını esirgemeyen değerli Sağlık Çalışanlarına,

Tezimin uygulama aşamasına gönüllü olarak dâhil olan Çok Değerli Hasta ve Hasta Yakınlarına teşekkürlerimi sunarım.

Burak KAHRAMAN

İstanbul-2023

ÖZET

**PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN HASTALARA
BAKIM VEREN BİREYLERİN BAKIM VERME YÜKÜ VE
DEPRESYON ANKSİYETE STRES DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

Burak KAHRAMAN

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Mart, 2023 – 94 Sayfa

Araştırma, palyatif bakım ünitesinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü ve depresyon anksiyete stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki araştırma, İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin palyatif bakım ünitesinde hastalara bakım veren 340 birey ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Bakım Verme Yükü Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde Student-t Testi, One-Way ANOVA Test, Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Hastalara bakım veren bireylerin yaş ortalaması $42,80\pm 8,33$ olup %60,3'ü kadın, %74,1'i evli, %51,5'i lise mezunudur. Hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması $58,53\pm 10,48$ olarak bulundu. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği depresyon anksiyete stres alt boyut puan ortalaması sırasıyla $13,26\pm 4,33$, $7,90\pm 3,63$, $11,52\pm 3,80$ olarak bulundu. Hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü puanları ile depresyon anksiyete stres alt boyutundan almış olduğu puanlar arasında pozitif yönde istatistiksel olarak güçlü düzeyde anlamlı ilişki saptandı. ($r=0,744$; $p=0,001$; $p<0,01$). Araştırma sonucunda, hastalara bakım veren bireylerin ileri derecede bakım verme yükü altında ve depresyon ve anksiyete düzeylerinin ileri düzeyde olduğu, stres düzeylerinin ise orta düzeyde olduğu saptandı. Hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü arttıkça, depresyon anksiyete stres düzeyleri de artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bakım Yükü, Depresyon, Anksiyete, Stres, Bakım Vericiler

ABSTRACT

EXAMINATION OF CAREGIVER BURDEN AND DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS LEVELS OF CAREGIVERS OF PATIENTS TREATED IN A PALLIATIVE CARE UNIT

Burak KAHRAMAN

Master, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

March, 2023 – 94 Pages

The study was conducted to determine the caregiving burden and depression, anxiety and stress levels of the caregivers of patients treated in the palliative care unit. The descriptive and cross-sectional study was performed with 340 caregivers of patients in the palliative care unit of a training and research hospital in Istanbul. Personal Information Form, Caregiver Burden Scale, and Depression, Anxiety and Stress Scale were used to collect data. Student's t-test, One-Way ANOVA Test, and Pearson correlation analysis were used to evaluate the data. The caregivers' mean age was $42,80 \pm 8,33$, and 60,3% were women, 74,1% were married, and 51,5% were high school graduates. Their mean score from the Caregiver Burden Scale was $58,53 \pm 10,48$. Depression, Anxiety and Stress Scale sub-dimension mean scores were $13,26 \pm 4,33$, $7,90 \pm 3,63$, and $11,52 \pm 3,80$ for depression, anxiety and stress, respectively. There was a statistically strong and significant positive correlation between the caregivers' caregiving burden scores and their depression, anxiety and stress sub-dimensions ($r=0.744$; $p=0.001$; $p<0.01$). The research demonstrated that the caregivers had a high caregiving burden, high depression and anxiety levels and moderate stress levels. As the caregivers' caregiving burden increased, depression and anxiety stress levels also increased.

Key Words: Caregiver Burden, Depression, Anxiety, Stress, Caregivers

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALİSTESİ	xi
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
İKİNCİ BÖLÜM.....	3
GENEL BİLGİLER	3
2.1. Palyatif Bakım.....	3
2.2. Palyatif Bakım Modelleri.....	4
2.2.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım.....	4
2.2.2. Ev Temelli Palyatif Bakım	4
2.2.3. Toplum Temelli Palyatif Bakım	5
2.3. Birincil Bakım Verenlerin Yönetimi	5
2.4. Palyatif Bakımda Hastaya Yaklaşım	5
2.5. Palyatif Bakım Hizmetleri Tarihçesi ve Organizasyonu	6
2.6. Palyatif Bakımda Bakım Yüğü	10
2.7. Palyatif Bakım ve Hemşirelik	11
2.8. Depresyon, Anksiyete ve Stres.....	13
2.8.1. Depresyon	13
2.8.2. Anksiyete.....	14
2.8.3. Stres.....	15
2.8.4. Palyatif Bakımda Depresyon Anksiyete Stres	16

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	18
GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	18
3.4. Veri Toplama Araçları	18
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Bakım Verici ve Hasta ile İlgili)	18
3.4.2. Bakım Verme Yükü Ölçeği	19
3.4.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği.....	19
3.5. Verilerin Toplanması	19
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	20
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	21
BULGULAR	21
4.1. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bulgular	21
4.2. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile İlgili Bulgular	23
4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular	25
4.4. Hastaların Hastalık Durumuna İlişkin Bulgular.....	26
4.5. Bakım Verme Yükü Ölçeği ile İlgili Bulgular.....	27
4.6. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ile İlgili Bulgular	28
4.7. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ile İlgili Bulgular	30
4.8. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ile İlgili Bulgular	32
4.9. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ile İlgili Bulgular	34

4.10. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ile İlgili Bulgular	35
4.11. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Durumları ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ile İlgili Bulgular	38
4.12. Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puanları ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki	46
BEŞİNCİ BÖLÜM	50
TARTIŞMA	50
ALTINCI BÖLÜM	56
SONUÇ	56
KAYNAKÇA	58
EKLER	66
ÖZGEÇMİŞ	83

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	.21
Tablo 4.2: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile İlgili Bulgular	23
Tablo 4.3: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	25
Tablo 4.4: Hastaların Hastalık Durumu ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.5: Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puanlarının Dağılımı	27
Tablo 4.6: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırılması	28
Tablo 4.7: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.8: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.9: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğı ile İlgili Bulgular	34
Tablo 4.10: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.11: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.12: Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puanları ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğı Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular	46

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 2.1: Palya-Türk Projesi Organizasyon Şeması..... 9
- Şekil 4.1: Bakım Verme Yüğü puanı ile Depresyon puanı arasındaki korelasyon grafiğı
..... 47
- Şekil 4.2: Bakım Verme Yüğü puanı ile Anksiyete puanı arasındaki korelasyon grafiğı
..... 48
- Şekil 4.3: Bakım Verme Yüğü puanı ile Stres puanı arasındaki korelasyon grafiğı .. 49



KISALTMA LİSTESİ

DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EAH : Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Max : Maksimum

Min : Minimum

Ort : Ortalama

TDK : Türk Dil Kurumu

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Palyatif bakım, yaşam kalitesini arttırmasının yanı sıra, bakım sürecinde multidisipliner bir yaklaşım sergilenmesini, hastanede ve yoğun bakımda yatış süresinin kısaltılmasını, bakım ve hastane masraflarının azaltılmasını, bakım vericilerin bakım yükünün hafifletilmesini ve bakıma ilişkin memnuniyetin arttırılmasını sağlamaktadır (Bahar, 2017).

Tedavi edici yaklaşımların tükendiği hastalarda başta olmak üzere ve tanı anından itibaren tedavi süresince, ya da ölüm anına ve sonrasında yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve ruhani gereksinimlerinin karşılanmasında palyatif bakımın önemi büyüktür (Çolak ve Özyılkan, 2006).

Ani hastalık başlangıcı, aile hayatını en çok etki eden faktörler arasında bulunmaktadır. Tedaviye sürecinde, varsa bakımını üstlenen bireyler içinde bu yeni durumdan etkilenmektedir. Başta kanser olmak üzere kronik ve ilerleyici hastalıkların destekleyici bakım ve takibinde önemli rol oynayan palyatif bakımda hastalar psikolojik zorluklarla yüzleşmek durumunda kalmaktadır (Kabalak vd., 2013). Özellikle aile üyelerinden bakım veren kişilerin hasta bakımında önemli bir rol oynamaktadır. Beklenmedik şekilde gelişen bu durum, hastalığın başlangıcından sonra bir uyum sürecini gerektirmektedir (Atagün vd., 2011).

Kronik ve ilerlemiş hastalıklarda bakım sağlamak için çalışma yaşamı bırakılabilir veya hastaya bakmak için iş saatleri en aza indirilir, toplumla bağlar zayıflar, arkadaşlık ortamından kopulabilir, özel ihtiyaçlar, kişisel bakım veya günlük aktiviteler bozulabilir ve ilk başta aile ve çocuklarla geçirilen süreler azalabilmektedir. Tüm sebeplerin ortaya çıkması bakım verenlerin yaşam kalitesini ve ruhsal ve zihinsel süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilir (Kalınkara ve Kalaycı,2017).

İlerlemiş kanserli hastalara bakım sağlayan kişilerde, hastaların semptomları kötüleştikçe, fiziksel sağlıkları ve yaşam kaliteleri düştükçe bakım verme yükü, depresyon, stres, anksiyete bozukluğu ve uyku problemleri ortaya çıkmaktadır (Polat, 2011). Rivera'nın kanser hastalarıyla ilgili çalışmasında bakım vericiler ve diğer kronik hastalıkların bakımlarını sağlayan kişilerle karşılaştırma yapmıştır. Kanser

hastalarının bakımını sağlayan bireylerde depresyon, uyku sorunları, yorgunluk ve dikkatini toplayamama gibi sorunların daha yüksek olduğu saptanmıştır (Rivera ve Henry, 2009).

Bakıcıların aile ve arkadaş desteğine, yalnız olmadıkları hissine, dostluğa, maddi yardıma, eğitim konusunda bilgilendirme yapılmasına, toplumsal olarak desteklere ihtiyaçları daha yüksek düzeyde gereksinim olduğu belirtmektedir (Dökmen,2012).

Bireylerin ilişki sorunlarını aile, arkadaş veya sevdikleriyle paylaşabilmeleri, çevreleriyle uyum içinde olabilmeleri ve ruh sağlıklarını koruyabilmeleri için sosyal destek önemlidir (Dikmen ve Yılmaz, 2017). Genel anlamda bunlar, insanların hayatında önemli rol oynayan ve gerektiğinde sosyal, duygusal ve finansal destek sağlayan kişilerarası ilişkilerden oluşmaktadır. İlişkiler sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Yaşam olaylarıyla baş etmede en kritik yardım sosyal desteğin sağlanmasıdır (Arıkan ve Kahrıman, 2002).

Sosyal destek, kişilerin stresini azaltır ve özgüveni artırmaktadır. Açıklığa, desteğe ve bağlılığa dayalı arkadaşlıklar ve insan ilişkilerinin gelişmesi sosyal desteğin sağlanması için önem teşkil etmektedir. Yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olan kişilerin, sosyal desteği olmayan kişilere göre daha az stres yaşadıkları görülmüştür (Tuna ve Olgun, 2010).

Bakım vericilere yönelik destekleme uygulamalarının yeteri kadar uygulanmadığı belirtilmektedir. Palyatif bakım desteğinde psikoterapi, eğitim ve palyatif desteğe ihtiyacı olan hastalar için evde bakım sağlanması önemlidir. (Polat, 2011).

Bu bilgilerden yola çıkarak araştırma hastalarına palyatif bakım veren bireylerin bakım yükü depresyon, stres ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

Türk Dil Kurumu'nun (TDK) yapmış olduğu tanıma göre “palyatif; tedavi edici olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten dindiren” anlamına gelmektedir (TDK, 2022)

Yaşlı nüfusun ve kanser tanısı ile ilgili hastaların giderek artması, tanı ve tedavi seçenekleri ve kronik hastalıklar palyatif bakımı zorunlu kılmaktadır.

Geçmişte sadece palyatif bakımın hayatın son evrelerindeki hastalarla ilgili olduğu düşünülmektedir. Artık, kronik ve hayata karşı tehdit oluşturan hastalıkları olan kişilerin semptomlarını tedavi etmek, ağrılarını gidermek ve yaşam kalitesini daha iyi hale getirmek amacıyla kullanılması gerektiği artık kabul edilmektedir (TÜİK, 2022). Bu değişiklik, Dünya Sağlık Örgütü'nün revize edilmiş palyatif bakım tanımını yansıtmaktadır. 1990 senesinde DSÖ palyatif bakımı “*hastalıkları yok eden tedaviye cevap oluşturmayan hastalar için kapsamlı bakım*” olarak tanımlarken, daha sonra palyatif bakımın tanımını *hayata karşı tehdit oluşturan durumlar ile beraber görülmüş olan sorunlar ile karşılaşan hastalarla ailelerin hayat kalitesi, ağrı ve fiziki, psikolojik ve toplumsal boyuttaki öteki problemleri erken aşamada belirleyip, kusursuz şekilde değerlendirmek ve tedavi etmek suretiyle geliştirmiş olan bir model* olarak tanımlamıştır (WHO, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanıma göre, palyatif bakım “hasta ve ailesi yaşam ile ilgili sorunla karşılaştığında problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlanmıştır (WHO, 2014)

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlaması çerçevesinde; palyatif bakım merkezlerinde ağrı, acıyla rahatsız edici semptomların kontrol edilmesi, hastanın psikososyal ve ruhsal düzeyde değerlendirilmesi ve desteklenmesi, ölümün doğal bir süreç olarak algılanması, yaşam için destek ve ölümü hızlandırmaya veya geciktirmeye çalışmadan, yaşam, koşulları ne olursa olsun, yaşam günlerinin sayısında değil, ölümden önce daha az stresli bir an yaşamayı ve son bir kaliteli zaman geçirmeyi amaçlayan bir yaklaşım

geliştirilmektedir. Ayrıca hastaların aile üyeleri de yas sürecinde psikolojik destek ve danışmanlık alması gerekmektedir (Şahan ve Terzioğlu, 2015).

2.2. Palyatif Bakım Modelleri

Hasta ve hasta bakımını sağlayan kişilerin sosyo-kültürel değerleri, inançları ve gelenekleri çerçevesinden ele alınarak hastaya uygun ve kaliteli bir şekilde fiziksel, sosyal ve manevi bakımdan destek hizmeti sağlanması amacıyla palyatif bakım modelleri oluşturulmuştur. Palyatif bakım modelleri üç başlık altında incelenmektedir. Bunlar;

- Hastane Temelli Palyatif Bakım
- Ev Temelli Palyatif Bakım
- Toplum Temelli Palyatif Bakım

(Şahan ve Terzioğlu, 2015; Yılmaz, 2020).

2.2.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım

Palyatif hastaların, özellikle kanser hastalarının psikososyal bakımdan genel servislerde izlenmesi yeterli olmamaktadır. Dolayısıyla, hastanelerde temelli palyatif bakım uygulamaları günümüzde hızla büyümektedir. Bu programların, bakım maliyetini düşürmede ve semptomları, özellikle ağrıyı hafifletmek için gerekli bakımı sağlamada ve yüksek riskli sendromlu hastalarda bakım kalitesini iyileştirmede etkili olduğu gösterilmiştir. Yataklı palyatif bakım ünitelerin bulunması bakım maliyetlerini ve kaynak kullanımını azaltan bir uygulama olarak kabul edilmektedir (Şahan ve Terzioğlu, 2015; Aydoğan ve Uygun, 2011).

2.2.2. Ev Temelli Palyatif Bakım

Özellikle palyatif hastalarla ilgili olarak birincil bakım ev ortamının daha uygun olduğu belirtilmektedir. Evde palyatif bakımın amacı, hastanın kendini en rahat ve huzurlu hissettiği evde palyatif bakımı sağlamaktır. Türkiye'de henüz yeterince yaygın değildir Palyatif ev temelli bakım modelleri açısından palyatif bakım üniteleri ile iş birliği içinde çalışmak, özellikle kanser hastaları açısından semptom kontrolü sağlanabilmektedir (Aydoğan ve Uygun, 2011; Şahan ve Terzioğlu, 2015).

2.2.3. Toplum Temelli Palyatif Bakım

Ayaktan tedaviye yönelik olarak yapılan bir bakımdır. Belirti kontrolüyle beslenme desteği vb. uygulamaların yanı sıra hasta ve bakım veren hasta yakınlarının psikolojik ve toplumsal destek aldığı, düşük maliyetli tedavi sunan bir bakım modelidir. Hastanın bakımını sağlayan bakım verenlere palyatif bakım konusunda duygusal destek ve eğitim verilmektedir. (Bahçelioğlu vd., 2017; Şahan ve Terzioğlu, 2015).

2.3. Birincil Bakım Verenlerin Yönetimi

Palyatif bakımda terminal dönem hastaları olduğu için, son dönem yaşam, ölüm gibi konular insanın önemseydiği konulardır. Bu yüzden hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını belirleyip bu yönde bakım vermek esastır.

Palyatif bakımın en etkili rolü, hasta ve bakım vericilerin en hızlı şekilde bilgilendirilmesi ve kaçınılmaz ölüm sonrası yas sürecinin desteklenmesidir.

Palyatif bakımda hastanın semptom kontrolü yapılarak onlara yönelik (ağrı, bulantı, beslenme bozukluğu gibi) tedavilerini sağlayan; depresyon, ajitasyon anksiyete gibi duygu yoğunluğu hisseden hastaya gerekli ve bakım verene desteği sağlamak önemlidir.

Sağlık çalışanlarının hasta yakınları ve bakım vericilere hastalığın durumu ile ilgili bilgi vermesi önemlidir. Bu durum ile gerçekçi bir şekilde başa çıkmak ve uygun tepkiler vermek, kabullenme duyguları ve yas sürecini yönetmek zaman içinde olumlu bir etkiyi sağlamaktadır. Hastanın hastanedeki tedavi süreci ve taburculuğu ile ilgili olarak bilgilendirme sağlanmalı, ayrıca hastanede kalış süresini etkileyecek durumların açıklanması gerekmektedir (Kabalak, 2017).

