



T.C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PALYATİF BAKIM ALAN HASTALARIN YAKINLARININ
YAŞADIKLARI PSİKOSOSYAL SORUNLAR İLE DİNİ BAŞA
ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

FATİMA ÖZDEMİR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. SİBEL DOĞAN

İSTANBUL-2016

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Fatima ÖZDEMİR
Tez Başlığı : Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları
Psikososyal Sorunlar İle Dini Başa Çıkma Tarzları
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 25.08.2016

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Yrd.Doç.Dr. Sibel DOĞAN

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri

Yrd.Doç.Dr. Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr. Emre DORMAN

Acıbadem Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 01./09./2016 tarih ve 2016.../23..... - 17... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

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

FATİMA ÖZDEMİR



İTHAF

Bu tezi adı kadar güzel olan annem 'SAADET'e ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın planlanmasında, araőtırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalıőmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Sibel DOğAN'a,

Çalıőmamda bana sabırla yardımcı olan Uzman Dr.Hakan KOçOğLU'na tüm çalışma arkadaşlarıma çalışmaya gönüllü olarak katılan hasta yakınlarına,

Tüm eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen her zaman yanımda olan sevgili aileme,

Çalışma süresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan sevgili arkadaşım Fahriye ARPA'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vii
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ	viii
1.ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Palyatif Bakım Tanımı, Amacı ve İlişkili Kavramlar	5
4.1.1. Palyatif bakım	6
4.1.2. Palyatif bakımın bileşenleri	8
4.1.3. Palyatif bakım düzeyleri	9
4.2. Dünyada Palyatif Bakım	10
4.2.1. Palyatif bakım aktivitelerine göre ülkelerin sınıflandırılması	11
4.3. Türkiye’de Palyatif Bakımın Tarihsel Seyri.....	13
4.4. Hastası Palyatif Bakım Sürecinde Olan, Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar	14
4.5. Dini Başa Çıkma	17
4.5.1. Dini düşünceler, dini inançlar, dini davranışlar	17
4.5.2. Dini düşüncelerde ve davranışlarda yaşam boyu görülen değişimler.....	17
4.6. Din ve Baş Etme.....	18
4.6.1. Dini baş etme biçimleri.....	18
4.6.1.1. İşbirliğine yönelerek dini baş etme	18
4.6.1.2. Yakararak dini baş etme	19
4.6.1.3. Kararı tanrıya havale ederek dini baş etme	19
4.6.1.4. Teslim olarak dini baş etme	19
4.6.1.5. Benlik yönelimli dini baş etme	20
4.6.1.6. Spirütüel baş etme	20

4.6.1.7. Dinsel örgüt aracılığıyla baş etme.....	21
4.6.2. Dini Baş Etmenin Yararlı Biçimleri	21
4.6.3. Dini Baş Etmenin Zararlı Biçimleri.....	23
4.7. Din ve Ruh Sağlığı	23
4.7.1. Din ile ruhsal ve fiziksel sağlık arasındaki ilişki	24
5. MATERYAL VE METOT	27
5.1. Araştırmanın Amacı	27
5.2. Araştırmanın Tipi	27
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer	27
5.4. Araştırmanın Evreni	27
5.5. Araştırmanın Örnekleme.....	27
5.6. Verilerin Toplanması.....	27
5.6.1. Sosyo-demografik bilgi toplama formu	28
5.6.2. Hastane anksiyete depresyon ölçeği (HAD).....	28
5.6.3. Dini başa çıkma tarzları ölçeği (DBTÖ).....	28
5.6.4. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi.....	29
5.6.5. Araştırmanın sınırlılıkları	29
5.6.6. Araştırmanın etik yönü	30
6. BULGULAR	31
7.TARTIŞMA	42
8. SONUÇ.....	53
9. KAYNAKLAR	57
12. ÖZGEÇMİŞ.....	83

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DBTÖ	: Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
HAD	: Hastane Aksiyete Depresyon Ölçeği
KETEM	: Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezi
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
SPSS	: Statistical Packages for the Social Sciences
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
WHO	: World Health Organization
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WPCA	: Worldwide Palliative Care Alliance

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 4.1.1. Palyatif Bakım ile Küratif Tedavinin Entegrasyonu.....	8
Tablo 6.1. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özellikleri	31
Tablo 6.1. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özellikleri	32
Tablo 6. 2. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre anksiyete puan ortalamaları.....	33
Tablo 6. 3. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları	35
Tablo 6.4. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre olumlu dini baş etme ölçeği puan ortalamaları	37
Tablo 6.5. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre olumsuz dini baş etme ölçeği puan ortalamaları	39
Tablo 6.6. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının anksiyete, depresyon, olumlu- olumsuz dini baş etme ölçeği puan ortalamaları	40
Tablo 6.7. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının anksiyete, depresyon, olumlu ve olumsuz dini baş etme ölçeklerinden aldıkları puanların korelasyonu	41

1.ÖZET

PALYATİF BAKIM ALAN HASTALARIN YAKINLARININ YAŞADIKLARI PSİKOSOSYAL SORUNLAR İLE DİNİ BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini, 1 Ekim 2015-1 Mart 2016 tarihleri arasında, İstanbul'daki "Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi" palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların yanında refakatçi olarak kalan, hastanın bakımına katılan, iletişim problemi olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 76 hasta yakını oluşturmuştur. Çalışmanın verileri, hasta yakınlarına yönelik "anket formu", "Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği" ve "Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde; verilerin dağılımına uygun olarak ikili grup karşılaştırmalarında Paired Samples t test ve Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ise ANOVA ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Çalışmada hastaların yakınlarının HAD- anksiyete toplam puan ortalamaları 10.86 ± 4.30 , HAD-depresyon toplam puan ortalamaları ise 9.38 ± 3.66 'dır yani hasta yakınlarının, anksiyete ve depresyon belirtilerine sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmada hasta yakınlarının olumlu dini baş etme ölçeği toplam puan ortalamaları 25.31 ± 3.85 ve olumsuz dini baş etme ölçeği toplam puan ortalamaları ise 10.32 ± 3.38 'dir, yani hasta yakınlarının çoğunun olumlu dini baş etmelere sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmada anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.001$), yani anksiyete arttıkça, depresif belirtilerde artmıştır. Anksiyete ve olumlu dini baş etme arasında ise zayıf pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır ($p = 0.021$), yani anksiyete arttıkça, olumlu dini baş etmeler artmıştır. Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda; palyatif bakımın vazgeçilmez bir boyutu olan psikososyal ve manevi açıdan hasta yakınlarında ele alınıp desteklenmesi konusunda sağlık personellerinin yeterliliğinin artırılması önerilmiştir.

Anahtar sözcükler: Palyatif Bakım, Hasta Yakınları, Anksiyete, Depresyon, Dini Baş Etme

2. ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATION BETWEEN PSYCHO-SOCIAL PROBLEMS OF RELATIVES WHOSE PATIENTS UNDER PALLIATIVE CARE AND THEIR RELIGIOUS COPING STYLES

This study was conducted to investigate of the relation between psycho-social problems of relatives whose patients under palliative care and their religious coping styles, as descriptive. The sample of this research was constituted of 76 caregivers of patients under palliative care in "Dr. Sadi Konuk Education and Research Hospital" between 1st October 2015-1st March 2016. These caregivers participated to the care of patients, hadn't got any communication problem and accepted to participate to the study. The data was collected with a questionnaire form related to relatives of patients, "Hospital Anxiety Depression Scale" and "Religious Coping Methods Scale". For statistical analysis; Paired Samples t Test and Mann-Whitney U test for binary groups comparison and for 3 or more groups comparison Anova and Kruskal-Wallis H tests were used. In the study, HAD- anxiety scale total point's arithmetic average of the relatives was 10.86 ± 4.30 , HAD- depression scale total point arithmetic average was 9.38 ± 3.66 . It is determined that relatives had anxiety and depression symptoms. Again, religious positive coping scale's total point arithmetic average of them was 25.31 ± 3.85 and negative religious coping scale total point arithmetic average was 10.32 ± 3.38 , so it is determined that most of the relatives had positive religious copings. In the study, it is found that there was a moderate positive correlation between anxiety and depression scales ($p \leq 0.001$). So with increased anxiety, depressive symptoms increased too. Also, It is determined that there was a poor positive correlation ($p = 0.021$) between anxiety and positive religious coping. So as anxiety increased, positive religious copings increased too. As a result of the study, it is suggested that qualifications of medical personnel should be increased about supporting of relatives of patients for psychosocial and spiritual ways – which is an undeniable dimension of palliative care.

Key words: Palliative Care, Patient's Relatives, Anxiety, Depression, Religious Coping

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Palyatif bakım; tedavi edici yaklaşımların tükendiği hastalarda başta olmak üzere tanı anından itibaren tedavi süresince, ya da ölüm anına kadar ve sonrasında yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşımdır Aydoğan ve Uygun (1), Kahveci ve Gökçınar (2). Ülkemizde günümüz koşulları göz önüne alındığında; toplumumuzun sosyal yapısındaki değişiklik, yaşlı nüfus oranında artış, tıp alanındaki gelişmeler sonucu hastalıkların kronik bir süreç kazanması, hane nüfus sayısında azalma, kadınların ev dışında çalışma oranında artış gibi çeşitli gerekçelerle, kronik süreçteki hastalara aileleri gerekli bakımı sağlayamamakta ve profesyonel bakım ihtiyacı doğmaktadır. Palyatif bakım, tam da bu noktada, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan hasta ve yakınlarının, gereksinimlerinin karşılanması amacıyla doğmuş bir yaklaşım türüdür Lagman ve Walsh (3).

Palyatif bakım sadece hastalara yönelik değildir; aynı zamanda hastaların ailelerine yönelik verilen hizmetleri de içerir. Hasta ve yakınlarının tüm sorunlarını çok boyutlu ele alarak değerlendirir ve çözüme kavuşturmaya çalışır. Bu nedenle, sadece tıbbi hizmetleri değil, aynı zamanda psikososyal ve manevi destek gibi hizmetleri de içerir. Hastalıkların sağ kalım sürelerinin ve ortalama insan ömrünün uzaması, bakım ihtiyacı duyan birey sayısında artışı beraberinde getirmiştir. Bu gelişmelerle bakım ve bakım verici kavramı önem kazanmıştır Atagün ve ark. (4).

Bakım verici, hastayı destekleyen ve genellikle en çok bakımı sağlayan anahtar kişidir. Ailede bakım gerektiren hastalığı olan bir bireyin olması, bakım verici rolünü üstlenen aile üye/üyelerinin günlük işlerini ve rutinlerini farklılaştırmakta, bu kişileri uyum sağlamak zorunda oldukları yeni durumlarla karşı karşıya getirmektedir. Hastanın hastalığının uzun sürmesi, yaşamı tehdit eder özellikte olması, hastanın semptomlarının şiddetinin ve sıklığının artması, bakım yükünün ve psikolojik morbiditenin artması, sosyal yaşamın ve ekonomik durumun bozulması gibi nedenler hastanın bakımını üstlenen kişinin sorumluluklarını arttırmakta ve aile içindeki rollerini değiştirmektedir. Hastanın palyatif bakıma ihtiyaç duyacak aşamaya gelmesi ise hasta ve bakım vericiler açısından önemli bir stres kaynağıdır. Bakım verme işi,

bakım vericinin yükünü artırdığı gibi, mevcut duruma psikolojik uyumunu da olumsuz etkiler. Hastanın durumunun giderek kötüleşmesiyle birlikte, bakım vericilerin bakım yükünün de giderek artması, bakım vericilerin ruhsal sağlık durumlarının da kötüleşmesine neden olmaktadır Maldonado et al. (5), Terakye (6) Weitzner and Meier (7), Sherwood et al. (8), Hacıalioglu ve ark. (9). Bakım vericiler, bu sürecinin getirdiği problemlerle baş edebilmekte oldukça zorlanmaktadır. Pek çok bakım verici bu süreçte, çoklu stresörlerle baş etmede, dini başa çıkma yöntemlerine de başvurmaktadır.

