T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS

PALYATİF BAKIMDA YATAN HASTA YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKÜ VE PSİKOSOSYAL GEREKSİNİMLERİ

ŞÜKRİYE EZGİ BAŞDİNÇ

DANIŞMAN
PROF. DR. LEYLA KÜÇÜK

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2019

Bu çalışma 08.07.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Semra KARACA
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Şükriye Ezgi BAŞDİNÇ



İTHAF

Değerli eşim Ümit BAŞDİNÇ' e ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca sabrını, emeğini ve desteğini esirgemeyen, tezimin her aşamasında bana rehberlik ederek bilgi ve deneyimlerini paylaşan, danışanı olmaktan onur duyduğum, tez danışmanın değerli hocam Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK' e; yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen ve kendilerinin öğrencisi olmaktan onur duyduğum İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Sevim BUZLU, Prof. Dr. Yasemin KUTLU, Doç. Dr. Hülya BİLGİN, Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ ve Özge SUKUT' a, değerli dostlarım Arş. Gör. Seda TEK ve Fadime ORHAN' a, tüm hayatım boyunca destek, sevgi ve emeklerini esirgemeyen sevgili aileme; araştırmaya katılan tüm hasta yakınlarına sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. PALYATİF BAKIM 3
2.1.1. Palyatif Bakım Nedir? 3
2.1.2. Palyatif Bakım Epidemiyolojisi 4
2.1.3. Palyatif Bakımın Amacı 5
2.1.4. Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar 6
2.1.5. Palyatif Bakım Modelleri 7
2.1.6. Dünya' da ve Türkiye' de Palyatif Bakım 9
2.2. Bakım Verme Yükü 11
2.2.1. Bakım Verme Yükü ile İlgili Kavramlar 11
2.2.2. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler 13
2.2.2.1. Bakım Verene Ait Faktörler 13
2.2.2.2. Hastaya Ait Faktörler 15
2.2.3. Bakım Yükü ve Bakım Verenlere Etkisi 15
2.3. Bakım Verenlerin Psikososyal Gereksinimleri 18
2.4. Palyatif Bakım Hemşireliği 20
3. GEREÇ VE YÖNTEM 24
3.1. Araştırmanın Amacı ve Yöntemi 24
3.2. Araştırma Soruları 24

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 24
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 24
3.5. Araştırmaya Alınma Ölçütleri.....25
3.6. Veri Toplama Araçları 25
3.7. Araştırmanın Değişkenleri 26
3.8. Araştırmanın Etik Yönleri.....26
3.9. Veri Toplama 26
3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Yorumlanması.....26
3.11. Araştırma Sınırlılıkları 27
4. BULGULAR.....28
4.1. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 28
4.2. Palyatif bakım alan hastaların özelliklerine ilişkin bulgular.....29
4.3. Bakım Verme Süreci ile İlişkili Bulgular 30
4.4. BakımVerme Yükü Ölçeği Ortalaması 32
4.5. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Değişkenler 33
5. TARTIŞMA 35
5.1. Sonuçlar 40
5.2. Öneriler 41
KAYNAKLAR 42
EKLER.....55
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 66
ÖZGEÇMİŞ 67

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1 Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 28
Tablo 4-2 Palyatif Bakım Alan Hastaların Özelliklerine İlişkin Bulgular 29
Tablo 4-3 Bakım Verme Süreci ile İlişkili Bulgular..... 30
Tablo 4-4 Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Ortalaması 32
Tablo 4-5 Bakım Verme Yükünü Etkileyen Değişkenler..... 33

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1.7-1: Türkiye'de palyatif bakımın illere göre dağılımı 11

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ICD: International Classification of Disease

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BYÖ: Bakım Yükü Ölçeği

WHO: World Health Organization

UNAIDS: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

(Birleşmiş Milletler HIV ve AIDS Ortak Programı)

TDK: Türk Dil Kurumu

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

MS: Multipl Skleroz

WHPCA: Worldwide Hospice & Palliative Care Alliance

DM: Diabetes Mellitus (Diyabet)

HT: Hipertansiyon

ÖZET

Başdinç, Ş.E. (2019). Palyatif Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Gereksinimleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

Bu çalışma palyatif bakımda yatan hasta yakınlarının bakım verme yükü ve psikososyal gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı araştırma tipinde gerçekleştirildi.

Araştırmanın örneklemini İnegöl ilçesinde 2. basamak sağlık hizmeti veren İnegöl Devlet Hastanesi Palyatif Servisleri'nde yatmakta olan 200 hastanın yakını oluşturdu.

Araştırma verileri araştırmacı tarafından geliştirilen ve uzman görüşüne göre düzenlenen anket formu ve; Zarit, Reever ve Bach- Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilen, 2006 yılında İNCİ tarafından Türkçe geçerlik- güvenirlik çalışması yapılan 22 ifadeden oluşan Zarit Bakım Yükü Ölçeği ile toplanmıştır.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel testler, tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA), bağımsız gruplarda t testi ve TUKEY testi kullanıldı.

Bakım veren hasta yakınlarının yaş ortalamasının 39,7±10,1 olduğu belirlendi. Bakım Yükü Ölçeği ortalama puanının 39,72±10,15 olduğu ve tümünün en büyük gereksiniminin dinlenme ihtiyacı olduğu belirlendi.

Sonuç olarak, hasta yakınlarında bakım yükünün hafif düzeyde olduğu ve bakım yükünü etkileyen değişkenlerin ise yaş, gelir düzeyi ve cinsiyet olduğu belirlendi. Hemşireler; hasta yakınlarının bakım yükleri ve psikososyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik uygulamalarda aktif rol almalıdır.

Anahtar Sözcükler: palyatif bakım, bakım verme yükü, hasta yakını

ABSTRACT

Başdinç, Ş.E. (2019). Burden of Care and Psychosocial Needs of Palliative Caregivers. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Master Thesis. İstanbul.

This study was carried out in descriptive research type in order to determine the caregiving burden and psychosocial needs of the patients' relatives in palliative care.

The sample of the study consisted of the relatives of 200 patients hospitalized in the Palliative Services of İnegöl State Hospital, which provides health care services in Inegöl district.

The research data were developed by the researcher in the light of the literature and arranged according to expert opinion; Zarit was collected by the Zarit Care Burden Scale, which was developed by Reever and Bach-Peterson in 1980 and consisted of 22 statements in 2006, which were validated and validated by İNCİ in Turkish.

Descriptive statistical tests, one way ANOVA, independent samples t test and TUKEY test were used for data analysis.

The mean age of the caregivers was 39.7 ± 10.1 years. It was determined that the average care load score was 39.72 ± 10.15 and the greatest requirement of all was resting.

As a result, it was determined that the care burden was mild and the variables affecting the care burden were age, income level and gender. Nurses; play an active role in applications to meet the care load and psychosocial needs of caregivers.

Key Words: palliative care, caregiving burden, patient relative

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde yaşam şartlarının iyileşmesi ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte yaşam süresi uzamıştır. Yaşam süresinin uzaması beraberinde malign ve malign olmayan ileri kronik hastalıklara sahip olan insan sayısının da artmasına sebep olmuştur.

Aydoğan ve Uygun (2011)' un aktardığına göre; dünyada her yıl 50 milyondan fazla insan yaşamını yitirmektedir. 2020 yılına kadar yaklaşık 6 milyon insanın kanserden öleceği ayrıca yaklaşık 15 milyon yeni kanser vakasının görüleceği tahmin edilmektedir (Aydoğan ve Uygun 2011; Elçigil 2012). Bununla birlikte 2020 yılında en sık karşılaşacağımız beş ölüm nedeni arasında; iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, KOAH, alt solunum yolu enfeksiyonları ve akciğer kanseri bulunacağı öngörülmektedir (Aydoğan ve Uygun 2011).

Ülkemizde ise, yayınlanan 2017 TÜİK verilerine göre ölüm nedenleri arasında; 165.323 kişinin ölümü ile ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları, 81.527 kişinin ölümü ile ikinci sırada malign hastalıklar, 49.855 kişinin ölümü ile üçüncü sırada solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır (TÜİK 2017).

Yaşlanan nüfus, malign olmayan ileri kronik hastalıkların ve malign hastalıkların artışı ile birlikte, palyatif bakım hizmetine ve palyatif bakım hemşireliğine olan ihtiyaç gün geçtikçe artmaktadır (Fitch ve ark. 2015).

Mierendorf ve Gidvani (2014)' nin aktardığına göre DSÖ palyatif bakımı şöyle tanımlamaktadır; yaşamı tehdit eden, tedavi edilemez hastalıklara sahip bireylerin ve bakım verenlerinin psikososyal gereksinimlerinin belirlenip, karşılanması ile yaşam kalitelerinin arttırılmasını amaç edinen bir bakım yaklaşımıdır (Aydoğan ve Uygun 2011; Mierendorf ve Gidvani 2014). Palyatif bakım anlayışında doğum ile başlayan yaşam sürecinin ölüm ile sonlanması yaşamın doğal bir sonucu olarak kabul edilmektedir.

Palyatif bakıma gereksinimi olan hastalar, ağrı, bulantı, kusma, halsizlik, depresyon, dispne gibi hastalığa bağlı gelişen, yaşam kalitesini düşüren bir çok semptom ile karşılaşmaktadırlar. Semptom kontrolünde, hastanın günlük yaşam aktivitelerinin ve nitelikli bakımın sağlanmasında, hastaya bakım verenlerin rolü

oldukça büyüktür (Babaoğlu ve Öz 2003; Adelman ve ark. 2014). Aynı zamanda, yaşamının sonuna yaklaşmış hastanın bakım vereni olmanın, bakım veren açısından ruhsal ve fiziksel sağlığının bozulmasında önemli bir etken olduğu bilinmektedir (Song ve ark. 2011; Ay ve ark. 2017; De Cola ve ark. 2017).

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların bakım verenleri, depresyon, anksiyete, uykusuzluk, yorgunluk, endişe, sosyal izolasyon, fiziksel ve ruhsal sağlıkta gerileme, ekonomik zorluklar gibi bir çok stresör ile başetmek zorunda kalmaktadır (Weitzner ve ark. 1999; Hudson ve ark. 2010; Ganapathy ve ark. 2015; Krug ve ark. 2016).

Çoğu zaman sağlık profesyonelleri palyatif bakım alan hastaların bakım verenleri ile yaşadıkları endişeler, korkular ve hastaya bakım veren olma rolü ile ilgili konuşmak için vakit ayırmamaktadırlar (Adelman ve ark. 2014). Bunun sonucunda, bakım verenlerde bakımın niteliğini düşerken, hem kendisinin hem de bakım gerektiren hastanın yaşam kalitesinde düşme görülmektedir. Sıklıkla bakım verenlerin psikososyal gereksinimleri, bakım verdikleri hastaların gereksinimlerinden fazla olabilmektedir (Harding ve ark. 2011; Hudson ve ark. 2012).

DSÖ'nün yapmış olduğu palyatif bakım tanımı göz önüne alındığında, bakım gereksinimi olan hastanın yaşam kalitesi, kendisine bakım verenlerin yaşam kalitesinden bağımsız düşünülemez (Hudson ve ark. 2010; Malloy ve ark. 2010; Mohamed ve ark. 2010; Krug ve ark. 2016).

Ülkemizde palyatif bakım kliniklerinde yatmakta olan hastaların yakınlarına yönelik bakım yükü ve psikososyal gereksinimleri ile ilgili yapılan çalışma sayısının oldukça yetersiz olduğu görülmüştür. Bu nedenle, yapılan çalışma ile hasta yakınlarının bakım verme yükleri ve gereksinimlerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PALYATİF BAKIM

2.1.1. Palyatif Bakım Nedir?

"Palliate" sözcüğü latince kökenli olup koruyucu ya da kapsayıcı anlamına gelmektedir. "Palliative" ise İngilizce terminolojide yatıştırıcı, hafifletici, geçici çare anlamında kullanılmaktadır (Kabalak ve ark. 2013).

İlk palyatif bakım ünitesi 1842'de Fransa'da kurulmuştur (Kabalak ve ark. 2013). Hospisler ise 4. yüzyılda gezginlere dinlenme evi olarak hizmet vermiştir. Hospislerin bakım hastalarına hizmet vermeye başlaması 19. yy ortalarında Londra ve İrlanda'da şefkat gönüllüleri aracılığı ile mümkün kılınmıştır (Bağ 2012).

Hospis: Yaşamın sonuna gelmiş, ölüme 6 ay ya da daha az zamanı kalmış, terminal dönemde olan hastalara bakım verilen kurumlardır. Ev atmosferinde olup, hasta ve bakım verenlerinin duygusal paylaşımlarını sağlamayı, üzüntü ve ayrılık acısını hafifletmeyi öncelik hedef olarak görmektedir (Kabalak ve ark. 2013; Sucaklı 2013).

Modern anlamda ilk hospis 1967 yılında hemşire Dame Cicely Saunders tarafından "St. Christopher's Hospice" adıyla kurulmuştur. Kurulduğu tarihten itibaren hospis sayısı hızla artmıştır. Hospis kuruluşları hasta ve bakım verenlerinin veya ailesinin birlikte kalabileceği şekilde, hastanelere yakın yerlerde bulunur (Kelley ve ark. 2015; Bilen 2016; Danış ve Özhan 2019)

1980 yılına kadar palyatif bakım ve hospis kavramı eşanlamlı olarak kullanılmıştır. 90'lı yılların gelmesi ile birlikte palyatif bakım kavramı da değişmiş, gelişmiştir (Elçigil 2012; Kıvanç 2017).

Elçigil (2012)' in aktardığına göre; palyatif bakımın 1986 yılında DSÖ tarafından ilk tanımı yapılmıştır. Yapılan bu ilk tanımlamada küratif bakım ve palyatif bakım birbirinden ayrı tutulmuş, iki ayrı boyut olarak ele alınmıştır. Kısaca palyatif bakım sürecinin başlaması için hastanın küratif tedaviye yanıt vermemesi beklenmiştir (Elçigil 2012).

Elçigil (2012) ve Mierendorf ve ark. (2014)' nın aktardığına göre; 2002 yılında DSÖ palyatif bakımı 2. kez tanımlamıştır. Yeni tanıma göre palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşılaşan hastaların (yetişkinler ve çocuklar)

ve bakım verenlerinin yaşam kalitelerini arttırmaya odaklanmış, multidisipliner yapıda bir bakım yaklaşımıdır. Süreç fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi ile birlikte acıyı önleyerek, hasta ve bakım verenlerinin yaşam kalitelerini yükseltmeye odaklıdır (Elçigil 2012; Mierendorf ve ark. 2014).

Palyatif bakımın modern tanımına göre palyatif bakım süreci hastanın tanı alması ile birlikte küratif tedaviye eşlik edecek şekilde sunulmaya başlanmakta ve hastanın kaybı sonrasında aile ve bakım verenlerine yas desteği şeklinde devam etmektedir (Elçigil 2012; Levy ve ark. 2012).

2.1.2. Palyatif Bakım Epidemiyolojisi

DSÖ, her yıl yaklaşık 40 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Bahsedilen 40 milyon insanın %78'i düşük veya orta gelir grubunda bulunan ülkelerde yaşamaktadır. Dünya çapında palyatif bakım ihtiyacı olan kişilerin sadece %14'ünün palyatif bakımdan yararlandığı bilinmektedir (WHO Palliative Care 2018).

DSÖ' nün 2011 yılında 234 ülkede yaptığı araştırma sonucu sadece 20 ülkede palyatif bakım hizmetlerinin başarılı entegrasyonunun sağlandığı, %42' sinde hiç palyatif bakım hizmeti olmadığı, %32' sinin ise yalnız izole palyatif bakım hizmeti sunduğunu göstermiştir (WHO Palliative Care 2018).

Palyatif bakım, evrensel sağlık koşulları, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve insan merkezli entegre sağlık hizmetleri küresel şartlarda ve stratejilerde kilit rolde kabul edilmektedir (Lynch ve ark. 2013; WHO Palliative Care 2018).

DSÖ ve UNAIDS verilerine göre, dünyada her yıl 50 milyondan fazla insan ölümü gerçekleşmektedir. 2020 yılına kadar yaklaşık 6 milyon insanın kanserden öleceği, yaklaşık 15 milyon yeni kanser vakasının görüleceği bildirilmektedir (Aydoğan ve Uygun. 2011; Elçigil 2012). Bununla birlikte 2020 yılında en sık karşılaşılan beş ölüm nedeninin; iskemik kalp hastalıkları, serebrobvasküler hastalıklar, KOAH, Alt solunum yolu enfeksiyonları ve Akciğer kanseri olacağı öngörülmektedir (Aydoğan ve Uygun 2011; Dzingina ve Higginson; 2015).

2017 TÜİK verilerine göre; ülkemizde ölüm nedenleri arasında 165323 kişinin ölümü ile ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları, 81527 kişinin ölümü ile 2. sırada

malign hastalıklar, 49855 kişinin ölümü ile 3.sırada solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır (TÜİK 2017).

Türkiye'de palyatif bakım hizmeti 81 ilde, 378 sağlık tesisinde, 5041 yatak ile hizmet vermekte ve gelişimini sürdürmeye devam etmektedir (Kamu Hastanaleri Genel Müdürlüğü Palyatif Bakım Hizmetleri 2019).

Yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların ve kanser oranlarının artışı ile birlikte palyatif bakıma ve palyatif bakım hemşireliğine olan ihtiyaç gün geçtikçe artmaktadır (Fitch ve ark. 2015).