2.4. Palyatif Bakımda Hastaya Yaklaşım

Sağlık profesyonellerinin palyatif bakımda hastalara uygulayacakları önemli bir ilke hasta merkezli iletişim sağlamaktır. Bu süreçte güçlü doktor-hasta-hemşire-bakım vericilerin sağlıklı iletişimi, duygusal acılardan kaçınmayı sağlamaktadır. Hastanın kendini ifade etmesine olanak tanınması gerekmektedir. Hastanın dinlenmesine odaklanmalı, hasta ve yakınlarının ihtiyaç ve endişeleri anlamaya çalışılması gerekmektedir. Bu yöntem “*Sor-Anlat-Sor*” yöntemi olarak ifade edilmektedir. Öncelikle mevcut durumun anlaşılması için sorular sorarak hasta yönlendirmektedir.

Bu yöntemle, hastaya kesinlikle tıbbi bilgi sağlanmaktadır. Daha sonra verilen tıbbi bilgilerin anlaşılıp anlaşılmadığını tekrar sorarak doğrulanmaktadır. (Ford vd., 2013).

Palyatif bakım ekibi, hastanın endişelerine cevap verme, insancıl yaklaşım, kötü haberlerin farkında olma ve hastaya bilgilendirmede hassas yaklaşım, hastayı aktif olarak dinleme, bakım veren kişilerin sorularını yanıtlamaya istekli olma ve onlara rehberlik eden bakım vericilerin ve aile üyelerini destekleme becerilerini geliştirmesi gerekmektedir (Akyol, 2013). Hasta ve yakınlarının umutları, amaçları, beklenti içinde olması, korku, kaygı ve endişe arasındaki geçişler empati yaparak ve yönlendirilerek sağlanmaktadır. Kültürel ve dini faktörler, hastaların ve ailelerinin hastalık ve ölümle başa çıkma durumunu etkilediğinden, bu farklılıkları ele almak için uygun yaklaşımlar geliştirmesi gerekmektedir. Hastanın duyguları hakkında daha fazla bilgi edinme güvencesi, empati, sağlık profesyonellerinin ve hasta arasındaki ilişkiyi güçlendirir ve bir sonraki evrede, tedavi sürecine uyuma olumlu etki sağlamaktadır. Dolayısıyla bakım sağlayan palyatif bakım ekibinin hastaya empati ile yaklaşması önemlidir. (Kabalak vd., 2013).

2.5. Palyatif Bakım Hizmetleri Tarihçesi ve Organizasyonu

Palyatif bakım kavramı ilk olarak 1960'larda İngiltere'de öncü olan Dr. Cicely Saunders tarafından "hospis" hizmetleri olarak tanıtılmıştır. İlk Hospis 1967 yılında Christopher's Hospis olarak Londra'da kurulmuştur. Daha sonra, palyatif bakım akışı 1973'te Kanada Royal Victoria, 1987'de ABD Hotwitz Center, Yeni Zelanda, Avustralya ve 1990'da Japonya gibi dünyanın dört bir yanındaki ülkelere yayılmaya başlamıştır (Özkan, 2011).

İngiltere ve ABD'de %30'a kadar tüm hastane giderleri palyatif bakım için harcandığı bildirilmektedir. Hastane bakımı için yapılan harcamaların çoğu, ölümcül hastaların tedavi ve bakımına harcanmaktadır (Aygençel ve Türkoğlu, 2014). Artan yaşlı nüfusla birlikte, kanser ve kronik hastalıklarla karşı karşıya kalındığında, maliyet etkin bakım sağlayan palyatif tedavinin gerekliliği ve önemi vurgulanmaktadır (Kose vd., 2016). Günümüzde palyatif bakım konusunda dünyada en gelişmiş ülkeler İspanya'nın Katalonya şehri ve Amerika'nın San Diego bölgesi olup, hemen hemen her türlü palyatif bakım sunulmaktadır (Kaya, 2015).

2014 Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance) raporuna göre, palyatif bakım hizmetleri dünya çapında dört gruba ayrılmaktadır:

1. **Grup:** Palyatif bakım hizmetleri veya Hospis uygulaması 75 ÷lkede (%32'ü) bulunmayan ÷lkeler;
 - Afganistan, Çad, Gine, Kore, Nijer, Özbekistan, Senegal, Somali, Türkmenistan, Yemen Cook Adaları, Gine Tonga
2. **Grup:** Palyatif bakım hizmetleri veya Hospis uygulaması 23 ÷lkede (%10'u) yapılandırılmamış veya yetersiz olan ÷lkeler;
 - Azerbaycan, Bahama Adaları, Tacikistan, Bolivya, Dominika, Fiji, Haiti, Katar, Madagaskar, Papau Yeni Gine, Surinam, Vatikan
3. **Grup:** Palyatif bakım hizmetleri veya Hospis uygulaması 91 ÷lkede (%39'u) bölgesel veya yerel olarak hizmet sağlanan ÷lkeler 2 gruba ayrılmıştır;
 - **Grup 3a:** 74 ÷lkede (% 31'i) palyatif bakım aktivitesi olup ancak aktivitenin desteklenmediği ÷lkeler;
 - Angola, Bahreyn, Bangladeş, Birleşik Arap Emirlikleri, Brezilya, Bulgaristan, Irak, İran, Jameika, Kazakistan, Kırgızistan, Kolombiya, Meksika, Mısır, Moldova, Rusya, Tayland, Tunus, Venezuela, Vietnam, Yunanistan
 - **Grup 3b;** 17 ÷lkede (%7'si) Türkiye'nin de aralarında bulunduğu palyatif bakım aktivitesi olup bölgesel ve yerel bakımdan desteklenen ÷lkeler;
 - Arjantin, Arnavutluk, Gürcistan, Hırvatistan Bosna-Hersek, Hindistan, Kıbrıs, Litvanya, Malta, Nepal, Portekiz, Türkiye, Ürdün
4. **Grup:** 45 ÷lkede (%19'u) sağlık sistemine entegre edilmiş palyatif bakım hizmetleri veya Hospis aktiviteleri sağlayan ÷lkeler iki gruba ayrılmaktadır;
 - **Grup 4a;** 25 ÷lkede (%10'u) sağlık sistemi içinde yaygın olarak entegre edilmiş palyatif bakım hizmetleri veya Hospis aktiviteleri sağlayan ÷lkeler;
 - Çin, Danimarka, Finlandiya, Hollanda, İspanya, İsrail, Kenya Kosta Rika, Macaristan, Malezya, Moğolistan, Slovenya, Yeni Zelanda
 - **Grup 4b:** 20 ÷lkede (%8'i) sağlık sistemi içerisinde yaygın şekilde entegre olmuş palyatif bakım hizmetleri veya Hospis aktiviteleri sağlayan ÷lkeler;

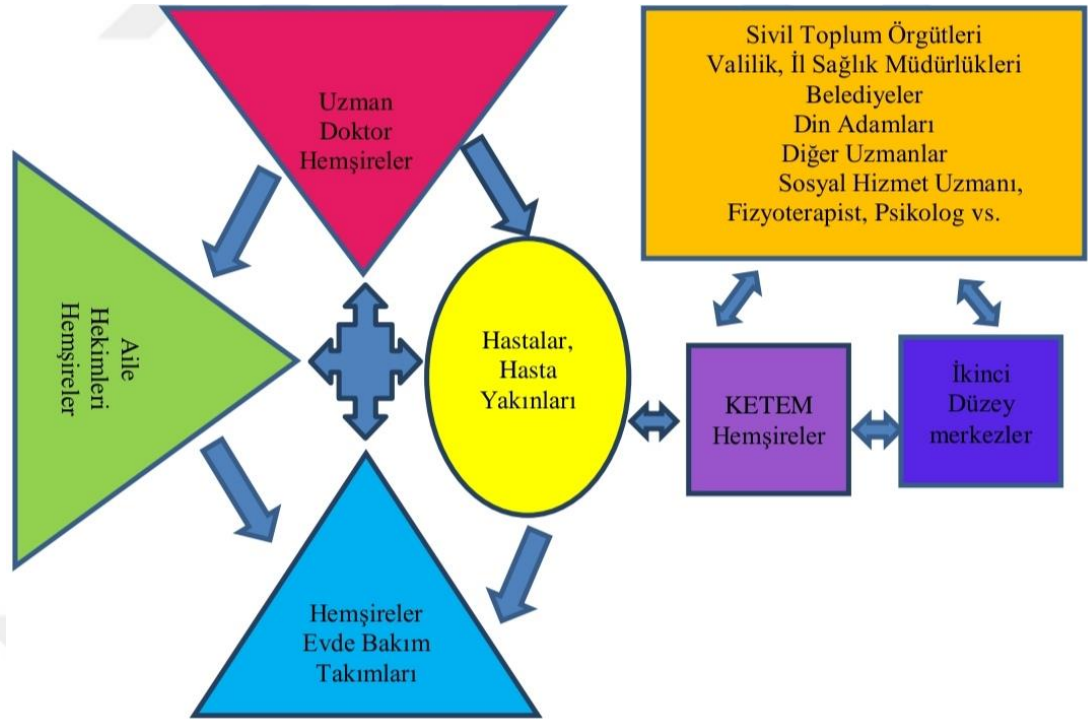
- ABD, Almanya, Avustralya, Avusturya, Belçika, Fransa, Hong Kong, İngiltere, İrlanda, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya Kanada, Norveç, Polonya, Romanya, Singapur, Uganda

(Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014)

Türkiye'de palyatif bakım uygulamaları, nitelikli sağlık personeli eksikliği ve yaşanan zorluklarla gibi nedenlerle uzun yıllar önemsenmemiştir. 90'lı yılların başında, ulusal düzeyde palyatif bakım programı olmadığı için gerekli çalışmalar yapılmaya çalışılmış, fakat 2010 yılında çalışmalar yapılmış, ancak etkili olmamıştır. (Gültekin vd.,2010).

Kanser Bakımevi, Türk Onkoloji Vakfı tarafından ülkemizde hastalar için uzun süreli palyatif bakım sağlayan ilk hospis benzeri kurum olarak İstanbul'da kurulmuştur. 1993'ten 1997'ye kadar "kanser bakımevi" faaliyet göstermiştir. Hospis kavramının hastalar ve aileleri tarafından anlaşılmasından ve daha sonra maddi sorunlar nedeniyle kapatılmıştır (Uzuncu vd. 2011). Ankara'da tarihi bir evin 2006 yılında Hacettepe Kanser Enstitüsü Vakfı tarafından 12 odalı misafirhaneye dönüştürülmesi de bir başka "hospis" girişimine adım atılmıştır. Fakat bu ev yasal düzenlemelerin yeterli olmaması nedeniyle "*Hacettepe Umut Evi*" olarak kullanılmıştır (Madenöglü, 2017). Ülkemizde gerçek manada henüz hospis denilebilecek bir kurum bulunmamaktadır.

2010 yılında Sağlık Bakanlığı palyatif bakım için organizasyonel bir model geliştirmeye başlamıştır. Üniversite yurtlarında 10 palyatif bakım merkezi kuruldu. "2009-2015, Ulusal Kanser Kontrol Programı çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı Tümör Daire Başkanlığı. Birinci basamakta dünyanın ilk toplum temelli palyatif bakım projesi olan PALLIA-TÜRK projesi tanımlanmıştır. Pallia Türk; temeli aile hekimliği üzerine kurulan Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim merkezi (KETEM) ve sivil toplum örgütleri tarafından desteklenen hemşirelik bakımını temel almış, ülkemizin sosyolojik ve kültürel yapısına en uygun sistemi oluşturmaktadır. Bu proje 2012- 2013 yılları arasında devam ederken palyatif bakım merkezlerinin kurulmasında da hızlıca artış olmuştur (Madenöglü, 2017). Darülaceze uygulaması 2014 yılında değiştirme alanına dahil edilmiştir (Bilen, 2016). Ulusal Kanser Kontrol Programı ile Türkiye'nin hedefi 2023 (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016) olarak belirlenmiştir. Ülkemiz, 2011 yılında DSÖ sınıflamasında 3b grubuna geçen birkaç ülkeden biri olmuştur. (Kahveci ve Gökçınar, 2014)



Şekil 2.1: Palya-Türk Projesi Organizasyon Şeması

Kaynak: Şahan ve Terzioğlu, 2015

Ülkemizde palyatif bakımın geliştirilmesinde ilk adım 10 Mart 2005 tarih ve 25751 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanan “*Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik*” ile atılmıştır. Bu hizmet kanuni düzenlemeyle güvenceye alınmıştır. Yardım ve evde bakım hizmetleri veren özel kurumların Sağlık Bakanlığından uygunluk belgesi almaları gerekmektedir. 1 Şubat 2010 yılında “*Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*” yayımlanmıştır. Evde sağlık hizmetleri, kamusal hastanelerle aile sağlığı merkezleri tarafından uygulanmaya başlamıştır. Yönergeye göre hekimlerin görevi, evde bakıma ihtiyacı olan kişileri, kendilerine kayıtlı hastaların tıbbi durumlarına göre değerlendirmek ve hangilerinin uygun olduğuna karar vermektir.

Evde sağlık hizmeti, bakıma ihtiyacı olan kişilere, evde ve aile içinde tahlil, muayene, bakım, tetkik, tıbbi yardım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren, sosyal ve psikolojik danışmanlığı içeren hemşirelik hizmeti olarak tanımlanmaktadır (29280 Sayılı Resmi Gazete,2015).

Ulus Devlet Hastanesinde ilk kapsamlı palyatif bakım merkezi olarak hizmete açılmıştır. Uzun bir süre yoğun bakımda kalması gereken ve taburcu edilemeyen ya da

palyatif bakım gerektiren hastaları kabul eden bir hemşirelik hizmeti verilmektedir. Palyatif bakımda, tedavi gören semptomları olan hastalar için bakım sağlayan kişilere eğitim ve tıbbi destek almakta ve Sağlık Bakanlığıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının bir arada sürdürdüğü bir protokolle sosyo-ekonomik yetersizliği olan hastalara bakılmaktadır (Kabalak, 2014).

Yeni palyatif hizmetlerin uygulanmasına yönelik 2015 yılında rutin ve ilkelere ilişkin yönergeler yürürlüğe girmiştir. Palyatif bakım hizmet veren merkezlerin tanımı, hizmet kapsamı, yetki ve sorumlulukları, fiziki koşullar, eğitim ve denetlemeyle ilgili yeni düzenlemeler getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın kamu hastaneleri ile ilgili 2022 verilerine göre 81 ilde toplam 5566 yatak kapasiteli palyatif bakım üniteleri vardır. Sağlık Bakanlığı Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023 hedefleri doğrultusunda palyatif bakımın hizmetlerinin artırılması ve yayılması amacıyla tüm ihtiyaç sahiplerine ulaştırmayı hedeflenmektedir. Oluşturulan standartlar doğrultusunda pilot merkezler kurulması planlanmış ve hayata geçirilmiştir. Öte yandan Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi, birçok kurumla kuruluşun desteği ile çok disiplinli bir ekibin bir araya gelip farklı protokoller kurduğu “*Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştayında*” kararına göre Nisan 2013'te İzmir'de kurulmuş ve hizmet vermeye başlamıştır (Akçiçek vd., 2017).

2.6. Palyatif Bakımda Bakım Yükü

Yük kavramı; bakım vericinin bakım verme rolü nedeniyle yaşadığı psikolojik rahatsızlık, fiziksel sağlık problemleri, sosyal ve ekonomik problemler, aile içi ilişkilerin bozulması, kontrolün kendisinde olmadığı gibi olumsuz duyguları içeren sonuçlar şeklinde de tanımlanmaktadır (Küçükgüçlü vd., 2009).

Bakım yükü nesnel yük ve öznel yük olarak iki şekilde tanımlanmaktadır. Nesnel yük bakım verenin hastanın bakım ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sarf ettiği zaman ve gayret olarak tanımlanmaktadır. Öznel yük bireyin nesnel yüküyle uğraşırken ortaya çıkan sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacıların tanımlamasına göre öznel yük, bakım veren kişinin içinde olduğu durum sebebiyle duygularında oluşan değişiklikler, bu duruma karşı verdiği tepkiler ve tutumlar olarak kabul görmüştür.

Çoğunlukla algılanan duygular sıkıntı, utanma, keder, suçluk vb. duygusal etkiler ortaya çıkarır. Bakım gereksinimi duyan hastaya bakım vermek birey üzerinde bu kadar geniş kapsamlı duygusal etkiler yaratıyorsa birçok yük ölçüm kriterlerinin

nesnel ve öznel yükü kapsayan birçok madde içermesi şaşırtıcı bir durum değildir. Kaygı, stres, suçluluk duygusu gibi öznel yükün göstergelerinden olan tepkiler bakım verme işinin sonucunda görülen depresyonun da habercisidir ve bu durum da yük puanlarının artmasına neden olmaktadır (Şahin, 2021).

Bakım vericilerin bakım verme sürecinde yaşadıkları fiziksel, duygusal manevi, sosyal, maddi sıkıntılarının tümü bakım yükü olarak tanımlanmaktadır. Bakım verenlerin yaşadığı tüm problemler yük olarak algılanıp aile bireyinin tükenmişliğine, stres ve anksiyete yaşamasına neden olabilir (Matzo ve Sherman, 2019).

Bakım vericiler, hasta kişinin yapamayacağı görevleri üstlenip, hastanın öz bakımını sağlama, hastaneye gidip gelme, tedavi için gerekli ilaçlara ulaşma ve çalışma süresini hastaya göre ayarlama gibi sorumluluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca tüm bu sorumlulukları gerçekleştiren bakım verenlerin yaşlı ve sağlık sorunlarının olması bakım sürecini daha da zorlaştırmaktadır (Brueraand vd.,2006).