Dini başa çıkma; bireyin yaşamında karşılaştığı stresli durumlarda, din ve maneviyatından kaynaklanan bilişsel veya davranışsal teknikleri kullanması olarak tanımlanabilir. Bir başka ifade ile dini başa çıkma kişinin inancını, hayatın ortaya çıkardığı sorunlar ve stres ile mücadele sürecinde kullanma yolu olarak da tarif edilmektedir Pargament et al. (10). İnsanlar sıkıntılı bir durum ya da olay karşısında, bu durum ve olaydan kurtulmak için inançlardan, dini pratiklerden ve insan ilişkilerinden istifade etmektedirler Pargament (11). Olumlu dini başa çıkma yöntemleri kullanan bireylerin, strese karşı pozitif bir bakış kazandıkları ve stresli olayları kişisel gelişimine izin verecek şekilde yorumladıkları görülmüştür. Aynı zamanda zorluklarla başa çıkmada pozitif dini başa çıkma, bireyin kişisel gelişimi için stresli olayları fırsata dönüştürdüğü gibi, psikolojik öznel iyi oluşa (huzura) da yöneltebilmektedir Day and Maltby (12). Kullanılan olumlu dini baş etmeler, kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu etkilerken, olumsuz dini baş etmeleri kullanmak ise olumsuz etkilemektedir Topuz (13), Pargament (14), Pargament et al. (15) Pargament et al. (16), Pargament et al. (17). Bundan dolayı sağlık hizmetleri kapsamında sunulan bakımın içerisine manevi yardım ve destek hizmetlerinin entegre edilmesi oldukça önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), aile ve ailedeki bakım vericilerin gereksinimlerine değinilmesini palyatif bakımın primer amaçlarından birisi olarak vurgulamaktadır. Sağlık profesyonellerinin bakım verenlere destek sağlayabilmesi, çok boyutlu uygun girişimleri planlayabilmesi, bu girişimleri rutin olarak uygulayabilmesi ve sonuçlarını değerlendirebilmeleri oldukça önemlidir Küçükgüçlü ve ark. (18). Bu çalışma palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Palyatif Bakım Tanımı, Amacı ve İlişkili Kavramlar

Palyatif bakım, tıp alanında bir kür sağlamaksızın semptomların giderilmesi ya da hafifletilmesi anlamında kullanılan bir terimdir Kahveci Gökçınar (2). Palyatif sözcüğü Latince’de örtü ya da perde anlamına gelen ‘Pallium’ dan türetilmiştir Dinçol ve ark. (19). Latince ‘Palliare’ ve İngilizce ‘Palliate’ sözcüklerinden köken alır, bu sözcükler örten hafifleten veya gideren anlamındadır Kahveci ve Gökçınar (2). Küratif tedaviye cevap vermeyen hastalığı olan hastalara uygulanan aktif bakıma palyatif bakım adı verilmektedir Erdine (20).

Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomların ve yandaş sorunların erken ve kapsamlı bir biçimde tanımlanarak önlenmesi, azaltılması fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksimlerin karşılanmasına yönelik uygulamalar palyatif bakım içerisinde yer alır. Palyatif bakımda ağrı veya diğer semptomlar ile psikolojik, sosyal ve ruhsal sorunların kontrolü çok önemlidir. Palyatif bakımın amacı, hasta ve ailesinin yaşam niteliğinin mümkün olduğunca iyileştirilmesinin sağlanması, hastalık ve yas sürecinde de duygusal ve manevi olarak desteklenmesidir Kahveci ve Gökçınar (2), Erdine (20). XIX. yy’da ortaya çıkan palyatif bakım kavramı, DSÖ tarafından 1986 yılında ilk kez tanımlandığında “tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda yapılan bir uygulama” olarak vurgulanırken, 2002 yılında palyatif bakım tanımı revize edilmiş ve hastalığın erken döneminde palyatif bakıma başlanmasının önemine’ vurgu yapılmıştır DSÖ (21). Amerika’da 2009 yılında palyatif bakımla ilgili tüm kuruluşlar bir araya gelerek kaliteli palyatif bakımın verilebilmesi için ulusal bir toplantı yaparak ortak bir rehber hazırlamışlardır. Bu rehberde göre, palyatif bakımın yaşamı tehdit eden hastalığın ilk olarak tanı konmasından itibaren tedavi edici yaklaşımlarla birlikte uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır Kahveci ve Gökçınar (2) Boyle (22), Temel et al. (23). Dünyada her yıl milyonlarca insana kanser gibi yaşamı tehdit edici hastalık tanısı konulmakta ve bu hastaların birçoğu hastalık nedeniyle kaybedilmektedir. Günümüzde palyatif bakım tedavinin mümkün olmadığı hastalıklarda oldukça önem kazanmıştır Kuebler, et al. (24) Meghani (25) Sabatowski et al. (26).

4.1.1. Palyatif bakım

Palyatif Bakım;

-Yaşamı destekler ve ölümü normal bir olay olarak kabul eder.

-Ölümü ne çabuklaştırır ne de geciktirir.

-Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların ortadan kaldırılmasını amaçlar.

-Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerinin entegrasyonunu sağlar.

-Hastanın ölene kadar mümkün olduğunca aktif yaşamasını sağlayacak bir destek sistemi kurar Erdine (20), Fine (27), Kabalak ve ark. (28), Bruera et al. (29), Puchalski et al. (30), Elçigil (31), Aydoğın ve Uygun (1), Erişim Tarihi:05.30.2016 (32).

Palyatif bakım programları; tedavisi mümkün olmayan bir hastalığı sadece fizyolojik bir bozukluk olarak kabul etmemekte, neden olduğu rahatsızlıkları ve hasta ailesi üzerindeki olumsuz etkilerini vurgulamakta, sadece hastayı değil ailesini de “bakım birimi” olarak kabul etmektedir. Bu durum hastanın bakımında ailesinin de aktif rol almasının sağlanması bakımından çok önemlidir Erdine (20), Meghani (25).

Palyatif bakım hastanın yaşam süresinden çok, niteliğini ön plana alan bir tedavi biçimidir. Bu anlamda diğer tedavi yöntemlerinden farklılık göstermektedir. Diğer hastalıklarda hekim önce hastalığı saptamaya ve etkeni ortadan kaldırmaya çalışır. Palyatif bakımda ise hastayı rahatsız eden semptomu bulup, semptomu ortadan kaldırmaya çalışılır. Yani hastanın rahatlamasında öncelik semptom kontrolindedir. Bu anlamda hastayı rahatsız eden semptom ne olursa olsun hasta tarafından önemseniyorsa hekim tarafından da önemsenmeli ve ortadan kaldırılmaya çalışılmalı, yani palyasyon sağlanmalıdır. Bu semptomun ortadan kaldırılması hastalığın seyrinde en küçük değişikliğe neden olmasa bile; hastanın yaşama olan bağlılığının artmasına önemli katkıda bulunabilmekte, hastanın yaşama umudunu kuvvetlendirmektedir Dinçol ve ark. (19).

Palyatif bakımda amaç; hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesi ya da hafifletilmesine yönelik farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler

kullanılarak, hastanın ölümüne kadar kaliteli bir yaşam sunulmasıdır. Semptomlar kontrol altına alındığında, hastanın çevreyle uyumu artarak, tedavi planına uyumu da kolaylaşmaktadır Kahveci ve Gökçınar (2), Pastrana et al. (33)

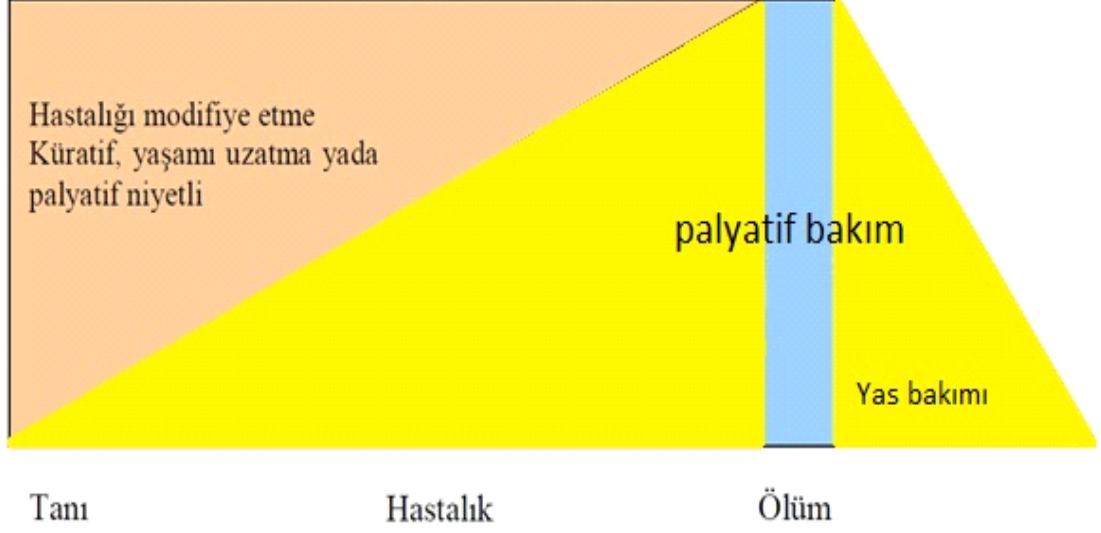
Palyatif bakımda, bireyin içinde bulunduğu kültürel ve yerel değer, inanç ve uygulamalarına duyarlı davranılarak sahip olunan fonksiyonel kapasitenin azami ölçüde idamesinin sağlanması ve yaşamı tehdit edici hastalık ve hastalığın semptomlarının kontrol edilerek, acının dindirilmesi için bütüncül yaklaşım sağlamak ve bireyin yaşam kalitesini artırmak amaçlanır. Palyatif bakım, günümüzde kanser hastaları başta olmak üzere Alzheimerlı ve felçli hastalar gibi hastalara uygulanmaktadır Gómez et al. (34), Centeno et al. (35).

Palyatif bakımın kapsamı, kimler tarafından, ne zaman ve kimlere verilmesi gerektiği konusundaki gelişmelere rağmen, hala kesin bir karara ulaşılmaması sağlanamamıştır. Önerilen tüm yaklaşımların ortak amacı, hasta ve yakınlarına uygun fiziksel, psikososyal ve manevi desteğin sağlanmasıdır. Bu hizmet hastanın kendi ev ortamında veya ev benzeri atmosfere sahip olan konforlu ve huzurlu özel merkezlerde sağlanabilir Mystakidou et al. (36), Müller and Busch (37), Currow et al. (38), Lagman and Walsh, (3).

World Health Organization (WHO), 2007 yılında palyatif bakım ile küratif tedavinin nasıl entegre edileceği hakkında yayınladığı rehberine göre;

- Tanı anından itibaren hastaya hastalığı modifiye edici tedavilere başlanmalıdır.
- Verilecek tedavi hastaya ölüm anına kadar azalan yoğunlukta dahi olsa sürdürülmelidir.
- Tanı anından itibaren hastaya palyatif bakım desteği verilmeli ve ayrıca bu destek ölüm anına kadar giderek artırılmalıdır.
- Hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ve hastaların yakınları yas sürecinde desteklenmelidir.

Bu rehberde göre, palyatif bakımın yaşamı tehdit eden hastalığın ilk olarak tanı konmasından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır WHO (39). (Bkz Şekil 4.1.1)



Şekil 4.1.1. Palyatif Bakım ile Küratif Tedavinin Entegrasyonu Lynn et al. (24)

4.1.2. Palyatif bakımın bileşenleri

Palyatif bakımın bileşenleri şunlardır:

- Hasta popülasyonu
- Hasta ve aile merkezli bakım
- Palyatif bakımın zamanlaması
- Bütüncül bakım
- İnterdisipliner ekip yaklaşımı
- Acı çekmeyi azaltmaya özen
- İletişim becerileri
- Bakımın sürekliliği

- Adil erişim

- Kalite geliştirme Erişim Tarihi 06.25.2016 (40).

4.1.3. Palyatif bakım düzeyleri

Seviye 1- Palyatif bakım yaklaşımı: Tüm sağlık kurumlarındaki klinisyenlerin ve diğer çalışanların palyatif bakım prensiplerini uyguladığı sistemdir. Palyatif bakım deneyimi olmayan diğer branş hekimleri tarafından uygulanmaktadır. Bu sisteme göre klinisyenlerin palyatif bakım yaklaşımı yeteneği olmalıdır. Çünkü ilerleyici ve ağır hastalığı olan çoğu hasta bu klinisyenlerle karşılaşır Kahveci ve Gökçınar (2).

Seviye 2- Genel palyatif bakım: Orta düzey olarak kabul edilen seviyede hasta ve ailelerine palyatif bakım deneyimi olan fakat palyatif bakım uzmanı olmayan diğer hekimler ve yardımcı sağlık çalışanları tarafından tam zamanlı olamayan şekilde palyatif bakım hizmeti verilir. Bu hizmetler özel merkezlerde ya da bakım evlerinde verilebilir. Haftanın belli günlerinde ve belirli saatlerde hekim, bu hastaların bulunduğu bakım merkezinde palyatif bakım gereksinimlerini gözden geçirir. Semptomatik tedavi planlar. Hemşireler ise bu merkezlerde sınırlı saatlerde çalışır Kahveci ve Gökçınar (2).