2.1.3. Palyatif Bakımın Amacı

Hudson ve ark. (2010)' nın aktardığına göre palyatif bakım, DSÖ' nün revize ettiği tanım doğrultusunda yaşamı tehdit eden, tedavi edilemez hastalığa sahip bireylerin ve bakım verenlerinin, psikososyal gereksinimlerinin belirlenip karşılanması ile yaşam kalitelerinin arttırılmasını amaç edinmiş bir bakım türüdür (Hudson ve ark. 2010; Aydoğan ve Uygun 2011). Süreç boyunca yaşam desteklenirken, ölüm yaşamın doğal bir sonucu olarak kabul edilir.

Psikososyal bakım, hastanın ve bakım verenlerinin, benlik saygıları, hastalığa ve sonuçlarına uyum sağlama, içgörü, sosyal işlevsellik ve ilişkiler vb. olmak üzere psikolojik ve duygusal iyilik hali ile ilgilidir (Hudson ve ark. 2010).

Palyatif bakım hastalığa bağlı oluşan ağrı vb. semptomların giderilmesi, beslenme desteği, psikolojik ve sosyal destek, hasta konforunun sağlanması, hasta ve bakım verenlerinin eğitimi ile hastanın fonksiyonel durumunun arttırılması ile yaşam kalitesinde gelişme göstermesine odaklanmıştır (Uslu Şahan ve Terzioğlu 2015). Hastanın yaşam süresi ile ilgilenmeyip, hastanın yaşam kalitesi ve niteliğinin arttırılması hedeflenmiştir. Hastanın ölüm sürecini kolay ve acısız olarak deneyimlemesi palyatif bakımın en büyük amaçlarından biri olarak kabul edilmektedir ve önemli olan hastanın yaşam kalitesi ve niteliğidir (Elçigil 2012; Kabalak ve ark. 2012).

Palyatif bakımda multidisipliner ekip anlayışı ile birlikte hastaya bireysel ve bütüncül bir bakım verilerek hastanın yaşam süresi boyunca anlamlı ve değerli bir yaşam sürdürebilmesini hedeflenmektedir (Elçigil 2012; Kabalak ve ark. 2013).

Yaşamının sonuna yaklaşan hastaların ölüm durumu gerçekleşene kadar mümkün olduğunca aktif olmaları sağlanır (Kabalak ve ark. 2013).

Palyatif bakım sadece hastanın değil, bakım verenlerinin de psikososyal gereksinimlerini belirleyip, karşılanmasını sağlayarak yaşam kalitesini yükseltmeyi ve geliştirmeyi hedeflemektedir. Hastanın ve bakım verenlerine palyatif bakım süreci boyunca fiziksel, psikolojik, ruhsal destek verilmesi amaçlanmaktadır (Kabalak ve ark. 2013; Connor ve ark. 2014; Uslu Şahan ve Terzioğlu 2015). Bakım süreci hastanın ölümü ile sonlanmayıp, ölüm sonrası hastanın bakım verenlerine yas desteği ile devam etmektedir (Hudson ve ark. 2011; Levy ve ark. 2012; Kabalak ve ark. 2013). Yas desteği ile birlikte bakım verenlerin psikolojik sıkıntı, işlev bozukluğu, sosyal hayata uyum sağlayamama ve uzamış yas sendromuna yakalanma riskinin azaltılması hedeflenmektedir (Hudson ve ark. 2011).

2.1.4. Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar

DSÖ' ye göre dünya çapında her yıl 40 milyondan fazla kişinin yaşamın sonuna doğru palyatif bakıma gereksinimi olduğu bilinmektedir. Fakat 40 milyon kişinin sadece %14' lük şanslı bir kısmı palyatif bakımdan yararlanmaktadır (WHO First ever global atlas identifies unmet need for palliative care 2014). Aynı zamanda yaklaşık %69 bir oran ile palyatif bakım ihtiyacı olanların çoğu 60 yaşın üzerindeki yetişkinlerdir. Palyatif bakım gereksinimi olan yetişkinlerin yaklaşık %78' inin orta ve / veya düşük gelirli ülkelerde yaşadıkları biliniyor olsa da palyatif bakımdan yararlanmakta olan yetişkinlerin çoğu yüksek gelire sahip ülkelerde yaşamlarını sürdürmektedirler (Connor ve ark. 2014).

Palyatif bakım gereksinimi geniş bir hastalık skalasına sahiptir. Palyatif bakım ihtiyacı olan yetişkinlerin çoğunda sıklıkla kardiyovasküler hastalıklar (%10.3), malign hastalık (kanser)(%34), kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH)(%10.3), AIDS (%5.7) ve diyabet (%4.6) gibi hastalıklar bulunmaktadır (Adelman ve ark. 2014). Aynı zamanda MS, parkinson, demans, nörolojik hastalıklar, böbrek yetmezliği, serebrovasküler hastalık, alzheimer tanıları da palyatif bakım gerektiren hastalıklardandır (Connor ve ark. 2014; WHO Palliative Care 2018).

Kabalak ve ark. (2012)' nın aktardığına göre palyatif bakım gerektiren hastalıklar ise şu şekilde sıralanabilir (Kabalak ve ark. 2012; Kıvanç Madenoğlu 2017);

- Motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer, ALS, Demans vs.)
- İleri dönem organ yetmezlikleri (Kalp, akciğer, böbrek, vs.)
- Tedaviye yanıt vermeyen ilerlemiş kanserler
- HIV / AIDS

2.1.5. Palyatif Bakım Modelleri

Hasta ve hastaların bakım verenlerine yönelik, disiplinlerarası işbirliğine dayanan farklı modeller bulunmaktadır. Tüm bu modellerin ortak amacı; hasta ve hastaların bakım verenlerine yönelik fiziksel, psikososyal ve manevi desteğin sağlanarak yaşam kalitelerinin yükseltilmesidir (Hudson ve ark. 2010; Uslu Şahan ve Terzioğlu 2015; WHO Palliative Care 2018).

Palyatif bakım modelleri genel olarak literatürde üç başlık altında incelenmektedir.

1. Hastane Temelli Palyatif Bakım

Hastanelerde bulunan servislerde, palyatif bakım servislerinde yatmakta olan hastalara ve bakım verenlerine uzman sağlık profesyonelleri tarafından, disiplinlerarası işbirliği içerisinde bakım verilmesidir (Hassankhani ve ark. 2019). Hastane temelli palyatif bakım süreci içerisinde, özellikle ağrı ve diğer semptomların tedavisi, hasta ve bakım verenlerinin psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması, bakım ve yaşam kalitesinin arttırılması hedeflenmektedir (Hassankhani ve ark. 2019). Hastane ortamında gelişen palyatif bakımın, rutin bakıma göre, yaşam kalitelerinde artma olduğu kanıtlanmıştır (Harding ve ark. 2011).

2. Ev Temelli Palyatif Bakım

Palyatif bakım gerektiren hastalar için primer bakım ev ortamında başlamaktadır. Evde palyatif bakımın amacı; hastanede verilebilecek düzeyde bir bakımın, hastanın ev ortamına entegre edilmesidir. Hasta bu sayede ihtiyaç duyduğu bakıma 7 / 24 ulaşabilir konumdadır. Yapılan çalışmalar ışığında ev temelli palyatif bakımın klinik olarak oldukça etkili olduğunu, hasta ve bakım verenlerini psikososyal, fiziksel, sosyoekonomik yönden faydalı etkilediği bilinmektedir. Sağlık harcamalarını azaltmak ile birlikte, hastane kalış süresini de azaltmaktadır (Harding ve ark. 2011; Hassankhani ve ark. 2019).

3. Toplum Temelli Palyatif Bakım

Hastaların bakım verenlerine ve toplumdan oluşan gönüllülere hasta bakımının nasıl sağlanacağı konusunda eğitim verilerek hastaların, psikososyal gereksinimlerinin karşılanmasını, ağrı vb. semptomlarının kontrol altına alınmasını amaçlar (Uslu Şahan ve Terzioğlu 2015). Bir merkezde çalışmakta olan hemşire ve doktorlar, hasta ve bakım verenlerini ziyaret ederek bakımın niteliğini denetlemektedirler (Harding ve ark. 2011; Hassankhani ve ark. 2019). Hemşirelerin lider rolü bu modelde daha etkindir (Harding ve ark. 2011; Hassankhani ve ark. 2019). Maliyetinin düşük olması ile son yıllarda ön plana çıkmıştır. Toplum temelli palyatif bakım için en iyi örnek olarak Hindistan-Kerala' da uygulanan modelden bahsedilebilir. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; toplum temelli palyatif bakım hastanede gerçekleşen ölüm oranını azaltmak ile birlikte hastaların yoğun bakım ihtiyacını da azaltmaktadır (Harding ve ark. 2011; Philip ve ark. 2018).

Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım, multidisipliner ve interdisipliner bir bakım yaklaşımıdır. Palyatif bakımın deneyimli bir ekip ile sunulması bakımın niteliğini ve yaşam kalitesini oldukça arttırmaktadır (Kabalak ve ark. 2013; Uslu Şahan ve Terzioğlu 2015).

Palyatif bakım ekibi;

- Doktor
- Hemşire
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı
- Eczacı
- Sosyal hizmet uzmanı
- Diyetisyen
- Psikiyatri uzmanı
- Psikolog

- Din görevlileri
- Gönüllüler ve sivil toplum kuruluşları'n dan oluşmaktadır (Hudson ve ark. 2011; Elçigil 2012; Kabalak ve ark. 2013).

2.1.6. Dünya' da ve Türkiye' de Palyatif Bakım

Dünya üzerinde palyatif bakımın hizmet sunumu, ülkelerin sahip olduğu kaynaklar, gelişmişlik seviyesi, palyatif bakıma özgü eğitimli ekiplerin var oluşu ve terminal dönem malign hastalığa ve / veya malign olmayan ileri kronik rahatsızlığa sahip bireylerin prevelansına göre farklı basamaklarda gerçekleştirilmektedir (Dzingina ve Higginson 2015).

Palyatif bakım hizmeti dünya üzerinde, palyatif bakım klinikleri, gündüz bakım evleri, ev tabanlı bakım şeklinde sunulmaktadır (HSGM Kanser Daire Başkanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016).

Worldwide Palliative Care Alliance, ülkelerde ki palyatif bakım gelişimini dört kategoride toplamış ve ülkemizi gelişmeye devam eden ülkeler kapsamında 3b kategorisinde değerlendirmiştir (Global Atlas of Palliative Care at the End of Life 2014).

"Palyatif Bakım" kavramı, ülkemizde henüz tam anlamı ile anlaşılamamış olup; sıklıkla "destek bakım" ve "yaşam sonu bakım" olarak düşünülmekle birlikte; ilk olarak 90' lı yılların sonlarına doğru ilgi görmeye başlamış olup, palyatif bakım konusunda eğitim almış sağlık personeli sayısının artması ve opioidlere erişimin eskisine göre daha kolay olması ile birlikte son yıllara doğru oldukça önem kazanmıştır (Özgül ve ark. 2011; Kıvanç 2017).

2008 yılında çeşitli kurumlardan katılım gerçekleştiren uzmanlarla düzenlenen üç çalıştay sonucunda Palyatif Bakım Programı Eylem Planı ortaya çıkmıştır. Palyatif Bakım Eylem Planı ile ülkemizin koşulları ve öncelikli politikaları doğrultusunda, gerçekleşmiş kanser vakalarının analizi yapılarak; palyatif bakım uygulama ve sunumunda eğitimli ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması, opiodlere ulaşımın kolaylaştırılması amaçlanmıştır. Palyatif bakım ve palyatif bakımın uygulanması Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Kontrol Programı için oldukça önemli ve öncelikli olmuştur (Özgül ve ark. 2015; HSGM Kanser Daire Başkanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016).

Bu amaçlar doğrultusunda, Türkiye' nin sosyokültürel yapısına en uygun olduğu düşünülen, Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum kuruluşları ile desteklenen, modern hemşirelik bakımı üzerine temellendirilen, aile hekimlikleri doğrultusunda 2011 yılında Pallia-Türk projesi başlamıştır (Ozgül ve ark. 2011; Uslu Şahan ve Terzioğlu 2015; HSGM Kanser Daire Başkanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016).

Bu projede Dünya genelinde yapılan sınıflandırmaya paralel olarak palyatif bakım hizmetlerinin üç basamağa ayrılması planlanmıştır;

1.Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri: Aile hekimleri, evde bakım hizmetleri, KETEM, sivil toplum kuruluşları ve belediyeler işbirliği ile; ağrının ve diğer akut semptomların giderilmesi, olası ve oluşmuş yara bakımının sağlanması, parenteral uygulama gerekiyorsa uygulanması gibi hizmetlerin verilmesi amaçlanmaktadır (Uslu Şahan ve Terzioğlu 2015).

2. Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri: Ağrı ve diğer akut semptomların kontrol altına alınamadığı, 1. basamak palyatif bakım hizmetlerinin yeterli gelmediği durumlarda, hastaların ve bakım verenlerinin psikososyal gereksinimlerinin karşılanabilmesi amacı ile, palyatif bakım uygulamalarında deneyime ve eğitime sahip doktorlar, hemşireler, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatrist tarafından değerlendirileceği merkezler olarak planlanmıştır (Kabalak ve ark. 2015; Sağlık Bakanlığı SHGM Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge 2015; HSGM Kanser Daire Başkanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016).

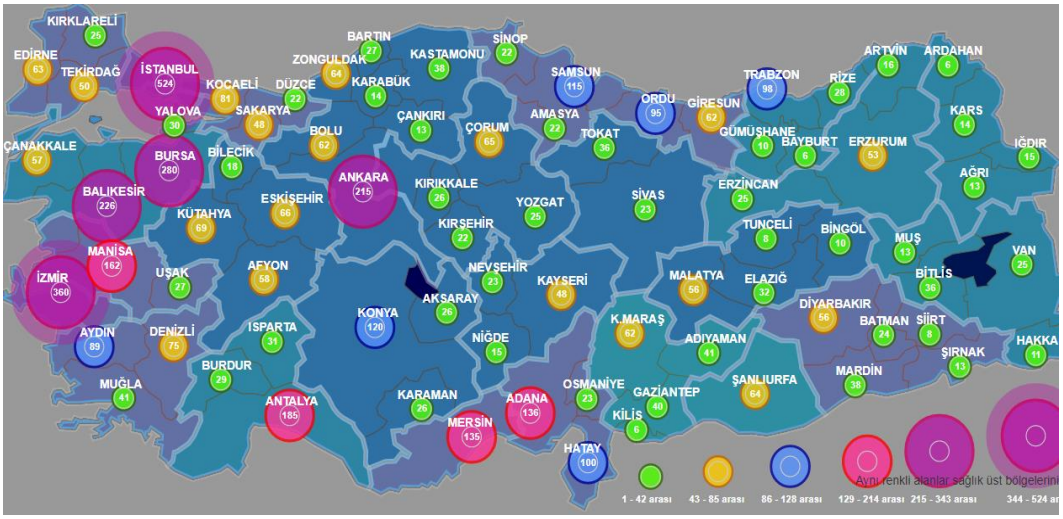
3. Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri: Bu basamakta palyatif bakım hizmetinin verilebilmesi için 3. basamak hastanelerde, kapsamlı palyatif bakım merkezlerinin kurulması planlanmaktadır. 3. basamakta verilmesi planlanan palyatif bakım hizmeti için, farklı uzmanlığa sahip sağlık profesyonellerinin de ekibe dahil olması gerekli görülmüştür. Uzman sağlık ve diğer branşların profesyonellerinden bazıları şu şekildedir; iç hastalıkları uzmanı, cerrahi uzmanı, radyasyon onkolojisi, kardiyolog, göğüs hastalıkları uzmanı, psikiyatri uzmanı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, anestezi uzmanı, algolog, pratisyenler, din görevlileri, sosyal hizmet uzmanı ve en önemlisi deneyimli hemşirelerdir (Kabalak ve ark. 2015; Sağlık Bakanlığı SHGM

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge 2015; HSGM Kanser Daire Başkanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016).

Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı 2015 yılında "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yi yürürlüğe sokmuş; bu yönerge ile palyatif bakımın tanımını, kapsamını, niteliğini, yetki ve sorumlulukları açıklamıştır (Sağlık Bakanlığı SHGM. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge 2015; Madenoğlu Kıvanç 2017)

Ayrıca ülkemiz uluslararası kuruluşlardan olan Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu (Middle East Canser Consortium (MECC)), Kanserde Çok Uluslu Destek Bakım Birliği (Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC)), Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (European Society for Medical Oncology) ile işbirliği sağlamakta ve bu kuruluşların desteği ile palyatif bakım hizmet ve sunumunun gelişimini sağlamaktadır (HSGM Kanser Daire Başkanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016).

Türkiye'de palyatif bakım hizmeti 81 ilde, 378 sağlık tesisinde, 5041 yatak ile hizmet vermekte ve gelişimini sürdürmeye devam etmektedir (Şekil 2.1.7-1)(Kamu Hastanaleri Genel Müdürlüğü Palyatif Bakım Hizmetleri 2019).



Şekil 2.1.7-1: Türkiye'de palyatif bakımın illere göre dağılımı

2.2. Bakım Verme Yükü

2.2.1. Bakım Verme Yükü ile İlgili Kavramlar

Bakım: TDK' ya göre bakım; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir (TDK 2019).