Hasta bireyin bakım ihtiyacının bakım verenler tarafından karşılanması aile üyelerinin farklı problemler yaşamasına neden olmaktadır. Bakım sürecinde, hasta kişiden daha fazla bakım verenin depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve yorgunluk, rol çatışması ve sosyal kısıtlanma yaşadığı belirtilmiştir. Bunun sonucunda hastalara bakım veren bireylerin bağışıklık sisteminin bozulmasıyla beraber hastalanma riskinin arttığı ve hastalıklara karşı daha riskli duruma geldiği belirtilmektedir (Rahnama vd., 2017).

2.7. Palyatif Bakım ve Hemşirelik

Palyatif bakım hastanın tanı aldığı an itibari ile başlayıp, ailenin yas sürecinde desteklenmesi ile devam eden uzun bir süreçtir. Bu süreç içerisinde hastalar tanı veya koşullarının nasıl olduğuna bakılmaksızın palyatif bakım alma hakları vardır. Palyatif bakım hemşireleri, bu doğrultuda hastanın yaşamının son anına kadar etkin, etkili bakımı ve kaliteli ölümü sağlamada önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir (Aksakal, 2018). Palyatif bakım hemşirelerinin rol ve sorumlulukları;

- Etkili ağrı ve semptom kontrolünü sağlamak için gerekli olan farmakolojik müdahaleleri güvenli bir şekilde uygulayarak hastanın yaşam kalitesini artırmak,
- Hasta ve ailesinin tedavi yönetiminde aktif rol almasını sağlamak,
- Hastanın kültürel yapısını önemseyerek bakım planı yapmak, uygulamak ve değerlendirmek,

- Hastanın bireyselliği korumak, öz bakım gücünü kazanmasına destek olmak,
- Hasta ve ailesinin hastalığın kendisi ve tedavisine bağlı oluşabilecek yan etkiler ile bahşetmesinde destek olmak,
- Hasta ve ailesine yönelik eğitim materyalleri hazırlamak,
- Hastanın tedavi sürecine dair tüm kayıtları tutmak,
- Hastanın kişisel istek ve tercihlerine saygı duymak, psikososyal ve manevi ihtiyaçlarını değerlendirmek,
- Yas sürecinde aileye destek olmak,
- Mümkün olduğu kadar tedavi ve bakım süreçleri ile ilgili erken, açık ve dürüst bilgi vermek,
- Ailenin duygusal ve fiziksel olarak güçlenmesi sağlamak,
- Affetme gibi bitirilmemiş işlerle basa çıkmada yardım etmek,
- Alınması gereken kararların içselleştirilmesini ve ölüm sürecini anlamada yardım etmektir (Aksakal, 2018).

Hemşire hastaya uygulanacak bakımın planlanması aşamasında hasta ve ailesiyle iş birliği içinde olunmalıdır. Bakım, mümkünse ve bir olumsuzluk meydana gelmeyecekse hastanın tercih ettiği yerde verilmelidir. Palyatif bakım holistik bakım anlayışıyla ve iş birliği içinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetleri veren tüm kurumlarda verilmektedir (Sarman, 2019). Palyatif bakım sürecinde;

- Hemşire birey ve ailesine sürekliliği olan bir duygusal destek sağlar.
- Hastanın ağrı ve diğer semptomların değerlendirir, bahşetme yönetimini sağlar.
- Hasta ve ailesini, evde semptom kontrolünü yapabilmeleri konusunda bilinçlendirir.
- Hasta ve ailesinin hastaneye ve acil hizmetlere ulaşabilmesi konusunda gerekli bilgileri verir.
- Hastanın günlük bakımı sırasında bağımsızlığını ve kontrolünü sürdürme ve seçimlerini yapabilmesine yardımcı olarak yaşam kalitesini artırır,
- Hasta ve ailesi için var olan sosyal destekleri belirler ve destek almalarında yardımcı olur.
- Hasta ve ailesine hastalığın ekonomik boyutu ve alabilecekleri ekonomik destekler konusunda bilgi verir (Aksakal, 2018).

Palyatif bakım hemşiresi, tüm bu yasal sorumlulukları yerine getirirken sadece sağlık profesyoneli olarak görülmeyip, ailenin bir üyesi olmayı başarabilecek güven temelli

ilişkiler geliştirmelidir. Ancak bu şekilde, hasta ve ailesinin gereksinim duyduğu bütüncül bakımı belirleyerek hakkaniyetli, hasta odaklı, kaliteli, etkin ve etkili bakım sunabilirler (Aksakal, 2018).

Hastaya verilecek bakım ölüm anına kadar sürdürülmeli, ölüm sonrasında yaşanan yas sürecinde aileye verilecek bakımla devam ettirilmelidir. Bakım fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi ihtiyaçlara cevap verecek şekilde, kapsamlı ve kanıta dayalı en iyi uygulamalar hasta ve ailesinin durumuna ve beklentilerine göre uygulanmalıdır (Sarman, 2019). Palyatif bakım hemşireliğin odak noktası hastalık ve ölüm sürecinde hasta ve ailesinin, ölüm sonrası ise ailenin yaşam kalitesini yükseltmektir. Bunun için hemşirenin eğitim, tedavi, koordinasyon, bakım ve liderlik gibi önemli rolleri vardır. Bu rollerini yerine getirirken hemşire hasta ve ailesinin kendine özgü olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Her hastanın fiziksel, psikosoyal ve manevi gereksinimleri farklı olabilir. Hasta ve ailesinin farklı duygusal tepkilerine ve mahremiyetine saygı göstermelidir. Hemşire hasta ve ailesi ile iyi bir iletişim kurmalıdır. Hemşire hastayla dürüst ve saygıya dayalı bir iletişim kurarak güven duymalarını sağlamalıdır. Her hastanın yaşı, etnik kökeni, cinsi, rengi, dili ve dini, tanısı, yetersizliği, ekonomik durumu ne olursa olsun nitelikli bir bakım almaya ve huzurlu ve onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır. Hemşire hastanın kendisi, çevresi, ailesi ve diğer bireylerle mümkün olduğunca olumlu ve güçlü ilişkiler kurmasına yardımcı olmalıdır. Hastanın umudunu sürdürmesine yardımcı olmalı, kontrol duygusunu kaybetmesine izin vermemelidir. Hasta ve ailenin gereksinimlerine göre eğitim önceliklerini belirlemelidir. Hasta ve ailesinin kendi güçlü yönlerini belirlemesini sağlamalıdır. Hastanın öğrenme gereksinimlerini ve biçimini değerlendirmelidir. Hemşire hastanın psikosoyal sorunlarının farkında olmalıdır. Hasta ve ailesinin hastalığın duygusal yönü ile baş etmesine yardımcı olmalıdır. Hasta ve ailesinin ölüme ilişkin kültürel ve dini değerlerini, duygu ve davranışlarını değerlendirmelidir. Hastanın kültürel ve dini inançlarını ve uygulamalarını bilmeli ve buna saygı duymalıdır (Elçigil, 2012).

2.8. Depresyon, Anksiyete ve Stres

2.8.1. Depresyon

Depresyonun sözcük anlamı "çöküş, alçalma" dır. İnsanın biyo-psiko-sosyal bütünlüğü içindeki yaşamını en etkin biçimde yönlendiren ruhsal aygıtın işleyişinde bir bozulma ve buna bağlı olarak da bireyin biyo-psiko-sosyal sisteminin gerek kendi

içindeki gerekse dış dünya ile arasındaki işlevsel dengede bir bozulma meydana gelir. Duygusal, bilişsel (kognitif), fiziksel ve davranışsal semptomlarla seyreden duygudurum bozukluklarından birisi depresyondur. Depresyon; derin üzüntü veren bir duygudurum içinde düşünme, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri gösteren bir sendromdur. Birey depresif duygudurumunun hâkim olduğu bu bozukluk süresince yaşamın da fonksiyonelliğini kaybedebilmektedir. Depresif bozukluklar duygulanım alanında çökkünlük, ilgisizlik, isteksizlik, zevk alamama, yaşam enerjisinde azalması, davranışlarda yavaşlama, dikkatte bozulma, karamsarlık, değersizlik, suçluluk, pişmanlık düşüncesi, uyku, iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde bozulma ve yorgunluk hissi ile kendini gösterir. Bu depresif bozukluk dünyada ve ülkemizde önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Engin ve Ergün, 2014).

2.8.2. Anksiyete

Anksiyete hayatta kalmak için gerekli bir kuvvettir. Ve asırlardan beri insanlık tarafından deneyimlenmektedir. Anksiyete, genellikle gerçekçi bir tehlikeye normal bir reaksiyon veya biyolojik bütünlük veya benlik kavramını tehdit olarak kabul etmektedir. Anksiyete bir stres etkenine yanıt olarak ortaya çıkan normal içsel bir deneyimdir (Aşık, 2021). Anksiyete, düşünmek istenmeyen bir durumun akıldan çıkarılamaması, huzursuzluk ve ölecekmiş hissi ile devam eden ve terleme, titreme, dispne, uykusuzluk, gibi fizyolojik değişikliklerin de beraberinde olduğu bir bozukluktur (Özdamar vd., 2014). Anksiyete kişiyi etrafında olan farklılıklara hazırlayan ve bunlara cevap vermeyi sağlayan bir cevaptır. Anksiyete birçok durumda organizmanın koruma sistemidir ve tehdit oluşturan bir olay varlığında, organizmanın bu tehditte kaçmasını ya da savaşmasını sağlar. Anksiyete, tehdit anında organizma ile uyum içinde çalışır ve bu durum insanın yaşamını sürdürebilmesi için gerekli bir duygudur. Ancak anksiyetenin şiddetli ve uzun süre yaşanması, kişinin hayatını, sosyal yaşamını, insanlar ile ilişkilerini olumsuz etkiler. Bu durumda anksiyete, kişide ruhsal problem olarak karşımıza çıkabilmektedir (Baştarcan, 2020).

Anksiyete bozukluklarının tedavisi bireysel psikoterapi, bilişsel terapi, davranışsal terapi ve psikofarmakolojiyi içerir (Aşık, 2021a).

2.8.3. Stres

Stres canlı varlığın dengesini bozan ve baş etme yeteneğini zorlayan ya da aşan uyarıcı olaylara verdiği belirli ve belirsiz tepki şeklindedir. Stres, insanların kendi içinden veya dışından gelen gerçek veya algılanan uyaranlara karşı duygusal, sosyal ve bilişsel dengeyi bozma eğiliminde olan ve onları yeni davranışlar benimsemeye zorlayan fiziksel, zihinsel ve bilişsel tepkiler bütünü olarak ortaya çıkmaktadır. Birey tehdit ve zorlamalara karşı kendini koruma eğilimindedir. Stres, bireyin hem fiziksel hem sosyal çevrenin olumsuz durumlara karşı uyarıcı olarak fiziksel ve psikolojik sınırlarının ötesinde çaba gerektirmektedir (Budak, 2011; Topal, 2011).

Uyarıcı olaylar, toplu olarak stres yükleyiciler olarak adlandırılan çok çeşitli iç ve dış şartlar içerir. Stres yükleyici, bir çeşit uyumsuz tepki için canlı varlıktan talepte bulunan uyarıcı bir olaydır. Strese uyum sağlamanın güçlü bir yolu stres yükleyicilerin değerlendirilmesinin yapılması ve onlarla baş etmek için engelleyen durumların değiştirilmesidir. İnsanlar günümüzde aile, okul, iş ve şehir hayatında çok karmaşık bir etkileşim ortamında, karşılıklı özel veya profesyonel ilişkiler içinde günlük yaşamlarını geliştirmektedir. Stres genellikle kişinin çevresinden gelir, onları olumsuz etkiler ve bazı durumlarda kötü kararlara yol açmaktadır. Kötü ve erken kararlar, aynı zamanda bir stres kaynağı olarak belirtilerini daha da güçlendirmektedir. Günümüzde önemli bir sorunu olarak kabul edilen stres, insanlar üzerinde fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etki yapmaktadır (Özgüven, 2007).

Uzun zaman ve aşırı stres kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etki etmektedir. Bunlara alkol ve uyuşturucu bağımlılığı, duygusal rahatsızlıklar, geri çekilme ve sınırları kontrol edememe dahil olmaktadır. Aşırı stres altında kalmak kişilerin ruh sağlığını da olumsuz etkilemektedir. İnsanlar karşılaştıkları streslere bağlı olarak belirli semptomlar geliştirmektedir. Bunlar bireyde meydana gelen spesifik stres reaksiyonlarıdır. Kişi, gözlenebilen veya gözlenemeyen bu belirtiler nedeniyle kendisini stresli bir duruma soktuğunun farkına varır. Sadece kısa bir süre için ortaya çıksa bile, stres belirtileri kişi tarafından görünür hale gelebilmektedir (Aşık, 2021b)

Stres belirtileri dört başlık altında incelenebilir. Bunlardan insanlara güvenmemek, başkalarını suçlamak, çok erken çıkmamak veya ayrılmamak, başkalarını eleştirmeye ve incitmeye çalışmak, fazla savunmacı olmak, çok fazla insan tarafından gücenilmek, konuşmamak sosyal belirtiler, aşırı duyarlılık veya savunmasızlık, depresyon veya ağlama, duygusal tükenme, düşük özgüven, gerginlik, güvensizlik duyguları, hızlı ve

sürekli ruh hali değişimleri, öfke patlamaları, saldırganlık veya düşmanlık, sinirlilik duygusal belirtiler, artan hatalar, aşırı hayal kurma, bir düşünceyle meşgul olma, bozulmuş muhakeme, düşük iş kalitesi, düşük üretkenlik, kafa karışıklığı, karar verme, ruh hali kaybı, unutkanlık, zayıf hafıza zihinsel belirtiler, aşırı terleme, çene spazmları veya diş gıcırdatma, döküntü, düzensiz uyku, hazımsızlık ve ülser, iştahsızlık, kabızlık, ishal ve kolit, kas ağrısı, sırt ağrısı, yorgunluk veya güç kaybıyla sonuçlanan kazalar, yüksek tansiyon veya kalp krizi fiziksel belirtilerdir (Gerring ve Zimbardo, 2012).

2.8.4. Palyatif Bakımda Depresyon Anksiyete Stres

Hastalık ve palyatif bakım süreci hem hasta hem de hastaya bakım sağlayan kişiler için zor ve yıpratıcı bir süreçtir. Bakım sorumluluğu bakım sağlayan bireylerin ruhsal sağlık durumlarını olumsuz etkilemektedir (Doğan vd., 2021). Palyatif bakım hastalarına bakım veren kişiler genellikle aile üyeleri olmaktadır. Aile üyelerinin hayatı, bakım verme sürecinden önceki hayatlarına göre pek çok değişime uğramaktadır. Hastaya bakım verme sürecinden dolayı bakım veren aile üyesinin sorumluluklarında artış ve yaşam kalitesinde anlamlı derecede düşüş yaşanmaktadır. Bakım verme süreci; çoğu zaman uzun ve yoğun geçen, hastayı bakım verene bağımlı hale getiren ve bakım veren açısından tek taraflı bir mecburiyete dönüşen bir süreç halini alır. Aile üyeleri bakım verme sürecinde suçluluk, yorgunluk, depresyon, utanç, umutsuzluk, öfke, davranış bozuklukları ve kişilik değişiklikleri gibi fiziksel, psikososyal ve duygusal problemler yaşamaktadırlar (Yılmaz ve Sarı, 2017). Palyatif bakım ünitesinde hemşirenin anksiyetesi olan hastaya, ailesine ve bakım vericisine eğitim vermesi önemlidir. Hasta ve ailesine anksiyete belirtileri, stres yönetimi tekniklerini öğretmeli ve anksiyetede duygu ifadesinin önemi vurgulanmalıdır. Hastanın ailesi ve bakım vericileri için bakım hedeflerinin açıklığa kavuşturulması belirsizlikleri büyük oranda ortadan kaldıracığından anksiyeteyi azaltır. Ayrıca palyatif bakım ünitelerinde hastanın ailesinin ve bakım vericilerin fiziksel ihtiyaçlarının yanı sıra psikolojik, sosyal ve manevi ihtiyaçlarının da karşılanması ve ele alınması gerekir. Palyatif bakım alan hastaların ve ailesinin yanında bakım vericilerinin psikolojik semptomlarından biri de depresyondur. Depresyon yaşam kalitesini bozabilir. Depresyon belirtilerinin tanınması ve tedavi edilmesi, psikolojik sıkıntıların azaltılması ve bütüncül yaklaşım önemlidir (Aşık, 2021b).