Seviye 3- Uzman düzeyinde palyatif bakım: Daha kompleks ve daha fazla bakım gerektiren hastalar için bu alanda ihtisas yapmış palyatif bakım uzmanı ve özellikle palyatif bakım alanlarında eğitim almış diğer yardımcı sağlık çalışanları tarafından hastanelerin içinde veya dışında palyatif bakım merkezi ve hospis alanında hizmet verilmesini kapsar. Gelişmiş batı ülkelerinde, tıp fakültelerinde palyatif bakım ya da palyatif tıp olarak adlandırılan bilim dalı bünyesinde asistan olarak eğitimlerini tamamlayan hekimlere palyatif bakım uzmanlık belgesi verilmektedir Kahveci Gökçınar (2), Weissman ve Meier (7).

Tam anlamıyla gelişmiş bir palyatif bakım programı şu öğeleri içermelidir:

**Evde bakım:* Geleneksel tıbbi bakım özel kurumlarda yapılmasına karşın palyatif bakım, bakımın evde yapılmasını amaçlamaktadır. Tedavi programlarında özel kurumlar geri planda kalmaktadırlar.

**Konsültasyon servisleri:* Palyatif bakım konusunda deneyimli sağlık çalışanları hastanelerde konsültasyon servisleri kurmalıdır. Bu servisler aynı zamanda diğer sağlık görevlileri eğitilmelerini de sağlarlar.

**Günlük bakım:* Yalnız yaşayan ve muhtaç hastalar haftanın birkaç gününü günlük palyatif bakım merkezlerinde geçirebilirler. Böylece ailelerin evde bakım yükünü de azaltırlar.

**Hastane bakımı:* Genellikle ağrı ve diğer fiziksel ve psikososyal rahatsızlıkların kontrolü amaçlanır.

**Ölen hastaların yakınlarının desteklenmesi:* Deneyimli sağlık çalışanları ve gönüllüler ölen hastanın yakınlarını teselli ederler Erdine (20).

4.2. Dünyada Palyatif Bakım

Palyatif bakımın gelişimi hospislerin kurulmasıyla başlamıştır Erdine (20). Hospis, yaşam sonuna çok yaklaşıldığında, hasta ve ailesi için özel bakım ve destek uygulanan bir programdır Aydoğan ve Uygun (1), Kahveci ve Gökçınar (2).

Cicely Saunders tarafından 1967 yılında İngiltere’de ilk modern hospis kurulmuştur Graham and Clark (41), Bağ (42). Amerika ve diğer batı ülkelerde de hospis bakımı hızla yayılmıştır. Palyatif bakım kavramı 1980 ortalarına kadar hospis bakımının yerine kullanılmıştır Meghani (43). Zamanla palyatif bakım anlayışı değişmiştir. Yakın geçmişte palyatif bakım gittikçe artan sayıda ülkede kurumsallaşmış ve İngiltere’de tıbbi uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Birçok ülkede (Avustralya, Kanada, İngiltere) akademik kuruluşlar kurulmuştur. Günümüzde palyatif bakımla ilgili birçok ulusal birlik ve dergi bulunmaktadır şahan Uslu ve Terzioğlu (44), Erdine (20).

Dünyanın birçok ülkesinde palyatif bakıma yönelik çalışmalar ve sağlık projeleri yürütölmekte olsa da palyatif bakımın sağlık sistemine gelişmiş entegrasyonu dünyada sadece 20 ülkede yani %8.5’inde gerçekleşmiştir. Palyatif bakımın insan hakları sayılması için yapılan çağrıların yanı sıra tüm dünya halkının palyatif bakıma ulaşması için planlamalar yapılmaktadır. Worldwide Palliative Care Alliance’nin (WPCA),

2011 yılında açıkladığı rapora göre dünyadaki 234 ülkenin 136'nda (%58) bir ya da daha fazla sayıda palyatif bakım üniteleri bulunmaktadır ve konudaki evrensel ilerleme zorluklarla olmaktadır Kahveci ve Gökçınar (2).

WPCA'nın Palyatif Bakım Sınıflandırma Kriterleri Şunları İçermektedir:

- ✓ Ülke genelinde yaygın palyatif bakım servisi
- ✓ Sağlık sistemine entegre kapsamlı palyatif bakım hizmetleri
- ✓ Palyatif bakımın genel halk sağlık poliçelerinde ağırlığı olması ve diğer formlardan kaynak aktarılması
- ✓ Sağlık personeli ve lokal derneklerin hizmet verdiği
- ✓ Etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları
- ✓ Gelişmiş ve tanımlanmış palyatif bakım eğitim sistemi
- ✓ Morfine ulaşılabilirlik
- ✓ Yerel toplumda ve sağlık personelinde palyatif bakım bilinçlenmesi
- ✓ Üniversitelerle akademik iş birliği
- ✓ Ulusal palyatif bakım dernekleri Kahveci ve Gökçınar (2).

4.2.1. Palyatif bakım aktivitelerine göre ülkelerin sınıflandırılması

Grup 1: Hospis-palyatif bakım aktivitesi bilinmeyen.

Grup 2: Yapılanma aşamasındaki ülkeler.

Grup 3: Ülke genelinde olmayıp sadece lokalize hospis-palyatif bakım yapılanması olan ülkeler.

Grup 4: Sağlık sistemi ile entegre olmuş hospis palyatif bakım servisleri olan ülkeler Kahveci ve Gökçınar (2), Şahan Uslu F ve Terzioğlu (44).

Grup 1 Ülkeler: Bu grupta Özbekistan, Afganistan, Çad, Komor, Gine, Kore, Libya Maldivler, Senegal, Somali, Türkmenistan ve Yemen gibi 75 ülke yer almaktadır. Bu ülkelerde hospis-palyatif bakım politikaları ve aktiviteleri bulunmaktadır Kahveci ve Gökçınar (2).

Grup 2 Ülkeler: Azerbaycan, Karadağ, Cezayir, Bolivya, Haiti, Vatikan, Madagaskar, Moritus, Nikaragua, Umman, Filistin, Papua Yeni Gine, Katar ve Tacikistan gibi 23 ülke yer almaktadır. Bu ülkelerde faaliyette olan hizmet veren palyatif bakım servisleri bulunmamaktadır. Palyatif bakım servisleri oluşturmak için organizasyon konferans personel eğitimi ve politik lobi faaliyetleri ile başlangıç seviyesinin de servislerin gelişimi için çalışmalar yapılmaktadır Kahveci ve Gökçınar (2).

Grup 3A Ülkeler: Angola, Bahreyn, İran, Kuveyt, Lübnan, Mozambik, Paraguay, Sudan, Bangladeş, Brezilya, Bulgaristan, Kolombiya, Mısır, Yunanistan, Guatemala, İran, Kazakistan, Kırgızistan, Meksika, Moldova, Nijerya, Pakistan, Rusya, Tayland, Tunus, Ukrayna, Birleşik Arap Emirlikleri, Venezuela gibi 74 ülkenin yer aldığı grupta, az sayıda lokalize kliniklerde, sınırlı kapasitede palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Finans kaynakları sınırlı ve sağlık sistemine entegre olmayıp, finans kaynakları daha çok kişisel bağıştan sağlanmaktadır. Ayrıca bu ülkelerde morfin ulaşılabilirliği sınırlı olup palyatif bakım aktiviteleri de hükümetler tarafından desteklenmemektedir Kahveci ve Gökçınar (2).

Grup 3B Ülkeler: Bu grupta Arjantin, Türkiye, Arnavutluk, Hırvatistan, Ürdün, Litvanya, Malta ve Portekiz gibi 17 ülke yer almaktadır. Palyatif bakım hizmetleri ülke genelinde olmayıp lokalizedir ve genel sağlık sistemiyle entegre değildir. Kişisel bağışlar, genel sağlık sistemi, özel sağlık sigortası, yerel devlet kaynakları ve tüm bunlardan bağımsız finans sistemleri mevcuttur. Dernek organizasyonları tarafından yürütülen sınırlı eğitim faaliyetleri bulunmaktadır. Bu ülkelerde morfine rahatlıkla ulaşılabilirlikte Kahveci ve Gökçınar (2).

Grup 4A Ülkeler: Sayıları 25 olan Çin, Lüksemburg, Sırbistan, Şili, Danimarka, Finlandiya, Macaristan, İsrail, Kenya, Malezya, Moğolistan, Hollanda, Yeni Zelanda Slovenya ve İspanya'yı içeren bu grup, palyatif bakım hizmetleri ve aktiviteleri daha yaygın, palyatif bakım servis türleri çok çeşitlidir. Yerel toplumda sağlık personelinde palyatif bakım bilinçlenmesi mevcut olup, morfin ve güçlü ağrı kesicilere kolay ulaşılabilirlikte. Sınırlı düzeyde palyatif bakım politikaları olup, ulusal palyatif bakım dernekleri olan ülkelerdir Kahveci ve Gökçınar (2).

Grup 4B Ülkeler: Bu grupta Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, Hong Kong, İzlanda, İrlanda, İtalya, Japonya, Norveç, Polonya, İngiltere ve ABD gibi 20 ülke yer almaktadır. Ülke genelinde yaygın palyatif bakım servisleri olup kapsamlı palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları, üniversitelerde akademik işbirliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri ve ulusal palyatif bakım dernekleri olan ülkelerdir Kahveci ve Gökçınar (2).

4.3. Türkiye’de Palyatif Bakımın Tarihsel Seyri

Darüşşifalar, Selçuklu ve Osmanlı döneminde eğitilmiş hekimler ve diğer yardımcı sağlık personeli tarafından genel sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulduğu ve vakıflar tarafından finansal desteğin sağlandığı merkezlerdi. Darülaceze 1895 yılında kurulmuştur ve hastalara, düşkünlere, kimsesizlere, yaşlılara ve yetimlere hizmet vermektedir. Burada din, ırk, sınıf, cinsiyet farkı gözetmeksizin bakıma muhtaç insanların türlü ihtiyaçları karşılanarak barındırılması sağlanmaktadır. Geçmişten günümüze Darülaceze’nin gelirleri büyük oranda hayırseverlerin bağışlarından oluşmaktadır. Halen 650 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir (Kahveci ve Gökçınar (2)).

Türkiye’de palyatif bakımın ilk adımı olarak T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından “Evde Bakım Hizmetini” başlatılmıştır. Hastane ortamında palyatif bakım hizmetleri içinse yasal düzenlemelere başlanılarak, erişkin hastalara yönelik ilk "Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi", S.B. Ulus Devlet Hastanesinde açılmıştır. Hastanede ülke gereksinimlerine göre farklı bir yapılanma ile hizmet sunumu oluşturularak, uzun süreli yoğun bakım, palyatif bakım, algoloji, evde bakım hizmetleri birlikte sunulmuştur Kabalak ve ark. (28), Gültekin ve ark. (45).

“Palyatif Bakım Programı Eylem Planı” adıyla Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından 2008 yılında çalıştaylar gerçekleştirilmiştir. Ülkemiz koşulları ve öncelikleri doğrultusunda; palyatif bakım modelinin oluşturulması, pilot palyatif bakım merkezi kurulması; palyatif bakım alanında eğitilmiş ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması amaçlanmıştır. Bu nedenle hemşire, aile hekimleri

ve Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM) personelleri ile dünyadaki ilk toplum tabanlı palyatif bakım projesi olan PALLİA-TÜRK projesi hazırlanmış ve 2011 yılı itibari ile de başlatılmıştır Gültekin ve ark. (45), Özgül ve ark. (46) ,Tuncer (47) , Erişim Tarihi: 05.05.2016 (48).

Türkiye’de modern anlamda, palyatif bakım uzmanları tarafından verilen 3.seviye kapsamlı palyatif bakım merkezi yoktur. Tıp fakültelerinde palyatif bakım bilim dalı henüz kurulmamıştır ve palyatif bakım uzmanlığı eğitimine de başlanmamıştır. Palyatif bakım hizmeti çoğunlukla diğer branş hekimleri tarafından seviye 1 ve 2 düzeyinde sürdürülmektedir. Ayrıca Palyatif Bakım Derneği’nin 2005 yılı verilerine göre Türkiye’de 10 merkezde toplam 241 yatak kapasitesi ile palyatif bakım hizmeti verilmektedir Kahveci ve Gökçınar (2).