Bakım Verme: Bakım sunma faaliyet ve sorumluluklarını üstlenme olarak tanımlanabilmektedir (Berber 2014).

Bakım Verici: Hayatı tehdit eden, tedavi edilemez bir hastalığa sahip olan hastaya fiziksel, sosyal ve psikolojik yardım sağlayan, hastalığın semptomlarını ve mali harcamaları yöneten, hasta bakımında karmaşık birçok sorumluluğa sahip kişiler olarak tanımlanabilirler (Song ve ark. 2011; Hudson ve ark. 2012; Erdoğan ve Emre 2014).

Yaşam Kalitesi: Fiziksel, psikolojik, sosyal iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Erdoğan ve Emre 2014).

Glozman (2004)' a göre yaşam kalitesi kavramı, bakım verenlerin yaşam kalitesini etkileyen ana stresörleri, bakım verme taleplerini, hastanın sağlık durumunun bozulmasını, bakım verme süresini ve yoğunluğunu, günlük yaşam aktivitelerini, hastanın bağımlılığını ve problemli davranışların var oluşunu da içermektedir (Van Der Eerden ve ark. 2014).

Bakım Yükü: Hasta bir bireyin bakımından kaynaklanan, olumsuz deneyimler ve algılanan strese karşı çok boyutlu olarak verilen bir cevap olarak nitelendirilmektedir (Kim ve ark. 2011).

Bakım yükü ile ilgili herhangi bir ICD kodu bulunmamaktadır (Adelman ve ark. 2014).

Zarit ve ark.' nın ise bakım yükü için yaptıkları tanım ise şöyledir;

"Bakım verenlerin, bakım vermenin duygusal, sosyal, finansal, fiziksel ve ruhsal işleyişini olumsuz etkileyişinden hissedilen boyutudur." (Adelman ve ark. 2014). Zarit ve ark.' nın yaptığı tanımdan anlaşılmaktadır ki; bakım yükü; karmaşık, çok boyutlu ve bireye özgü bir deneyimdir (Adelman ve ark. 2014).

Bakım yükü bazı araştırmacılar tarafından 2 boyutlu olarak ele alınmaktadır.

1. Objektif (Nesnel) Bakım Yükü: Hastanın hastalığa ve hastalığa bağlı semptomları ile ilgili olup, ekonomik zorlukları, maddi gelir kaybını, bakım verenin sosyal yaşantısında gelişen değişiklikleri, beden ve ruh sağlığında gelişen olumsuz durumları kapsamaktadır (Arslantaş ve Adana 2011; Kızılırmak 2014).

2. Subjektif (Öznel) Bakım Yükü: Bakım verenin bireysel özellikleri ile ilişkili olan, bakım yükünün algılanmasını, emosyonel duygu ve davranışlarda gelişen olumsuz

durumları ele almaktadır. Subjektif bakım yükünün değerlendirilmesi ve giderilmesi oldukça zorlayıcıdır (Arslantaş ve Adana 2011; Aşiret ve Kapucu 2012; Kızılırmak 2014).

2.2.2. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Yapılan araştırmalara göre, bakım verenlerin yaşadığı yükün derecesinin, bakım verenlerin ve hastaların; demografik durumu, hastanın sahip olduğu hastalığın ilerleme derecesi ve algılanan stres gibi faktörler ile ilişkili olduğu görülmektedir (Kim ve ark. 2011; Van Der Eerden ve ark. 2014).

2.2.2.1. Bakım Verene Ait Faktörler

Bakım yükünü etkileyen değişkenlerle ilgili farklı çalışma sonuçları olmakla birlikte aşağıdaki değişkenlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

1. Yaş: Bakım verenin yaşının fazla olması, algılanan bakım yükünün de artmasına sebep olmaktadır. Yaşın artması, bakım verenin depresyon ve tükenmişlik ile karşılaşma olasılığını da arttırmaktadır (Tamayo ve ark. 2010; Van Der Eerden ve ark. 2014; Rha ve ark. 2015; Hsu ve ark. 2019;).

2. Cinsiyet: Çalışmalarda hastaların bakımından sorumlu birincil bakım verenlerin çoğunlukla kadın olduğu görülmektedir (Kim ve ark.2011; Adelman ve ark. 2014; Rha ve ark. 2015;). Aynı zamanda kadın cinsiyetin bakım yükünü arttırdığı ve bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir (Fridriksdottir ve ark. 2011; Kim ve ark. 2011; Adelman ve ark. 2014; Mcllfatrick ve ark. 2017).

Kadın bakım verenlerin çoğu genellikle hastanın annesi, eşi, kızı veya kız kardeşidir (Babaoğlu ve Öz 2003; Mcllfatrick ve ark. 2017). Bu bilgilere göre, kadınların algıladığı bakım yükü seviyesinin erkeklerin algıladığı bakım yükü seviyesine göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Fridriksdottir ve ark. 2011; Mcllfatrick ve ark. 2017).

3. Sosyoekonomik Durum: Bakıma gereksinimi olan hastanın bakım masrafları bakım verenler için oldukça önemlidir. Palyatif bakımın getirdiği maliyetler, finansal yükün daha da artmasına sebep olmaktadır (Tamayo ve ark. 2010; Diehl-Schmid ve ark. 2013; Vaingankar ve ark. 2013). Finansal maliyetler 2 başlık altında toplanmaktadır.

3.1.Doğrudan Maliyetler: Bakım gereksinimi olan hasta ve bakım faaliyetleri için doğrudan yapılan harcamalar olarak nitelendirilmektedir. En sık dile getirilen harcamalar; hastane masrafları, bakım ile ilgili malzeme ve kıyafet masrafları vb. olmaktadır (Lai 2012; Gott ve ark. 2015).

3.2.Dolaylı Maliyetler: Bakım veren olma rolü ile ilgili oluşan maliyetlerdir. En sık dile getirilenler; iş kaybı, bakım verme sebebi ile oluşan fiziksel-ruhsal rahatsızlıkların tedavisi, bakıcı huzur ve sağlığı için yapılan harcamalardır. Bakım verenlerin ekonomik refah seviyeleri ne kadar farklı olsa da, finansal yükün hepsi için önemli olduğu yadsınamaz bir gerçektir (Gott ve ark. 2015; Yeşil ve ark. 2016).

Yapılan çalışmalarda artan finansal maliyetlerin bakım verenler açısından depresyon riskini arttırarak yaşam kalitelerini azalttığı (Song ve ark. 2011; Diehl-Schmid ve ark. 2013; Adelman ve ark. 2014;); gelir durumu yüksek olan bakım verenlerin ise bakım yükünü daha az hissettikleri görülmüştür (Jeong ve ark. 2015; Yeşil ve ark. 2016).

4. Eğitim Düzeyi: yapılan araştırmalara göre eğitim seviyesi düşük bakım verenlerin eğitim seviyesi yüksek olan bakım verenlere göre bakım yükünün daha yüksek olduğu, aynı zamanda yaşam kalitelerinin düşme eğiliminde olduğu görülmektedir (Weitzner ve ark. 1999; Dirikkan ve ark. 2018).

5. Sosyal Destek Alma Durumu: Bakım verenlerin bakım yükünü arttıran en önemli faktörlerden bir diğeri ise, bakım veren rolü ile ilgili kısıtlı yardım almalarıdır (Hudson ve ark. 2011). Bakım verenler için yetersiz aile desteği yaşam kalitesini oldukça azaltmakta, bakım yükünü ise arttırmaktadır (Song ve ark. 2011; Yıldırım ve ark. 2013).

Bunların yanı sıra bakım verenlerin hastaya olan yakınlığı, etnik kökeni, hastaya bakım vermeme olasılığının olmaması, bakım vermeye ayrılan zamanın fazla olması, sosyal izolasyon, ev işleri ve kendi işleri için zaman ayıramama gibi faktörler de algılanan bakım yükünü oldukça etkilemektedir (Northouse ve ark. 2012; Adelman ve ark. 2014; Van Der Eerden ve ark. 2014; Schrank ve ark. 2015).

2.2.2.2. Hastaya Ait Faktörler

Bakım yükünü etkileyen hastaya ait değişkenler ise şöyledir;

1. Yaş: Yapılan çalışmalarda yaşlı hastaya bakım vermenin bakım yükünü arttırdığı görülmüştür (Garlo 2010; Yıldırm ve ark. 2013)

2. Cinsiyet: Yapılan araştırmalarda erkek hastaya bakım vermenin kadın hastaya bakım vermeye göre bakım verenlerin bakım yükünü arttırdığı görülmektedir (Diehl-Schmid ve ark. 2013; Erdoğan ve Emre 2014).

3. Sosyal güvence: Sosyal güvencesi olan hastanın bakım vereni olmanın yükünün, sosyal güvencesi olmayan hastaya bakım verenin yükünden daha az olduğu bilinmektedir (Erdoğan ve Emre 2014; Yeşil ve ark. 2016).

4. İşlevsellik durumu: Hastanın günlük yaşam aktivitelerini hangi oranda bağımsız olarak gerçekleştirebildiği, bakım verenin bakım yükü ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımlı olan hastaların bakım verenlerinin algıladığı bakım yükü, yarı-bağımlı ya da bağımsız olan hastaların bakım verenlerinin algıladığı yüke göre daha yüksek bulunmuştur (Weitzner ve ark. 1999; Yıldırım ve ark. 2013; Bahadır Yılmaz ve Ata 2017).

5. Sağlık durumu: Bakım ihtiyacı olan hastanın genel durumu bozuldukça, olağan bir şekilde bakım ihtiyaçları da artmaktadır. Artmış bakım ihtiyacı ile birlikte bakım verenin algıladığı bakım yükü de artmakta, bu yük ile birlikte yaşam kalitesi azalmaktadır (Weitzner ve ark. 1999; Taşdelen ve Ateş 2012).

Aynı zamanda yapılan çalışmalarda, bakım alan hastanın davranışlarında görülen bozulmanın, bilişsel işlev gerilemesine göre daha fazla bakım yüküne sebep olduğu görülmektedir (Mohamed ve ark. 2010; Al-Rawashdeh ve ark. 2017; Bahadır Yılmaz ve Ata 2017).

2.2.3. Bakım Yükü ve Bakım Verenlere Etkisi

Bakım verenler, bakıma ihtiyacı olan hastalarının esenliğinin sağlanmasında, nitelikli bakımın gerçekleştirilmesinde, yaşam kalitesinin arttırılmasında oldukça önemli rol oynamaktadırlar (Adelman ve ark. 2014; Bausewein ve ark. 2015).

Yaşamının sonuna yaklaşmış, palyatif bakım gereksinimi olan hastaların bakım vereni olmanın, bakım verenin ruhsal ve fiziksel sağlığının bozulmasında önemli bir stresör olduğu yadsınamaz bir gerçektir (Song ve ark. 2011; Ullrich ve ark. 2017; Van der Lee ve ark. 2018).

Hudson ve ark. (2010)' nın aktardığına göre; DSÖ'nün yapmış olduğu palyatif bakım tanımı doğrultusunda; bakım gereksinimi olan hastanın yaşam kalitesi, bakım verenin yaşam kalitesinden bağımsız olarak düşünülemez (Hudson ve ark. 2010; Malloy ve ark. 2010; Fridriksdottir ve ark. 2011; Krug ve ark. 2016).

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların bakım verenleri; depresyon, anksiyete, sosyal ilişkilerde bozulma, fiziksel sağlıkta gerileme, sosyal izolasyon, korku, endişe, uykusuzluk, yorgunluk gibi yaşam kalitesinde azalmaya neden olan bir çok stres etkeni ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Weitzner ve ark. 1999; Hudson ve ark. 2010; Fridriksdottir ve ark. 2011; Harding ve ark. 2011; Van Der Eerden ve ark. 2014; Krug ve ark. 2016; WHO Palliative Care 2018).

Bakım veren bireyler, sadece hastalarının bakım gereksinimlerini karşılamak ile kalmamakla birlikte kendi sağlıkları, iş durumları gibi çeşitli zorluklarla başetmek zorundadırlar (Vaingankar ve ark. 2013; Krug ve ark. 2016).

DSÖ' nün yapmış olduğu palyatif bakımın tanımına göre; palyatif bakım sadece palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların değil, aynı zamanda bakım verenlerinin de psikososyal gereksinimlerini karşılamayı ve yaşam kalitelerini yükseltmeyi hedeflemektedir (Krug ve ark. 2016).

Bu bilgiler ışığında anlaşılmaktadır ki; bakım gereksinimi olan hastanın yaşam kalitesi, bakım verenin yaşam kalitesinden bağımsız değildir (Hudson ve ark. 2010; Van Der Eerden ve ark. 2014; Krug ve ark. 2016; Philip ve ark. 2018). Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin psikososyal gereksinimlerini belirlemek ve karşılanmamış gereksinimlerini karşılamak hastanın yaşam kalitesini ve bakımın niteliğini arttırmak için oldukça önemlidir (Hudson ve Aranda 2013; Adelman ve ark. 2014).

Gelişmiş ülkelerde, palyatif bakım kliniklerinde yatmakta olan hastaların bakım verenlerinin psikososyal gereksinimlerini değerlendirmek ve bu gereksinimleri

karşılamak için palyatif bakım hizmetinin sunumunda standartlar oluşturulduğu bilinmektedir (Hıudson ve Aranda 2013).

Literatürde yapılan çalışmalara göre palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların bakım verenleri;

- Fiziksel ve psikolojik morbiditeye eğilimli olup, bakım verenlerin %50' si fiziksel sağlık bakımından, genel populasyona göre standartların altında kalmaktadır ve yaklaşık %44' ü anksiyete ve depresyon ile mücadele etmektedirler (Aydoğan ve Uygun 2011; Harding ve ark. 2011; Hudson ve Payne 2011; Hudson ve Aranda 2013).
- Bakım verdiklerini hastaların hastalıkları ile ilişkili semptomlarının yönetilmesi gibi birçok önemli sorumlulukları vardır (Hudson ve Payne 2011; Hudson ve Aranda 2013).
- Finansal açıdan dezavantajlıdırlar (Hudson ve Payne 2011; Hudson ve Aranda 2013; Zimmermann ve ark. 2016).
- Sosyal izolasyona maruz kalırlar (Hudson ve Payne 2011; Hudson ve Aranda 2013; Bahadır Yılmaz ve Ata 2017).
- Bakım veren rolleri ile ilgili bilgi eksikliğinden şikayetçidirler (çoğu bakım veren, bakım verme ile ilgili eğitim almamıştır ve bakım görevi için kendilerini hazır hissetmemektedirler) (Hudson ve Payne 2011; Hudson ve Aranda 2013).
- Karşılanmamış gereksinimlerden sözederler (Hudson ve Payne 2011; Hudson ve Aranda 2013).
- Yaşamının sonuna yaklaşmış hastaların bakım verenleri olarak ölüm ile erken tanışırlar (Hudson ve Payne 2011; Hudson ve Aranda 2013; Fitch ve ark. 2015).
- Genellikle bakım planlaması ve bilgi paylaşımı dışında tutulurlar ve bunun sonucunda bakım veren rolüne uyum sağlamakta zorlanırlar (Hudson ve Payne 2011; Hudson ve Aranda 2013; Fitch ve ark. 2015).
- Aynı zamanda; bakım süreci ile ilgili olumlu sonuçlar ve kazanımlar elde edebilmek için bakım potansiyellerini arttırma gereksinimi hissetmektedirler (Hudson ve Aranda 2013).

- Yeterli sosyal desteğe kavuştuklarında bakım veren olma sürecinden olumlu deneyimler elde edebilirler (Hudson ve Payne 2011; Hudson ve Aranda 2013; Kabalak ve ark. 2013).
- Palyatif bakım kliniklerinden ev bakımına geçen hastaların kaliteli ev bakımına ulaşmalarında önemli bir role sahiptirler (Hudson ve Payne 2011; Hudson ve Aranda 2013; Adelman ve ark. 2014; Zimmermann ve ark. 2016).
- Sağlık harcamalarında maliyetin azaltılması yönünde etkin rol oynarlar (Hudson ve Payne 2011; Hudson ve Aranda 2013).
- Bakım veren olmaya dair rolleri iyi desteklendiğinde, hastaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde yükseltebilirler (Hudson ve Aranda 2013).

Palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların bakım verenlerinin psikososyal gereksinimlerinin karşılanması, bakım veren rolüne uyum sağlanmasında oldukça etkili olurken, karşılaşacağı stresörlere karşı da koruma sağlanmasında önemli rol oynamaktadır (Weitzner ve ark. 1999; Mohamed ve ark. 2010).

Yaşamının sonuna yaklaşmış hastaya bakım verenlerin, bakım vermeyenlere göre fiziksel ve psikolojik sağlıklarında daha sık bozulma yaşadıkları ve bu sebeple sağlık hizmetlerine başvuru yaptıkları bilinmektedir.

Bunun sonucunda bakım verenlerde ilerleyen dönemlerde daha sık ilaç kullanımı ve başta anksiyete ve depresyon olmak üzere psikolojik morbiditeye yatkınlık gözlenmektedir (Kim ve ark.2011; Van Der Eerden ve ark. 2014).

2.3. Bakım Verenlerin Psikososyal Gereksinimleri

Bakım verme, bakım vereni fiziksel, duygusal ve sosyal yönden olumsuz etkileyen bir yüktür (Fujinami ve ark. 2015; McAdam ve ark. 2018).