Bakım verici stresi, bakım sunma işinin gerektirdiği sorumluluklar ile bakım verenin gerçek yetenekleri arasındaki uyumsuzluk nedeni ile aile içindeki gerilimler ve baskılar olarak açıklanmaktadır. Hastaya bakım vermek bakım veren bireylerin birçok stresör ile karşı karşıya kalmasına sebep olmaktadır. Palyatif bakım ünitelerinde hemşirenin ve tüm ekibin hasta, ailesi ve bakım vericileri ile iletişimi iş birliği halinde olması depresyon anksiyete stresin azaltılmasında önemlidir (Aşık, 2021a; Aşık, 2021b).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma palyatif bakım ünitesinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü, depresyon anksiyete stres düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tasarımla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesi'nin palyatif bakım ünitesinde 1 Temmuz-31 Ekim 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin palyatif bakım ünitesindeki yatan hastalara bakım veren 340 birey oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimi yöntemine gidilmeden evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma 340 birey ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu (Bakım Verici ve Hasta ile İlgili) (Ek-1) Bakım Verme Yükü Ölçeği (Ek-2) Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (Ek-3) kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Bakım Verici ve Hasta ile İlgili)

Tanıtıcı Bilgi Formu, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, aylık gelir durumu, yerleşim yeri, bakım verme süresi, kronik hastalığı bulunma durumu vb. soruları içeren 20 sorudan oluşmaktadır. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu ise yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, aylık gelir durumu, yerleşim yeri, hastaneye yatış deneyimi ve beslenme durumu ile ilgili vb. soruları içeren 13 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Ölçek Zarit, Reeve ve Bach- Peterson tarafından (1980) geliştirmiştir. İnci ve Erdem (2008) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki ifadeler (0=hiçbir zaman, 1=nadiren, 2=bazen, 3=oldukça, 4=hemen her zaman) üzerinden cevaplandırılmıştır. İnci ve Erdem (2008) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısını 0,95 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

Depresyon Stress Anksiyete Ölçeği Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirmiştir. Daha sonra Henry ve Carwford (2005) ve Mahmoud ve ark. (2010) çalışmalarından alınarak 21 maddelik DASS ölçeği oluşturulmuştur. Ölçekteki ifadeler (0=bana uygun değil, 1=bana biraz uygun ve 3=bana tamamen uygun) olarak değerlendirilmektedir. 21 maddelik kısa formunun Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları tarafından (2017) yapmıştır. Yılmaz ve ark. (2017) ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısını depresyon için 0,819 anksiyete için 0,808 ve stres için 0,755 olarak belirtmişlerdir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı depresyon için 0,838 anksiyete için 0,791 ve stres için 0,760 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından hastalara bakım veren bireylere ve hastalara araştırma ile ilgili gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olarak kabul eden bakım veren bireylere ve hastalara veri toplama araçlarıyla yüz yüze görüşerek toplanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 programı kullanıldı. Çalışmanın verileri değerlendirilir iken tanımlamak için istatistiksel metod-

lardan (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin olağan dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemelerle sınıanmıştır ve olağan dağılım ortaya koyan nicel değişkenlerin 2 grup arası karşılaştırmalarında Bağımsız gruplar One Way ANOVA test, Student's t testi, ikiden çok grup arası karşılaştırmalarında Tek yönlü varyans analizi ve Dunn-Bonferroni test kullanılmıştır. Nicel değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulundan (Ek-5) ve ilgili hastanede araştırma yapılması için İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır (Ek-6). Çalışma öncesi hastalara bakım veren bireyler bilgilendirilerek onamları alınmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılan veri toplama araçları ile ilgili izinler alınmıştır (Ek-7).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen veriler, çalışmaya katılan yalnızca bir eğitim ve araştırma hastanesinde palyatif ünitesinde yatan hastalara bakım veren bireylerin ve hastaların görüşleri ile sınırlıdır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırma palyatif bakım ünitesinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü depresyon anksiyete stres düzeylerinin incelenmesi amacıyla İstanbul ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde 340 hasta ve hastalara bakım veren bireylerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen sıra ile aktarılacaktır.

4.1. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bulgular

Hastalara bakım veren bireylerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=340)

Özellikler		n	%
Yaş	<i>Ort±Ss</i>	42.80±8.33	
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	43	22-58
	<40	107	31.5
	40-49	158	46.5
	≥50	75	22.1
Cinsiyet	Kadın	205	60.3
	Erkek	135	39.7
Eğitim	Okur-yazar değil	11	3.2
	Okur-yazar	31	9.1
	İlkokul	25	7.4
	Ortaokul	56	16.5
	Lise	175	51.5
	Lisans	42	12.4
Medeni durum	Evli	252	74.1
	Bekâr	88	25.9
Çalışma durumu	Çalışıyor	180	52.9
	Çalışmıyor	160	47.1
Meslek bilgisi	Serbest meslek	114	33.5
	Memur	22	6.5
	Ev hanımı	147	43.2
	İşçi	57	16.8
Sosyal güvence	Var	340	100

Araştırmaya katılan hastalara bakım veren bireylerin yaşları 22 ile 58 yıl arasında olup, ortalama $42,80 \pm 8,33$ yıl olarak saptanmıştır. Hastalara bakım veren bireylerin %46,5'inin (n=158) 40-49 yaşlarında %60,3'ünün (n=205) kadın, %51,5'inin (n=175) lise mezunu, %74,1'i (n=252) evli olduğu görülmüştür.

Hastalara bakım veren bireylerin %52,9'unun (n=180) alıştığı, %43,2'sinin (n=147) ev hanımı olduğu ve %100'ünün (n=340) sosyal güvenceleri olduğu görülmüştür.

(Tablo 4.1)



4.2. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile İlgili Bulgular

Hastalara bakım veren bireylerin bakıma yönelik görüşleri ile ilgili bulgular Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile İlgili Bulgular (n=340)

Görüşler		n	%
Hastaya Bakıma Başlama Zamanı	≤1 yıl	100	29.4
	2-5 yıl	140	41.2
	6-9 yıl	46	13.5
	≥10 yıl	54	15.9
Hasta ile yakınlık derecesi	Eşi	55	16.2
	Çocuğu	272	80.0
	Annesi/Babası	13	3.8
Bakım verme sürecinde başka bireylerden destek alma durumu	Evet	271	79.7
	Hayır	69	20.3
Daha önce hastanede bulunma durumu	Refakatçi olarak	209	61.5
	Hasta olarak	83	24.4
	Hiç bulunmadım	48	14.1
Hasta dışında bakmakla yükümlü olunan kişi durumu	Evet	197	57.9
	Hayır	143	42.1
Hasta dışında bakmakla yükümlü olunan kişiler	Çocuklar	138	70.1
	Eş	25	12.7
	Anne / Baba	34	17.3
Kronik hastalık varlığı	Evet	206	60.6
	Hayır	134	39.4

Tablo 4.2: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile İlgili Bulgular (n=340) (Devamı)

Görüşler		n	%
Bakım verilen süre	Haftada 1-3 gün	247	72.6
	Haftada 4-5 gün	71	20.9
	Haftada 6-7 gün	22	6.5
Palyatif bakıma başlama süresi	1-3 ay	8	2.4
	3-6 ay	153	45.0
	≥6 ay	179	52.6
Günlük bakım süresi	1-6 saat	125	36.8
	6-12 Saat	167	49.1
	12-18 Saat	23	6.8
	18-24 Saat	25	7.4
Bakım zamanı	Gece	60	17.6
	Gündüz	85	25.0
	24 saat	195	57.4
•Hastaya bakım vermenin anlamı	Görev olduğunu düşünme	222	65.3
	Kutsandığını düşünme	90	26.5
	Mecbur olduğumu düşünme	68	20.0
	Tükenme hissetme	117	34.4
Palyatif bakım konusunda eğitim alma durumu	Evet	302	88.8
	Hayır	38	11.2

•Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastalara bakım veren bireylerin %41,2'sinin (n=140) 2-5 yıl arasında bakım hizmeti verdiği, bakım hizmeti verdikleri kişilerin %80'inin (n=272) hastanın çocukları olduğu, %79,7'si (n=271) bakım verme sürecinde başka bireylerden destek aldığı,%61,5'inin (n=209) refakatçi olarak daha önce hastanede bulunduğu, %57,9'unun (n=197) hastalarının dışında başka kişilere bakmakla yükümlü olduğu ve bu kişilerin%70,1'nin (n=138) çocukları olduğu ve %60,6'sının (n=206) kronik hastalığı olduğu görülmüştür.

Hastalara bakım veren bireylerin %72,6'sının (n=247) haftada 1-3 gün bakım verdiği, %52,6'sının (n=179) 6 ay ve üzerinde bakıma başladığı, %49,1'nin (n=167) 6-12 saat bakım yaptığı %57,4'ü (n=195) 24 saat bakıma zaman ayırdığı, hastalara bakım veren bireylerin hastaya bakım vermenin anlamı %65,3'ünün (n=222) palyatif bakımı görev

olarak düşündüğü, %88,8'i (n=302) palyatif bakım konusunda eğitim aldığı görülmüştür.

4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 4.3'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=340)

Özellikler		n	%
Yaş	<i>Ort±Ss</i>	70.98±12.36	
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	75	41-88
	<70	145	42,6
	70-80	108	31,8
	≥80	87	25,6
Cinsiyet	Kadın	136	40,0
	Erkek	204	60,0
Eğitim	Okur-yazar değil	170	50,0
	Okur-yazar	45	13,2
	İlkokul	27	7,9
	Ortaokul	32	9,4
	Lise	66	19,4
Medeni durum	Evli	259	76,2
	Bekâr	81	23,8
Meslek bilgisi	Serbest meslek	80	23,5
	Memur	44	12,9
	Ev hanımı	78	22,9
	İşçi	35	10,3
	Emekli	103	30,3
Ekonomik durum	İyi	20	5,9
	Orta	208	61,2
	Kötü	112	32,9

Hastaların %50'sinin (n=170) okur-yazar olmadığı, %76,2'si (n=259) evli olduğu %30,3'ünün (n=103) emekli olduğu %61,2'sinin (n=208) ekonomik durumunu orta olarak değerlendirdiği görülmüştür.

4.4. Hastaların Hastalık Durumuna İlişkin Bulgular

Hastaların hastalık durumuna ilişkin bulgular Tablo 4.4’de verilmiştir.

Tablo 4.4: Hastaların Hastalık Durumu ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=340)

Görüşler		n	%
Bakım gereksinimi duyulan süre	1-5 saat	87	25.6
	6-10 saat	157	46.2
	11-15 saat	40	11.8
	≥16 saat	56	16.5
Hastalık tanısı	Dâhili hastalıklar	94	27.6
	Nörolojik hastalıklar	150	44.1
	Onkolojik hastalıklar	96	28.2
Tanı alma süresi	1-5 yıl	27	7.9
	6-10 yıl	157	46.2
	11-15 yıl	89	26.2
	≥16 yıl	67	19.7
Hastaneye yatış deneyimi	1-3 kez	154	45.3
	≥4 kez	186	54.7
Bağımlılık durumu	Tam bağımlı	191	56.2
	Yarı bağımlı	138	40.6
	Bağımsız	11	3.2
Beslenme durumu	Oral beslenme	138	40.6
	NG ile beslenme	131	38.5
	PEG ile beslenme	71	20.9
Sosyal güvence	Var	340	100

Hastaların %46,2’sinin (n=157) 6-10 saat bakıma gereksinim duyduğu, hastaların %44,1’inin (n=150) nörolojik hastalıkları olduğu, %46,2’sinin (n=157) 6-10 yıl arasında tanı aldığı %54,7’sinin (n=186) 4 kez ve üzeri hastaneye yatış deneyiminin olduğu %56,2’sinin (n=191) tam bağımlı olduğu, %40,6’sının (n=138) normal beslendiği, hastaların tamamının (n=340) sosyal güvencesi olduğu görülmüştür.

4.5. Bakım Verme Yüğü Ölçeği ile İlgili Bulgular

Bakım vericilerin Bakım Verme Ölçeği puanları ile ilgili bulgular Tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.5: Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puanlarının Dağılımlı (n=340)

	Madde Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Bakım Verme Yüğü Ölçeği	22	58.53±10.48	59 (39-79)

Hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden aldıkları puanlar 39 ile 79 arasında değişmekte olup ve ortalama 58,53±10,48 olarak saptanmıştır (Tablo 4.5).

4.6. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ile İlgili Bulgular

Hastalara bakım veren bireylerin tanıtıcı özellikleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ile ilgili bulgular Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=340)

Özellikler		Bakım Verme Yükü Ölçeği		P
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	
Yaş	<40	59.36±12.43	64 (39-79)	^b 0,616
	40-49	58.13±9.79	59 (39-79)	
	≥50	58.21±8.81	57 (44-75)	
Cinsiyet	Kadın	62.52±9.09	64 (39-79)	^a 0.001**
	Erkek	52.49±9.55	54 (39-71)	
Eğitim	Okur-yazar değil	73.45±5.13	75 (58-75)	^b 0.001**
	Okur-yazar	51.94±10.87	52 (39-65)	
	İlkokul	64.12±4.48	68 (59-68)	
	Ortaokul	61.32±5.85	63 (48-73)	
	Lise	59.42±10.3	59 (39-79)	
	Lisans	48.79±9.24	57 (39-58)	
Medeni durum	Evli	58.59±9.22	59 (39-75)	^a 0.875
	Bekâr	58.39±13.54	64 (39-79)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	55.85±10.75	57 (39-79)	^a 0.001**
	Çalışmıyor	61.56±9.33	64 (39-75)	
Meslek bilgisi	Serbest meslek	58.82±12.19	63 (39-79)	^b 0.001**
	Memur	51.18±7.40	51 (44-62)	
	Ev hanımı	60.82±9.37	62 (39-75)	
	İşçi	54.93±8.26	57 (39-65)	

^aStudent-t Test

^bOne-Way ANOVA Test & Dunn-Bonferroni Test

**p<0.01

Hastaya bakım veren kadınların Bakım Verme Yükü ölçeği puanları ile erkeklerin bakım verme yükü ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (p=0,001; p<0,01).

Hastalara bakım veren bireylerin eğitim durumları ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını saptamak üzere gerçekleştiren ikili karşılaştırmaların sonucunda; okur-yazar olmayan bireylerin bakım verme yüğü ölçeğinden almış oldukları puanlar, okur-yazar olanlardan, ortaokul ve lise mezunlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Lisans mezunlarının bakım verme yüğü ölçeğinden almış oldukları puanlar okur-yazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarından anlamlı olarak düşüktür ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

alışan bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden almış olduğu puanlar alışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Mesleklerine göre hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla gerçekleştiren ikili karşılaştırmaların sonucunda; memurların bakım verme yüğü ölçeğinden almış oldukları puanlar serbest meslek sahibi olanlardan ve ev hanımı olanlardan anlamlı olarak düşüktür ($p=0,008$; $p=0,001$; $p<0,01$). Ev hanımı olan çalışmaya katılan bireylerin ölçekten almış oldukları puanlar işçilerden anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$).

Hastalara bakım veren bireylerin yaşlarına ve medeni durumlarına göre Bakım Verme Yüğü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

4.7. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ile İlgili Bulgular

Hastalara bakım veren bireylerin bakıma yönelik görüşleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması ile ilgili bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=340)

Görüşler		Bakım Verme Yükü Ölçeği			P
		Ort±Ss	Medyan	Min-Max	
Hastaya Bakıma Başlama Zamanı	≤1 yıl	58.65±11.69	61	39-75	^b 0.845
	2-5 yıl	58.94±9.60	63	39-71	
	6-9 yıl	57.37±5.59	57	48-65	
	≥10 yıl	58.28±13.35	59	39-79	
Hasta ile yakınlık derecesi	Eşi	60.96±6.82	61	50-73	^b 0.008**
	Çocuğu	57.74±11.16	59	39-79	
	Annesi/Babası	65.00±0.00	65	65-65	
Bakım verme sürecinde destek alma durumu	Evet	57.65±10.83	59	39-75	^a 0.001**
	Hayır	62.03±8.18	59	48-79	
Daha önce hastanede bulunma durumu	Refakatçi olarak	56.28±11.63	57	39-79	^b 0.001**
	Hasta olarak	60.19±7.79	63	48-73	
	Hiç bulunmadım	65.52±3.36	64	62-71	
Hasta dışında bakmakla yükümlü olunan kişi durumu	Var	59.53±8.08	61	43-71	^a 0.057
	Yok	57.17±13.01	54	39-79	
Hasta dışında bakmakla yükümlü olunan kişiler	Çocuklar	60.69±6.58	61	48-71	^b 0.007**
	Eş	57.44±12.16	68	44-68	
	Anne / Baba	56.35±9.00	59	43-64	
Kronik hastalık olma durumu	Var	59.45±9.43	59	43-79	^a 0.059
	Yok	57.14±11.83	62	39-73	

^aStudent-t Test

^bOne-Way ANOVA Test & Dunn-Bonferroni Test

**p<0.01

Hasta ile yakınlık derecelerine göre hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,008; p<0,01). Farklılığı saptamak için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda; yakınlık derecesi annesi ya da babası olanların ölçekten almış oldukları

puanlar, yakınlık derecesi çocuğu olanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ($p=0,042$; $p<0,05$).

Bakım verme sürecinde destek alan hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden aldıkları puanlar, destek olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Daha önce hastanede bulunma durumlarına göre hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda; daha önce hiç hastanede bulunmayan hastalara bakım veren bireylerin ölçekten almış oldukları puanlar, refakatçi olarak ve hasta olarak bulunanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,010$; $p<0,05$). Hasta olarak bulunan hastalara bakım veren bireylerin ölçekten almış oldukları puanlar, refakatçi şeklinde bulunanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,008$; $p<0,01$).

Hasta dışında bakmakla yükümlü oldukları kişilere göre hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,007$; $p<0,01$). Farklılığın nedenini saptamak için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda; çocuklarına bakmakla yükümlü olan bireylerin ölçekten almış oldukları puanlar, annesine veya babasına bakmakla yükümlü olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,014$; $p<0,05$).

Hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden aldıkları puanlar, bakım verme sürelerine, hasta dışında bakmakla yükümlü olunan kişi durumuna, kronik hastalık olma durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. ($p>0,05$).

4.8. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ile İlgili Bulgular

Hastalara bakım veren bireylerin bakıma yönelik görüşleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ile ilgili bulgular Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8:Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=340)

Görüşler		Bakım Verme Yükü Ölçeği		P
		Ort±Ss	Medyan Min-Maks	
Bakım verilen süre	Haftada 1-3 gün	60.48±10.14	61 39-79	^b 0.001**
	Haftada 4-5 gün	51.48±9.51	48 39-64	
	Haftada 6-7 gün	59.55±7.39	65 50-65	
Palyatif bakıma başlama süresi	1-3 ay	50.00±0.00	50 50-50	^b 0.002**
	3-6 ay	57.06±11.68	59 39-75	
	≥6 ay	60.18±9.22	62 39-79	
Palyatif bakım süresi	1-6 saat	57.02±11.97	62 39-73	^b 0.061
	6-12 Saat	60.19±7.47	59 39-75	
	12-18 Saat	56.39±20.27	39 39-79	
	18-24 Saat	57.08±3.55	54 54-61	
Bakım zamanı	Gece	51.63±8.76	57 39-61	^b 0.001**
	Gündüz	61.20±7.53	65 48-70	
	24 saat	59.50±11.20	59 39-79	
•Hasyaya Bakım Vermenin Anlamı				
Görev olduğunu düşünme	Evet	58.18±9.42	58 39-75	^a 0.328
	Hayır	59.22±12.26	64 39-79	
Kutsandığını düşünme	Evet	62.42±9.18	65 39-75	^a 0.001**
	Hayır	57.14±10.59	58 39-79	
Mecbur olduğunu düşünme	Evet	58.31±7.12	61 44-65	^a 0.840
	Hayır	58.60±11.18	59 39-79	
Tükenme hissetme	Evet	58.00±12.25	59 39-79	^a 0.494
	Hayır	58.82±9.45	61 39-75	
Palyatif bakım konusunda eğitim alma durumu	Evet	58.93±9.97	61 39-79	^a 0.134
	Hayır	55.42±13.71	58 39-75	

^aStudent-t Test , ^bOne-Way ANOVA Test & Dunn-Bonferroni Test , **p<0.01

Hastaya bakım verme sürelerine göre hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeğinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını saptamak için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda, haftada 4-5 gün bakım verenlerin ölçekten almış oldukları puanlar, haftada 1-3 gün, haftada 6-7 gün bakım verenlerden anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,003$; $p<0,01$).