Yapılan çalışmaya göre palyatif bakım merkezlerimiz çok az sayıda ve büyük şehirlerde yerleşiktir. Bu merkezlerinde daha yeni kurulduğu palyatif bakım hizmetleri ve modellerinden hangisine uyduğu da bilinmemektedir. Henüz birbirleri arasında bir işbirliği ve bilgi paylaşımı söz konusu değildir Gültekin ve ark. (45), Hoch (49) , O’Neill et al. (50).

Türkiye yaşlı nüfusun artması, yükselen yaşam kalitesi ve çok sayıda yoğun bakımların açılmasıyla kritik hastaların desteklenmesi önemli oranda palyatif bakım gereksinimi ortaya çıkartmaktadır. Sadece kanser hastaları için değil tanı kısıtlaması olmaksızın her türlü palyatif bakım gereksinimini kapsayan geniş ölçekli geleceğe yönelik planlamalar yapılması gerekmektedir Elçigil (31), Kahveci ve Gökçınar (2).

4.4. Hastası Palyatif Bakım Sürecinde Olan, Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar

Günümüzde birçok hastalık kronik nitelik kazanmış, hastalıklardan sağ kalım süreleri uzamış bu nedenle bakım ihtiyacı duyan hasta sayısı da ciddi şekilde artmıştır. Bu nedenlerle bakım veren kişi kavramı önem kazanmıştır Atagün ve ark. (4). Ailede bakım verici rolü üstlenmek, oldukça zorlayıcı ve yıpratıcı bir süreçtir Özlü ve ark. (51), Terakya (6), Küçükgüçlü ve ark. (18).Yaşam sonuna yaklaştıkça hastalar ilerleyici biçimde daha kötü hale gelir. Kendi ihtiyaçlarını karşılayamaz, çocuklarına

bakamaz, idrar ve gaita inkontinansı ortaya çıkabilir, şiddetli ağrısı olabilir, fiziksel görünümü ve kişiliğinde değişimler ortaya çıkabilir. Tüm bunlar hastanın ailesindeki bireylerde, farklı farklı etkilere yol açar. Sevdikleri çok ağır süreçtedir ve artık onların bakımına bağlıdır. Böylece tüm aile üyeleri duygusal olarak yıpranır. Onları bekleyen ağır sorumluluklar ortaya çıkmıştır Kahveci ve Gökçınar (2), Bonnel (52), Altun (53). Bakım verici aile üyelerinin yükünün artması fiziksel ve psikolojik sağlıklarını da kötüleşmektedir Deeken et al.(54), Larsen (55). Ailenin değişen yaşam dinamikleri, aile üyelerinde üzüntü ve tükenmişliğe yol açabilir. Hastanın bakımını üstlenen aile üyesi bazen o kadar yoğun üzüntü yaşar ki ümitsiz ve depresif hale gelir Kahveci ve Gökçınar (2). Bakım verenler için bakım verme ve tükenmişliğin yaşandığı süreçte, başlangıç noktası hastalık tanısının konulması karşısındaki tutumlarıdır Kim et al (56), Yılmaz ve Turan (57). Bazı bakım vericiler, sağlıklıyken tanıyıp bildikleri birinin, ciddi bir hastalık nedeniyle genel veya bilişsel durumu bozulduğu zaman, ona nasıl davranacaklarını bilmedikleri için veya çok üzüntüye kapıldıkları için ondan uzak durabilirler. Bazı bakım vericilerin ise aklına kendi anne veya babalarının, eşlerinin ya da yakın akrabalarının geçmişteki olumsuz hastalık deneyimleri ve yaşadıkları acılar gelebilir. Bu nedenle de hastadan uzaklaşabilirler. Hangi nedenle olursa olsun, hastalardan fiziksel veya duygusal açıdan uzaklaşmak, aslında hem hastalar için hem de yakınları açısından olumsuz bir durumdur Billig N (58), Hacıoğlu ve ark. (9), Terakye (6), Toseland et al.(59), Küçükgüçlü ve ark (18), Arslantaş ve Adana (60), Dökmen (61). Bakım verici rolüne geçişle birlikte hasta yakınları fiziksel olduğu kadar, ruhsal ve sosyal açıdan da oldukça olumsuz etkilenmektedir. Larsen bakım verenleri gizli hastalar olarak tanımlamıştır Larsen (55). Örneğin yapılan çalışmalarda, aile üyelerinin bakım yüklerindeki artmayla enfeksiyon gelişim arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Deeken et al. (54), Schulz et. al. (62). Yaşanan pek çok güçlüğün yanında, aile üyeleri arasında samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde yaşamdan anlam bulma, kişisel gelişim, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu gelişmelerde olabilmektedir Weitzner et al. (63), Sherif et al.(64), Kahveci ve Gökçınar (2).

Yapılan çalışmalarda, bakım verenlerde anksiyete ve depresyonun yüksek oranda geliştiği Sales (65), Gülseren ve ark. (66), Rivera (67); kadın bakım vericilerin ruhsal olarak daha fazla olumsuz etkilendiği Torti et al. (68); mortalite oranlarının daha fazla

olduğu saptanmıştır Schulz and Beach (62). Sherif ve ark'nın araştırmasında ise terminal dönem kanser hastalarının bakım vericilerinin anksiyete ve depresyon skorlarının, kronik hastalığı olan diğer hastaların bakım vericilerinden daha yüksek ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğunu belirlenmiştir Sherif et al.(64).

Yapılan çalışmalarda bakım verme sürecinde yaşanan stresin, kanser hastasının bakım vericilerinin sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmiştir Weitzner et al.(63), Özgen (69), Babaoğlu ve Öz (70), Taşdelen ve Ateş (71), Mellon (72), Kim and Given (56). Carter'ın çalışmasında, bakım verenlerin %68'inin uykuyu başlatma ve sürdürme problemleri ya da gündüz yorgunluğu gibi uyku bozuklukları yaşadığı saptanmıştır Carter (73). Yapılan çalışmalarda özellikle ileri evre kanser hastalarının bakım vericilerinin uyku kalitesinin de olumsuz etkilendiği vurgulanmıştır Chang et al. (74), Weitzner et al. (63), Mystakidou et al. (36), Carter (73). Kısa dönem uyku kaybı (2-3 hafta) kortizol düzeyinin artmasıyla ilişkilidir. Uzun dönem uyku kaybı (3 haftadan fazla) glukoz metabolizmasında yetersizlik ve azalmış immun sistem fonksiyonu, anksiyete ve depresyon, konsantrasyon güçlüğü ve yaşam kalitesinde azalmayla ilişkilidir. Uzun dönem uyku kaybının fiziksel ve ruhsal belirtileri aile üyesinin bakımında bakım verenin yeterliliğini, inancını ve bakım veren rolü memnuniyetini etkileyebilir. Uyku yetersizliğinde negatif emosyonel ve fiziksel sonuçlar meydana gelebileceği ve uyku kalitesinin günlük fonksiyonları, yaşam kalitesini, ruhsal ve fiziksel sağlığı etkilediği belirtilmektedir. Ayrıca, her birinin diğerini şiddetlendirmesiyle depresif ruh hali, anksiyete ve uyku arasında dinamik bir sinerji olduğu belirtilmektedir Carter (73). Yapılan bir çalışmada, ileri evre kanserli bireylere bakım veren aile üyelerinin, çoğunun orta düzeyden ciddi düzeye değişen uyku problemleri ve yarısından fazlasının ciddi depresif semptomları olduğunu, bireylerin bakım vermeyi sürdürme yetilerini ve ruhsal durumlarını etkileyen gittikçe artan uyku yoksunluğundan müzdarip oldukları saptanmıştır Sarı ve ark. (75).

Hem DSÖ'nün, hem de pek çok çalışmanın da vurguladığı üzere, bakım vericilerin gereksinimlerinin, stresörlerinin, baş etme biçimlerinin ele alınması ve bu doğrultuda desteklenmeleri oldukça önemlidir Serap (76), Fadiloğlu ve ark. (77), Williams (78), Gomez et al. (34), Cirhincioğlu (79)

4.5. Dini Başa Çıkma

4.5.1. Dini düşünceler, dini inançlar, dini davranışlar

Dini düşünce terimi, dini konular hakkındaki inançların içeriğini ifade etmek için kullanılmaktadır. Diğer bir deyişle; dini düşünceler, dini bilişsel yönünü ifade etmektedir. Dini düşünce terimi; dini konular hakkındaki inançların içeriğini ifade etmek için kullanılırken, inanç terimi duyguların ve dini düşüncelerin özel bir birleşimini ifade etmek için kullanılmaktadır. Dini davranışlar ise dini uygulamaları belirtmektedir. Diğer bir deyişle dindarlığın gözlenebilen bileşenidir Cirhincioğlu (79).

4.5.2. Dini düşüncelerde ve davranışlarda yaşam boyu görülen değişimler

Çeşitli yöntemler kullanılarak yapılan çalışmalarda genç çocuklarda dini düşünce ve deneyimlerin varlığının görüldüğü, dini fikir ve deneyimlerin on ile on iki yaşları arasında maksimum noktaya ulaştığı ve hemen sonra azaldığı literatürde vurgulanmaktadır. Çocukların özel bir teşvik olmaksızın dini konular hakkında düşünmek için kendiliğinden bir eğilimleri bulunmaktadır. Çocukların fikirleri çevreleri, medya ve diğer girdiler tarafından etkilenmektedir. Çocuklara dini düşünceleri büyüsel, insan biçimci, ben merkezci ve gerçekçi olma eğilimindedir. Çocukların dini düşünceleri değişebilir. Bu değişim çocuğu dini ilgisizliğe veya sahip olunan dini inançları savunmaya, daha olgun fikirlere götürebilir. Genel olarak bakıldığında dindarlığın ergenlik yıllarında bir miktar önemini yitirdiği görülmektedir. Bu dönemde özellikle daha zeki olan gençlerin daha fazla şüphe ve sorgulama eğilimi taşıdığı bilinmektedir. Bu yaş hem dine dönüşüm, hem de dinden dönüşüm yaşıdır. Farklı yaşlarda, dindarlıkta oldukça büyük farklılıklar gözlenmektedir. Genel olarak daha yaşlı bireylerin daha dindar olması gibi. Dindarlığın yaşla birlikte değişip değişmediğini dikkate almaksızın, dini aktivitelerin yaygınlığının daha yaşlı yetişkinlerde daha yüksek düzeyde olduğu bilinmektedir Cirhinlioğlu (79)

4.6. Din ve Baş Etme

“Dini baş etme” stresli zamanlarda baş etmek için dinin veya spiritüelliğin kullanılmasını ifade etmektedir. Dini baş etme yöntemleri adından da anlaşılacağı gibi sıkıntılı yaşam koşulları ile baş etmek için dini inançları veya uygulamaları kullanmayı ifade etmektedir Cirhinlioğlu (79). İnsanın yaşamı çok yönlüdür. Bir yandan birey sevinçli mutlu olacağı olay ve durumları yaşarken; diğer yandan da üzüntü sıkıntı hissedeceği olaylara karşılaşmaktadır. Yani insan etkilendiği kadar etkileyebilen de bir varlıktır Kula (80). Tıbbi çareler ve tedavi yollarına başvurma, sosyal destek gibi bazı imkanlar, yaşanan zorluklarla baş etmede, sağlıklı yaşam biçimi oluşturmada yapılan davranışlardandır. Dolayısıyla yaşamda zorlanan bireyler, farklı referans noktalarından hareketle, karşılaştıkları sıkıntı ve zorluklarda, hayatlarını kolaylaştıracak, sosyal uyumlarını sağlayacak şekilde bir takım metotlara başvurumaktadırlar. İnsanların gayret ve çabasında dinin de oldukça önemli ve büyük rolü bulunmaktadır. Çünkü din hayatın geniş tecrübe alanına uygulanabilen önemli ve geniş referans çerçevesi sunmaktadır. Dini inanç ve uygulamalar insanın yaşamında pek çok fonksiyona sahiptir. Bu fonksiyonlardan biri de yaşamın zorlukları ile karşılaşıldığında, baş etmek için onlara başvurulmasıdır Kula (80).

Literatürde sıklıkla vurgulanan dini baş etme biçimleri aşağıda ele alınmıştır.

4.6.1. Dini baş etme biçimleri

4.6.1.1. İşbirliğine yönelerek dini baş etme

İşbirliğine yönelerek dini baş etme; Tanrı ve bireyin problem çözme sorumluluğuna ortak katılımını yansıtır. Diğer deyişle işbirliğine yönelerek dini baş etme, tanrıyla ortaklık kurma yoluyla problem çözmede kontrol aramayı ifade eden baş etme biçimidir. İşbirliğine yönelerek dini baş etme sürecinde tanrı aktif rol almaktadır. Bu baş etme biçiminde bireyler hem ulaşabildikleri bütün aktif problem çözme araçlarını kullanırlar hem de mücadelelerinde tanrının duygusal desteğini ve yol göstericiliğini ararlar Cirhinlioğlu (79) Pargament et al.(81).