Literatüre göre, palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların bakım verenlerinin genellikle küratif fazdaki hastaların bakım verenlerine göre daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları görülmektedir ve aynı zamanda karşılanmamış psikososyal gereksinimlerinin en büyük etkenlerinden birinin sağlık profesyonellerinden yeterli ve etkin desteği alamamaları olarak tanımlanmıştır (Hudson ve ark. 2012; Adelman ve ark. 2014).

Yapılan çalışmalara göre bakım verenlerin en sık bahsettikleri karşılanmamış gereksinimleri; bakım veren rolü için uygun eğitim almamış olmaları, sağlık profesyonelleri tarafından destek ve iletişim eksikliği, rolün verdiği psikolojik, fiziksel, sosyal zorluklar ile nasıl baş edebileceği hakkında destek ve diğer yardımcı kaynaklara nasıl erişebilecekleri ile ilgili bilgi eksikliğidir (Tamayo ve ark. 2010; Hudson ve Payne 2011; Diehl-Schmid ve ark. 2013). Etkin başa çıkma stratejisine sahip olmayan bakım verenlerin, geleceklerini planlamakta ve bakım verdikleri hastanın semptomları ile başa çıkmakta zorluk yaşadıkları bilinmektedir. (Tamayo ve ark. 2010; Hudson ve Aranda 2013; Grover ve ark. 2015).

Yapılan araştırmalarda bakım verenlerin en sık baş ağrısı, anksiyete, uyku bozukluğu, ümitsizlik, korku, baş ağrısı ve halsizlik şikayetlerinde bulundukları ve bu sebeple algılanan bakım yükünün arttığı bildirilmiştir. (Babaoğlu ve Öz 2013; Ganapathy ve ark. 2015; Ulrich ve ark. 2017).

Gereksinimleri karşılanmamış bakım verenlerin şikayetleri bunlarla sınırlı değildir. Bakım verenler aynı zamanda kendilerine ve sosyal yaşamlarına yeterli vakit ayıramadıklarını, bireysel özgürlüklerinin kısıtlandığını, sosyal izolasyona maruz kaldıklarını ve kişilerarası ilişkilerde zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir (Rodriguez Sanchez ve ark. 2011; Ganapathy ve ark. 2015; Mansfield ve ark. 2016; Mcllfatrick ve ark. 2017) . Aynı zamanda hastalarının hastalıkları, tedavi süreci, hastalığın seyri ve ölümün yaklaştığını gösteren semptomlar hakkında bilgi sahibi olmak istedikleri bilinmektedir (Tamayo ve ark. 2010; Sampson ve ark. 2014).

Çoğu zaman sağlık profesyonelleri palyatif bakım hastalarının bakım verenleri ile hasta bakımı, yaşadıkları endişeler ve korkular hakkında konuşmak için vakit ayırmazlar (Adelman ve ark. 2014). Gelişen bu durum ile birlikte, bakım verenler bir süre sonra "görünmez hasta" haline gelir ve bakımın niteliğini düşüren, hem kendisi hem de bakım verilen hasta açısından yaşam kalitesinin düşmesine neden olan karşılanmamış psikososyal gereksinimlere sahip olurlar (Hudson ve Aranda 2013; Adelman ve ark. 2014). Hatta öyle ki, bakım verenlerin psikososyal gereksinimleri, bakım verdikleri hastaların gereksinimlerini aşabilmektedir (Harding ve ark. 2011; Burton ve ark. 2012; Elçigil 2012; Hudson ve ark. 2012).

Ganapathy ve ark. (2015) yaptığı çalışmada katılımcıların % 50' sinde, Johnson ve ark.' (2016) yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin % 53' ünde depresyon bulgusuna rastlamıştır.

Egici ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin fiziksel veya psikolojik rahatsızlık varlığının, hastanın sağlığı ve bakımın niteliği üzerinde negatif bir etkisi olduğunu belirtmişler ve bunun sonucunda bakım verenlerin psikososyal gereksinimlerinin sağlık profesyonelleri tarafından uygun bir biçimde değerlendirilip, karşılanması gerektiğini vurgulamışlardır. Bu sayede gereksinimleri karşılanan bakım verenin bakım yükü azalmakta ve bakımın niteliği ile birlikte hastanın yaşam kalitesi de artmaktadır.

Bakım verenlerin bakım verme sürecinde karşılaştıkları sorunlarla başetme yöntemleri incelendiğinde ise bakım verenler ile yapılan bazı çalışmalarda bakım vericilerin aidiyet duygusuna sahip olarak; inanç ve kader algısı ile bakım yüklerini azalttıkları görülmüştür (Spatuzzi ve ark. 2018, Lee ve ark. 2018). Aynı zamanda sosyal destek alan bakım verenlerin sorunları ile başetmede daha başarılı oldukları görülmüştür (Grover ve ark. 2015; Ullrich ve ark. 2017; Hawken ve ark. 2018).

Akgün Kostak ve Akan' ın (2011) kanserli çocukların bakım verenleri ile yaptıkları araştırma sonucunda, birçok bakım verenin fiziksel ve ruhsal sıkıntıları ile baş etmek için tanrıya yol göstermesi ve kendilerine yardım etmesi için dua ettikleri, aynı zamanda din görevlilerinden danışmanlık almak istedikleri görülmüştür. Bakım verenlerin manevi ihtiyaçları sağlık profesyonellerinin destek hizmetlere yönlendirmesi eşliğinde karşılandığında bakım yükünün azaldığı, yaşam kalitesinin arttığı görülmektedir (Erbaycu 2013; Balcı ve ark. 2017).

2.4. Palyatif Bakım Hemşireliği

Hemşirelik grubunun, sağlık hizmetlerinin en önemli ve en büyük işgücü olduğu bilinmektedir (Fitch ve ark. 2015). Bununla birlikte, palyatif bakımda, bakımın kalitesini büyük ölçüde etkileyen bir konumda yer almaktadır (Fitch ve ark. 2015). Palyatif bakım hemşireliğinde temel hedef, hastalık ve ölüm sürecinde; hastanın ve bakım verenlerinin, ölüm sonrasında ise; bakım verenlerinin yaşam kalitelerini yükseltmektir (Harding ve ark. 2011). Palyatif bakım hemşiresi, hasta ve bakım verenlerinin psikososyal gereksinimlerinin farkında olmalıdır (Harding ve ark. 2011). Palyatif bakım alan hastaların ve bakım verenlerinin psikososyal gereksinimlerinin

belirlenmesi ve karşılanması, ortak bir felsefe etrafında birleşmiş, bakımın sorumluluğunu paylaşan, disiplinlerarası bir yaklaşım gerektirmektedir (Malloy ve ark. 2010). Hemşireler, disiplinlerarası etkileşimde, aile ve hasta etkileşiminde kilit rol oynamaktadırlar (Fitch ve ark. 2015). Hemşire, hastanın bakım verenlerini kendisine ihtiyaç duydukları anda "orada" olmalıdır.

Palyatif bakım hemşireleri, hastalar ve bakım verenleri ile etkili terapötik iletişim geliştirirken aynı zamanda iş doyumunu da sağlayan özel bir deneyim yaşarlar (Dobrina ve ark. 2014).

Palyatif bakım hemşiresinin rolleri;

Tedavi edici rolü, eğitici rolü, değişim ajanı rolü, bakım verici rolü, savunucu rolü, danışman rolü, yönetici rolü, karar verici rolü olarak söylenmektedir (Uslu Şahan ve Terzioğlu 2015).

Etkin ve kaliteli bir palyatif bakım sağlanabilmesi için palyatif bakım hemşiresi;

- Empati yeteneği gelişmiş olmalıdır.
- Hastayı günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda değerlendirmeli, bağımsız aktivitelerini desteklemelidir.
- Hasta ve bakım verenlerine yönelik bakım planlarını, günlük yaşam aktiviteleri ve psikososyal gereksinimlerine göre planlamalıdır.
- Hastanın ve bakım verenlerinin baş etme yöntemleri geliştirmesine yardımcı olmalıdır.
- Hastaların semptom yoğunluğunu değerlendirmeli ve semptomların kontrol altına alınmasını sağlamalıdır.
- Hasta ve bakım verenlerinin mahremiyetinin sağlanmasında yardımcı olmalıdır.
- Hastanın tedavisi ve bakımının sürekliliğinin sağlanmasında yardımcı olmalıdır.
- Hasta ve bakım verenlerinin sağlık ekibi ile iletişiminde sürekliliği sağlamalıdır.
- Ekip içi koordinasyonu sağlamalıdır.
- Hasta ve bakım verenlerinin haklarını korumalıdır.

- Tüm bireyler eşsizdir. Bakım gereksinimleri farklıdır, bu sebeple bakım planı bireye özgü yapılmalıdır.
- Hastanın huzurlu bir şekilde ölebilmesi için gerekli çevre düzenlemesini yapmalıdır.
- Bakım verenleri/aileyi, ölüm sırasında oluşabilecek durum, belirti-bulgu yönünden bilgilendirmelidir.
- Tedavide kullanılan ilaçlar hakkında hastayı ve bakım verenlerini bilgilendirmelidir (etki, yan etki, uygulama şekli, etki süresi vb.).
- Hasta ve bakım verenlerinden geribildirim alınmalıdır (bilinç olmayan hastalar için geçerli değildir), soru sormaları için cesaretlendirmelidir.
- Bakım verenlerinin / ailenin gerçekleştirmek istediği dini ya da kültürel bir uygulama varsa, uygunluğunu değerlendirip gerekirse destek sağlamalıdır.
- Hasta ve bakım verenlerine diğer disiplinlerden nasıl yardım alabileceği konusunda danışmanlık yapmalıdır.
- Bakım, beceri ve özgüven konusunda sürekli eğitim almalıdırlar.

Palyatif bakımda, hemşirelerden hastanın yakınlarına destek olması, psikososyal açıdan iyilik hallerini sürdürebilmeleri için yardımcı olması beklenmektedir. Bu beklentinin karşılanabilmesi için, hemşirenin nitelikli bir eğitim alarak yaşam sonu bakımına hazırlanması, kişilerarası iletişim ve başetme becerilerinin gelişmiş olması gerekmektedir (İnci ve Öz 2012). Palyatif bakım hemşireleri, bakım verdikleri yaşamının sonuna yaklaşmış hastalar ve onların yakınları ile yaşamlarını, ölümlerini, değerlerini ve korkularını paylaşmaktadırlar (Dobrina ve ark. 2014). Yaşamının sonuna yaklaşan hastaya bakım vermek, duygusal olarak oldukça acı veren, üzücü bir yaşam deneyimidir ve bu süreçte hemşire; korku, üzüntü, hayal kırıklığı, anksiyete gibi duygular ile karşılaşabilmektedir (İnci ve Öz 2012). Yaşamdan ölüme giden bu süreçte, hastaların ve yakınlarının ölümü anlamasına rehberlik ederken, aynı zamanda kendi yaşam ve ölümlerinin anlamını keşfetmektedirler (Dobrina ve ark. 2014). Palyatif bakım hemşiresi için, bakım verdiği hastanın ölümü başarısızlık ve yetersizlik hissinin gelişmesine neden olabilmektedir. Oysa ölmekte olan hastanın bakımında başarılı olmak, hastanın yaşam süresini uzatmaktan çok mümkün olduğunca acı çekmesini

önlemek, yaşam kalitesini yükseltmek ve onurlu bir şekilde ölebilmesine yardımcı olmaktır (İnci ve Öz 2012). Ölüm ile sık sık yüz yüze gelen hemşirelerde tükenmişlik görülme olasılığı oldukça yüksektir. Bu sebeple, hemşirelerin etkili baş etme yöntemleri geliştirmeleri ve destek kaynaklardan yararlanmaları gerekmektedir (İnci ve Öz 2012).

Özetle; palyatif bakım hemşiresi, hastanın hastalık ile tanışması ile başlayan sürecin tamamında aktif rol oynamaktadır (Malloy ve ark. 2010). Hastalar ve yakınları ile iletişimde en etkin konumdadırlar (Dobrina ve ark. 2014). Hasta ve yakınlarını bilgilendirme, psikososyal gereksinimlerini belirleme ve gereksinimleri karşılama, semptom kontrolü, ölüme hazırlık gibi önemli görevler üstlenmektedirler (Malloy ve ark. 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Yöntemi

Bu çalışma, palyatif bakımda yatan hasta yakınlarının bakım verme yükü ve psikososyal gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma Soruları

1)Palyatif bakımda yatan hasta yakınlarının bakım verme yükleri nasıldır?

2)Palyatif bakımda yatan hasta yakınlarının psikososyal gereksinimleri nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Bursa İli Sağlık Müdürlüğü'ne Bağlı 2.basamak bir devlet hastanesinin Palyatif Servisi' nde yapıldı. Araştırma Mart 2019-08.07.2019 tarihleri arasında yapıldı. Araştırma verileri Aralık 2018 – Ocak 2019 tarihleri arasında toplandı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini 527 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise İnegöl Devlet Hastanesi Palyatif Servisi'nde yatmakta olan 196 hasta yakınının oluşturacağı belirlenmiş ve araştırma verileri 200 hasta yakınından elde edilmiştir.

Basit Rastgele Örneklemede Örneklem Genişliği Tahmini;

$$n=\frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma

$$n=\frac{(527)(1.96)^2(0.80)(0.20)}{(0.0435)^2(527-1)+(1.96)^2(0.80)(0.20)}$$

n= 168 minimum toplam olgu miktarı

Toplamda alınması gereken olgu sayısı kayıplar göz önüne alındığında 200 olarak alınmıştır.

3.5. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

- Palyatif bakım ünitesinde yatan hasta yakını olma (eş, anne, baba, çocuk, gelin, torun, kardeş, uzak akraba)
- Hastanın bakımından birinci derecede sorumlu olma
- Akut herhangi bir psikiyatrik bozukluk olmaması

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen 23 sorudan oluşan Hasta Yakını Tanılama Formu kullanılmıştır. Hasta yakını tanılama formu hasta yakınının yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, gelir durumu, hastayla olan yakınlığı, mesleği, sosyal güvencesinin olup olmadığı, ne kadar süredir bakım verdiği, bakım verme zaman dilimi, bakım verme sürecinde yaşadığı duygular, psikososyal gereksinimleri, bakım vermenin bakım verici için ne anlama geldiği, sürekli bakım ihtiyacı olan başka hastasının olup olmadığı ile ilgili sorulardan oluşan sosyo-demografik bilgileri içermektedir.

Hasta Yakını Tanılama Formu' n da sekiz soru demografik bilgilerden, dört soru hasta yakınının sağlık durumu ile ilgili bilgilerden, üç soru bakım alan hasta ile ilgili bilgilerden, sekiz soru ise hasta yakınının bakım sürecinde yaşadığı sorunlar, psikososyal gereksinimleri ve duyguları ile ilgili bilgilerden oluşmaktadır.

Zarit Bakım Yükü Ölçeği

Zarit, Reever ve Bach- Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilen, 2006 yılında İNCİ tarafından Türkçe geçerlik- güvenirlik çalışması yapılan ölçek 22 ifadeden oluşmaktadır. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi

değerlendirmeye sahiptir. Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanılan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (İnci ve Erdem 2008). Ölçekte herhangi bir kesme puanı olmamak ile birlikte; ölçeğin bu çalışmadaki cronbach alfa katsayısı (0,825) olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni bakım verme yükü, bağımsız değişkenleri ise; sosyodemografik özellikler ve bakım verme durumu ile ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu vb.) olarak belirlendi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın etik izni İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu tarafından verilmiştir (EK-1). Kurumun bağlı olduğu Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli olan yazılı izin alınmıştır (EK-2). Araştırmada kullanılan Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe geçerlik- güvenirlik çalışmasını yapan Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ'den ölçek izni alınmıştır (EK-6). Ayrıca, araştırmanın amacı katılımcılara açıklanarak, Helsinki Bildirgesine göre hazırlanmış onam formu dağıtılarak yazılı (EK-3) ve sözlü onamları alınmıştır.

3.9. Veri Toplama

Araştırmacı, veri toplamadan önce kendisini tanıtarak araştırmanın amacını açıkladı. Örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hastalardan sözlü ve yazılı onam alındı. Yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplandı. Görüşmeler yaklaşık 15- 20 dakika sürdü.

3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Yorumlanması

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Sonuçlar % 95' lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi. Betimleyici istatistiklerden minimum, maksimum, ortalama, standart sapma (SS), frekans (n) ve yüzde (%) kullanıldı. Bağımsız değişkenin, bağımlı değişkenlere etkisini değerlendirmek için bağımsız t testi ve tek yönlü varyans analizi yapıldı.