Hastaların palyatif bakıma başlama sürelerine göre hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,002$; $p<0,01$). Farklılığı saptamak için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda; 6 ay ve üzeri bakıma başlayanların ölçekten almış oldukları puanlar, 1-3 ay arasında ve 3-6 ay arasında bakıma başlayanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,020$; $p=0,019$; $p<0,05$).

Hastalara bakım veren bireylerin bakım zamanına göre Bakım Verme Yükü Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı saptamak için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda; gece bakım verenlerin ölçekten almış oldukları puanlar, gündüz ve 24 saat bakım verenlerden anlamlı olarak düşüktür ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastalara bakım veren bireylerin hastaya bakım vermenin anlamına göre kutsandığını düşünenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeğinden almış oldukları puanlar, kutsandığını düşünmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Hastalara bakım veren bireylerin palyatif bakım süresi hastaya bakım vermenin anlamında, görev olduğunu düşünme, mecbur olduğunu düşünme ve tükenme hissettiğini düşünme durumları, palyatif bakımla ilgili eğitim alma durumlarına göre Bakım verme Yükü Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.9. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ile İlgili Bulgular

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ile ilgili bulgular Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ile İlgili Bulgular (n=340)

	Madde Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Depresyon	7	13.26±4.33	14 (3-20)
Anksiyete	7	7.90±3.63	8 (0-15)
Stres	7	11.52±3.80	12 (3-20)

Araştırmaya katılan hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*” alt boyutundan aldıkları puanlar 3 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama 13,26±4,33 puan; “*Anksiyete*” alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama 7,90±3,63 puan; “*Stres*” alt boyutundan aldıkları puanlar 3 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama puan 11,52±3,80 olarak belirlenmiştir.

4.10. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ile İlgili Bulgular

Hastalara bakım veren bireylerin tanıtıcı özellikleri ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ile ilgili bulgular Tablo 4.10'de verilmiştir.

Tablo 4.10: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=340)

		Depresyon		Anksiyete		Stres	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Yaş	<40	12.93±4.62	14 (3-19)	8.35±3.18	8 (1-15)	11.83±3.51	12 (3-18)
	40-49	13.35±4.28	14 (3-20)	7.51±3.35	8 (0-15)	11.58±3.85	12 (3-20)
	≥50	13.52±4.05	14 (7-20)	8.12±4.66	7 (0-15)	10.96±4.07	10 (6-20)
	<i>p</i>		0.624		0.160		0.303
Cinsiyet	Kadın	14.89±3.64	16 (4-20)	9.24±3.01	8 (5-15)	12.91±3.14	13 (6-20)
	Erkek	10.79±4.14	11 (3-17)	5.89±3.59	6 (0-12)	9.41±3.75	10 (3-17)
	<i>p</i>		^a0.001**		^a0.001**		^a0.001**
Eğitim	Okur-yazar değil	19.27±2.41	20 (12-20)	14.55±1.51	15 (10-15)	19.18±2.71	20 (11-20)
	Okur-yazar	10.81±5.49	12 (4-19)	7.81±2.17	9 (5-10)	9.90±3.41	11 (6-18)
	İlkokul	14.72±1.49	16 (13-16)	7.08±1.58	6 (6-13)	11.36±1.98	13 (9-13)
	Ortaokul	17.23±2.00	18 (11-19)	9.73±2.13	9 (7-13)	14.00±2.80	14 (10-18)
	Lise	12.54±4.00	13 (3-17)	7.62±3.85	7 (0-15)	11.23±3.58	12 (3-17)
	Lisans	10.33±3.03	12 (7-14)	5.5±3.44	6 (1-10)	8.74±2.71	11 (5-11)
	<i>p</i>		^b0.001**		^b0.001**		^b0.001**
Medeni durum	Evli	13.43±3.97	14 (4-20)	8.39±3.52	8 (0-15)	11.52±3.22	12 (5-20)
	Bekâr	12.77±5.24	16 (3-19)	6.53±3.65	6 (1-12)	11.55±5.13	13 (3-18)
	<i>p</i>		^a0.222		^a0.001**		^a0.950
Çalışma durumu	Çalışıyor	12.02±4.26	13 (3-18)	6.51±3.49	7 (0-13)	10.03±3.60	10 (3-17)
	Çalışmıyor	14.65±3.99	15.5 (4-20)	9.48±3.14	9 (5-15)	13.21±3.29	13 (6-20)
	<i>p</i>		^a0.001**		^a0.001**		^a0.001**
Meslek	Serbest meslek	13.03±4.37	15 (3-18)	6.04±3.70	7 (0-12)	10.89±4.42	13 (3-17)
	Memur	9.55±2.61	9.5 (7-13)	6.82±3.00	5 (4-10)	8.55±2.61	8.5 (6-12)
	Ev hanımı	14.62±4.17	16 (4-20)	9.61±3.24	9 (5-15)	13.05±3.38	12 (6-20)
	İşçi	11.65±3.79	13 (4-17)	7.67±2.54	7 (1-13)	10.00±1.66	10 (5-12)
	<i>p</i>		^b0.001**		^b0.001**		^b0.001**

^aStudent-t Test, ^bOne-Way ANOVA Test & Dunn-Bonferroni Test, **p<0,01

Yaşlarına göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*”, “*Anksiyete*” ve “*Stres*” alt boyutlarından almış oldukları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Kadın hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*”, “*Anksiyete*” ve “*Stres*” alt boyutlarından almış oldukları puanlar, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Eğitim durumlarına göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda; okur-yazar olmayanların alt boyuttan almış oldukları puanlar, okur-yazar olanlardan, ilkokul, lise ve lisans mezunlarından anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,009$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Ortaokul mezunlarının alt boyuttan almış oldukları puanlar, okur-yazar olanlardan, lise ve lisans mezunlarından anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Eğitim durumlarına göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Anksiyete*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılıklar bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; okur-yazar olmayanların alt boyuttan almış oldukları puanlar, okur-yazar olanlardan, ilkokul, ortaokul, lise ve lisans mezunlarından anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Ortaokul mezunlarının alt boyuttan almış oldukları puanlar, okur-yazar olmayanlardan, ilkokul, lise ve lisans mezunlarından anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,012$, $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,05$).

Eğitim durumlarına göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını saptamak için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda; okur-yazar olmayanların alt boyuttan almış oldukları puanlar, okur-yazar olanlardan, ilkokul, ortaokul, lise ve lisans mezunlarından anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Ortaokul mezunlarının alt boyuttan almış oldukları puanlar, okur-yazar olanlardan, ilkokul, lise ve lisans mezunlarından anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,011$, $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,05$).

Medenini durumlarına göre evli olup hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Anksiyete*” alt boyutlarından almış oldukları puanlar, bekâr olanlardan istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ($p=0,001$; $p<0,01$).

Medeni durumlarına göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*”, “*Stres*” alt boyutlarından almış oldukları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma durumlarına göre çalışan olup hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*”, “*Anksiyete*” ile “*Stres*” alt boyutlarından almış oldukları puanlar, çalışmayan istatistiksel bakımdan anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Mesleklerine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda; ev hanımlarının aldıkları alt boyuttan almış oldukları puanlar, serbest meslek sahibi olanlardan, memur ve işçi olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,012$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,05$).

Mesleklerine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Anksiyete*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; ev hanımlarının aldıkları alt boyuttan almış oldukları puanlar, serbest meslek sahibi olanlardan, memur ve işçi olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Mesleklerine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda; ev hanımlarının aldıkları alt boyuttan almış oldukları puanlar, serbest meslek sahibi olanlardan, memur ve işçi olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

4.11. Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Durumları ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ile İlgili Bulgular

Hastalara bakım veren bireylerin bakım verme durumları ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği bulguları Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakıma Yönelik Görüşleri ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=340)

		Depresyon		Anksiyete		Stres	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Bakım verme süresi	≤1 yıl	12.16±4.72	12 (4-20)	9.56±3.72	10 (4-15)	11.31±4.00	12 (6-20)
	2-5 yıl	13.69±4.45	15.5 (3-18)	7.23±2.29	7 (1-12)	12.34±3.36	13 (3-17)
	6-9 yıl	15.04±3.14	14 (11-19)	8.15±5.10	9 (0-15)	11.20±4.46	10 (6-18)
	≥10 yıl	12.65±3.51	14 (7-16)	6.41±3.78	6 (1-12)	10.09±3.45	11 (5-15)
		^b 0.001**		^b 0.001**		^b 0.002**	
Hasta ile yakınlık derecesi	Eşi	14.89±2.60	15 (11-18)	9.51±2.30	8 (6-13)	13.09±2.08	13 (10-16)
	Çocuğu	12.70±4.50	13 (3-20)	7.58±3.86	7 (0-15)	11.09±4.03	11 (3-20)
	Annesi/Babası	18.00±0.00	18 (18-18)	8.00±0.00	8 (8-8)	14.00±0.00	14 (14-14)
		^b 0.001**		^b 0.001**		^b 0.001**	
Bakım verme sürecinde destek alma durumu	Evet	12.83±4.57	14 (3-20)	7.24±3.53	7 (0-15)	11.17±3.90	12 (3-20)
	Hayır	14.93±2.68	14 (11-19)	10.55±2.77	9 (6-15)	12.91±2.99	13 (9-18)
		^a 0.001**		^a 0.001**		^a 0.001**	
Daha önce hastanede bulunma durumu	Refakatçi olarak	12.38±4.69	12 (3-20)	7.53±4.27	8 (0-15)	10.79±4.18	11 (3-20)
	Hasta olarak	14.00±3.76	14 (8-19)	8.60±1.90	8 (7-13)	12.20±2.94	12 (9-18)
	Hiç bulunmadım	15.79±1.60	16 (13-17)	8.38±2.60	6 (6-12)	13.54±2.06	13 (12-17)
		^b 0.001**		^b 0.067		^b 0.001**	
Hasta dışında bakmakla yükümlü olunan kişi durumu	Var	14.03±3.72	15 (3-18)	7.75±3.11	8 (0-15)	11.45±3.15	12 (3-17)
	Yok	12.20±4.88	12 (4-20)	8.13±4.26	9 (0-15)	11.63±4.56	11 (5-20)
		^a 0.001**		^a 0.358		^a 0.680	
Hasta dışında bakmakla yükümlü olunan kişiler	Çocuklar	15.14±2.16	15 (11-18)	9.01±2.63	8 (0-15)	12.36±2.19	12 (6-17)
	Eş	12.04±4.56	16 (7-16)	5.12±1.01	6 (4-6)	9.92±3.55	13 (6-13)
	Anne / Baba	11.00±5.50	12 (3-16)	4.53±2.31	6 (1-6)	8.88±4.21	9 (3-13)
		^b 0.001**		^b 0.001**		^b 0.001**	
Kronik hastalık olma durumu	Var	13.85±4.22	14 (3-20)	8.35±3.41	8 (1-15)	12.02±3.87	12 (3-20)
	Yok	12.34±4.37	12 (4-18)	7.23±3.88	7.5 (0-13)	10.75±3.57	12 (5-17)
		^a 0.002**		^a 0.005**		^a 0.002**	

^aStudent-t Test

^bOne-Way ANOVA Test & Dunn-Bonferroni Test

**p<0.01

Tablo 4.11: Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Durumları ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin Karşılaştırılması (n=340) (Devamı)

		Depresyon		Anksiyete		Stres	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Bakım verilen süre	Haftada 1-3 gün	13.38±4.05	14 (4-20)	8.53±3.49	8 (0-15)	11.53±3.37	12 (6-20)
	Haftada 4-5 gün	11.15±4.43	13 (3-16)	5.08±3.1	6 (1-10)	9.72±3.99	12 (3-13)
	Haftada 6-7 gün	18.64±0.49	19 (18-19)	10.09±1.48	9 (9-12)	17.27±0.98	18 (16-18)
			^b 0.001**		^b 0.001**		^b 0.001**
Palyatif bakıma başlama süresi	1-3 ay	18.00±0.00	18 (18-18)	12.00±0.00	12 (12-12)	16.00±0.00	16 (16-16)
	3-6 ay	13.46±4.85	14 (4-20)	8.44±3.87	8 (1-15)	11.73±4.63	11 (5-20)
	≥6 ay	12.87±3.81	13 (3-18)	7.27±3.32	7 (0-13)	11.15±2.85	12 (3-15)
			^b 0.003**		^b 0.001**		^b 0.001**
Palyatif bakım süresi	1-6 saat	12.46±5.25	14 (3-18)	7.50±3.47	7 (1-13)	10.93±4.04	12 (3-17)
	6-12 Saat	14.57±3.12	14 (8-20)	8.25±3.36	8 (0-15)	12.37±3.47	12 (6-20)
	12-18 Saat	10.91±4.56	7 (7-16)	5.78±5.58	1 (1-12)	9.35±5.07	5 (5-15)
	18-24 Saat	10.64±3.04	8 (8-14)	9.64±3.04	7 (7-13)	10.88±1.01	10 (10-12)
			^b 0.001**		^b 0.001**		^b 0.001**
Bakım Zamanı	Gece bakım	10.83±3.24	12 (7-14)	6.57±4.25	6 (1-13)	8.97±2.93	11 (5-12)
	Gündüz bakım	15.64±2.41	15 (12-19)	8.47±1.78	8 (6-12)	13.81±2.23	13 (11-18)
	24 saat bakım	12.97±4.77	13 (3-20)	8.08±3.94	8 (0-15)	11.31±4.01	12 (3-20)
			^b 0.001**		^b 0.001**		^b 0.001**
•Hastaya Bakım Vermenin Anlamı							
Görev olduğunu düşünme	Evet	12.97±4.04	13 (3-20)	7.55±3.32	8 (0-15)	11.41±3.53	12 (3-20)
	Hayır	13.80±4.82	16 (4-19)	8.58±4.11	9 (1-15)	11.74±4.27	12 (5-18)
			^a 0.115		^a 0.019*		^a 0.477
Kutsandığını düşünme	Evet	13.96±4.49	13 (8-20)	9.32±2.86	9 (6-15)	13.48±3.55	12 (9-20)
	Hayır	13.01±4.26	14 (3-18)	7.40±3.76	8 (0-15)	10.82±3.64	12 (3-17)
			^a 0.075		^a 0.001**		^a 0.001**
Mecbur olduğumu düşünme	Evet	14.04±3.44	16 (7-17)	9.43±3.93	8 (4-15)	10.46±2.40	12 (6-13)
	Hayır	13.06±4.51	14 (3-20)	7.53±3.47	8 (0-15)	11.79±4.03	12 (3-20)
			^a 0.095		^a 0.001**		^a 0.009**
Tükettiğini düşünme	Evet	13.05±4.66	14 (4-19)	7.68±3.31	8 (1-12)	11.31±4.31	11 (5-18)
	Hayır	13.37±4.16	14 (3-20)	8.03±3.8	8 (0-15)	11.64±3.51	12 (3-20)
			^a 0.523		^a 0.392		^a 0.449
Palyatif bakım konusunda eğitim alma durumu	Evet	13.41±4.19	14 (3-19)	7.76±3.53	8 (0-15)	11.51±3.55	12 (3-18)
	Hayır	12.03±5.23	12 (7-20)	9.11±4.25	10 (4-15)	11.61±5.44	11 (6-20)
			^a 0.063		^a 0.068		^a 0.920

^aStudent-t Test

^bOne-Way ANOVA Test & Dunn-Bonferroni Test

**p<0,01

Bakım verme sürelerine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda; 1 yıl ve daha az bakım verenlerin alt boyuttan aldıkları toplam puanlar, 2-5 yıl arasındakilerin ve 6-9 yıl arasındakilerden anlamlı olarak düşüktür ($p=0,037$; $p=0,001$; $p<0,05$).

Bakım verme sürelerine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Anksiyete*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; 1 yıl ve daha az bakım verenlerin alt boyuttan aldıkları toplam puanlar, 2-5 yıl arasındakilerin ve 10 yıl üzerinde bakım verenlerden anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Bakım verme sürelerine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda; 2-5 yıl arasında bakım verenlerin alt boyuttan aldıkları toplam puanlar, 10 yıl üzerinde bakım verenlerden anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$).

Hasta ile yakınlık derecelerine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda; annesi babası hasta olanların alt boyuttan almış oldukları puanlar, eşi ve çocuğu hasta olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,048$; $p=0,001$; $p<0,05$). Eşi hasta olanların alt boyuttan almış oldukları puanlar, çocuğu hasta olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$).

Hasta ile yakınlık derecelerine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Anksiyete*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmaların sonucunda; eşi hasta olanların alt boyuttan almış oldukları puanlar, çocuğu hasta olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$).

Hastayla yakınlık derecelerine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla gerçekleştirilen yapılan ikili

karşılaştırmaların sonucunda; çocuğu hasta olanların alt boyuttan almış oldukları puanlar, eşi ve anne babası hasta olanlardan anlamlı olarak düşüktür ($p=0,001$; $p=0,018$; $p<0,05$).