4.6.1.2. Yakararak dini baş etme

Yakararak dini baş etme; bireyin kendi yaşamı üzerindeki kontrolden elini çektiği bir baş etme biçimidir. Bu dini baş etme şeklinde tanrı problemi gidermek için direkt olarak müdahale etmekle yükümlü olarak görülür Cirhinlioğlu (79) Pargament et al.(81).

4.6.1.3. Kararı tanrıya havale ederek dini baş etme

Kararı tanrıya havale ederek dini baş etme; durumu kontrol etmesi için pasif bir şekilde tanrıyı beklemeyi ifade eden baş etme biçimidir. Birey eylemde bulunmamayı seçtiği için bu problemi çözmek için tanrıya havale etmektedir. Tanrıya kararı havale etme pasif bir baş etme tepkisini ifade etmekte ve problem çözme sorumluluğunu tanrı'ya geçirerek olumlu duygusal etkilere yol açmaktadır. Bu baş etme biçiminde; her şeye gücü yeten tek güç tanrıdır. Tanrı bireylerin problemlerini çözme ve müdahale etme gücüne sahiptir. Problemin çözümü tanrının müdahalesini gerektirir Cirhinlioğlu (79) Pargament et al.(81).

4.6.1.4. Teslim olarak dini baş etme

Teslim olarak dini baş etme; inanç yolu ile huzura kavuşmanın kaynağı olarak tanrı ve dini dogmaya katı bağlılık üzerine odaklanmaktadır. Bu baş etme biçimi ilk bakışta kararı tanrıya havale ederek dini baş etme biçimine benzer olarak görülebilir. Bununla birlikte teslim olarak dini baş etme biçimi kontrolü tanrıya bırakma öznel yaşantısıyla ve böylece problem odaklı ve duygu odaklı baş etme üzerinde bireyin kontrolünün artmasıyla, kararı tanrıya havale ederek, dini baş etme biçiminden ayırt edilebilir. Bu teslimiyet tanrının kuralları için bireylerin arzularından vazgeçtiği aktif bir seçimdir ve bireyin çözümleri tanrının çözümlerinden farklılaştığı ve bireyin kendini tanrının arzularına bıraktığı zaman bu teslimiyet gösterilmektedir. Baş etme yöntemi olarak teslimiyetçi baş etmeyi kullanan birinin güdüsü kontrol elde etmek değildir, ancak spirütüel inançlarını harekete geçirmek ve dini değerlerini yaşatmaktır. Elde edilen rahatlama duygusu sadece bir problem hakkında düşüncede değişme değildir, aynı zamanda kabul edilen değerlerde, algıda ve güdüde de değişmedir. Teslimiyetçilik kontrolün tanrıda olduğu inancı ve birey için önemini vurgulayan içsel dini güdülenme

ile ilişkilidir. Teslimiyetçilik ayrıca dini iyilik hali ve varoluşsal iyilik hali ile ilişkilidir. Cirhinlioğlu (79) Pargament et al.(81).

4.6.1.5. Benlik yönelimli dini baş etme

Benlik yönelimli dini baş etme; tanrıdan gelecek yardımdan ziyade bireysel gelişim yoluyla (sorumluluğu üzerine alarak) kontrol aramayı ifade eden dini baş etme biçimidir. Benlik yönelimli dini baş etme bireylerin kendi problemleri tanrının müdahalesi olmaksızın çözmelerini gerektirir. Bireyin kendi değerleri ile uygun çözümleri üretme ve gerçekleştirme sorumluluğu vardır. Bireyler kendi çözümlerini oluşturmada dini inançlarını kabul ederler, ancak tanrıyı baş etme sorumluluklarını üzerlerine almak için kendilerine güç veren olarak görürler diğer bir deyişle benlik yönelimli dini baş etmeyi kullanan birey tanrının insanlara kendi yaşamına yön verme özgürlüğünü bahsettiğine inanır. Tanrının baş etme çabasında aktif bir ilgisi yoktur. Cirhinlioğlu (79) Pargament et al.(81).

4.6.1.6. Spirütüel baş etme

Spirütüel baş etme; tanrının sevgi ve bakımı aracılığıyla güvence ve huzur aramayı ya da tanrıya yönelik memnuniyetsizlik ve karmaşa ifade etmeyi ve spirütüel mücadeleyi içermektedir. Bu grupta yer alan çeşitli baş etme biçimleri ve bu baş etme biçimlerinin belirli özellikleri aşağıda ele alınmıştır.

-Spirütüel Destek Arama: Spirütüel destek arama; tanrının sevgi ve bakımı aracılığıyla güvence ve huzur aramayı ifade eden dini baş etme biçimidir.

-Spirütüel Hoşnutsuzluk: Spirütüel Hoşnutsuzluk; tanrıya yönelik memnuniyetsizlik veya karmaşa ifade etmeye içeren dini baş etme biçimidir.

-Spirütüel Mücadele: Spirütüel mücadele kavramı son zamanlarda ayrı bir dini baş etme biçimi olarak literatürde dikkate alınmaya başlanmıştır. Spirütüel mücadele tehdit edilmiş veya zarar görmüş olan bir spirütüelliği dönüştürme ve koruma çabası olarak tanımlanabilir. Spirütüel mücadeleyi kişilerarası, kişinin kendi içinde ve kutsal boyutları içeren sıkıntı verici olaylar başlatabilmektedir. Kişilerarası mücadele aile, arkadaşlar veya dini örgüt üyeleri ile ilgilidir. Kişinin kendi içinde verdiği mücadele

spirütüel inanç ve konular hakkındaki şüphe ve soruları içermektedir. Kutsal boyuttaki mücadele bireyin tanrı ile ilişkisindeki gerilimi (bir olayı tanrıdan gelen bir ceza gibi yorumlamak, tanrının gücünü sorgulamak gibi) içermektedir Cirhinlioğlu (79) Pargament et al.(81).

4.6.1.7. Dinsel örgüt aracılığıyla baş etme

Dinsel örgüt aracılığıyla baş etme, dini örgüt üyeleri veya din adamlarının bakımı ve sevgisi yoluyla güven temin etmek ve huzur aramayı ya da din adamları veya dini örgüt üyelerine hoşnutsuzluk ve karmaşa ifade etmeyi içermektedir. Bu grupta yer alan çeşitli baş etme biçimleri ve bu baş etme biçimlerinin belirli özellikleri aşağıda yer almıştır.

-Dinsel Örgüt desteği: Dinsel örgüt desteği; dini örgüt üyeleri veya din adamlarının bakımı ve sevgisi yoluyla güvence temin etmek ve huzur aramayı ifade eden dini baş etme biçimidir.

-Tanrı ve Dini örgütlere İlişkin Memnuniyetsizlik: Tanrı ve dini örgütlere ilişkin memnuniyetsizlik din adamları veya dini örgüt üyelerine ilişkin hoşnutsuzluk ve karmaşa ifade etmeyi içeren dini baş etme biçimidir. Dini baş etme literatürü insanların tanrıyı ve dini örgütlerine ceza ve acı kaynağı olarak görmekten ziyade sevgi ve destek kaynağı olarak görme olasılıklarının çok daha fazla olduğunu göstermektedir. İnsanların dine yönelik olumsuz eleştirileri genellikle din adamları veya örgütlerinin üyelerini hedef almaktadır. İnsanlar tanrıya yönelik olumsuz duyguları daha düşük sıklıkla ifade etmektedirler Cirhinlioğlu (79) Pargament et al.(81)

4.6.2. Dini Baş Etmenin Yararlı Biçimleri

Dini baş etme olumsuz yaşam olaylarının sonuçlarını etkilemektedir. Farklı dini baş etme biçimlerinin kritik yaşam olaylarına uyum sağlama açısından farklı etkilere sahiptir Cirhinlioğlu (79). Pargament'e göre din yaşamının doğum, ölüm vb. kritik alanlarında daha tatmin edici açıklamalar ve yaklaşımlar ortaya koymaktadır. Zira doğum, ölüm, adaletsizlik, trajediler vb. durumlarda dini törenler hayatı düzene sokmakta, hayatın belirsizliklerini ve stresini yok etmekte, insanların duygularını

şekillendirerek onları tanrıya bağlamakta ve bazı durumlara insanları hazırlamaktadır Pargament (82).

Stresli bir durum ya da olayla karşılaşan kişi, önce problemin ne olduğunu anlamaya, kendisi için tehlike veya tehdit olup olmadığına bakar. Eğer kendisi için bir tehlike ya da tehdit söz konusu ise hemen dua etmeye başlar. Zira dua, dini başa çıkmanın başlangıcıdır. Çünkü insanın hemen duaya müracaat etmesinin sebebi ilahi bir güçten yardım alma isteğidir. Duadan sonra, namaza başlama, cemaatla namaz kılma veya kilise faaliyetlerine katılma vb. diğer dini faaliyetler dini başa çıkmada kullanılmaktadır Pazarlı (83) Pargament (84) Ayten ve Sağır (85). Koç (86)

Yararlı olduğu düşünülen bu dini baş etme biçimleri şunlardır:

-Spirütüel Destek Arama: Bir çok çalışmada duygusal güvence temin etme (tanrının kendisine olabilecek herhangi bir kötü bir şeye izin vermeyeceğine güvenme), yakın spirütüel ilişki (tanrının sevgisi ile ilgisini arama), problem çözmede rehberlik alma (tanrı durumla nasıl başa çıkacağını bana gösterir) gibi spirütüel desteğin çeşitli boyutları ile çeşitli sıkıntılara daha yüksek düzeyde psikolojik uyum sağlama arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır Cirhinlioğlu (79), Kula (80), Pargament (81).

-İşbirliğine Yönelerek Dini Baş Etme: İş birliğine yönelerek baş etme dini içselleştirilmiş adanmışlığı temsil eder ve baş etme ve iyilik hali için olumlu etkileri vardır. İş birliğine yönelerek dini baş etme; sıkıntıya verilen kaygı tepkisinin daha düşük düzeyde olması, dua etme sıklığının artması, içsel dini düzelmelerin daha yüksek düzeyde dua sıklığının artması, içsel dini güdülenmenin daha yüksek düzeyde olması ve daha yüksek düzeyde benlik değeri ile ilişkili bulunmuştur Cirhinlioğlu (79), Kula (80), Pargament (81).

-Dinsel Örgüt Desteği: Çeşitli örgüt çalışmalarda sıkıntılı zamanlarda din adamlarından ve dinsel örgütlerden destek almanın, o dini örgütün üyeleri için yararlı olduğu belirtilmektedir Cirhinlioğlu (79), Kula (80), Pargament (81).

-Dini "Yardım sever" Olarak Yeniden Tasarlama: Din olumsuz bir olayı olayın olumsuz etkisini inkar etmeksizin olumlu bir çerçevede yeniden yorumlaması için insanlara yardım etmektedir. Bunun bir örneği; gelişimsel yetersizlikler ile doğan bir

çocuğu büyütmek için, kendini bu görevi yapma kabiliyeti olduğu için tanrı tarafından seçilmiş olarak gören anne babalar olabilir. Olumsuz olayların tanrının isteğine veya seven tanrıya yükleme bakış açısı kişileri rahatlatmaktadır Cirhinlioğlu (79), Kula (80), Pargament (81).

-Tanrı İmgesinin Yardım Sever ve Bağışlayıcı Olarak Görülmesi: Zorlu yaşam olaylarına daha iyi uyum sağlama ile tanrı imgesinin yardımsever ve bağışlayıcı olarak görülmesi anlayışı arasında anlamlı pozitif ilişki bir ilişki bulunmaktadır Cirhinlioğlu (79), Kula (80), Pargament (81).

4.6.3. Dini Baş Etmenin Zararlı Biçimleri

Dini baş etmenin bütün biçimleri yararlı değildir. Zararlı olduğu düşünülen bu baş etme biçimleri şunlardır:

-Tanrı ve Dini Örgütlere İlişkin Memnuniyetsizlik: Kiliselere, dini örgütlere ilişkin veya tanrıya yönelik hoşnutsuzluk bildiren insanlar sıklıkla daha olumsuz duygu durumuna sahip olmakta, olumsuz yaşam olayları için daha zayıf çözümler üretmekte ve ruh sağlığı daha olumsuz olmaktadır. Tanrı veya dini örgütlerin ihtiyaç duyduğu zamanlarda kendilerini terk ettiği veya yüz üstü bıraktığı hissi kişilerde ümitsizlik, çaresizlik ve öfke duygularına yol açmaktadır.