3.11. Araştırma Sınırlılıkları

Araştırma; İnegöl ilçesinde bulunan devlet hastanesi palyatif servislerinde yatmakta olan hasta yakınlarının veri toplama araçlarına verdiği yanıtlar ve veri toplama araçlarının kapsamı ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları;

4.1. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Palyatif Bakım Alan Hastaların Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.3. Bakım Verme Süreci ile İlişkili Bulgular

4.4. Bakım Verme Yükü Ölçeğine İlişkin Bulgular olmak üzere dört başlık altında sunuldu.

4.1. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4-1 Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	147	**% 73,5**
	Erkek	53	% 26,5
Yaş	Ort	39,1	
	Standart sapma	10,1	
Medeni durum	Evli	159	**% 79,5**
	Bekar	41	% 20,5
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	14	% 7,0
	Okur-yazar	31	% 15,5
	İlkokul	83	**% 41,5**
	Ortaokul	9	% 4,5
	Lise	52	% 26,0
	Üniversite	11	% 5,5
Meslek	Memur	15	% 7,5
	İşçi	11	% 5,5
	Emekli	15	% 7,5
	Ev hanımı	123	**% 61,5**
	Serbest	16	% 8,0
	İşsiz	20	% 10,0
Sosyal Güvence	Var	164	**% 82,0**
	Yok	36	% 18,0
Gelir Durumu	Kötü	20	% 10,0
	Orta	151	**% 75,5**
	İyi	29	% 14,5

Bakım verenin hastaya yakınlık derecesi	Anne	4	% 2,0
	Baba	2	% 1,0
	Eş	26	% 13,0
	Kardeş	7	% 3,5
	Çocuk	97	**% 48,5**
	Gelin	35	% 17,5
	Uzak Akraba	17	% 8,5
	Torun	12	% 6,0

Tablo 4-1' de hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımları incelendiğinde; hasta yakınlarının % 73,5' i (n=147) kadın , % 26,5' i (n=53) erkek; yaş ortalaması 39,1±10,1 olarak bulgulanmıştır. Hasta yakınlarının eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde; çoğunluğunun ilkokul mezunu % 41,5 (n=83) olduğu bulgulanmıştır. Katılımcıların % 79,5 (n=159)' i evli; % 61,5 (n=123)' i ev hanımı ve gelir düzeylerinin ise orta % 75,5 (n=151) olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların hastalara olan yakınlık dereceleri incelendiğinde; çocukları hasta olan katılımcıların oranı % 3 (n=6), kardeşe bakım verenlerin oranı % 3,5 (n=7), anne ya da babaya bakım verenlerin oranı % 48,5' tir (n=97). Palyatif bakım hastasına bakım veren uzaktan akrabaların oranı % 8,5 (n=17) olup, torun ilişkisi olanların oranı ise % 6 (n=12) olarak belirlendi.

4.2. Palyatif bakım alan hastaların özelliklerine ilişkin bulgular

Bu bölümde palyatif bakım kliniklerinde yatmakta olan hastaların hastalık özellikleri ve klinikte yatma sürelerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4-2 Palyatif Bakım Alan Hastaların Özelliklerine İlişkin Bulgular

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Tanı	Kanser	58	**% 29,0**
	Epilepsi	11	% 5,5
	Demans	42	% 21,0
	Alzheimer	52	% 26,0
	Cvo	37	% 18,5
Hastalık evresi	ileri evre	140	**% 70,0**
	son evre	60	% 30,0
Palyatif Yatış Süresi	0-1 ay	28	% 14,0
	1-3 ay	44	% 22,0
	3-6 ay	53	% 26,5
	6-12 ay	56	**% 28,0**
	12+ ay	19	% 9,5

Tablo 4-2' de palyatif bakımda yatmakta olan hastaların tanı dağılımları incelendiğinde, kanser olan hasta oranı % 29 (n=58), epilepsi olanların oranı % 5,5 (n=11), demans olanların oranı % 21 (n=42) olup, alzheimer olanların oranı % 26 (n=52), CVO olanların oranı ise % 18,5 (n=37) olarak belirlendi. Hastalık evresi dağılımı incelendiğinde; ileri evre hastalığa sahip olanların oranı % 70 (n= 140), son evre olanların oranı ise % 30 (n=60) olarak belirlendi.

Palyatif bakım kliniğindeki yatış süresi dağılımı incelemesinde ise; 0-1 ay süre ile yatanların oranı % 14 (n=28), 1-3 ay süre ile yatanların oranı % 22 (n=44), 3-6 ay süre ile yatanların oranı % 26,5 (n=53) olup, 6-12 ay süre ile yatanların oranı % 28 (n=56) ve 12+ ay süre ile yatanların oranı % 9,5' tir (n=19).

4.3. Bakım Verme Süreci ile İlişkili Bulgular

Bu bölümde hasta yakınlarının; bakım vermeye ayırdıkları zaman, bakmakla yükümlü oldukları hasta sayısı, özsağlıkları, sosyal destek alma durumları, karşılaştıkları sorunlar ve başetme yöntemleri ve psikososyal gereksinimlerine ilişkin verileri incelendi.

Tablo 4-3 Bakım Verme Süreci ile İlişkili Bulgular

		Frekans(n)	Yüzde(%)
Hastaya bakım verme süresi	0-1 ay	27	% 13,5
	1-3ay	41	% 20,5
	3-6 ay	52	% 26,0
	6-12 ay	58	**% 29,0**
	12+ ay	22	% 11,0
Hastaya Bakım Verme Zaman Dilimi	24 saat	111	**% 55,5**
	Sadece gündüz	6	% 3,0
	Sadece gece	12	% 6,0
	Haftasonu	8	% 4,0
	Haftanın belirli günleri	63	% 31,5
Bakım gerektiren birden fazla hastaya sahip olma	Yok	188	**% 94,0**
	Var	12	% 6,0
Fiziksel / psikiyatrik rahatsızlık varlığı	Evet	15	% 7,5
	Hayır	185	**% 92,5**
Fiziksel / psikiyatrik	Fiziksel	12	**% 80,0**
	Psikiyatrik	3	% 20,0
Hastalık Tanısı	Depresyon	3	% 20,0
	DM	1	% 6,7
	HT	9	**% 60,0**
	KOAH	1	% 6,7
	Fıtık	1	% 6,7
Tedavi Görme Durumu	Evet	15	**% 100,0**

Hastalıkta Bakım Sürecine Bağlı Değişiklik Durumu	Hayır	15	**% 100,0**
Bakım Vermenin Ruh Sağlığına Etkisi	Olumlu	35	% 17,5
	Etkilemedi	6	% 3,0
	Olumsuz	159	**% 79,5**
Bakım Verirken Destek Alma Durumu	Evet	170	**% 85,0**
	Hayır	30	% 25,0
Destek Türü	Maddi	1	% 0,6
	Psikolojik	52	% 30,6
	Fiziksel	117	**% 68,8**
Bakım Verirken En Sık Karşılaşılan Sorun	Hastanın günlük yaşam aktivitelerini karşılama (banyo, yemek, tuvalet vb.)	200	**% 100,0**
Sorunlar ile Başetme Yöntemleri	Dua Etme	132	**% 66,0**
	Sosyalleşme	43	% 21,5
	Sağlık personelinden destek alma	25	% 12,5
En Fazla İhtiyacınız Olan Psikososyal Gereksinim	Dinlenme	200	**% 100,0**

Palyatif bakım kliniğinde yatmakta olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım verme süre dağılımları incelendiğinde; 0-1 ay süre ile bakım verme oranı % 13,5 (n=27), 1-3 ay süre ile bakım verme oranı % 20,5 (n=41), 3-6 ay süre ile bakım verme oranı % 26 (n=52) olup, 6-12 ay süre ile bakım verme oranı % 29 (n=58) ve 12+ ay süre ile bakım verme oranı % 11' dir (n=22).

Katılımcıların % 55,5' i (n=111) 24 saat, % 3' ü (n=6) sadece gündüz, % 12' si (n=12) sadece gece, % 4' ü (n=8) hafta sonu ve % 31,5' i (n=63) ise haftanın belirli günlerinde bakım vermektedir.

Katılımcıların % 94' ünün (n=188) başka hastası olmadığı, % 6' sının (n=12) ise bakım gerektiren başka bir hastaya sahip olduğu belirlendi.

Katılımcıların sürekli bakım gerektiren diğer hastaları ile olan yakınlıkları incelendiğinde ise; % 7,7 (n=1)' si hastanın eşi, % 23,1 (n=3)' i hastanın çocuğu, % 38,5 (n=5)' i hastanın gelini, % 15,4 (n=2)' ü hastanın uzaktan akrabası ve %15,4 (n=2)' ü hastanın torunu olarak belirlendi.

Hasta yakını sağlığı incelendiğinde katılımcıların % 7,5' inin (n=15) fiziksel ya da psikiyatrik rahatsızlığa sahip olduğu bulgulanmıştır. Rahatsızlığa sahip olanların % 20' sinin (n=3) depresyon, % 6,7' sinin (n=1) DM, % 60' ının (n=9) HT, % 6,7' sinin (n=1) KOAH ve % 6,7' sinin (n=1) ise fıtık olduğu belirlenmiştir.

Fiziksel ya da psikiyatrik rahatsızlığa sahip olan katılımcıların tümü tedavi görmüş olup, hastalarına bakım verme sürecinde hastalıklarında herhangi bir değişiklik olmamıştır.

Bakım vermenin, hasta yakınlarının ruh sağlığı üzerindeki etkisi incelendiğinde katılımcıların % 17,5' inin (n=35) bakım sürecinden olumlu etkilendiği, % 3' ünün (n=6) hiç etkilenmediği, % 79,5'inin (n=159) ise olumsuz etkilendiği belirlenmiştir.

Katılımcıların bakım verme sürecinde destek alma durumları incelendiğinde % 85' inin (n=170) destek aldığı, % 15' inin (n=25) ise hiçbir destek almadığı belirlenmiştir. Destek alanların % 0,6' sının (n=1) maddi destek aldığı belirlenirken % 30,6' sının (n=52) psikolojik, % 68,8' inin (n=117) ise fiziksel destek aldığı belirlenmiştir.

Palyatif bakım alan çoğu hasta, yakınına tam bağımlı olmak ile birlikte inkontinans, kusma ve beslenme eksikliği problemleri ile kaşı karşıyadır. Hasta yakınlarının hasta bakımında en sık kaşılaştığı sorun incelendiğinde; % 100' ünün (n=200) hastalarının günlük yaşam aktivitelerini (hijyen, beslenme vb.) yerine getirme konusunda sorun yaşadıkları belirlenmiştir.

Katılımcıların hastalarına bakım verme sürecinde yaşadıkları sorunlar ile baş etme yöntemlerinin dağılımı incelendiğinde ise, % 66' sının (n=132) dua etme yöntemini kullandığı, % 21,5' inin (n=43) sosyalleşmeyi tercih ettiği, % 12,5' inin (n=25) sağlık personelinden destek talebinde bulunduğu belirlenmiştir.

Hasta yakınlarının, bakım verirken psikososyal açıdan en fazla ihtiyacı olan gereksinimin ise % 100 oranında (N=200) dinlenme gereksinimi olduğu belirlenmiştir.

4.4. BakımVerme Yükü Ölçeği Ortalaması

Tablo 4-4 Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Ortalaması

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Bakım Verme Yükü Ölçeği	200	13	69	39,72	10,15

4.5. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Değişkenler

Tablo 4-5 Bakım Verme Yükünü Etkileyen Değişkenler

Değişken		N	Ortalama	Standart sapma	F/t	P
Cinsiyet	Kadın	147	39,1	10,0		
	Erkek	53	42,5	10,5	2,208*	**0,039**
Yaş	19-30	28	40,6	11,4		
	31-40	53	41,2	8,9		
	41-50	63	40,7	9,7	2,086	**0,044**
	51-60	43	37,7	10,7		
	60+	13	33,8	10,6		
Medeni Durum	Evli	159	40,0			
	Bekar	41	37,5	11,2	0,759*	**0,045**
Gelir Durumu	Kötü	20	42,0	10,8		
	Orta	151	39,2	9,3	0,828	**0,039**
	İyi	29	40,8	13,7		
Hastaya yakınlık	Anne	4	39,3	12,7		
	Baba	2	36,5	10,6		
	Eş	26	36,7	10,7		
	Kardeş	7	39,1	11,4		
	Çocuk	97	40,0	11,1	0,523	0,817
	Gelin	35	41,2	7,2		
	Uzaktan Akraba	17	39,3	11,3		
	Torun	12	41,3	5,6		
Bakım verme süresi	0-1 ay	27	38,4	10,9		
	1-3 ay	41	38,5	10,7		
	3-6 ay	52	40,5	10,4	0,406	**0,014**
	6-12 ay	58	40,4	9,5		
	12+ ay	22	40,0	9,9		
Fiziksel/Psikolojik Rahatsızlık Durumu	Var	15	41,9	11,2		
	Yok	185	39,5	10,1	0,770*	0,381
Başetme yöntemleri	Dua etme	132	40,4	10,3		
	Sosyalleşme	43	40,2	10,4	2,925	**0,045**
	Sağlık personelinden destek isteme	25	35,2	7,8		

* : t testi

Bakım veren yükünü etkileyen değişkenlere bakıldığında;

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre bakım veren yükü ölçeği cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermekte olup, **erkeklerin bakım verme yükü düzeyleri kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.**

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; bakım verme yükü ölçeği yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. **Çalışmamızda genç (31-40 yaş grubu) hasta yakınlarının bakım verme yükü düzeyleri anlamlı derecede daha yüksek bulundu.**

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre, bakım verme yükü düzeyi medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p< 0,05$). **Evli hasta yakınlarının bakım verme yükü düzeyleri bekar hasta yakınlarının bakım verme yükü düzeylerinden anlamlı derecede daha yüksek bulundu.**

Bakım verme yükü ölçeği gelir durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermekte olup; **gelir durumu düşük olan hasta yakınlarının bakım verme yükü anlamlı derecede daha yüksek bulundu.**

Bakım verme yükü ölçeği hasta ile yakınlık düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemekte ($p> 0,05$) olup; hasta ile farklı yakınlık düzeyi bulunan kişilerin bakım verme yükü düzeylerinin aynı seviyede olduğu bulundu.

Bakım verme yükü düzeyi bakım verme süresine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p< 0,05$). **3-6 ay süre ile bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü düzeyleri anlamlı derecede daha yüksek bulundu.**

Sonuçlara göre bakım verme yükü fiziksel ya da psikolojik rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı derecede farklılık göstermemektedir. Diğer bir ifade ile psikolojik / fiziksel rahatsızlığı olan hasta yakınlarının bakım yükleri herhangi bir rahatsızlığı olmayan hasta yakınlarının bakım yükü düzeyleri ile aynı seviyededir.

Bakım verme yükü ölçeği hasta bakımında yaşanan sorunlarla başa çıkma yöntemine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p< 0,05$). **Bakım verme sürecinde yaşanan sorunlarla başa çıkmada dua etme ve sosyalleşme yöntemini kullanan hasta yakınlarının bakım verme yükü düzeyleri, sağlık personelinden destek isteyen hasta yakınlarının bakım yükü düzeylerinden anlamlı derecede daha yüksek bulundu.**

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır.

1. Hasta yakınlarının bireysel özelliklerinin tartışılması

2. Hasta yakınlarının bakım yükü düzeyi ve etkileyen değişkenlerin tartışılması

3. Hasta yakınlarının gereksinimlerinin tartışılması

200 kişinin örneklemini oluşturduğu araştırmada hasta yakınlarının çoğunun kadın olduğu görülmüştür. Çıtlık Sarıtaş ve ark.' nın (2014) çalışmasında kadın hasta yakınlarının çoğunluğu oluşturduğu, erkeklerin BYÖ ortalama puanın daha yüksek olduğu görülmüş olup, Çeler ve ark' nın (2018) yaptığı çalışmada erkek hasta yakınlarının çoğunluğu oluşturduğu (%68) ve bakım yüklerinin fazla olduğu görülmüştür. Araştırmamızda cinsiyetin bakım yükünü etkilediği ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Erkek hasta yakınlarının bakım verme yükü düzeyleri, kadın hasta yakınlarının bakım verme yükü düzeylerine göre anlamlı derecede daha yüksektir. Erkek hasta yakınlarının bakım yüklerinin kadınlara oranla daha yüksek olmasının nedeni toplum yapısı ile ilişkili olarak daha önce hasta bakma deneyimine sahip olmamaları, hastalarının günlük yaşam aktivitelerini karşılamada yetersiz kalmaları olabilir.

Aynı zamanda Çıtlık Sarıtaş ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada yaş grubu ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiş, Akgün Şahin ve ark. (2009)' da yaptıkları çalışmalarında Çıtlık ve ark. (2014) ile benzer bulgulara ulaşmışken; Atagün ve ark. (2011) yaptığı çalışmada genç yaşta olan hasta yakınlarının bakım verme yükünün, ileri yaşta olan hasta yakınıın yüküne oranla daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Çalışmamızda yaş ortalaması 39,7±10,1 olmakla birlikte; hasta yakınının yaşı ile bakım verme yükü arasındaki fark önemli bulunmuş, genç yaştaki hasta yakınlarının bakım yüklerinin daha fazla olduğu görülmüştür.