Bakım verme sürecine göre destek alan hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*”, “*Anksiyete*” ve “*Stres*” alt boyutlarından almış oldukları puanlar, destek almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Daha önce hastanede bulunma durumuna göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; refakatçi olarak bulunan katılımcıların alt boyuttan almış oldukları puanlar, hasta olarak bulunan ve hastanede hiç bulunmayanlardan anlamlı olarak düşüktür ($p=0,009$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Daha önce hastanede bulunma durumuna göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; refakatçi olarak bulunan katılımcıların alt boyuttan almış oldukları puanlar, hasta olarak bulunan ve hiç bulunmayanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,009$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Daha önce hastanede bulunma durumuna göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Anksiyete*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bakım verilen hasta dışında başkasına bakmakla yükümlü olan hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*” alt boyutundan almış oldukları puanlar, yükümlü olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Bakım verilen hasta dışında bakmakla yükümlü olunan kişi durumuna göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Anksiyete*”, “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bakım verilen hasta dışında bakmakla yükümlü olunan bireylere göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirle-

mek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; çocuklarına bakan katılımcıların alt boyuttan almış oldukları puanlar, eşlerine ve anne babalarına bakanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Bakım verilen hasta dışında bakmakla yükümlü olunan kişilere göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 "*Anksiyete*" alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; çocuklarına bakan katılımcıların alt boyuttan almış oldukları puanlar, eşlerine ve anne babalarına bakanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Bakım verilen hasta dışında bakmakla yükümlü olunan kişilere göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 "*Stres*" alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; çocuklarına bakan katılımcıların alt boyuttan almış oldukları puanlar, eşlerine ve anne babalarına bakanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Kronik hastalığı olan hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 "*Depresyon*", "*Anksiyete*" ve "*Stres*" alt boyutlarından almış oldukları puanlar, kronik hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,002$; $p=0,005$; $p=0,002$; $p<0,01$).

Bakım verilen süreye göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 "*Depresyon*" alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; haftada 6-7 gün bakım verenlerin alt boyuttan almış oldukları puanlar, haftada 1-3 gün ve haftada 4-5 gün bakım verenlerden anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$, $p=0,001$; $p<0,01$). Haftada 4-5 gün bakım verenlerin alt boyuttan almış oldukları puanlar, haftada 1-3 gün bakım verenlerden anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$).

Bakım verilen süreye göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 "*Anksiyete*" alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştı-

maların sonucunda; haftada 4-5 gün bakım verenlerin alt boyuttan almış oldukları puanlar, haftada 1-3 gün ve haftada 6-7 gün bakım verenlerden anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$, $p=0,001$; $p<0,01$).

Bakım verilen süreye göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; haftada 6-7 gün bakım verenlerin alt boyuttan almış oldukları puanlar, haftada 1-3 gün ve haftada 4-5 gün bakım verenlerden anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$, $p=0,001$; $p<0,01$). Haftada 4-5 gün bakım verenlerin alt boyuttan almış oldukları puanlar, haftada 1-3 gün bakım verenlerden anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$).

Palyatif bakıma başlama süresine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,003$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; palyatif bakıma başlama süresi 1-3 ay arasında olan katılımcıların alt boyuttan almış oldukları puanlar 3-6 ay arasında ve 6 ay ve üzerinde olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,011$; $p=0,003$; $p<0,05$).

Palyatif bakıma başlama süresine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Anksiyete*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; palyatif bakıma başlama süresi 1-3 ay arasında olan katılımcıların alt boyuttan almış oldukları puanlar 3-6 ay arasında ve 6 ay ve üzerinde olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,018$; $p=0,001$; $p<0,05$). Palyatif bakıma başlama süresi 3-6 ay arasında olan katılımcıların alt boyuttan almış oldukları puanlar ay ve üzerinde olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,009$; $p<0,01$).

Palyatif bakıma başlama süresine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; palyatif bakıma başlama süresi 1-3 ay arasında olan katılımcıların alt boyuttan almış oldukları puanlar 3-6 ay arasında ve 6 ay ve üzerinde olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,005$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Palyatif bakım süresine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; palyatif bakım süresi 6-12 saat olan katılımcıların alt boyuttan almış oldukları puanlar, 1-6 saat, 12-18 saat ve 18-24 saat arasında olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Palyatif bakım süresine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Anksiyete*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; palyatif bakım süresi 12-18 saat olan katılımcıların alt boyuttan almış oldukları puanlar, 6-12 saat ve 18-24 saat arasında olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,012$; $p=0,001$; $p<0,05$).

Palyatif bakım süresine göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; palyatif bakım süresi 6-12 saat olan katılımcıların alt boyuttan almış oldukları puanlar, 1-6 saat, 12-18 saat arasında olanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,007$; $p=0,002$; $p<0,01$).

Palyatif bakım zamanına göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; gündüz bakım yapanların alt boyuttan almış oldukları puanlar, gece ve 24 saat bakım yapanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). 24 saat bakım yapanların alt boyuttan almış oldukları puanlar, gece bakım yapanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$).

Palyatif bakım zamanına göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Anksiyete*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; gündüz bakım yapanların alt boyuttan almış oldukları puanlar, gece ve 24 saat bakım yapanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,005$; $p=0,014$; $p<0,05$).

Palyatif bakım zamanına göre hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmaların sonucunda; gündüz bakım yapanların alt boyuttan almış oldukları puanlar, gece ve 24 saat bakım yapanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). 24 saat bakım yapanların alt boyuttan almış oldukları puanlar, gece bakım yapanlardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$).

Palyatif bakım vermenin anlamına göre, görev olduğunu düşünen hastaya bakım veren bireylerin DASS-21 “*Anksiyete*” alt boyutundan almış oldukları puanlar, görev olduğunu düşünmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı olarak düşüktür ($p=0,019$; $p<0,05$).

Palyatif bakım vermenin anlamına göre, görev olduğunu düşünen hastaya bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*”, “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$).

Palyatif bakım vermenin anlamına göre, kutsandığını düşünen hastaya bakım veren bireylerin DASS-21 “*Anksiyete*” ve “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar, görev olduğunu düşünmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Palyatif bakım vermenin anlamına göre, kutsandığını düşünen hastaya bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Palyatif bakım vermenin anlamına göre, mecbur olduğunu düşünen hastaya bakım veren bireylerin DASS-21 “*Anksiyete*” ve “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar, görev olduğunu düşünmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p=0,009$; $p<0,01$).

Palyatif bakım vermenin anlamına göre, mecbur olduğunu düşünen hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Palyatif bakım vermenin anlamına göre, tükettiğini düşünen hastaya bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*”, “*Anksiyete*” ve “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$).

Palyatif bakım konusunda eğitim alma durumuna göre hastaya bakım veren bireylerin DASS-21 “*Depresyon*”, “*Anksiyete*” ve “*Stres*” alt boyutundan almış oldukları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

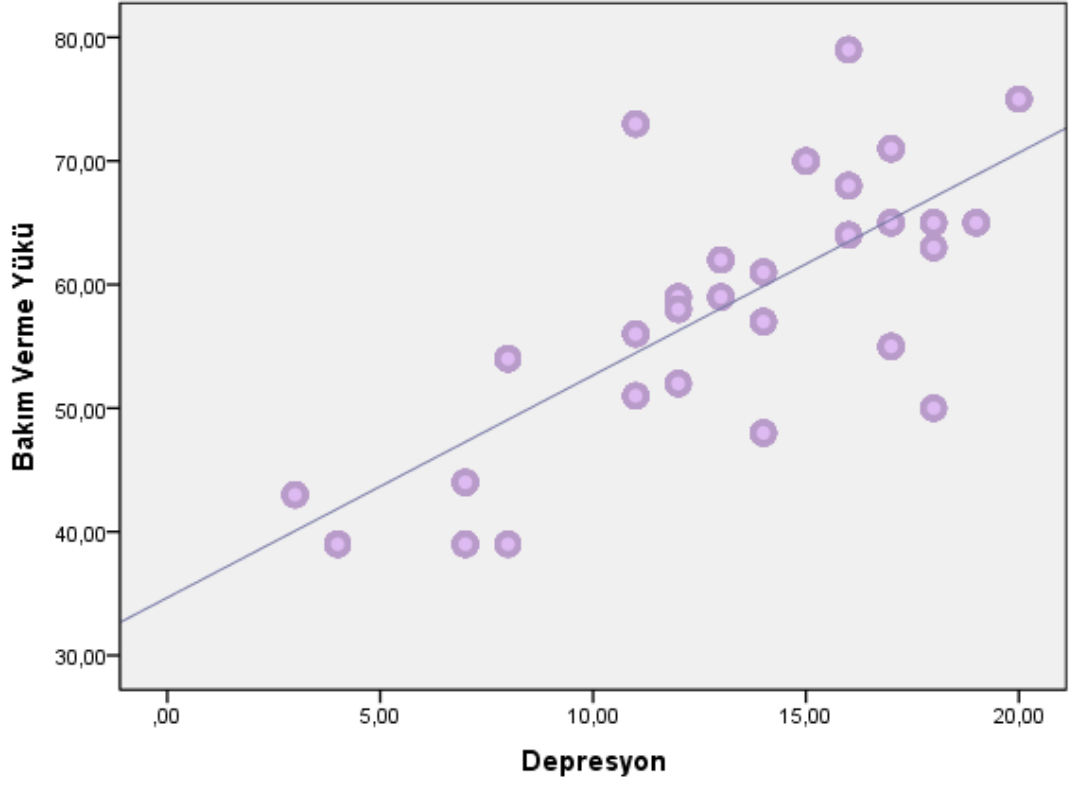
4.12. Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puanları ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 4.12: Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puanları ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular (n=340)

	Bakım Verme Yüğü Ölçeği	
	R	p
Depresyon	0.744	0.001**
Anksiyete	0.596	0.001**
Stres	0.757	0.001**

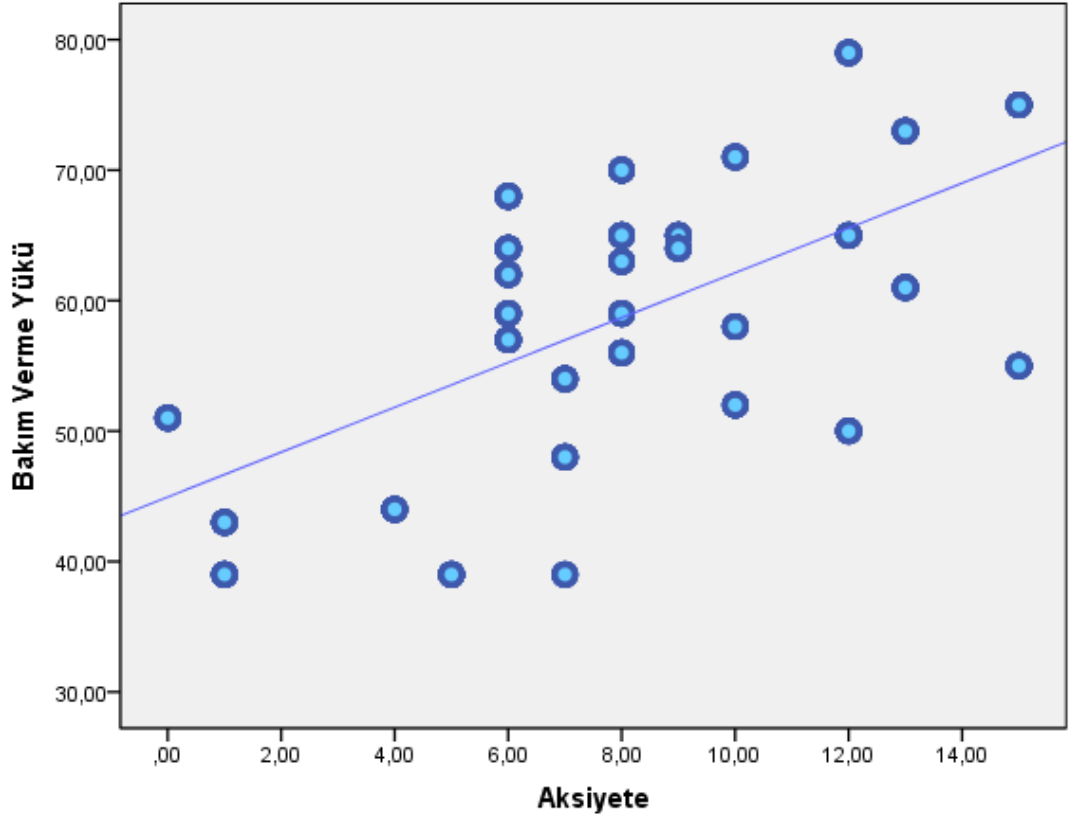
r: Pearson Correlation Test

** $p<0.01$



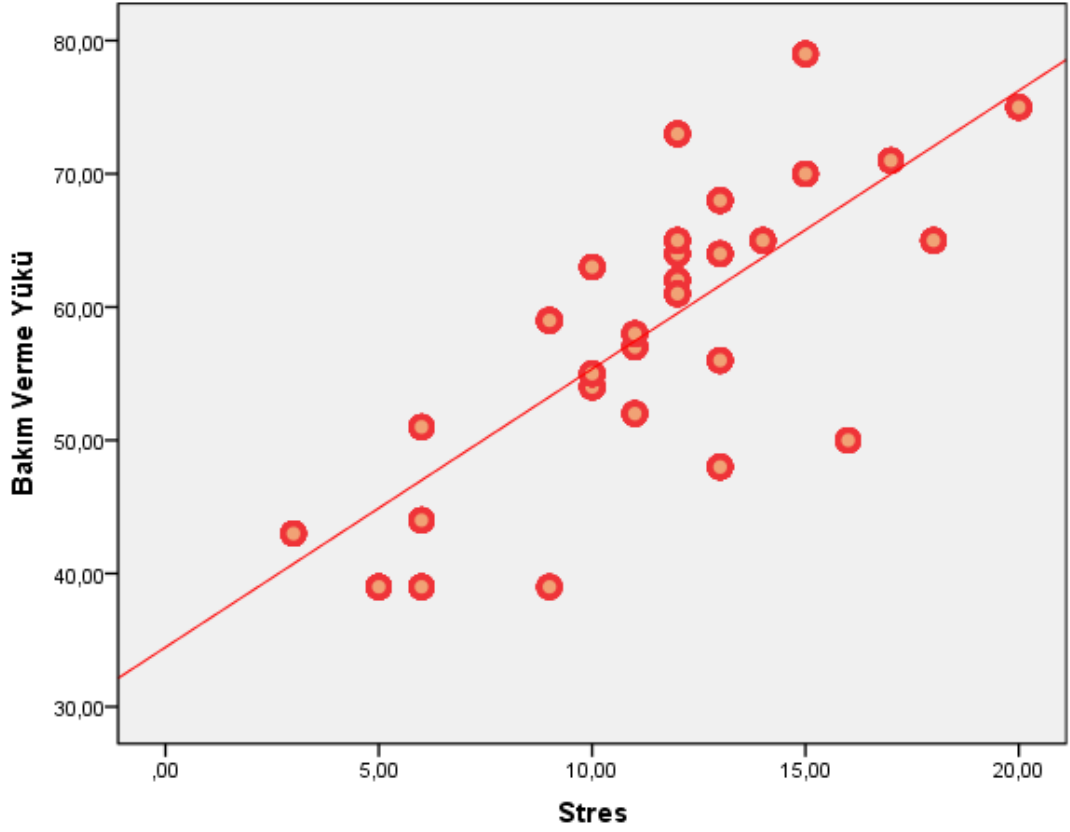
Şekil 4.1: Bakım Verme Yüğü Puanı ile Depresyon Puanı Arasındaki Korelasyon Grafiğı

Hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden aldıkları puanlar ile DASS-21“Depresyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Bakım yüğü arttıkça, depresyon artan) istatistiksel olarak pozitif yönlü güçlü düzeyde ilişki bulunmuştur. ($r=0,744$; $p=0,001$; $p<0,01$).



Şekil 4.2: Bakım Verme Yüğü Puanı ile Anksiyete Puanı Arasındaki Korelasyon Grafiğı

Hastalara bakım veren bireylerin Bakım Yüğü Ölçeğinden aldıkları puanlar ile DASS-21“Anksiyete” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Bakım yüğü arttıkça, depresyon artan) istatistiksel olarak pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur ($r=0,596$; $p=0,001$; $p<0,01$).



Şekil 4.3: Bakım Verme Yüğü Puanı ile Stres Puanı Arasındaki Korelasyon Grafiğı

Hastalara bakım veren bireylerin Bakım Yüğü Ölçeğinden aldıkları puanlar ile DASS-21“Stres” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Bakım yüğü arttıkça, depresyon artan) istatistiksel olarak pozitif yönlü güçlü düzeyde ilişki bulunmuştur ($r=0,757$; $p=0,001$; $p<0,01$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Ciddi bir hastalıkla yaşamak durumunda olan hastalar için semptomların azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması ve stresin minimuma indirilmesi gibi amaçlarla uygulanan palyatif bakım, hastayı etkilediği kadar zamanın büyük bir kısmını hasta ile geçirmekte olan bakım veren bireyleri ve hastanın ailesini de etkilemektedir. Hastalara bakım veren bireylerin bakım verme sürecinde karşılaştığı fiziksel, duygusal manevi, sosyal, maddi sıkıntılarının tümü bakım yükü olarak tanımlanmaktadır. Bakım verenlerin yaşadığı tüm problemler yük olarak algılanıp aile bireyinin tükenmişliğine, stres ve anksiyete yaşamasına neden olabilir (Matzo, 2019).

Yapılan çalışmalarda hastalara bakım veren bireylerin depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve yorgunluk, rol çatışması ve sosyal kısıtlanma yaşadığı belirtilmiştir. Bunun sonucunda hastalara bakım veren bireylerin bağışıklık sisteminin bozulmasıyla beraber hastalanma riskinin arttığı ve hastalıklara karşı daha riskli duruma geldiği belirtilmektedir (Rahnama vd., 2017).