-Dini Olumsuz Olarak yeniden Tasarlama: Tanrının Cezalandırılması: Olumsuz olayları tanrıdan gelen bir ceza olarak düşünen kişiler, daha yüksek düzeyde sıkıntı ve olumsuz duygu durumu gösterebilmektedir Cirhinlioğlu (79), Kula (80), Pargament (81).

4.7. Din ve Ruh Sağlığı

Ruhsal terimi insan yaşamının, duygusal olaylar dışında kalan deneyimlerini kapsar. Bu 'dinsel' ile aynı anlamı taşımaz. Ama pek çok kişinin yaşamının da ruhsal yönü dinsel ve manevi birleşenleri içerir. İnsan yaşamının ruhsal yönü, fiziksel, psikolojik sosyal ve manevi birleşenleri bir arada tutan bütünleştirici bir birleşke olarak görülebilir. Din, maneviyat, ruh sağlığı ve fiziksel sağlık ilişkisi günümüzde daha fazla

ele alınmaya başlanmıştır Erdine (20). Din, tarih boyunca insanlar üzerinde daima etkili olmuş ve olmaya da devam etmektedir Koenig et al. (87). Psikolojik iyilik hali genel anlamda bireyin mutluluk ve yaşam doyumunun daha yüksek düzeyde, ruhsal bozukluk belirtilerinin ise daha düşük düzeyde olmasını ifade etmektedir. Dinin bireyin psikolojik iyilik hali üzerinde belirleyici veya yararlı bir etkiye sahip olup olmadığı birçok araştırmacı tarafından tartışılan bir konudur.

4.7.1. Din ile ruhsal ve fiziksel sağlık arasındaki ilişki

Din insanların en azından belli koşulları veya olayları nasıl değerlendirdiklerini şekillendiren bir tutum süreci olarak ele alınmaktadır. Diğer bir deyişle din bireylerin acı ve kaderlerine farklı bir bakış açısıyla değerlendirmelerine yardım etmektedir. Din; acı verici ve stresli durumları, utandırıcı, tahrip edici, amaçsız ve anlamsız olaylar olarak görmek yerine anlamı ve amacı olan durumlar olarak yorumlamayı sağlamaktadır. Acı verici durumların yeniden yorumlanması, bu tür olayların daha dayanılabilir olmasına yardım edebilmektedir. Bir çok din, acı çekmenin beklenilebilecek bir şey olduğunu öğretir. Örneğin, düzgün dini değerlere sahip olan bireyler içerisinde buldukları kötü maddi durumları, dini değerlere sahip olmayan bireylere göre daha az tehdit edici olarak değerlendirebilirler. Sosyal bağlamda ise dindar kişiler dini olaylara daha sık katılırlar ve bu katılımlar onları diğerleri ile ilişki halinde tutar ve temel sosyal desteği sağlar. Din sosyal bağları güçlendirerek, sosyal desteğe ulaşmayı kolaylaştırarak, baş etme kaynaklarını artırarak ve riskli davranışları azaltarak sağlığa olumlu katkı da bulunmaktadır. Dindarlık ile psikolojik iyilik hali arasında gözlenen pozitif ilişkiyi açıklayan çeşitli mekanizmalar bulunmaktadır. Başlıca üç grupta toplayabileceğimiz bu mekanizmalar; dinin sosyal ilişkiler kurma, sosyal katılımı güçlendirme ve sosyal destek sağlama fonksiyonu, dini bir baş etme stratejisi olarak kullanılması, sağlık açısından faydalı olabilen uygulamalardır.

Din insanlara ortaya çıkan stresli durumlarla baş edebilmesi için, kişiye bir araç sağlayarak travmatik olayların ve stresin etkilerini hafifletebilmektedir. İnanca sahip olmak olumsuz yaşam olaylarının (ölümle sonuçlanan hastalıklar, yeti yitimi vb.) negatif etkilerini hafifletmeye yardım edebilen bir baş etme stratejisidir. Güçlü dini inançları olan bireyler stresli zamanlarında teselli bulmak ve rahatlama aramak için

tanrıya yönelebilmektedirler. Dindarlık veya tanrıya inanma bireylere anlam ve amaç duygusunu vermektedir.

Dini spirütüel baş etme aynı zamanda, bakım verenler ve bu bakımı alan kişiler arasındaki ilişkinin niteliği üzerindeki etkileri nedeni ile ruh sağlığıyla ilişkilidir. Dini ve spirütüel baş etmeyi kullanan bakım verenlerin, bu bakımı alan kişilerle daha iyi ilişkiler içerisinde olma olasılıkları daha yüksek düzeyde olmaktadır. Daha iyi ilişki içinde olan bakım veren ve alanların ruhsal sorunlar yaşama olasılıkları da daha düşük düzeyde olmaktadır. Durumlarına yönelik olumlu dini değerlendirme yapan, durumun tanrının planlarını bir parçası olduğuna inanan bakım verenler; durumlarını olumsuz şekilde değerlendiren tanrıdan gelen bir ceza, haksızlık, vb. olarak düşünen bakım verenlere göre daha az psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar Cirhinlioğlu (79), Pargament (84), Güler (88), Özdoğan (89).

Batman (90) tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğu zorluklarla başa çıkmak için dua ettiğini belirtirken, diğer kısmı ise insanların dine inanması gerektiğini, eğer inanmazlarsa sorunlarının üstesinden gelemeyeceklerini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada da katılımcıların hastalık sonrasında tanrıya daha fazla yakınlaştıklarını hissettikleri ve duaya yöneldikleri görülmüştür Çiftçi (91). Özdoğan'ın (92) çalışması da olumlu dini yaklaşımların, zor durumlarla başa çıkmada yardımcı olduğuna dair veriler sunmaktadır.

Günümüzde dinin bir tedavi aracı olduğunu, dengeyi ve bütünlüğü sağlayarak ruh sağlığına dolayısıyla da iyilik haline katkı sağladığı görüşü giderek yaygınlaşmaktadır Kısa (93). 1999 yılında dünyanın önde gelen psikonöroimmunolojistleri, teologlar ve doktorlar, Duke Üniversitesi'nde toplanıp bağışıklık sistemi üzerinde stresin etkilerini, din ve sağlık ilişkisi hakkında bilgileri paylaşmışlardır. Son zamanlarda yapılan yüzlerce farklı araştırmada dini bağlılık ile fiziksel sağlık arasındaki ilişkinin ortaya çıktığını gözlemlemişlerdir. Dini bağlılık ile bedensel sağlık arasındaki ilişki, din ile ruh sağlığı arasında da olabilir diye bu ilişkiyi araştırmayı amaçlamışlardır. İnsan sağlığında inanç faktörünü araştırmak dini bağlılığın daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır Koenig et al. (87).

Palyatif bakım kişinin tüm boyutlarıyla iyi olması ile ilgilendiğinden insanın ruhsal ve manevi yönleri tanınmalı ve saygı gösterilmelidir. Tüm palyatif bakım programlarında Birleşmiş Milletler'in "din ve inanca ilişkin tüm hoşgörüsüzlük ve ayrımcılığın ortadan kaldırılmasına ilişkin deklarasyonunda belirtilen temel, manevi ve dinsel değerleri çeşitlenmesine saygı duyulmalıdır" görüşü göz önünde bulundurularak, hizmet sunumları planmalıdır Erdine (20).



5. MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı “Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesidir”.

5.2. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, İstanbul'daki Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, palyatif bakım ünitesinde yapılmıştır.

5.4. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini, 1 Ekim 2015- 1 Mart 2016 tarihleri arasında, İstanbul'daki “Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi” palyatif bakım ünitesinde yatan 84 hastanın, 84 yakını oluşturmuştur.

5.5. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırmanın örneklemi, 1 Ekim 2015-1 Mart 2016 tarihleri arasında, İstanbul'daki “Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi” palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların, yanında refakatçi olarak kalan, hastanın bakımına katılan, iletişim problemi olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 76 hasta yakını oluşturmuştur.

5.6. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, hasta yakınlarının sosyo-demografik ve bazı davranış özelliklerine ilişkin soruları içeren bir anket formu (EK-1), Hastane Anksiyete

Depresyon Ölçeği (EK-2) ve Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (EK 3) ile hasta yakınlarıyla yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

5.6.1. Sosyo-demografik bilgi toplama formu

Araştırma kapsamına alınan palyatif bakım alan hastaların yakınlarının, sosyo-demografike bazı davranış özelliklerini belirlemek amacıyla literatür taranarak hazırlanmış 18 soruluk bir formdur (EK-1).

5.6.2. Hastane anksiyete depresyon ölçeği (HAD)

Zigmond ve Snaith (1983) tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. (94) tarafından yapılmıştır. Tanı koymak amaçlı değil anksiyete ve depresyonu kısa sürede tanılayıp risk grubunu belirlemek için kullanılır. Toplam 14 sorudan yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir. HADÖ’nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7 olarak saptanmıştır Aydemir ve ark. (94)

5.6.3. Dini başa çıkma tarzları ölçeği (DBTÖ)

Pargament et al. (17) tarafından geliştirilen Dini Başa çıkma Tarzları Ölçeği, farklı yaşam olayları ile başa çıkma, dini başa çıkma ve bir dizi psikolojik veriler arasındaki ilişkiyle bağlantılı olarak geliştirilmiştir. 34 madde olarak geliştirilen ölçek daha sonra 2 boyutlu (olumlu ve olumsuz) 14 maddelik (7 olumlu, 7 olumsuz) işlevsel bir Dini Başa çıkma Tarzları Ölçeği haline dönüştürülmüştür. Kısa olması nedeniyle rahatlıkla

bütün sosyal bilimler ve sağlık araştırmalarında kullanılmaktadır. Pargament ve arkadaşları bu ölçeği özellikle stres, başağıkma ve sağlık modellerine etkin, teorik temelli bir dini boyut katmak isteyenlere önermektedirler. Ölçek dörtlü Likert tipi bir ölçektir ve düşük puanlar o dini başağıkma tarzının az, yüksek puanlar ise fazla kullanıldığını göstermektedir Akt. Güner (95). Ölçeğin Türkiye koşullarına uyarlanması çalışması, Ekşi (96) tarafından yapılmıştır.

5.6.4. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 21 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ile bakılmıştır. Verilerin dağılımına uygun olarak ikili grup karşılaştırmalarında Paired Samples T test ve Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ise Anova ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Ölçekler arasında ilişkinin yönünü ve gücünü test etmek için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

5.6.5. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın bulgularının İstanbul ili için genellenememesi, yalnızca yapıldığı hastaneyi yansıması araştırmanın sınırlılığıdır. Hasta yakınlarının soruları yanıtlarken, duygusal anlar yaşamaları ve bu anlarda sorulara cevap vermede zorlanmaları, hasta yakınlarının bazı dini sorulara cevap vermek istememeleri çalışmanın uygulama aşamasında yaşanan zorluklardır. Bu araştırma sadece İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Palyatif Bakım ünitesinde yatan bu hastaların yakınlarını kapsadığından sonuçlar, Türkiye'deki bütün Palyatif Bakım ünitelerinde yatan hasta yakınlarına genellenemez.

5.6.6. Araştırmanın etik yönü

-Araştırmanın yapılacağı kurumdan uygulama izni alınmıştır.

-Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onayı alınmıştır.

-Katılımcılar çalışma konusunda bilgilendirilmiş ve sözlü onam alınarak katılımları sağlanmıştır.

-Görüşmeler katılımcıların kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortamda uygulanmıştır.

-Elde edilen veriler katılımcıların mahremiyetine saygı ve kişisel bilgilerin gizliliğine saygı duyularak yalnızca araştırmamızın bulgular olarak değerlendirilmiş ve gizli tutulmuştur.