Literatüre bakıldığında gelir durumunun bakım yükünü önemli ölçüde etkilediği görülmüştür. Arslantaş ve Adana (2011) yaptıkları çalışmada ekonomik refah seviyesinin düşük olmasının bakım yükünü arttırdığını, maddi durum ile bakım yükü arasında negatif yönde anlamlı bir fark olduğu görülmüş olup; Diehl Schmid ve ark.' nın (2013) yaptığı çalışmada da kötü finansal durumun bakım verme yükünü önemli

oranda etkilediği görülmüştür. Yeşil ve ark.' nın (2016) yaptığı çalışmada da bakım verme yükü ile gelir durumunun yetersiz olması arasında anlamlı derecede fark görülmüştür. Aynı zamanda Gott ve ark.' nın (2015) maliyet üzerine yapmış oldukları araştırma sonucunda hasta yakınlarının ekonomik durumunun bakım yükünü önemli ölçüde negatif biçimde etkilediği görülmüştür. Gott ve ark. (2016) çalışmalarında hasta yakınlarının ne olursa olsun hastalarının tüm isteklerini yerine getirmek istediklerinden bahsetmiş ve bu durumun mali dengelerini oldukça sarstığını belirtmişlerdir. Yaptığımız çalışmada bakım verme yükü ölçeği gelir durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermekte olup ($p<0,05$); gelir durumu kötü olan hasta yakınlarının bakım verme yükü düzeyleri, gelir durumu orta ve iyi olanlara oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bakım süreci ilerledikçe, bakım maliyeti artmaktadır. Bunun sonucu olarak bireylerde oluşan finansal yük bakım verme yükünü de arttırmaktadır. Araştırma mali durum ve bakım yükü arasındaki ilişki açısından literatür ile parallelik göstermektedir.

Araştırmada hasta ile farklı yakınlık düzeyi bulunan hasta yakınlarının bakım verme yükü düzeyleri aynı seviyede bulunmuştur. Diğer bir ifade ile hastaya bakım verenin hastaya olan yakınlığı bakım yükü derecesini etkilememektedir. Zaybak ve ark.' nın (2012) yapmış olduğu çalışmada, çalışmaya katılan hasta yakınlarının % 38' inin hastaların çocukları olduğu belirtilmektedir . Aynı zamanda Mcllfatrick ve ark.' nın (2017) yapmış olduğu çalışmada bakım hasta yakınlarının % 52' sinin hastanın eşi olduğu görülmüş, eş olmanın bakım yükünü arttırdığı belirtilmiştir. Bununla birlikte çalışmamızda hasta yakınlarının % 48,5' inin hastanın çocukları oldukları belirlenmiştir. Ülkemizin aile ve kültürel yapısı ile ilişkili olarak hasta yakınlarının çoğunun çocuklardan oluşması beklenen bir durumdur.

Ganapathy ve ark.' nın (2015) yaptığı çalışmada hasta yakınlarının % 42' sinde hipertansiyon olduğu, hipertansiyonu olanların ise % 31' inin bakım verme sürecinden olumsuz etkilendiği görülmüştür. Aynı zamanda Hagel ve ark.' nın (2017) yaptığı çalışmada katılımcıların % 59' unda psikolojik ve / veya fiziksel rahatsızlığa sahip olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise herhangi bir fiziksel / psikiyatrik rahatsızlık olma durumunun bakım verme yükünü etkileyen bir faktör olmadığı görülmüştür.

Selçuk ve Avcı (2016)' nın yaptıkları çalışmada evli olan hasta yakınlarının bakım verme yüklerinin bekar olanlara oranla daha yüksek olduğu, Yeşil ve ark.' nın (2016) çalışmasında evli olanların oranının % 90,70 olduğu ve bakım yüklerinin anlamlı derecede yüksek olduğu (p=0.00) görülmüş olmakla birlikte; Kaya (2019)' nın yaptığı çalışmada ise bekar hasta yakınlarının bakım yükü puanları daha yüksek bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada medeni durumun bakım verme yükünü etkilediği ve evlilerin bakım verme yüklerinin bekar olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Evli hasta yakınlarının bakım verme yüklerinin, bekar olanlara göre daha yüksek olmasının sebebi olarak çalışmamızda yer alan primer bakım veren hasta yakınlarının çoğunlukla kadın olması gösterilebilir. Evli olan kadın hasta yakınları sadece hasta bakımı ile ilgilenmemekte, ev işleri, çocuklar ile ilgilenme gibi birden fazla sorumluluğa sahip olmaktadır. Bu sebeple bakım yükünün bekar olanlara oranla daha yüksek olması öngörülebilir bir sonuç olmaktadır.

Selçuk ve ark. (2016) yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların % 28.4' ünün 37+ ay bakım verdiğini ve bakım yüklerinin bakım süresinin uzaması ile birlikte anlamlı derecede yükseldiği görülmüş; Eğilli ve Sunal (2017) çalışmalarında, bakım verme süresi ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu ve bu doğrultuda bakım verme süresinin uzaması ile birlikte bakım verme yükünün de arttığını belirtmektedirler. Aynı zamanda Johnson ve ark.'nın (2016) yeniden bakım verme deneyimi üzerine yaptıkları araştırmalarında bakım verme süresinin artması ile paralel olarak bakım yükünün de arttığı, uzun süreli bakım veren hasta yakınlarının yeniden bir bakım deneyimi ile karşılaşmaktan kaçındıkları görülmüştür. Yaptığımız çalışmada bakım veren yükü düzeyi bakım verme süresine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Bakım verme süresi arttıkça bakım vermeye adaptasyon sağlamak yerine, bakım verme yükünün belli bir seviyeden sonra arttığı görülmüştür. Bakım süresinin uzaması ile birlikte hasta yakınlarında oluşan yükün artışına sebep olarak hastanın genel sağlık durumunun zamanla birlikte kötüleşmesi, hasta yakınlarının bakım verme ile ilgili algılarının değişmesi sebep olarak söylenebilir.

Pehlivan ve ark. (2018) çalışmalarında hasta yakınlarının en çok uykusuzluk ve yorgunluk gibi problemler yaşadıklarını belirtmiş; aynı zamanda Mansfield ve ark.' nın (2016) yaptığı çalışmada da katılımcıların uyku bozukluğu ve yorgunluk gibi bakım yükünü arttıran çeşitli karşılanmamış gereksinimlerden şikayetçi oldukları görülmüştür.

Babaoğlu ve Öz' ün (2003) çalışmasında hasta yakınlarının % 66' sı kadın, % 55,3' ü ev hanımı,% 37,9'u bakımda destek almakta ve % 98' i ümitsizlik yaşamak ile birlikte sıklıkla kendilerine ve sosyal yaşantılarına zaman ayırmamaktan şikayetçidirler. Mansfield ve ark. (2016) hasta yakınlarının karşılanmamış psikososyal gereksinimleri arasında özgürlük kaybı, dinlenme ihtiyacı, sosyalleşme ihtiyaçları olduğunu belirtmişken; Ullrich ve ark. (2017) ise çalışmalarında katılımcıların sıklıkla halsizlik, keder ve üzüntü duyguları ile başetmek zorunda olduklarını belirtmiştir. Araştırmada hasta yakınlarının psikososyal açıdan dinlenmeye gereksinim duydukları bulgulanmıştır. Primer bakım veren hasta yakınlarının genellikle kadın olduğu, sıklıkla 24 saat bakım verdikleri bilinmekte olup; bunun sonucu olarak dinlenme gereksinimleri olduğu söylenebilir.

De Cola ve ark.' nın (2017) demanslı hastalar ve yakınları ile yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının sıklıkla çaresizlik ve kırgınlık hissettikleri görülmüştür. Aynı çalışmada katılımcıların bakım sürecinde sıklıkla hastalarının günlük yaşam aktivitelerini karşıladıkları sırada yük hissettikleri bildirilmiş olmakla birlikte; Park ve ark.' (2017) nın da demanslı hastalar ve yakınları ile yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmenin en önemli karşılanmamış gereksinimlerden olduğunu belirtmiştir. Araştırmamızda tüm katılımcıların, hastaların günlük yaşam aktivitelerini karşılamada problem yaşadıkları görülmüştür (n=200, % 100,0).

Malign veya malign olmayan ileri kronik hastalığa sahip bireylere bakım vermek fiziksel ve ruhsal yüke sebep olmakla birlikte, hasta yakınları için oldukça zor ve stresli bir deneyimdir (Snyder ve ark 2015; Bahadır Yılmaz ve Ata 2017).

Başa çıkma; günlük yaşamda karşılaşılan problemleri çözmek ve bu problemlerin neden olabileceği stres ve yükü azaltmak için uygulanan bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır (Baumstarck ve ark. 2018; Hawken ve ark. 2018).

Literatür başa çıkma stratejilerini problem odaklı ve duygusal odaklı olmak üzere 2 kategoride incelemiştir. Problem odaklı başa çıkma ile sorunu ortadan kaldırmak, duygusal oldaklı başa çıkma ise probleme karşı verilen duygusal tepkiler düzenlenmektedir (Grover ve ark. 2015; Snyder ve ark. 2015; Rodriguez-Perez ve ark. 2017; Baumstarck ve ark. 2018).

Hasta yakınlarının başa çıkma stratejileri incelendiğinde genellikle problem odaklı başa çıkma yöntemlerini kullandıkları görülmüştür (Baumstarck ve ark. 2018; Chivikula ve ark. 2018; Hawken ve ark. 2018).

Grover ve ark.' nın (2015) yaptığı çalışmada hasta yakınlarının bakım sürecinde karşılaştıkları sorunlar ile başetmek için sağlık profesyonellerinden yardım aldıkları, arkadaş / aile paylaşımında bulundukları, bakım için fiziksel destek aldıkları görülmektedir. Hawken ve ark. (2018) yaptığı çalışmada ise hasta yakınlarının dini ritüellerden, tanrı inancından ve kader algısından yararlandıkları görülmektedir. Aynı çalışmaya göre dini ritüeller ve ibadethane ziyaretleri hasta yakınlarının bakım sürecinden ayrılarak sosyalleşmesine yardımcı olmakta ve bakım yükünü azaltmaktadır. İnanç ile birlikte, hasta yakınları yaşadıkları durumu diğer bakım verenler ile kıyaslamakta ve kendilerini şanslı görmektedirler. Bununla birlikte Balcı ve ark. 'nın (2016) çalışmasında yaşlı hastaya bakım veren hasta yakınlarının dini başa çıkma yöntemlerini sıkça kullandığı, yaşam doyumu sağladıkları ve bakım yüklerini azalttıkları görülmüştür.

Snyder ve ark. (2015) yaptığı çalışmada kaygı düzeyi yüksek bireylerin kendisini ya da başkasını suçlama, kaçınma veya inkar mekanizmalarını kullandığını belirtmekle birlikte depresyona yakalanma riskini de arttırdığını belirtmektedir. Aynı zamanda Rodriguez Perez ve ark. (2017) bakım veren hasta yakınına karşı sosyal desteğin arttırılması ile birlikte bakım yükünün azaltılabilceğini, hasta yakınının yaşam kalitesinin arttrılabileceğini söylemektedir.

Atagün ve ark. (2011) çalışmalarında başa çıkma yöntemlerinin bakım yükü üzerinde önemli etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmamızda katılımcıların bakım sürecinde yaşanan sorunlarla başa çıkmada dua etme, sosyalleşme ve sağlık personelinden destek isteme yöntemlerini kullandıkları görülmekte birlikte; dua etme yöntemini kullanan hasta yakınlarının bakım verme yükü düzeyleri, sağlık personelinden yardım isteyenlerin bakım verme yükü düzeylerine göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Sağlık personelinden destek isteyen hasta yakınlarının kendi bakım verme yüklerini azalttıkları görülmüştür. Bunun sonucunda, hasta yakınlarının karşılanmamış psikososyal gereksinimlerinin sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilip karşılanması ile birlikte bakım verme yükünün azalması sağlanarak bakım verme kalitesinin arttırılabileceği öngörülmektedir.

5.1. Sonuçlar

Palyatif bakımda yatan hasta yakınlarının bakım verme yükü ve psikososyal gereksinimlerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre;

1) Hasta yakınlarının yaş ortalamasının 39,7±10,1, % 73,5' inin kadın, % 41,5' inin ilkokul mezunu, % 79,5' inin evli, % 61,5' inin ev hanımı, % 82' sinin sosyal güvencesinin var olduğu, % 75,5' inin orta gelirli olduğu belirlendi.

2) Hasta yakınlarının, hastaya bakım verme sürelerinin ortalaması 39,7±10,1 (ay), % 48,5' inin ebeveynlerine ve % 69,5' inin ileri evre hastaya bakım verdiği, % 29,0' unun kanser tanısı olan hastaya bakım verdiği belirlendi.

3) Palyatif bakımda yatan hastaların yatış süreleri ortalaması 39,7±10,1, %69,5' inin hastalığın ileri evresinde olduğu, % 29,0' unun kanser tanısına sahip olduğu belirlendi.

4) Hasta yakınlarının % 6' sının bakmakla yükümlü başka hastaya sahip oldukları, birden fazla hastaya bakım veren hasta yakınlarının % 38,5' inin bakmakla yükümlü olduğu diğer hastalarının gelini oldukları, % 100' ünün bakım sürecinde kendilerini çaresiz hissettikleri, %100' ünün bakım vermeyi kader olarak algıladıkları, % 79,5' inin bakım sürecinden olumsuz etkilendikleri, % 85' inin bakım sürecinde destek aldığı, destek alan hasta yakınlarının % 68,8' inin fiziksel destek aldığı, tümünün psikososyal ihtiyacının dinlenme ihtiyacı olduğu, katılımcıların tamamının hasta bakımı sırasında en çok hastalarının günlük yaşam aktivitelerini karşılama (banyo, yemek, tuvalet, vb.) konusunda sorun yaşadığı, % 66' sının bakım sürecinde karşılaştıkları sorunlar ile dua ederek başetmeye çalıştıkları belirlendi.

5) Hasta yakınlarının % 7,5' inde fiziksel ya da psikiyatrik rahatsızlık olduğu, rahatsızlığı olan hasta yakınlarının % 80,0' inin fiziksel rahatsızlığa sahip olduğu, fiziksel rahatsızlığa sahip olanların % 60' ının HT tanısı olduğu, fiziksel ya da psikiyatrik rahatsızlığı olan hasta yakınlarının % 100' ünün ilaç tedavisi gördüğü belirlendi.

6) Bakım verme yükü ölçeğinden en yüksek 69, en düşük 13 puan aldıkları görüldü. Bakım verme yükü puan ortalaması 39,72±10,15 olarak belirlendi.

7) Bakım verme yükünün cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlendi (t=2,208, p=0,039).

8) Bakım verme yükü ve yaş arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu (F=2,086, p=0,44).

9) Bakım verme yükünün medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi (t=0,759, p= 0,045).

10) Bakım verme yükü ve hasta yakınının gelir durumu arasında anlamlı farklılık bulundu (F=0,828, p=0,039).

11) Bakım verme yükü ve bakım verenin hastaya olan yakınlık düzeyi arasında anlamlı bir farklılık görülmedi (p> 0,05).

12) Bakım verme yükü ve hasta yakınının hastaya bakım verme süresi arasında anlamlı farklılık bulundu (F=0,406, p=0,014).

13) Bakım yükü ile hasta yakınının fiziksel / psikolojik rahatsızlığa sahip olması arasında anlamlı bir faklılık görülmedi (t=0,770, p=0,381).

14) Bakım verme yükü ve hasta yakınlarının baş etme yöntemleri arasında anlamlı ilişki bulundu (F=2,952, p=0,045). Özellikle sağlık profesyonellerinden destek alan hasta yakınlarının bakım yüklerinde azalma olduğu belirlendi.