Çalışmadan elde edilen bulgular incelendiğinde, hastalara bakım veren bireylerin yaş ortalaması $42,80 \pm 8.33$ olup, çoğunluğunun kadın, lise mezunu, evli ve ev hanımı olduğu görüldü (Tablo 4.1).

Hastalara bakım veren bireylerin çoğunluğunun 2 yıl ile 5 yıl arasında bakım verdiği bulunmuştur (Tablo 4.2). Aşiret ve Kapucu'nun (2013) çalışmasında bakım verenler %47,1'i 2 yıl ve üzeri bakım verdiği belirtilmiştir. Yakut'un (2019) yaptığı çalışmada katılımcıların %55,6'sı 6 aydan uzun süre bakım verdiği bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Kocakafa'nın (2019) yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin %32'si hastaya 1 ay ile 1 yıldan az süre ile bakım verdiği saptanmıştır. Bunun nedeni çalışmanın farklı yerlerde farklı kişilerle yapılmış olması olabilir.

Hastalara bakım veren bireylerin %80 i anne veya babalarına bakım vermektedir (Tablo 4.2). Kocakafa'nın (2019) yapmış olduğu araştırmada hastalara bakım veren bireylerin %43'ü anne-babasına bakım verdiğini belirtmiştir. Şirzai ve ark'ın (2015) çalışmasında bakım verenlerin %87'si 1. derece yakınına bakım verdiği belirtmiştir. Orak ve Sezgin'in (2015) kanserli hastalara bakım veren aile bireylerinde yaptığı

çalışmasında %85'inin bakım verdikleri hastanın çocuğu olduklarını belirtmiştir. Bu bulgular çalışma ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca hastalara bakım veren bireylerin palyatif bakım vermenin anlamına göre, incelendiğinde %65,3'ünün palyatif bakım görevi olarak düşündüğü görüldü (Tablo 4.2). Hastalara bakım veren bireylerin çoğunluğunun hastanın çocuğu olmasının nedeni hastanın çocuklarının anne/babasına bakmayı görev olarak gördüğü ve hastaya bakmakta kendini sorumlu hissetmesi olabilir.

Hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeceğinden almış oldukları puan ortalaması $58,53 \pm 10,48$ 'dir (Tablo 4.5). Tel ve ark'ın (2012) KOAH'lı hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışmasında puan ortalaması $39,64 \pm 15,07$ olarak bulunmuştur. Selçuk ve Avcının (2016) çalışmasında kronik hastalığı olan yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü puan ortalamasının $60,70 \pm 14,19$ olduğu ve buna göre bakım vericilerin ileri derecede yük altında olduğu bulunmuştur. Yakut'un (2019) yapmış olduğu çalışmada palyatif bakım hastasına hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü orta düzeyde bulunmuştur. Kocakafa'nın (2019) yapmış olduğu çalışmada bakım verenlerin bakım verme yükü ölçüğü'ne göre puan ortalaması $40,05 \pm 14,03$ olarak elde edilmiştir. Bakım yükünü, bakım alan hastanın hastalık durumu ve derecesi, bakım verme görevlerinin içeriği, görevlerin gerçekleştirilme sıklığı, günde kaç saat bakımın gerçekleştirildiği, bakım için gereken bilgi ve beceriye sahip olma durumu ve aile üyelerinin vermiş olduğu destek miktarının yanı sıra ekonomik durum eğitim düzeyi gibi birçok faktör etkilemektedir. Bu nedenlerden dolayı farklı sonuçların çıkma nedeni çalışmaların hasta gruplarının farklı olması, farklı bölgelerde yapılmış olması ve bakım verenlerin psikolojik durumlarının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu sebeplerden ötürü yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmamızda ortaya çıkan bulgulara benzer bulgular görüldüğü gibi benzer olmayan bulgulara da rastlamak mümkündür.

Hastalara bakım veren bireylerin cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumunun Bakım Verme Yükü Ölçüğü'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, yaş ve medeni durumlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (Tablo 4.6).

Hastalara bakım veren kadınların Bakım Verme Yükü Ölçüğünden almış oldukları toplam puanlar erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6). Yeşil ve ark. (2016), Mollaoğlu ve ark'ın (2011), Ak ve ark'ın (2012) ve Orak ve

Sezgin'in (2015) yaptığı çalışmalarda bakım veren kişilerin çoğunun kadın olduğu görülmüştür. Bu bulgular çalışma ile benzerdir. Rezende ve ark'ın (2017), yapmış olduğu çalışmada cinsiyetin bakım verme yükü puanında anlamlı olduğu belirlenmiş, kadınların bakım verme yükü puanının erkeklerle göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Okur-yazar olmayan hastalara bakım veren bireylerin bakım verme ölçeğinden almış oldukları puanlar, okur-yazar olanlardan, ortaokul ve lise mezunlarından daha yüksektir (Tablo 4.6). Mollaoğlu ve ark'ın (2011) çalışmasında eğitim durumunun 'okur-yazar değil' özelliğine sahip olanların bakım verme yükü puanlarının diğer gruplara göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışan olup, hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeğinden almış oldukları puanlar çalışmayanlardan daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.6). Mollaoğlu ve ark'ın (2011) ve Kocakafa (2019) çalışmalarında çalışma durumu ile bakım verme yükü puanında anlamlı bir artış bulunmamıştır. Zaybak'ın (2012) yaptıkları çalışmada çalışmayan grupta yer alan hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü daha fazla olarak bulunmuştur. Bunun nedeni çalışan bireylerin işleri dolayısıyla hasta ile günün belirli saatleri birlikte olması, hasta ile çalışmayanlara göre daha az zaman geçirmesi ve aralıklı olarak bakım vermesi olabilir.

Anne ya da babasına bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.7). Or'un (2013) yaptığı çalışmada hastaya olan yakınlık arttıkça bakım verme yükü artmaktadır. Özellikle eşine hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü artmaktadır. Bunun nedeni bakım veren bireyin hastaya yakınlığı arttıkça daha fazla sorumluluk hissetme nedeniyle hasta için daha fazla bakım sağlamaya çalışmasından dolayı olabilir. Literatür incelendiğinde farklı bulgular olduğu görülmektedir. Bunun nedeni katılımcıların farklı kültürlerden olması ya da hastaya olan bağlılık duygusuna göre değişmesi olabilir.

Bakım verme sürecinde destek alan hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, destek almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Tablo 4.7). Hayatın normal akışında bir işi yaparken başkasından destek almanın işi kolaylaştırdığı iş yükünü hafiflettiği bilinmektedir. Bu açıdan elde edilen bulgu olması beklenen bir bulgudur.

Araştırmaya katılan hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 Depresyon alt boyutundan aldıkları puanlar 3 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama $13,26 \pm 4,33$

puan; Anksiyete alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama $7,90 \pm 3,63$ puan; stres alt boyutundan aldıkları puanlar 3 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama puan $11,52 \pm 3,80$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.9).

Bu bulgular doğrultusunda hastalara bakım veren bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin ileri düzeyde, stres düzeylerinin ise orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Yakut (2019) yaptığı çalışmada Bakım verenlerin %45,3'ünde depresyon olmadığı, diğer katılımcıların ise çeşitli düzeyde depresyon puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Anksiyete düzeylerinin dağılımını incelendiğinde %43,1'inde anksiyete olmadığı, diğer katılımcıların ise çeşitli düzeyde anksiyete yaşadığı görülmüştür. Elde edilen bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Kadın olarak hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 "*Depresyon*", "*Anksiyete*" ve "*Stres*" alt boyutlarından almış oldukları puanlar, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10). Bakım verenlerin cinsiyetleri ile ilgili olarak bakım yükü düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Keskin (2013) yaptığı çalışmada her iki cinsiyette de en fazla karşılaşılan duygu durum bozukluğunun depresyon olduğu ve cinsiyetler bağlamında dağılımı incelendiği zaman kadınların %31,9'u, erkeklerinse %17,9'unun depresyon yaşadığını bulmuştur. Grov ve arkadaşları ile Unsar ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmalarda da kadın cinsiyette depresyon riskinin artmış olduğu görülmektedir. Gülseren ve ark. (Gülseren vd., 2010) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin cinsiyetine göre kadın olmak ile depresyon puanları arasında anlamlı ilişki saptamışlardır. Remes ve ark. (2016) yaptığı çalışmada kadınlarda anksiyete görülme sıklığını erkeklerde görülme sıklığının iki katı olduğunu saptamıştır. Gülseren ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada kadın bakım vericilerin depresyon puanlarını erkeklerden daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bunun nedeni bakım veren kişilerin çoğunluğun kadın olması ve kadınların daha duygusal olması olabilir.

Evli olan hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 *Anksiyete* alt boyutlarından almış oldukları puanlar, bekâr olanlardan istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10). Özcan ve ark. (2006) yapmış olduğu araştırmada evli olanların anksiyete seviyelerinin bekarlara nazaran daha fazla olduğu saptanmıştır. Evli olan bireylerin endişe düzeylerinin yüksek olmasının sebebi sorumluluklarının bekar bireylerden daha fazla olması olabilir. Ayrıca katılımcıların hastaya ayırdığı zaman sahip olduğu sorumlulukları yerine getirememesine neden olacağından anksiyete düzeyleri artıyor olabilir.

Okur-yazar olmayan kişilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10). Özsoy ve ark. (2019) yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin düşük olması depresyon sıklığının artmasına neden olduğunu saptamıştır. Fakat Karaman'ın (2011) yaptığı çalışmada öğrenim seviyesinin anksiyeteye depresyon belirtilerine anlamlı bir etkisinin bulunmadığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olanların depresyon, anksiyete, stres düzeyinin daha düşük olmasının nedeni eğitim düzeyi yüksek olan hasta yakınlarının karşılaştıkları stres ile daha iyi mücadele etmeyi bilmesi ve kaynaklardan daha verimli faydalanması olabilir.

Çalışmada eşi hasta olanların anksiyete alt boyuttan almış oldukları puanlar, çocuğu hasta olanlardan anlamlı olarak yüksektir (Tablo 4.11). Bolosi ve ark. (2018) yaptığı çalışmada çalışmaya paralel olarak hasta yakınlarından en yüksek anksiyeteye sahip olan grubu hastanın eşleri olarak bulmuştur. Buna karşın Anderson ve ark. (2008)'nin yapmış oldukları araştırmada bakım verenlerin yakınlık derecesiyle anksiyete arasında ilişki belirlenmemiştir. Farklılığın kaynağı çalışmanın farklı örneklem gruplarıyla yapılmış olması olabilir. Yaşamını hasta ile yaşayarak sürdüren hasta eşlerinin hem hastaya bakması hem de evin sorumluluklarını üstlenmesi hastaya bakan eşinin anksiyete düzeyini yükseltiyor olabilir.

Bakım verirken destek alan hastalara bakım veren bireylerin DASS-21 "*Depresyon, Anksiyete ve Stres*" alt boyutlarından almış oldukları puanlar, destek almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük saptanmıştır (Tablo 4.11). Bunun sebebi destek alanların bakım yükünün de destek almayanlara göre düşük olması, bakım verirken kişilerin duygularını paylaşabileceği, güçlüklerin üstesinden beraber geleceği birinin olması olabilir.

Bu çalışma sonucunda katılımcıların bakım yükü düzeylerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini anlamlı bir şekilde etkilediği ortaya konulmuştur (Tablo 4.12). Katılımcıların Bakım Verme Yükü Ölçeğinden almış oldukları puanlar ile DASS-21 "*Depresyon*" alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında pozitif yönlü (Bakım yükü arttıkça, depresyon artar) istatistiksel olarak pozitif yönlü güçlü düzeyde ilişki saptanmıştır. Grunfeld ve ark. (2004) yapmış olduğu çalışmada çalışmamıza benzer olarak, bakım verme süresi arttıkça bakım verenlerde bakım yükü ve depresyonun arttığı tespit edilmiştir. Şahin (2009) ve Atagün (2011) de yapmış oldukları çalışmalarda çalışmaya benzer olarak bakım yükü arttıkça depresyon hastalığı riskinin de arttığı saptanmıştır.

Weitzner ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalar sonucunda yaşam kalitesinin, özellikle fiziksel sağlık boyutunun, palyatif bakımdaki hastaların bakıcılarını, iyileştirici ve aktif hastaların bakıcılarına göre olumsuz etkilediğini ve bu boyutun alt bileşenleri olan fiziksel fonksiyon, sağlık ve canlılık olduğunu göstermiştir. Haley ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada palyatif bakım alan kanser hastalarının fiziksel sağlıkları genellikle genel popülasyonda bildirilenden daha kötü durumda olduğu bilinmektedir. Bazı çalışmalarda hasta bakımının olumsuz etkileri sonucu bireylerde bunama hastalarına bakım verenlerde daha belirgin olmasına rağmen, kansere bakım verenlerin ruh sağlığının, diğer kronik rahatsızlıkları olan hastalara bakım verenlere göre daha kötü olduğu gösterilmiştir. Palyatif bakımda hasta bakımını üstlenen bakım verenlerin psikolojik streslerinin daha fazla, bakıma erişim, fiziksel sağlık ve yaşam kalitesinin daha az olduğu gösterilmiştir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

Palyatif bakım alan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü, depresyon anksiyete stres düzeylerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda;

Palyatif bakım alan hastalara bakım veren bireylerin çoğunluğunun 40-49 yaş arasında, kadın, lise mezunu, bekar ve ev hanımı olduğu görüldü. Hastalara bakım veren bireylerin çoğunluğunun hastanın çocuğu olduğu, 2-5 yıldır bakım verdiği ve verdiği bakımı görevi olduğu olarak düşündüğü görüldü.

Hastalara bakım veren bireylerin ileri derecede bakım verme yükü altında olduğu Kadınların bakım yükünün daha çok olduğu, eğitim düzeyi arttıkça bakım yükünün azaldığı, çalışan kişilerin bakım yükünün daha az olduğu bakım süresince başka bireylerden yardım alan kişilerin bakım yükünün düşük olduğu görüldü.

Hastalara bakım veren bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin ileri düzeyde, stres düzeylerinin ise orta düzeyde olduğu bulundu. Bakım veren bireylerden kadınların depresyon, anksiyete, stres düzeylerinin daha yüksek olduğu, eğitim düzeyi arttıkça depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin azaldığı, evli olan kişilerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu, bakım süresince destek alanların depresyon, anksiyete, stres düzeylerinin daha az olduğu görüldü. Bakım yükü arttıkça depresyon, stres, anksiyete düzeylerinin attığı görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Hastalara bakım veren kadınlara daha fazla destek sağlanmalı, gerekirse profesyonel destek alabileceği birimlere yönlendirilmeli, palyatif bakım konusunda bilincin artırılması amacıyla bakım veren kişilere destekleyici eğitim programları düzenlenmeli, çalışmayan bakım verenlere psikososyal destek sağlanmalıdır.

Palyatif servisinde tedavi gören hastalarla birlikte hastaya bakım verenlere de destek sağlanmalı, belirli sürelerde hemşire, hasta ve hasta yakınlarının manevi destek uzmanı ile görüşmesi sağlanmalı, bakım verenin başka bir bakım veren tarafından dinlendirilmesi, mümkünse bir süre bakıma ara vermesinin bakım yükünü azaltacağı konusunda bakım veren bireyler bilgilendirilmelidir. Hemşirelerin hasta yakınlarının

bakım verici rolüne ilişkin sınırlılıklarını belirleyerek buna ilişkin eğitim programları ile desteklemeleri ve bakım verirken bakım veren bireyinde huzurlu bakım ortamına ilişkin beklentilerini belirleyerek bakım veren bireylere de destek sağlanmalı ve belirli aralıklarla hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin ve depresyon anksiyete stres düzeylerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Akçiçek F, Akbulut G, Fadıloğlu ZÇ. (2013). Palyatif bakım evde hastanede çalıştay raporu. 1. baskı. İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
- Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar MH. (2012). Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25:330-337.
- Atagün Mİ, Devrim Balaban Ö, Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz Özpolat A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü: *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3).
- Akgün ŞZ, Polat H, Ergüney S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2): 1-9
- Aksakal H (2018). *Palyatif Bakım Hemşireliği*. Kahveci K, Koç O. (ed). Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı. Ankara, Akademisyen Kitapevi. s:14-19
- Aydoğan F, Uygun K. (2011). Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim*, 24(3):4-9.
- Aşık E. (2021a). Anksiyete ve Hemşirelik Bakımı. Özveren H, Gülnar E. (ed). Palyatif Bakım ve Hemşirelik. Ankara, Akademisyen Kitapevi. s: 231-243
- Aşık E. (2021b). Depresyon ve Hemşirelik Bakımı. Özveren H, Gülnar E. (ed). Palyatif Bakım ve Hemşirelik. Ankara, Akademisyen Kitapevi. s: 337-344
- Aygençel G, Türkoğlu M. (2014). Bir dahili yoğun bakım ünitesindeki terminal dönem hastaların genel özellikleri ve maliyetleri. *Turkish Journal of Medical*, 57
- Babaoğlu E. (2001). *Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Gereksinimleri* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Bilim Uzmanlığı.
- Bağ B. (2012). Hospis ve hospiste ölüme hazırlanma. *Akad Geriatri*,4: 120-5.

- Bahar, A. (2007) Ölüm sürecinde olan hasta: terminal bakım ve hospis. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2.6: 147-58.
- Bahar A. (2017). Kronik Hastalıklarda Palyatif Bakım ve Hospis. Ovayolu N, Ovayolu Ö. (ed). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Genişletilmiş 2. Baskı, Adana, Nobel Tıp Kitabevi. s: 475-481.
- Beresford L, Kerr K. (2012). Next generation of palliative care: Community models offer services outside the hospital. *California Health Care Foundation* [Internet]. Nov. Available from: <http://www.chcf.org/publications/2012/11/next-generation-palliative-care>.
- Bilen A. (2016). Palyatif bakım. *Toplum ve Hekim*, 31(1):25-30
- Bingley A, Clark D. (2009) A Comparative Review of Palliative Care Development in Six Countries Represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC). *J Pain and Symptom Manage*, 37(3):287-296. (Erişim tarihi: 15.09.2022.) [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(08\)00379-5/fulltext](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(08)00379-5/fulltext).
- Borasio GD. (2011). Translating the World Health Organization Definition of Palliative Care into scientific practice. *Palliat Support Care*, 9:1-2.
- Çolak D. (2006) *Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*.;2(10):1-9
- Dağdeviren TS, Dağdeviren M, Demir N, Atatorun M, Özşahin OA, Adahan D. (2019). Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Verenlerinin Sosyodemografik Özellikleri. *Ankara Medical Journal*, 1:232-243.
- Delgado-Guay MO, Bruera E. (2016) Multidimensional patient assessment, Bruera E, Higginson I, F von Gunten C. et al. eds. Textbook of palliative medicine and supportive care, 2nd ed. New York: Oxford University Press. p. 323-340
- Dikmen Y, Yılmaz D, Yıldırım Usta Y. (2017). Hemşirelik öğrencilerinde algılanan sosyal destek ile boyun eğici davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *European Journal of Therapeutics* 23: 12-8.
- Doğan R, Onan N. (2021). Evde Bakım Biriminden Hizmet Alan Hastaların Yakınlarında Ruhsal Sağlık Durumunun ve Bakım Yükünün İncelenmesi. *Kafkas J Med Sci.*, 11(1):31–9.

- Dökmen ZY. (2012). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,3(1): 3-38.
- Elçigil A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi* 54(4): 329-334.
- Engin E. Ergün G. (2014) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul Tıp Kitapevi
- Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. (2010). Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe Sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21:37-48.
- Ford DW, Koch KA, Ray DE, Selecky PA. (2013). Palliative and end-of-life care in lung cancer diagnosis and management of lung cancer. 3rd ed: *American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest*, 143 (5) (Suppl): 498S–512S.
- Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fosså SD. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*, 16(7):1185-91.
- Gerrig, Richard J., Zimbardo, Philip G. (2012). Psikoloji ve Yaşam Psikolojisi Giriş Psychology and Life / Richard J. Gerrig - Philip G. Zimbardo / Çeviri: Gamze Sart.
- Gülseren L, Cam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, ... Mete L. (2010). The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. *Türk Psikiyatri Derg*, 21(3), 203-12.
- Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. (2010). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1):1-6.
- Hui D, Bruera E. (2015) Models of integration of oncology and palliative care. *Annals of palliative medicine*,4(3):89-98.
- Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*,11(2): 56-70.

- Kabalak AA. (2014) Türkiye’de palyatif bakım, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. *Anestezi Dergisi*,22(3):123.
- Kabalak AA. (2017). Türkiye’de palyatif bakım çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation Special Topics*, 10(1):7-12.
- Kaba İ., (2019). Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: Güncel bir gözden geçirme. *Akademik Bakış Dergisi*, 73: 63-81
- Kahveci K, Gökçınar D. (2014) *Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım*. İçinde: Kahveci K, Gökçınar D.(ed.). Palyatif Bakım. Birinci Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. s: 1-6.
- Karabey T. (2021). Palyatif Bakım ve Hemşirelik. Özveren H, Gülnar E. (ed). Palyatif Bakım ve Hemşirelik. Ankara, Akademisyen Kitapevi. s:88-91.
- Kalınkara V, Kalaycı I. (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10.2: 19-39
- Karaman Z. (2011). *Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi*. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanlık Tezi, Ankara
- Kaya A. (2015). Türkiye’de ve Dünyada palyatif bakım. *Acıbadem Hemşirelik*, 82, 82.
- Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. (2013). Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*,50:344-351.
- Kocakafa G. (2019). *Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Kose I, Zincircioğlu C, Kılıç Oztürk Y, Senoğlu N, Erbay RH. (2016). Costs and outcomes of patients with prolonged stays in an intensive care unit. *European Journal of General Medicine*,13(2):127-133.
- Küçükgüçlü Ö. (2014). *Bakım verenlerin yükü envanterinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir

- Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. (2009). Bakım verenlerin yükü envanterinin türk toplumu için geçerlik ve güvenirliliğinin incelenmesi. *Journal of Neurological Sciences*, 26(1);60-73.
- Köroğlu, E. (2013). American Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Marakoğlu K, Çivi S, Şahsıvar Ş, Özdemir S. (2006). Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi.*; 7:129-134.
- Matzo ML, Sherman DW. (Eds.). (2010). Palliative care nursing: Quality care to the end of life. Springer Publishing Company.
- Madenoğlu Kıvanç M. (2017). Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Hsp dergisi*, 4(2):132-135.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. (2007). Caregivers of advanced cancer patients: feelings of hopelessness and depression. *Cancer nursing*, 30(5): 412.
- Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. (2011). İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3): 125-130
- Or R. (2013). *Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve bakım verenin iyilik hali*. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Denizli
- Özer S. (2010). Demanslı hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 13.3:27-35.
- Özel Y, Karabulut Bay A, (2018), Günlük yaşam ve stres yönetimi, *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1 (1), 48-56
- Özkan S. (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOAH) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*, 28(1):69-74.

- Özmen S. (2015). *Multiple sklerozlu hastalara bakım verenlerin bakım yükleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum
- Polat Ü. (2011). İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(4): 193-8.
- Rezende G, Gomes CA, Rugno FC, Eva G, Lima NKC, Carlo MMRP. (2017). Burden on family caregivers of the elderly in oncologic palliative care. *European Geriatric Medicine*, 887: 1-5.
- Remes O, Brayne C, Van Der Linde R, Lafortune L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and behavior*, 6(7), e00497. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Rahnama M, Shahdadi H, Bagheri S, Moghadam MP, Absalan A.(2017). The relationship between anxiety and coping strategies in family caregivers of patients with trauma. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(4):6-9.
- Rivera JR, Henry R. (2009). Depression symptoms in cancer caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*; 13(2): 195 54
- Sarman A. (2019). Palyatif Bakımın tarihsel gelişim süreci, ilkeleri ve hemşirelik süreci. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*; (153-160)
- Selçuk K, Avcı D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1):1-9.
- Sucaklı MH. (2014). Palyatif bakım ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 5(3): 109-113.
- Sürmeli DM, Akçiçek F. (2016). Palyatif bakım: Tanımı ve tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*, 9(1): 8-11.
- Şahan Uslu F, Terzioğlu F. (2015). Dünya’da ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2): 81-90. 55
- Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 12(2):1-9.

- Şahin G, (2021). *Palyatif Bakım Hastalarına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Sağlık Algısına Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi) İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Kanser Kontrol Programı (2021). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara
- Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, Haes HCJM, Voest EE, Graeff A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*,34(1):94-104.
- Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. (2012). KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Torak Dergisi*, 13:87-92.
- Tuncay FÖ, Mollaoğlu M, Fertelli TK. (2015). Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerde bakım yükü ve sosyal destek düzeyi. *Davranış Bilimleri Dergisi*, 8:5-10
- Tuna M, Olgun N. (2010). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,17(1): 41-52.
- Turan Bahçelioğlu G, Mankan T, Polat H. (2017). Opinions of nurses about palliative care. *International Journal*,10(1):176.
- TDK, 2022. <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 12.08. 2022
- Unsar S, Erol O, Ozdemir O. (2021). Caregiving burden, depression, and anxiety in family caregivers of patients with cancer. *Eur J Oncol Nurs*, 101882.
- Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. (2015). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı Dergisi*,b27(2): 104-110.
- Uzuncu HB, Buyruk H, Alnak E, Yıldırım G. (2013). Yoğun bakımda yapılacak bir şeyi kalmayan kanserli terminal dönem hastalara insanca bakım. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 35: 143-51.
- Weitzner MA, McMillian SC, Jacobsen PB. (1999). Family caregiver quality of life: Differences between curative and palliative cancer treatment settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(6):418-427.

- WHO Definition of Palliative Care.
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Erişim Tarihi:
15.09.2022
- World Health Organization. Palliative Care. <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/palliative-care.1>. Erişim Tarihi: 23.03.2021
- Yakut B. (2019). *Palyatif Bakım Merkezinde Yatan Hastalara Bakım Verenlerin Anksiyete, Depresyon ve Bakım Yüklerinin Değerlendirilmesi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.
- Yıldız E, Dedeli Ö, Çınar Pakyüz S. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* DOI: 10.5222/HEAD.2016.216.
- Yılmaz E. (2017). *Bir Üniversite Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Refakatçilerinin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, D. U. ve Sarı, D. (2017). Kronik Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2)
- Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu EG, Ülker E. (2012). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (1):48-54.

EKLER

Ek 1. Hasta Yakını ve Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Değerli katılımcı;

Araştırma Palyatif Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yükü ve Depresyon Anksiyete Stres Düzeylerinin İncelenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınız gerçek ve kişisel görüşlerinizi yansıtması önemlidir. Soruları sizin için uygun cevaplamanızı bekliyor, çalışmaya olan katkılarınızdan dolayı teşekkür ediyoruz.

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Burak KAHRAMAN

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

İç Hastalıkları Tezli Yüksek Lisans

Programı Öğrencisi

HASTA YAKINI BİLGİ FORMU

1.Yaşınız.

2.Cinsiyetiniz.

1. Kadın

2. Erkek

3.Eğitim durumunuz.

1. Okur-yazar değil

2. Okur-yazar

3. İlkokul

4. Ortaokul

5. Lise

6. Lisans

7.Yüksek Lisans

4.Medeni durumunuz.

1. Evli

2. Bekar

5.Çalışma Durumunuz.

- 1.Çalışıyor
- 2.Çalışmıyor

6.Mesleğiniz.

1. Serbest meslek
2. Memur
3. Ev hanımı
4. İşçi
5. Emekli
6. Diğer (Açıklayınız).....

7.Sosyal Güvenceniz.

- 1.Var (Açıklayınız).....
- 2.Yok

8.Hastanıza ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

9.Hasta ile yakınlık dereceniz

1. Eşi
2. Çocuğu
3. Anne/Babası
4. Diğer (Açıklayınız)

10. Bakım verme sürecinde başka bireylerden destek alıyor musunuz? (Cevabınız evet ise belirtiniz).

1. Evet (Açıklayınız.).....
2. Hayır

11. Daha önce hastanede bulunma durumunuz.

1. Refakatçi olarak bulundum
2. Hasta olarak bulundum
3. Hiç bulunmadım

12.Hastanız dışında bakmakla yükümlü olduğunuz başka kişi/kişiler var mı ? (Cevabınız

“Evet” ise lütfen 13. soruyu cevaplayınız.)

1. Evet

2. Hayır

13. Cevabınız “Evet” ise kimlere bakıyorsunuz?

1. Çocuklara

2. Eş

3. Anne/Baba

4. Kardeş

5. Diğer (Açıklayınız)

14. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1. Evet (Belirtiniz).....

2. Hayır

15. Bakım verdiğiniz süre

(Belirtiniz).....

16. Palyatif bakıma başlama süresi.

1. 1 ay

2. 1-3 ay

3. 3-6 ay

4. 6 ay ve üzeri

17. Günlük bakım süresi

.....

18. Bakım zamanı

1. Gece

2. Gündüz

3. 24 saat

19. Sizin için hastanıza bakım veriyor olmak ne ifade ediyor? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Görev olduğunu düşünüyorum.

2. Kutsandığımı düşünüyorum.

3. Mecbur olduğumu düşünüyorum

4. Beni tükettiğini düşünüyorum

20. Palyatif bakım konusunda eğitim aldınız mı?

- 1.Evet
- 2.Hayır

HASTA TANITICI FORMU

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyeti.

1. Kadın

2. Erkek

3.Eğitim durumu.

1. Okur-yazar değil

2. Okur-yazar

3. İlkokul

4. Ortaokul

5. Lise

6. Lisans

7.Yüksek Lisans

4.Medeni durumuz.

1. Evli

2. Bekar

5.Mesleğiniz

1. Serbest meslek

2. Memur

3. Ev hanımı

4. İşçi

5. Emekli

6. Diğer (Açıklayınız)

6.Ekonomik Durumunuz.

1.İyi

2.Orta

3.Kötü

7.Sosyal Güvence

1.Var (Açıklayınız).....

2.Yok

8. Bakım Gereksinimi duyduğu süre (Açıklayınız)

1.....

9.Hastanın Tanısını açıklayınız:

10.Tanı alma süresi:.....

11. Hastaneye yatış deneyimi

1. Hiç yatmadı

2. 1-3 kez

3. 4 kez ve üzeri

12.Bağımlılık durumu

1. Tam bağımlı

2. Yarı bağımlı

3. Bağımsız

13.Beslenme durumu

1. Ağızdan besleniyor

2. NG ile besleniyor

3. PEG ile besleniyor

Ek 2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

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 bulunmamaktadır

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 yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

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

12. Yakınınıza 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. Yakınınıza 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 isin 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) Hiçbir zaman
- 1) Nadiren
- 2) Bazen
- 3) Oldukça sık
- 4) Hemen her zaman

Ek 3. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASS-21)

Aşağıda insanların depresyon, anksiyete ve stres ile ilgili durumları belirlemek amacıyla geliştirilmiş 21 sorudan oluşan bir ölçek bulunmaktadır. Lütfen size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

BİR HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen/arasıra	Oldukça sık	Her zaman
Ağzımda kuruluk olduğunu farkettim	0	1	2	3
Hiç olumlu duygu yaşamadığımı farkettim	0	1	2	3
Suluk almada zorluk çektim (örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi)	0	1	2	3
Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim	0	1	2	3
Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
Alınan olduğumu hissettim	0	1	2	3
Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
Hayatın değersiz olduğunu hissettim	0	1	2	3
Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)	0	1	2	3
Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
Vücudumda (örneğin ellerimde) titremeler oldu	0	1	2	3
Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3

Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Burak KAHRAMAN tarafından yürütülen “**Palyatif Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yükü ve Depresyon Anksiyete Stres Düzeylerinin İncelenmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı **Palyatif** Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastalara bakım veren bireylerin Bakım Verme Yükü ve Stres, Anksiyete Depresyon Düzeylerinin İncelenmesidir. Bu çalışmaya 20 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya burakkahraman@yaani.com e-posta adresi ve 0: [REDACTED] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:Burak KAHRAMAN

İmzası:

Ek 5. Etik Kurul İzin Belgesi



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-25786
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Burak KAHRAMAN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Palyatif Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yükü ve Depresyon Anksiyete Stres Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı araştırmanız kurulumuzun 25.03.2022 tarihli ve 2022/03 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek:67-Burak KAHRAMAN Etik Onay Belgesi (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSCP19YJV* Pin Kodu : 32032

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Dogrula/0N3>

Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul

Telefon: 444 97 98 Faks: +90 (212) 693 82 29

e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr

Keş Adresi: izu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Zeynep Funda TEZ

Unvanı: Yeminli Katip

Tel No: +902126929606



Ek 6. Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM
ve TESCİL BİRİMİ

15.06.2022 22:25 - E-15916306 - 604.01.01 - 7183



00167566592

Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Burak KAHRAMAN'ın Yüksek
Lisans Araştırma İzni Hk.

DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 31/05/2022 tarihli ve 14679818-771-E-14679818-771-12549 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınız ile Hastanenizde Hemşire olarak görev yapmakta olan Burak KAHRAMAN, Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK danışmanlığında yürüteceği “Palyatif Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yükü ve Depresyon Anksiyete Stres Düzeylerinin İncelenmesi” konulu tezinin anket çalışmasını, Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 09.06.2022 tarih ve 2022 / 12 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın Kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek), sürecin koordinasyonunun Başhekimliğinizce sağlanması ve araştırma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin çalışmada adı geçen Burak KAHRAMAN'a tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: c34db514-e592-4b81-a7e0-c5a404011c7e Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

İstanbul Cad. General Kani Elitez Sk. No:8 / 1 Yenimahalle / Bakırköy

Telefon: Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.istanbulisaglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

SÜREKLİ İŞÇİ

Telefon No: (0 212) 638 33 99



Ek 7. Ölçek İzinleri

Bakım Verme Yükü Ölçeği ➤



Gelen Kutusu



FADİME HATİCE İNCİ 11 Şub

Alıcılar: ben ▾



Sayın Kahraman,

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yükü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz. kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H. , & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Müeyesser ERDEM

Dr. Öğr. Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli/TÜRKİYE



Burak Kahraman 9 Şub

Sayın Özer Hocam, İstanbul Sabahattin Zaim
Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü



ÖZER YILMAZ 15 Şub

Alıcılar: ben ▾



Sayın burak bey.

Öncelikle çalışmanızda başarılar dilerim.

Çalışmanızda geçerlilik çalışmasını yaptığımız ölçeği
kullanmanızı memnuniyetle kabul ederiz.

Ölçekte yer alan soruların Türkçe formatları ve geçerlilik
çalışmasına alttaki linkten ulaşabilirsiniz. (**ölçek soruları
çalışmanın 83 ve 84'te bulunkatadır**)

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Burak KAHRAMAN

EĞİTİM BİLGİLERİ

2020-2023: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi – İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı

2016-2018: Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi–Hemşirelik Bölümü

2014-2016: Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi-Hemşirelik Bölümü

2010-2014: Erciş Sevim Kürüm Anadolu Lisesi

YABANCI DİL

İngilizce

MESLEKİ DENEYİM

2018-2020: Erciş Belediye Başkanlığı- Hemşire

2020-...(devam etmekte) : Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH- Hemşire

SERTİFİKALAR

Diğer Sağlık Personeli Belgesi (İşyeri Hemşireliği Sertifikası)

ULUSLARARASI BİLDİRİLER

Kahraman B, Bahçecik AN. (2022). Palyatif Bakımda Yatan Hastalara Bakım Vericilerin Bakım Yükü ve Psikolojik Sorunları. Ahi Evran 2. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Kongresi. Sözel Bildiri, 05 Kasım 2022.