5.2. Öneriler

Araştırma bulgularının sonuçları doğrultusunda;

1) Hasta yakınlarının bakım yüklerini azaltacak, hastaya verilen bakımın kalitesini, hasta ve hasta yakınının yaşam kalitesini arttıracak girişimlerin planlanması,

2) Hasta yakınlarının psikososyal gereksinimlerinin klinikte çalışan hemşireler tarafından değerlendirilmesi,

3) Hasta yakınlarının dinlenebilmeleri için ortamlar oluşturulması,

4) Bakım Verme Yükü Ölçeği doğrultusunda, hasta yakınlarının aralıklı olarak bakım yüklerinin ölçülmesi,

5) Kapsamlı ve farklı ölçüm araçları kullanılarak niteliksel yeni araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Adelman, R.D., Tmanova, L., Delgado, D., Dion, S. Ve Lachs, M.S. (2014). Caregiver Burden: A Clinical Review. *Journal of American Medical Assocation*, 311(10): 1052-1059. Erişim: 22.03.2019, https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1840211

Akgün Kostak, M. ve Akan, M. (2011). Terminal Dönemdeki Çocuğun Palyatif Bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi*. 26(4): 182-192. Erişim: 04.04.2019, www.onkder.org/pdf/pdf_TOD_797.pdf

Akgün Şahin, Z., Polat, H. ve Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 12(2): 1-9. Erişim: 02.02.2019, https://dergipark.org.tr/download/article-file/29455

Al-Rawashdeh, S., Lennie, T.A. ve Chung, M.L. (2017). Psychometrics of the Zarit Burden Interwiew in Caregivers of Patient with Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing.* 31(6): 21-28. Erişim: 06.01.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5069100/pdf/nihms770371.pdf

Arslantaş, H. ve Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(2): 251-257. Erişim: 29.03.2018, https://dergipark.org.tr/download/article-file/115115

Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Yılmaz Özpolat, A. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(3): 513-552. Erişim: 25.03.2019, http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076364/5000070420

Aşiret, G.D. ve Kapucu, S. (2012). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2: 73-80. Erişim: 05.06.2018, http://hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/2012/2012-2/2012-vol14-sayi2-281.pdf

Ay, S., Ünübol, H., Ezer, S., Omay, O. ve Hızlı Sayar, G. (2017). Yaşlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükleri ve Başa Çıkma Biçimleri ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmes,. *Family Practice & Palliative Care.* 2(3): 38-44. Erişim: 11.12.2018, http://www.fppc.com.tr/issue/31091/335720

Aydoğan, F. ve Uygun, K. (2011). Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim. 24: 4-9. Erişim:

Babaoğlu, E. ve Öz, F. (2003). Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2: 24-33. Erişim: 11.03.2018, http://hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/2003/2003-vol5-sayi2-81.pdf

Bağ, B. (2012). Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma. *Akademik Geriatri Dergisi*. 4(3): 120-125. Erişim: 03.02.2019, www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2012-03/html/2012-4-3-120125-htm#

Bahadır Yılmaz, A. ve Ata, E.E. (2017). Nörolojik Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Veren Yükü ile Stresle Başa Çıkma Biçimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing.* 8(3): 145-149. Erişim: 02.04.2018, https://www.journalagent.com/z4/vi.asp?pdir=phd&plng=tur&un=PHD-77699

Balcı, S., Atılgan, N. ve Bulut, B. (2016). Examining the Relationship among Religious Coping, Burdens, and Life Satisfaction of Those Who Care for Homebound Elderly. *Turkish Journal of Sociology.* 36(2): 465-475. Erişim: 21.04.2018, https://www.academia.edu/36138283/Examining_the_Relationship_among_Religious_Coping_Burdens_and_Life_Satisfaction_of_Those_Who_Care_for_the_Homebound_Elderly

Baumstarck, K., Chinot, O., Tabouret, E., Farina, P., Barrie, M., Campello, C. ve ark. (2018). Coping strategies and quality of life: a longitudinal study of high-grade glioma patient-caregiver dyads. *Health and Quality of Life Outcomes*. 16(157): 1-10. Erişim: 05.05.2019, https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12955-018-0983-y

Berber, K. (2014). Akciğer Kanserli Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Sorunları Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum. Erişim: 11.11.2018, http://docplayer.biz.tr/9485221-Akciger-kanserli-hastaya-bakim-veren-hasta-yakinlarinin-bakim-verme-yukleri-ve-psikolojik-sorunlari-arasindaki-iliski.html

Bilen, A. (2016). Palyatif Bakım. *Toplum ve Hekim Türk Tabipleri Birliği Yayını*. 31(1): 25-30. Erişim: 28.03.2019, www.yogunbakim.org.tr/assets/pdf/Toplum%20veHekim%20Dergisi.pdf#page=25

Chivikula, U., Kota, S. and Nandinee, D. (2018). Burden Experince of Caregivers of Acute Lymphoblastic Leukemia: Impact of Coping and Spirituality. *Indian Journal of Palliative Care*. 24(2): 189-195. Erişim: 01.05.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5915888/

Burton, A.M., Sautter, J.M., Tulsky, J.A., Hoff Lindquist, J., Hays, J.C., Olsen, M.K. ve ark. (2012). Burden and Well-Being Among a Diverse Sample of Cancer, Cognestive Heart Failure and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management.* 44(3): 410-420. Erişim: 08.11.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22727950

Connor, S.R.(Ed.). ve Bermedo, M.C.S.(Ed.). (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Worldwide Palliative Care Alliance. London. UK. Erişim: 28.03.2019, https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

Çeler, H.G., Özyurt, B.C., Elbi, H. ve Özcan, F. (2018). Meme Kanseri Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesinin ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*. 18(2): 164-174. Erişim: 05.05.2019, http://www.ankaramedicaljournal.com/download/article-file/499949

Çıtlık Sarıtaş, S., Bayır, K., Sarıtaş, S. ve Ucuzal, M. (2014). Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*. 2(1): 17-25. Erişim: 01.05.2019, http://openaccess.inonu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11616/6892/Makale%20Dosyas%C4%B1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Danış, M.Z. ve Özhan, E. (2019). Sağlık Hzimetlerinde Palyatif Bakım, Kanser ve Sosyal Destek: Bir Vaka Örneğinde Güçlendirme Yaklaşımının Uygulanması. *Kesit Akademi Dergisi*. 5(18): 305-320. Erişim: 13.05.2019, www.kesitakademi.com/files/464918591_1609%20Esin%20ÖZHAN.pdf

De Cola, M.C., Buono, V.L., Mento, A., Foti, M., Marino, S., Bramanti, P. ve ark. (2017). Unmet Needs for Family Caregivers of Elderly People With Dementia Living in Italy: What Do We Know So Far and What Should We Do Next?. *The Journal of Health Care Organisation.* 54: 1-8. Erişim: 05.01.2019, https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0046958017713708

Diehl- Schmid, J., Schmidt, E.M., Nunnemann, S., Riedl, L., Kurz, A., Förstl, H. ve ark. (2013). Caregiver Burden and Needs in Frontotemporal Dementia. *Journal of*

Geriatric Psychiatry. 26(4): 221-229. Erişim: 01.04.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23904354

Dirikkan, F., Baysan Arabacı, L. ve Mutlu, E. (2018). The caregiver burden and the psychosocial adjustment of caregivers of cardiac failure patients. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 46(8): 692-701. Erişim: 02.05.2019, http://archivestsc.com/jvi.aspx?un=TKDA-69057

Dobrina, R., Tenze, M. ve Palese,A. (2014). An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. *International journal of Palliative Nursing*. 20(2): 75-81. Erişim: 29.11.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24577213

Dzingina,M.D. ve Higginson, I.J. (2015). Public Health and Palliative Care in 2015. *Clinical Geriatric Medicine.* 31(2): 253-263. Erişim: 07.11.2018, https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(15)00003-8/fulltext

Egici, M.T., Kök Can, M., Toprak, D., Zeren Öztürk, G., Esen, E.S., Özen, B. ve ark. (2019). Palyatif Bakım Merkezlerinde Tedavi Gören Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükleri ve Tükenmişlik Durumları. G.O.P Taksim EAH Özgün Araştırma. 1-8. Erişim: 01.06.2019, www.journalagent.com/jaren/pdfs/JAREN-38247-ORIGINAL-RESEARCH-EGICI.pdf

Eğilli, S.C. ve Sunal, C. (2017). Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *JAREN*. 3(2): 83-91. Erişim:15.03.2019, https://www.journalagent.com/jaren/pdfs/JAREN_3_2_83_91.pdf

Elçigil, A. (2012). Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*. 54:329-334. Erişim: 31.10.2018, http://gulhanemedj.org/uploads/pdf/pdf_GMJ_717.pdf

Erboycu, A.E. (2013).Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 1(3): 138-141. Erişim: 08.02.2019, www.ghs.asyod.org/konular/2013-3-15.pdf

Erdoğan, Z. ve Yavuz Emre, D. (2014). Kanserli Hastaların Bakım Vericilerinde Yaşam Kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 23(4): 726-734. Erişim: 04.06.2018, http://dergipark.ulakbim.gov.tr/arsiv/article/view/5000072497/5000066744

Fitch, M.I., Fliedner, M.C. ve O'Connor, M. (2015). Nursing perspectives on palliative care 2015. *Annals of Palliative Medicine*. 4(3): 150-155. Erişim: 31.10.2018, http://apm.amegroups.com/article/view/7034/7817

Fridriksdottir, N., Saevorsdottir, D., Halfdanardottir, S.I., Jansdottir, A., Magnusdottir, H., Olafsdottir, K.L. ve ark. (2011). Family members of cancer patients: Needs,

quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncologica*. 50: 252-258. Erişim: 17.06.2018, https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0284186X.2010.529821

Fujinami, R., Zachariah, S.V., Uman, G., Grant, M. ve Ferrell, B. (2015). Family caregivers distress level related to quality of life, burden, and preparedness. *Psychooncology*. 24(1): 54-62. Erişim: 01.07.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216636/pdf/nihms598241.pdf

Ganapathy, V., Graham, G.D., DiBonaventura, M.D., Gillard, P.J., Goren, A. ve Zorowitz, R.C. (2015). Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity. *Clinical Interventions in Aging*. 10: 1793-1802. Erişim: 01.03.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4644168/

Garlo, K., O'Leary, J., Van Ness, P.H. ve Fried, T.R. (2010). Burden Caregivers of Older Adults with Advanced Ilness. *Journal of American Geriatrics Society*. 58(12): 2315-2322. Erişim: 03.01.2019, https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2010.03177.x

Glozman, J.M. (2004). Quality of Life of Caregivers. *Neuropsychology Review*. 14(4): 183-196. Erişim: 05.03.2018, https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11065-004-8158-5

Gott, M., Allen, R., Moeke Maxwell, T., Gordiner, C. ve Robinson, J. (2015). "No Matter What th Cost": A qualitative study of the financal costs faced by family and whonau caregivers within a palliative care context. *Journal of Palliative Medicine*. 26(6): 518-528. Erişim: 17.09.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441882/

Grover, S., Pradyumna. and Chakrabarti, S. (2015). Coping among the caregiveres of patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*. 24(1): 5-11. Erişim: 01.09.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525432/

Hagel, P., Alvariza, A., Westergren, A. ve Arestedt, K. (2017). Assessment of Burden Among Family Caregivers of People With Parkinson' s Disease Using the Zarit Burden Interview. *Journal of Pain and Symptom Management*. 53(2): 272-278. Erişim: 07.03.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27810571

Harding, R., List, S., Epiphaniou, E. Ve Jones, H. (2011). How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review

of interventions and their effectiveness. *Journal of Palliative Medicine*. 26(1): 6-22. Erişim: 29.11.2018, http://pmj.sagepub.com/content/26/1/7

Hassankhani, H. Rahmani, A., Taleghani, F., Sanaat, Z. Ve Dehghannezhad, J. (2019). Palliative Care Models for Cancer Patients: *Learning for Planning in Nursing. Journal of Cancer Education*. Erişim: 06.06.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31020622

Hawken, T., Turner-Cobb, J. and Barnett, J. (2018). Coping and adjustment in caregivers: A systematic review. *Health Psychology Open*. 5(2): 1-10. Erişim: 14.04.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6236498/

Hsu, T., Nathwani, N., Loscalzo, M., Chung, V., Chao, J., Karanes, C. ve ark. (2019). Understanding Caregiver Quality of Life in Caregivers of Hospitalized Older Adults With Cancer. *Journal of American Geriatrics Society*. 67(5): 978-989. Erişim: 01.06.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30901083

Hudson, P. and Payne, S. (2011). Family Caregivers and Palliative Care: Current Status and Agenda for the Future. *Journal of Palliative Medicine*. 14(7):864-869. Erişim: 29.11.2018, https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jpm.2010.0413

Hudson, P. ve Aranda, S. (2013). The Melbourne Family Support Program: evidence based strategies that prepare family caregivers for supporting palliative care patients. *BMJ Supportive and Palliative Care*. 0: 1-7. Erişim: 04.06.2018, https://spcare.bmj.com/content/bmjspcare/4/3/231.full.pdf

Hudson, P., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K., Crewdson, M., Hall, C., Traver, T., Bolleter, A., Clarke, M.D. ve Bauld, C. (2012). Guidliness for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Care Medicine*. 15(6): 696-702. Erişim: 27.11.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362953/pdf/jpm.2011.0466.pdf

Hudson, P.L., Remedios, C. ve Thomas, K. (2010). A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. *Biomedcentral Palliative Care*. 9(17): 1-6. Erişim: 10.01.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924287/pdf/1472-684X-9-17.pdf

HSGM Kanser Daire Başkanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı. (2016). Erişim: 01.03.2018, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf

Inci, F.H. ve Erdem, M. (2018). Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 11(4): 85-95. Erişim: 04.09.2018, https://dergipark.org.tr/download/article-file/29438

İnci, F. ve Öz, F. (2012). Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 4(2): 178-187. Erişim: 04.06.2017, http://www.psikguncel.org/archives/vol4/no2/cap_04_11.pdf

Jeong, Y.G., Jeong, Y.J., Kim, W.C. ve Kim, J.S. (2015). The mediating effect of caregiver burden on the caregivers quality of life. *Journal of Physical Theraphy Science*. 27(5): 1543-1547. Erişim: 11.07.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4483438/

Johnson, M.J., Allgar, V., Macleod, U., Jones, A., Oliver, S. ve Currow, D. (2016). Family Caregivers Who Would Be Unwilling to Provide Care at the End of Life Again: Findings from the Health Survey for England Population Survey. *Journal of Plos One*. 1-11. Erişim: 17.09.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4726543/

Kabalak, A.A., Öztürk, H. ve Çağıl, H. (2013). Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*. 11(2): 56-70. Erişim:04.06.2018, http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2013-02/html/2013-11-2-056-070.htm

Kabalak, A.A., Öztürk, H., Erdem, T. Ve Akın, S. (2012). Ulus Devlet Hastanesi'nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2(2): 122-126. Erişim: 12.05.2018, https://dergipark.org.tr/download/article-file/81891

Kamu Hastanaleri Genel Müdürlüğü. (2019). Palyatif Bakım Hizmetleri. Ankara: Sağlık Bakanlığı. Erişim: 01.05.2019, https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php

Kaya, Y. ve Öz, F. (2019). Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 10(1): 28-38. Erişim: 01.06.2019, https://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_10_1_28_38.pdf

Kelley, A.S. ve Morrison, R.S. (2015). Palliative Care for the Seriously Ill. *The New England Journal of Medicine*. 373(8): 747-755. Erişim: 06.02.2019, https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1404684

Kızılırmak, B. (2014). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Bakım Yükü ve Ruhsal Sağlık Durumu. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. Erişim: 10.01.2019, http://acikerisim.istanbul.edu.tr/bitstream/handle/123456789/29862/52520.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kim, H., Chong, M., Rose, K. ve Kim, S. (2011). Predictors of caregiver burden in caregivers of inviduals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*. 846-855. Erişim: 10.01.2019, https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x

Krug, K., Miksch, A., Klimm, F.P., Engeser, P. Ve Szecsenyi, J. (2016). Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a perspective observantional cohort study. *Biomedcentral Palliative Care*. 15(4): 1-8. Erişim:17.09.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714452/pdf/12904_2016_Article_82.pdf

Lai, D.W.L. (2012). Effect of Financial Costs on Caregiving Burden of Family Caregivers of Older Adults. *SAGE Open.* 2(4): 1-14. Erişim: 04.04.2018, https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244012470467

Levy, M.H., Adolph, M.D., Back, A., Block, S., Codada, S.N., Dalou,S. and etc. (2012). Palliative Care. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 10(10): 1284-1309. Erişim: 04.06.2018, https://jnccn.org/view/journals/jnccn/10/10/article-p1284.xml?rskey=rM0U62&result=1

Lynch, T., Connor, S. ve Clark, D. (2013). Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. *Journal of Pain and Symptom Management.* 45(6): 1094-1106. Erişim: 05.01.2019, https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(12)00334-X/fulltext

Madenoğlu Kıvanç, M. (2017). Türkiye' de Palyatif Bakım Hizmetleri. VII. Ulusal Haseki Tıp Kongresi & VI. Haseki Hemşirelik Sempozyumu, Mayıs 24-26 2017, İstanbul, Türkiye. Erişim: 11.10.2018, https://dergipark.org.tr/download/article-file/312424

Malloy, P., Virani, R., Kelly, K. Ve Munevar, C. (2010). Beyond Bad News: Communication Skills of Nurses in Palliative Care. *Journal of Hospice and*

Palliative Nursing. 12(3): 166-174. Erişim: 27.11.2018, https://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=1009837&an=00129191-201005000-00007&Journal_ID=260877&Issue_ID=1009715

Mansfield, E., Bryant, J., Regan, T., Waller, A., Boyes, A. ve Sanson-Fisher, R. (2016). Burden and Unmet Needs of Caregivers of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A Systematic Review of the Volume and Focus Research Output. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 13(5): 662-667. Erişim: 30.05.2019, https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/15412555.2016.1151488

Mcllfatrick, S., Doherty, L.C., Murphy, M., Dixon, L., Donnelly, P., McDonald, K. ve Fitzsimons, D. (2017). 'The importance of planning for the future': Burden and unmet needs of caregivers' in advanced heart failure: A mixed method study. *Journal of Palliative Medicine*. 32(4): 881-890. Erişim: 31.05.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29235422

Mierendorf, S.M. ve Gidvani, V. (2014). Palliative Care in the Emergency Department. *The Permanente Journal*. 18(2): 77-85. Erişim: 01.05.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022562/

Mohamed, S., Rosenbeck, R., Lyketsos, C.G. ve Schneider, L.S. (2010). Caregiver Burden in Alzheimer Disease: Cross-Sectional and Longitudinal Patient Correlates. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 18(10):917-927.Erişim:10.01.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20808108https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20808108

Northouse, L., Williams, A., Given, B. and McCarkle, R. (2012). Psychosocial Care for Family Caregivers of Patient with Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 30(11): 1227-1234. Erişim: 04.06.2018, https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2011.39.5798

Özgül, N., Koç, O., Gültekin, M., Göksel, F., Kerman, S., Tanyeri, P. ve ark. (2011). Opioids for Cancer Pain: Availability, Accessibility, and Regulatory Barriers in Turkey and Pallia-Turk Project. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*. 33(1): 29-32. Erişim: 11.06.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21448031

Park, M., Choi, S., Lee, S.J., Kim, S.H., kim, J., Go, Y. ve ark. (2017). The roles of unmet needs and formal support in the caregiving satisfaciton and caregiving burden of family caregivers for persons with dementia. *International Psychogeriatrics.* 30(4): 557-567. Erişim: 03.06.2019,

https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/roles-of-unmet-needs-and-formal-support-in-the-caregiving-satisfaction-and-caregiving-burden-of-family-caregivers-for-persons-with-dementia/A52556F2BC73F3CD3210DAB8E21BE8DF

Pehlivan, S., Özgür, F.Y., Yıldız, H., Dalkılıç, E.H. ve Pehlivan, Y. (2018). Romatolojik Hastalıklarda Sosyal Destek ve Bakım Veren Yükü. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 44(1): 19-25. Erişim: 01.04.2019, https://dergipark.org.tr/download/article-file/481821

Philip, R.R., Philip, S., Tripathy, J.P., Manima, A. ve Venables, E. (2018). Twenty years of home-based palliative care in Mallapuram, Kerala, India: a descriptive study of patients and their caregivers. *Biomed Central Palliative Care*. 17(26): 1-9. Erişim: 29.10.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5813368/pdf/12904_2018_Article_278.pdf

Rha, S.Y., Park, Y., Song, S.K., Lee, C.E. ve Lee, J. (2015). Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *European Journal of Oncology Nursing*. 0: 1-7. Erişim: 29.10.2018, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388915000125

Rodriguez-Perez, M., Abreu-Sanchez, A., Rojas-Ocana, M.J. and del-Pino-Casado, R. (2017). Copins strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *BMC Health and Quality of Life Outcomes*. 15(71): 1-8. Erişim: 07.07.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5391554/

Rodriguez-Sanchez, E., Perez-Penaranda, A., Losada-Baltar, A., Perez- Arechaederra, D., Gomez-Marcos, M.A., Patino-Alonso, M.C. ve ark. (2011). Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC Family Practice*. 12(19): 1-7. Erişim: 05.03.2018, https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-12-19

Sağlık Bakanlığı SHGM (2015). 07/07/2015 tarihli ve 253 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. Erişim: 02.04.2018, https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf?0

Sampson, C., Finlay, I., Byrne, A., Snow, V. Ve Nelson, A. (2014). The practice of palliative care from the perspective of patients and carers. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 4(3): 1-8. Erişim: 05.05.2019, https://www.researchgate.net/publication/260916917

Schrank, B., Ebert-Vogel, A., Amering, M., Masel, K.E., Neubauer, M., Watzke, H., Zehetmayer, S. and Schur, S. (2015). Gender differences in caregiver burden and its determinants in family members of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*. 1-7. Erişim: 19.04.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26477788

Snyder, C.M., Fauth, E., Wanzek, J., Piercy, K.W., Norton, M.C., Corcoran, C. ve ark. (2015). Dementia caregivers' coping sttategies and their relationship to health and well-being: The Cache County Study. *Aging and Mental Health*. 19(5): 390-399. Erişim: 02.03.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4845636/

Song, J.I., Shin, D.W., Choi, J.Y., Kong, J., Baik, J.Y., Mo,H., Park, M.H., Choi, S.E., Kwak, J.H. ve Kim, J.E. (2011). Quality of life and mental health in family caregivers of patient with terminal cancer. *Support Care Cancer*. 19: 1519-1526. Erişim: 10.01.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21479527

Spatuzzi, R., Giulietti, M.V., Ricciuti, M., Merico, F., Fabbietti, P., Raucci, L. ve ark. (2018). Exploring the associations between spiritual well-being, burden, and quality of life in family caregivers of cancer patients. *Palliative and Supportive Care*. 1-6. Erişim: 01.04.2019, https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/exploring-the-associations-between-spiritual-wellbeing-burden-and-quality-of-life-in-family-caregivers-of-cancer-patients/B67122FA8DC48A95695CBB21BDF4EF59

Sucaklı, M.H. (2013). Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 7(3): 52-57. Erişim: 01.05.2019, www.tjfmc.gen.tr/2013_3/2013_3_4.pdf

Tamayo, G.J., Broxson, A., Munsell, M. ve Cohen, M.Z. (2010). Caring for the caregiver. *Oncology Nursing Forum*. 37(1): 50-57. Erişim: 05.02.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20044332

Tarı Selçuk, K. ve Avcı, D. (2016). Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 7(1): 1-9. Erişim: 14.03.2019, https://dergipark.org.tr/download/article-file/96091

Taşdelen, P. ve Ateş, M. (2012). Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 9(3): 22-29. Erişim: 08.02.2019, https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_9_3_22_29.pdf

TDK. (2019). Erişim: 07.05.2018, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5cc321b6021e33.38572945

TÜİK (2017, 04 Haziran). *2009 ve Sonrası Ölüm Nedeni İstatistikleri*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: 05.06.2019, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083

Ullrich, A., Ascherfeld, L., Marx, G., Bokemeyer, C., Bergelt, C. ve Oechsle, K. (2017). Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliative Care*. 16(31): 1-10. Erişim: 06.05.2019, https://www.researchgate.net/publication/316862404

Uslu Şahan, F. ve Terzioğlu, F. (2015). Dünya'da ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 4(2): 81-90. Erişim: 04.06.2018, http://dergi.cumhuriyet.edu.tr/cumunuj/article/view/5000070052/pdf_37

Vaingankar, J.A., Subramaniam, M., Picco, L., Eng, G.K, Shafie, S., Sambasivam, R. ve ark. (2013). Perceived unmet needs of informal caregivers of people with dementia in Singapore. *International Psychogeriatrics.* 25(10): 1605-1619. Erişim: 05.02.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23845530

Van Der Eerden, M., Csikos, A., Busa, C., Hughes, S., Rodbruch, L., Menten, J., Hasselaar, J. Ve Groot, M. (2014). Experiences of patients, family and professional caregivers with Integrated Palliative Care in Europe: protocol for an international, multicenter, prospective, mixed method study. *Biomed Central Palliative Care*. 13(52): 1-9. Erişim: 11.02.2019, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254197/pdf/12904_2014_Article_233.pdf

Van der Lee, J., Bakker, T.J.E.M. and Dröes, R.M. (2018). Recovery from burden: informal caregiver profiles that predict treatment success. *International Psychogeriatrics Association*. 31(3): 317-329. Erişim: 01.05.2019, https://www.cambridge.org/core/journals/international-

psychogeriatrics/article/recovery-from-burden-informal-caregiver-profiles-that-predict-treatment-success/7E237B34576CCDE56F2725DE455BA735

Weitzner, M.A., McMillon, S.C. ve Jacobsen, P.B. (1999). Family Caregiver Quality of Life: Differences Between Currative and Palliative Cancer Treatment Settings. *Journal of Pain and Symptom Management*. 17(6): 418-428. Erişim: 29.11.2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10388247

WHO (2018). Palliative Care. Erişim: 16.02.2019, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

WHO (2014). First ever global atlas identifies unmet need for palliative care. Erişim: 03.03.2019, https://www.who.int/news-room/detail/28-01-2014-first-ever-global-atlas-identifies-unmet-need-for-palliative-care

Yeşil, T., Çetinkaya Uslusoy, E. ve Korkmaz, M. (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(4): 54-66. Erişim: 07.01.2019, https://dergipark.org.tr/download/article-file/371619

Yıldırım, S., Engin,E. ve Başkaya, V.A. (2013). İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve Yükü Etkileyen Faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 50: 169-174. Erişim: 07.08.2019, http://www.noropsikiyatriarsivi.com/sayilar/416/buyuk/169-174.pdf

Zeybak, A., Güneş, Ü., Günay İsmailoğlu, E. ve Ülker, E. (2012). Yatağa Bağımlı Hastlara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(1): 48-54. Erişim: 28.11.2018, https://dergipark.org.tr/download/article-file/29570

Zimmermann, C., Swami, N., Kryzanowska, M., Leighl, N., Rydall, A., Rodin, G. ve ark. (2016). Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ*. 188(10): 217-227. Erişim: 17.09.2017

EKLER

EK-1: İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul İzni

Tarih ve Sayı: 11/12/2018-375158

* B E L 5 E 6 E 2 S *

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı :35980450-663.05-
Konu :Şükriye Ezgi BAŞDİNÇ

Sayın Şükriye Ezgi BAŞDİNÇ

İlgi :27/11/2018 tarihli, 108394 sayılı yazı

Sorumlu araştırıcılığını üstlendiğiniz 2018/232 dosya numaralı "Palyatif Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Gereksinimleri" başlıklı çalışma Kurulumuzun 03.12.2018 tarih 12 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan

EK :
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Kararı

10/12/2018 B.İşl. : S.ARIK

Doğrulamak için:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEL5E6E2S

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Süleyman ARIK Dahili : 10689

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü
34452 Beyazıt/Fatih-İstanbul
Tel : 0212 440 20 89 Faks : 0212 440 20 88
e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

K:Q TSE-ISO-EN 9000

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

İlgili makama,

İ.Ü. Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Yüksek Lisans Öğrencisi **Şükriye Ezgi BAŞDİNÇ** "Palyatif Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Gereksinimleri" başlıklı, **2018/232** dosya numaralı 27.11.2018 tarih ve **108394** sayılı başvurusu ile İ.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 03.12.2018 tarihinde gerçekleşen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı / Adı / Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişki	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ (Başkan)	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☑ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI (Başkan Yardımcısı)	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Eray YURTSEVEN (Başkan Yardımcısı)	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Aydın TOPALOĞLU	İlahiyat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Yasemin IŞIKTAÇ	Hukuk Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Suat GEZGİN	İletişim Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☑ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selahattin KARABINAR	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Seyhan NİŞEL	İşletme Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☑ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa Hamdi SAYAR	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilgiler Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☑ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Rasim İlker GÖKBULUT	Ulaştırma ve Lojistik Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Haluk ZÜLFİKAR	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Enes KABAKCI	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	

EK-2: İnegöl Devlet Hastanesi İzin Yazısı

BURSA İNEGÖL DEVLET HASTANESİ - BURSA İNEGÖL DEVLET HASTANESİ
09.10.2018 11:00 - 98616035 - 903.05.99 - E.4674
00078252197

T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Bursa İnegöl Devlet Hastanesi

Sayı : 98616035-903.05.99
Konu : şükriye ezgi BAŞDİNÇ

SAYIN: ŞÜKRİYE EZGİ BAŞDİNÇ
(HEMŞİRE)
(Palyatif - 2 Birimi)

İLGİ: 04/10/2018 tarih ve 5364 sayılı dilekçeniz

İlgi tarih ve sayılı dilekçeniz Başhekimliğimizce incelenmiş olup anket ve ölçek uygulaması talebiniz uygun görülmüştür

e-imzalıdır.
Uzm.Dr.Hayrettin GÖÇMEN
Başhekim

burhaniye mah.mimar sinan caddesi no.54 inegöl/BURSA
Faks No:0224 713 67 79
e-Posta:Serpil.kahraman1@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
Bilgi için:Serpil ACAR
Unvan:TIBBI SEKRETER
Telefon No:0 224 7151715 - 1683

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden eb216a2f-771e-491a-9ed8-f082ae2bd427 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Şükriye Ezgi Başdinç tarafından yürütülen "Palyatif Bakımda Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Gereksinimleri"başlıklı araştırmaya davet ediyorum. Bu araştırmanın amacı palyatif bakımda yatan hastaların bakım vericilerinin/ hasta yakınlarının bakım verme yükünü ve psikososyal gereksinimlerini belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 20-30 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 200 kişi katılacaktır. Her bir katılımcıya "Bakım Verme Yükü Ölçeği" ve 23 soruluk Hasta Yakını Tanılama Formu A4 formatında dağıtılacak ve kendilerine uygun şıkkı işaretlemeleri istenecektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, 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**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya tiryakiezgi@gmail.com e-posta adresi ve +90 5433111507 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Ş. Ezgi BAŞDİNÇ

Burhaniye Mah. Mimar Sinan Cd. No:54 16400

İnegöl Devlet Hastanesi Palyatif Servis İnegöl-Bursa/Türkiye

+90 543 311 15 07

Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK (Tez Danışmanı)

İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Abide-i Hürriyet Cd. 34381 Şişli-İstanbul/Türkiye

+90 212 440 00 00

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 tarafından yapıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

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

Katılımcının **:**	Araştırmacının :
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
Telefon:	
İmzası:	İmzası:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını;

□ kabul ediyorum □ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

EK-4: Hasta Yakını Bilgi Formu

Değerli Katılımcılar,

Bu çalışma Palyatif Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Bakım Yükü ve Psikososyal Gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma sonuçlarının değeri tamamen sizin gerçek ve samimi düşüncenizi ifade etmenize bağlıdır. Bu nedenle vereceğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacaktır.

Böyle bir bilimsel çalışmaya değerli zamanınızı ayırarak katkıda bulunduğunuz için şimdiden teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacı

Şükriye Ezgi BAŞDİNÇ

HASTA YAKINI BİLGİ FORMU

1.Kaç yaşındasınız? (Yazınız).....

2. Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek

3. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-yazar değil b) Okur- yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f)Üniversite g) Lisansüstü

4. Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Bekar c) Diğer…….

5.Mesleğiniz nedir?

6. Sosyal güvenceniz:

a)Var b) Yok

7. Gelir durumunuz nedir?

a)Kötü b)Orta c)İyi

8. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?

a)Anne b)Baba c)Eş d)Kardeş e)Çocuk d)Diğer(.....)

9. Hastanızın tanısı nedir?

10.Hastalığın evresi nedir?

11.Hastanız ne kadar süredir palyatif bakım ünitesinde tedavi görüyor?

12.Hastanıza ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

13. Hastaya bakım verme zaman diliminiz?

a)24 saat b)Sadece gündüz c)Sadece gece d)Haftasonu e)Haftanın belirli günleri

14. Sürekli bakım gerektiren başka hastanız var mı? Var ise yakınlığınız nedir?

a)Yok b)Var(açıklayınız)....

15.Herhangi bir fiziksel ya da psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?

( )Evet (açıklayınız)..... ( ) Hayır

16.Cevabınız "evet" ise hastalığınız için tedavi gördünüz mü?

( ) Evet(açıklayınız...) ( ) Hayır

17.Cevabınız "evet" ise hastanıza bakım vermeye başladıktan sonra psikiyatrik ya da fiziksel hastalığınızda bir değişiklik oldu mu?

( ) Evet (açıklayınız.....) ( )Hayır

18.Bakım verme süreci ruh sağlığınızı nasıl etkiledi?

Olumlu Olumsuz

19.Hastanızın bakımında yaşadığınız sorunlarla baş etmede neler yapıyorsunuz?

20.Hastanıza bakım verirken psikososyal açıdan hangi gereksinimleriniz oldu?

( )Bilgi edinme

( )Sağlıklı iletişim kurma

( )Dinlenme ihtiyacı

( )Tedavi yöntemleri hakkında destek alma

( )Yaşam planımı yeniden oluşturma

( )Başetme becerilerimi geliştirme

( )Hastaya destek verme yeteneğimi arttırma

( )Diğer(Açıklayınız).....

21.Hastanıza bakım verirken herhangi bir destek alıyor musunuz? Evet ise kim/kimlerden?

(a)Evet(açıklayınız)..... (b)Hayır

22.Aldığınız desteğin türü nedir?

(a)Maddi yardım

(b)Psikolojik destek

(c)Fiziksel yardım

(d)Diğer(.....)

23.Hastanıza bakım verirken en çok hangi konularda sorun yaşıyorsunuz?

( ) Maddi konular

( )Hastanın günlük yaşam aktivitelerini karşılama(banyo, yemek, tuvalet, vb.)

( )Ulaşım

( )Davranışsal sorunlar

( )Diğer(Açıklayınız).....

EK-5: Bakım Verme Yükü Ölçeği

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

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 getirecebileceklerinden 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 sağlığınızı 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 işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

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

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK-6: Bakım Verme Yükü Ölçeği Kullanım İzni

Gmail Ezgi Tiryaki <tiryakiezgi@gmail.com>

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ
2 ileti

FADİME HATİCE İNCİ <hemel@pau.edu.tr> 3 Eylül 2018 13:08
Alıcı: tiryakiezgi@gmail.com

Sayın Tiryaki,

Türkçe geçerlik 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

Yrd. Doç. Dr. Fadime Hatice İNCİ Yrd Doç. Dr. Müyesser ERDEM

Yrd. Doç. Dr. Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ.doc
36K

Ezgi Tiryaki <tiryakiezgi@gmail.com> 2 Eylül 2018 19:16
Alıcı: hemel@pau.edu.tr

Değerli Hocam,

İlginiz ve yardımınız için teşekkür ederim.Saygılarımla.

FADİME HATİCE İNCİ <hemel@pau.edu.tr>, 3 Eyl 2018 Pzt, 13:08 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

PALYATİF BAKIMDA YATAN HASTA YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKÜ VE PSİKOSOSYAL GEREKSİNİMLERİ

ORIJINALLIK RAPORU

%19	%13	%6	%16
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
2	tez.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Uludag University Öğrenci Ödevi	%1
4	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
5	acikerisim.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
7	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
8	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Şükriye Ezgi	**Soyadı**	BAŞDİNÇ
Doğ.Yeri	Erzincan	**Doğ.Tar.**	15.07.1991
Uyruğu	T.C	**TC Kim No**	62836183692
Email	tiryakiezgi@gmail.com	**Tel**	05433111507

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	İ.Ü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2014
Lise	Sapanca Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Hemşire	Fransız Lape Hastanesi	2014-2015
2.	Hemşire	S.B.Ü. Kocaeli Derince E.A.H	2015-2018
3.	Hemşire	İnegöl Devlet Hastanesi	2018-halen

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	Iyi	Orta	Orta		i.ü yds 50

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	78,56		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları	iyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikası

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Müzik, konsol oyunları, seyahat