6. BULGULAR

Tablo 6.1. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özellikleri (N=76)

Tanıtıcı özellik	Sayı	Yüzde
Yaş		
25-34 yaş	10	13.2
35-44 yaş	19	25.0
45-54 yaş	22	28.9
55-64 yaş	11	14.5
65 yaş ve üstü	14	18.4
Cinsiyet		
Kadın	52	68.4
Erkek	24	31.6
Medeni durum		
Evli	54	71.1
Bekar	17	22.4
Eşi ölmüş/Boşanmış	5	6.6
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	55	72.4
Hayır	21	27.6
Eğitim durumu		
Okuma yazma bilmiyor	3	3.9
İlköğretim	47	61.8
Lise	14	18.4
Ön lisans ve üstü	12	15.8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	21	27.6
Çalışmıyor	55	72.4
Ekonomik durumu		
Kötü	4	5.3
Orta	56	73.7
İyi	16	21.1
Sosyal güvence durumu		
Yok	20	26.3
Var	56	73.7
Kronik hastalık durumu		
Var	21	27.6
Yok	55	72.4
Var olan kronik hastalık (n=21)		
Diyabet	6	28.6
Hipertansiyon	11	52.4
Diğer	4	19.0
Toplam	76	100.0

Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özellikleri Tablo 6.1’de yer almaktadır. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının; %28.9’ unun 45-54 yaş arasında, %68.4’ünün kadın, %61.8’inin ilköğretim mezunu, %71.1’inin evli ve %72.4’ünün çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Tablo incelendiğinde, hastaların

yakınlarının %72.4' ünün çalışmadığı, %73.7'sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %26.3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir. Hastaların yakınlarının %27.6' sının kronik hastalığının olduğu ve kronik hastalığı olan hasta yakınlarında çoğunlukla (%52.4) hipertansiyon bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 6.1. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özellikleri (N=76) (Devam)

Tanıtıcı özellik	Sayı	Yüzde
Hastaya Yakınlık derecesi		
Anne	5	6.6
Eş	17	22.4
Kızı	24	31.6
Oğlu	18	23.7
Diğer	12	15.8
Hasta ile birlikte yaşama durumu		
Hayır	34	44.7
Evet	42	55.3
Günlük hasta bakımı için ayrılan süre		
1-6 saat	17	22.4
7-12 saat	20	26.3
13 saat ve üzeri	39	51.3
Hasta bakım verme süresi		
Bir yıldan az	42	55.3
1-2 yıl	6	7.9
2-3 yıl	6	7.9
3-4 yıl	6	7.9
5 yıl ve üzeri	16	21.1
Bakım vermeyi dini yükümlülük olarak görme durumu		
Evet	69	90.8
Hayır	7	9.2
Bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünme durumu		
Evet	51	67.1
Hayır	25	32.9
Hastaya bakım verirken en çok yaşadığı güçlük		
Uykusuzluk	3	3.9
Hastanın acı çekmesi	12	15.8
Bakım yapmak	53	69.7
Kendine vakit ayıramamak	4	5.3
Güçlü görünmeye çalışmak	4	5.3
Yaşadığı sıkıntılarla baş etme durumu		
Sabır etme	35	46.1
Manevi destek hizmeti alma	12	15.8
Dua etme-ibadet yapma	10	13.2
Psikiyatrik destek ve tedavi alma	3	3.9
Hastanın bakımında destek alma	16	21.1
Psikososyal desteğe ihtiyaç hissetme durumu		

Evet	32	42.1
Hayır	44	57.9
Toplam	76	100.0

Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; palyatif bakım alan hastaların yakınlarının %55.3' ünün hasta ile birlikte yaşadığı, %31.6'sının hastanın "kızı" olduğu, %51.3'ünün hasta bakımı için günlük 13 saat ve üzerinde zaman ayırdığı, %21.1'inin 5 yıl ve üzeri bakım verdiği, %90.8'inin bakım vermeyi dini bir yükümlülük olarak gördüğü ve %67.1'inin bakım verme esnasında dine daha yakın olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Hastaların yakınlarının %69.7' sinin bakım yaparken güçlük yaşadığı, %21.1'inin hasta bakımında destek aldığı ve %42.1'inin psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunu hissettiği bulunmuştur.

Tablo 6. 2. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre anksiyete puan ortalamaları (N=76)

Tanıtıcı özellik	N	Mean±SD	Test*
Yaş			
25-34 yaş	10	10.00±4.16	F=0.534 p=0.711
35-44 yaş	19	10.21±4.34	
45-54 yaş	22	11.13±4.21	
55-64 yaş	11	10.63±3.77	
65 yaş ve üstü	14	12.14±5.12	
Cinsiyet			
Kadın	52	11.92±4.30	t= 3.348 p= 0.001
Erkek	24	8.58±3.39	
Medeni durum			
Evli	54	11.79±4.08	t=3.106 p=0.003
Bekar/Eşi ölmüş/Boşanmış	22	8.59±4.07	
Çocuk sahibi olma durumu			
Hayır	21	9.14±4.13	t=-2.212 p=0.030
Evet	55	11.52±4.22	
Eğitim durumu			
İlköğretim ve altı	50	11.90±4.41	KW=6.262 p=0.040
Lise	14	9.57±2.90	
Ön lisans ve üstü	12	8.08±3.80	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	21	9.80±4.40	t=-1.330 p=0.187
Çalışmıyor	55	11.27±4.24	
Ekonomik durumu			
Kötü-Orta	60	11.16±4.34	t=1.171 p=0.245
İyi	16	9.75±4.09	
Kronik hastalık durumu			
Var	21	12.85±4.61	t=2.578 p=0.012
Yok	55	10.10±3.97	
Yakınlık derecesi			
Anne	5	14.00±5.61	F=4.809

Eş	17	12.76±4.42	p=0.002
Kızı	24	11.79±3.85	
Oğlu	18	8.77±3.52	
Diğer	12	8.16±3.06	
Hasta ile birlikte yaşama durumu			
Hayır	34	10.47±3.70	t=-0.722
Evet	42	11.19±4.76	p=0.473
Hasta bakımı için ayrılan süre			
1-6 saat/gün	17	10.23±5.47	F=2.412 p=0.097
7-12 saat/gün	20	9.45±3.83	
13 saat ve üzeri/gün	39	11.87±3.79	
Hasta bakım verme süresi			
Bir yıldan az	42	10.16±4.47	F=0.858 p=0.493
1-4 yıl	18	11.11±3.56	
5 yıl ve üzeri	16	12.43±4.44	
Bakım vermeyi dini yükümlülük olarak görme durumu			
Evet	69	11.18±4.20	t=2.077 p=0.041
Hayır	7	7.71±4.34	
Bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünme durumu			
Evet	51	11.72±4.34	t=2.567 p=0.012
Hayır	25	9.12±3.73	
Psikososyal desteğe ihtiyaç hissetme durumu			
Evet	32	12.65±4.11	t=3.279 p=0.002
Hayır	44	9.56±4.00	

* Paired Samples t, ANOVA ve Kruskal-Wallis H testleri uygulanmıştır.

Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre anksiyete puan ortalamaları Tablo 6.2’de görülmektedir. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının; yaş, çalışma durumu, ekonomik durum, hasta ile birlikte yaşama, hasta bakımı için günlük ayrılan süre ve hastaya bakım verme süresi değişkenlerinin anksiyete ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde; kadın, evli, çocuk sahibi, eğitim durumu ilköğretim ve alt düzeyde, kronik hastalığa sahip ve yakınlık derecesi “anne” olan hastaların yakınlarının anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.003$, $p=0.030$, $p=0.040$, $p=0.012$, $p=0.002$). Ayrıca bakım vermeyi dini yükümlülük olarak gören, bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünen ve psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu hisseden hastaların yakınlarının da anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $p=0.041$, $p=0.012$, $p=0.002$).

Tablo 6. 3. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları (N=76)

Tanıtıcı özellik	N	Mean±SD	Test*
Yaş			
25-34 yaş	10	9.30±2.86	F=0.568 p=0.686
35-44 yaş	19	8.68±3.66	
45-54 yaş	22	9.59±3.50	
55-64 yaş	11	8.81±3.86	
65 yaş ve üstü	14	10.50±4.41	
Cinsiyet			
Kadın	52	9.88±3.66	t=1.786
Erkek	24	8.29±3.50	p=0.078
Medeni durum			
Evli	54	9.75±3.78	t=1.417
Bekar/Eşi ölmüş/Boşanmış	22	8.45±3.24	p=0.161
Çocuk sahibi olma durumu			
Hayır	21	8.52±3.26	t=-1.265
Evet	55	9.70±3.78	p=0.210
Eğitim durumu			
İlköğretim ve altı	50	10.14±3.43	F=3.879 p=0.025
Lise	14	8.57±3.69	
Ön lisans ve üstü	12	7.16±3.76	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	21	8.80±4.09	t=-0.839
Çalışmıyor	55	9.60±3.50	p=0.404
Ekonomik durumu			
Kötü-Orta	60	9.56±3.60	t=0.851
İyi	16	8.68±3.91	p=0.398
Kronik hastalık durumu			
Var	21	10.47±4.23	t=1.626
Yok	55	8.96±3.37	p=0.108
Yakınlık derecesi			
Anne	5	8.80±5.26	F=2.844 p=0.030
Eş	17	10.94±4.39	
Kızı	24	9.91±2.85	
Oğlu	18	9.16±3.43	
Diğer	12	6.66±2.34	
Hasta ile birlikte yaşama durumu			
Hayır	34	8.73±2.75	t=-1.391
Evet	42	9.90±4.22	p=0.168
Hasta bakımı için ayrılan süre			
1-6 saat/gün	17	9.11±4.04	F=2.200 p=0.118
7-12 saat/gün	20	8.10±3.46	
13 saat ve üzeri/gün	39	10.15±3.48	
Hasta bakım verme süresi			
Bir yıldan az	42	9.00±3.58	F=0.373 p=0.827
1-4 yıl	18	9.50±4.00	
5 yıl ve üzeri	16	10.25±3.56	
Bakım vermeyi dini yükümlülük olarak görme durumu			

Evet	69	9.66±3.62	t=2.181 p=0.032
Hayır	7	6.57±2.93	
Bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünme durumu			
Evet	51	10.00±3.64	t=2.151 p=0.035
Hayır	25	8.12±3.43	
Psikososyal desteğe ihtiyaç hissetme durumu			
Evet	32	10.87±3.94	t=3.211 p=0.002
Hayır	44	8.29±3.06	

* Paired Samples t ve ANOVA testleri uygulanmıştır.

Tablo 6.3’de palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları verilmiştir. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, kronik hastalık varlığı, hasta ile birlikte yaşama, hasta bakımı için günlük ayrılan süre ve hastaya bakım verme süresi değişkenlerinin depresyon puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte, hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim durumu ilköğretim ve alt düzeyde olan, bakım vermeyi dini yükümlülük olarak gören, bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünen ve psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu hisseden hastaların yakınlarının depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $p=0.025$, $p=0.032$, $p=0.035$, $p=0.002$). Ayrıca hastaya yakınlık derecesi “diğer” olan gruptaki hastaların yakınlarının depresyon puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.030$).

Tablo 6.4. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre olumlu dini baş etme ölçeği puan ortalamaları (N=76)

Tanıtıcı özellik	N	Mean±SD	Test*
Yaş			
25-34 yaş	10	23.40±4.59	KW=13.516 p=0.009
35-44 yaş	19	23.89±4.60	
45-54 yaş	22	26.31±2.58	
55-64 yaş	11	25.27±4.90	
65 yaş ve üstü	14	27.07±1.32	
Cinsiyet			
Kadın	52	25.73±3.27	U=507.000 p=0.176
Erkek	24	24.41±4.84	
Medeni durum			
Evli	54	25.77±3.35	U=419.000 p=0.038
Bekar/Eşi ölmüş/Boşanmış	22	24.18±4.77	
Çocuk sahibi olma durumu			
Hayır	21	23.47±5.09	U=364.500 p=0.010
Evet	55	26.01±3.03	
Eğitim durumu			
İlköğretim ve altı	50	26.48±2.31	KW=19.302 p=0.000
Lise	14	25.50±2.06	
Ön lisans ve üstü	12	20.25±6.19	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	21	24.14±5.02	U=433.500 p=0.083
Çalışmıyor	55	25.76±3.25	
Ekonomik durumu			
Kötü-Orta	60	25.58±3.25	U=435.000 p=0.553
İyi	16	24.31±5.59	
Kronik hastalık durumu			
Var	21	26.47±3.54	U=371.500 p=0.013
Yok	55	24.87±3.91	
Yakınlık derecesi			
Anne	5	26.20±3.03	KW=3.960 p=0.411
Eş	17	25.82±4.26	
Kızı	24	25.70±2.72	
Oğlu	18	25.38±3.20	
Diğer	12	23.33±5.91	
Hasta ile birlikte yaşama durumu			
Hayır	34	25.26±4.12	U=708.000 p=0.948
Evet	42	25.3±3.67	
Günlük hasta bakımı için ayrılan süre			
1-6 saat	17	25.58±4.75	KW=0.680 p=0.712
7-12 saat	20	25.45±2.94	
13 saat ve üzeri	39	25.12±3.92	
Hasta bakım verme süresi			
Bir yıldan az	42	25.61±2.60	KW=0.477 p=0.778
1-4 yıl	18	24.94±5.48	
5 yıl ve üzeri	16	24.93±4.61	
Bakım vermeyi dini yükümlülük olarak görme durumu			

Evet	69	25.86±2.94	U=75.500 p=0.002
Hayır	7	19.85±7.05	
Bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünme durumu			
Evet	51	26.29±2.193	U=446.000 p=0.028
Hayır	25	23.32±5.50	
Psikososyal desteğe ihtiyaç hissetme durumu			
Evet	32	25.34±3.95	U=670.000 p=0.711
Hayır	44	25.29±3.83	

* Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis Test uygulanmıştır.

Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre olumlu dini baş etme ölçeği puan ortalamaları Tablo 6.4'de yer almaktadır. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının cinsiyet, çalışma durumu, ekonomik durum, hastaya yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşama, hasta bakımı için günlük ayrılan süre, hastaya bakım verme süresi ve psikososyal desteğe ihtiyaç hissetme durumu değişkenlerinin olumlu dini baş etme ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre olumlu dini baş etme ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 65 yaş ve üstü, evli, çocuk sahibi olan, eğitim durumu ilköğretim ve altı olan, kronik hastalığı olan, bakım vermeyi dini yükümlülük olarak gören ve bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünen hasta yakınlarının olumlu dini baş etme ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $p=0.009$, $p=0.038$, $p=0.010$, $p=0.000$, $p=0.013$, $p=0.002$, $p=0.028$).

Tablo 6.5. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre olumsuz dini baş etme ölçeği puan ortalamaları (N=76)

Tanıtıcı özellik	N	Mean±SD	Test*
Yaş			
25-34 yaş	10	8.50±2.01	KW=4.752 p=0.314
35-44 yaş	19	10.63±3.51	
45-54 yaş	22	10.63±4.10	
55-64 yaş	11	11.54±3.53	
65 yaş ve üstü	14	9.78±2.22	
Cinsiyet			
Kadın	52	10.85±3.69	U=461.000 p=0.063
Erkek	24	9.12±2.21	
Medeni durum			
Evli	54	10.29±3.28	U=581.500 p=0.884
Bekar/Eşi ölmüş/Boşanmış	22	10.40±3.68	
Çocuk sahibi olma durumu			
Hayır	21	9.66±3.78	U=441.500 p=0.107
Evet	55	10.58±3.21	
Eğitim durumu			
İlköğretim ve altı	50	10.66±3.44	KW=3.954 p=0.138
Lise	14	10.71±3.83	
Ön lisans ve üstü	12	8.50±1.88	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	21	9.38±2.37	U=470.500 p=0.205
Çalışmıyor	55	10.69±3.65	
Ekonomik durumu			
Kötü-Orta	60	10.63±3.53	U=369.000 p=0.150
İyi	16	9.18±2.53	
Kronik hastalık durumu			
Var	21	10.95±3.51	U=492.000 p=0.312
Yok	55	10.09±3.33	
Yakınlık derecesi			
Anne	5	8.80±2.48	KW=6.583 p=0.160
Eş	17	11.23±3.83	
Kızı	24	11.00±3.68	
Oğlu	18	8.77±2.04	
Diğer	12	10.66±3.49	
Hasta ile birlikte yaşama durumu			
Hayır	34	10.05±3.19	U=658.000 p=0.551
Evet	42	10.54±3.55	
Günlük hasta bakımı için ayrılan süre			
1-6 saat	17	11.00±4.21	KW=0.166 p=0.920
7-12 saat	20	10.20±3.27	
13 saat ve üzeri	39	10.10±3.08	
Hasta bakım verme süresi			
Bir yıldan az	42	10.11±3.46	KW=1.531 p=0.465
1-4 yıl	18	10.05±3.05	
5 yıl ve üzeri	16	11.18±3.58	
Bakım vermeyi dini yükümlülük olarak görme durumu			

Evet	69	10.42±3.44	U=206.500 p=0.522
Hayır	7	9.42±2.69	
Bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünme durumu			
Evet	51	10.76±3.69	U=516.500 p=0.173
Hayır	25	9.44±2.46	
Psikososyal desteğe ihtiyaç hissetme durumu			
Evet	32	10.65±2.95	U=580.500 p=0.186
Hayır	44	10.09±3.67	

* Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis Test uygulanmıştır.

Tablo 6.5’de palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre olumsuz dini baş etme ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, kronik hastalık varlığı, hastaya yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşama, hasta bakımı için günlük ayrılan süre, hastaya bakım verme süresi, bakım vermeyi dini yükümlülük olarak görme, bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünme ve psikososyal desteğe ihtiyaç hissetme durumu değişkenlerinin olumsuz dini baş etme ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.6. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının anksiyete, depresyon, olumlu-olumsuz dini baş etme ölçeği puan ortalamaları (N=76)

Ölçekler	Mean±SD	Min-Max
Anksiyete	10.86±4.30	3-20
Depresyon	9.38±3.66	2-18
Olumlu dini baş etme	25.31±3.85	8-28
Olumsuz dini baş etme	10.32±3.38	7-21

Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının anksiyete, depresyon, olumlu ve olumsuz dini baş etme ölçeği puan ortalamaları Tablo 6.6’da verilmiştir. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının anksiyete ölçeği toplam puan ortalamalarının 10.86±4.30, depresyon ölçeği toplam puan ortalamalarının 9.38±3.66, olumlu dini baş etme ölçeği toplam puan ortalamalarının 25.31±3.85 ve olumsuz dini baş etme ölçeği toplam puan ortalamalarının 10.32±3.38 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.7. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının anksiyete, depresyon, olumlu ve olumsuz dini baş etme ölçeklerinden aldıkları puanların korelasyonu

Ölçekler	Anksiyete	Depresyon	Olumlu Dini Baş Etme
Anksiyete	-	r=0,664** p=0,000	r=0.265* p=0.021
Depresyon	r=0,664** p=0,000	-	r=0.177 p=0.125
Olumlu Dini Baş Etme	r=0,265* p=0,021	r=0,177 p=0,125	-
Olumsuz Dini Baş Etme	r=0,030 p=0,799	r=-0,086 p=0,462	r=0,135 p=0,245

*Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 6.7’de palyatif bakım alan hastaların yakınlarının anksiyete, depresyon, olumlu ve olumsuz dini baş etme ölçeklerinden aldıkları puanların korelasyonu yer almaktadır. Anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.001$). Anksiyete ve olumlu dini baş etme zayıf pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır ($p = 0.021$). Olumsuz dini baş etme ölçeği ile anksiyete, depresyon, olumlu dini baş etme ölçekleri ve olumlu dini baş etme ölçeği ile depresyon ölçeği arasında ilişki olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

7.TARTIŞMA

Bakım verici, hastayı destekleyen ve genellikle en çok bakımı sağlayan anahtar kişidir. Özellikle ailede palyatif bakım gerektiren hastalığı olan bir bireyin olması günlük işleri ve rutinleri farklılaştırmakta, hastanın bakımını üstlenen kişinin sorumluluklarını arttırmakta ve aile içindeki rollerini değiştirmektedir. Hastanın palyatif bakıma ihtiyaç duyacak aşamaya gelmesi bakım veren aile bireyleri için önemli bir stres kaynağıdır. Hasta yakınları hastasının durumuna bağlı olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkilenebilmektedir. Bu amaçla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda tartışılmıştır.

Çalışmada hasta yakınlarının %68.4'ünün kadın, %32.6'sının erkek olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde, Tel ve Pinar'ın (97) çalışmasında hasta yakınlarının %93.6'sı kadın, Mollaoğlu ve ark. (98) ise çalışmasında hasta yakınlarının %68.5'sinin kadın olduğunu belirlemiştir. Tuna ve Olgun (99) çalışmasında ise hasta yakınlarının %67.27'sinin kadın olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde kültürel değerlerimizin bir yansıması olarak aile içinde genellikle kadınlar bakım verici rolü üstlendiğinden, çalışma sonucumuzda hasta yakınlarının çoğunun kadın olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada hastaların yakınlarının; çoğunun 45-54 yaş arasında olduğu görülmüştür. Duman ve ark. (100) çalışmasında hasta yakınlarının yaş ortalaması 54 bulunmuştur. Koyuncu ve ark.(101) çalışmasında hasta yakınlarının çoğunun 31-50 yaş grubunda, Taylan ve Baydoğan (102) çalışmasında ise hasta yakınlarının %53,9'u 30-59 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde aile içerisinde hastalara bakım verme sorumluluğunu bu konuda deneyimli olan aynı zamanda ev hanımı gibi aktif bir iş yaşamı olmayan kadın yakınları veya emekli olmuş yakınları üstlendiğinden hasta yakınlarının yaş grubu bu durumlarla uyumlu görünmektedir

Çalışmada hasta yakınlarının %61.8' inin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak, Özkan ve Yılmaz (103) çalışmasında hasta yakınlarının %52.4' ünün ilkokul mezunu iken, Şahin ve ark. (104) çalışmasında %76'sının ilkokul mezunu, Duman ve ark. (100) çalışmasında ise %61.1' inin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. TNSA 2013 verilerine göre; Türkiye

nüfusunun 45-49 yaş aralığındaki kadın (%51.3) ve erkeklerin (%50.6) çoğunluğunun eğitim durumunun ilkokul olduğu, bu sonucun 50 yaş ve üstündeki kadın ve erkeklerde de aynı şekilde olduğu saptanmıştır TNSA (105). Çalışmamızda 44-64 yaş aralığındaki bireyler çoğunlukta olduğundan, çoğunluğunun eğitim durumunun ilkokul olması, ülkemizdeki eğitim durumuyla ilgili istatistiklerle uyumludur.

Çalışmada hasta yakınlarının %71.1'inin evli ve %72.4'ünün çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Karadakovan ve Aslan (106) çalışmasında hasta yakınlarının %86,7'sinin evli ve %85,3'ü çocuk sahibi olduğu; Akyar ve Akdemir (107) hasta yakınlarının %72'sinin evli, %72'sinin 1-2 çocuk sahibi olduğu Gürol ve Capık (108) çalışmasında hasta yakınlarının %42'si evli ve %45'i çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Hasta yakınlarının büyük çoğunluğu orta yaş ve ileri yaştaki hasta yakınlarından oluştuğu için, TNSA (105) verileriyle de uyumlu olarak bu yaş grubundaki kişilerin büyük çoğunluğunun evli ve çocuk sahibi olması, ülkemizde yaygın olarak görülen bir durumdur.

Çalışmada hasta yakınlarının %72.4'nün çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Duman ve ark. (100) çalışmasında hasta yakınlarının %61.1'inin aktif olarak bir işte çalışmadığı, Tuna ve Olgun (99) çalışmasında hasta yakınlarının %71.82'sinin çalışmadığı, Gülseren ve ark. (66) çalışmasında ise hasta yakınlarının %68.1 çalışmadığı saptanmıştır. Çalışmamız palyatif dönem de olan hastaların yakınlarını kapsadığından palyatif dönemdeki hastanın bakım yükü ve bakım için harcanan yoğun zaman göz önüne alındığında hastanın bakımını yürüten yakınlarının çalışmıyor olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada hasta yakınların %73.7' sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Taylan ve Baydoğan (102) çalışmasında hasta yakınlarının %40,7'sinin orta gelire sahip, Tuncay ve Uçar (109) çalışmasında %57,1'inin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Larsen (55) çalışmasında hasta yakınlarının büyük çoğunluğu, ekonomik güçlükler yaşadıklarını, Akyar ve Akdemir (107) çalışmasında ise hasta yakınlarının büyük çoğunluğu ekonomik durumunu “iyi geçiniyoruz” olarak ifade ettiği belirlenmiştir. Ülkemiz kişi başına düşen milli gelire göre, dünyada orta gelirli ülkeler arasında yer almaktadır. Çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun orta gelir düzeyinde olması da bunun göstergesidir. Erişim Tarihi 06.06.2016 (110)

Çalışmada hastaların yakınlarının %27.6' sının kronik hastalığının olduğu ve kronik hastalığı olan hasta yakınlarında çoğunlukla (%52.4) hipertansiyon bulunduğu saptanmıştır. Karadakovan ve Aslan (106) hasta yakınlarının %52'sinin sağlık sorununun olduğunu sağlık sorunu olan hasta yakınlarının % 71,8'i kronik bir hastalığa sahip olduğunu bildirmiştir. Tel ve Pınar (97) çalışmasında hasta yakınlarının %63.8' inin sağlık sorunu olduğunu bildirmiştir. Akyar ve Akdemir (107) çalışmasında ise bakım vericilerin %66'sının tanı konulmuş bir hastalığı olduğu, tanı konulmuş hastalığı olan bakım vericilerin ise %75.6' sının depresyon, %30.3'ünün hipertansiyon hastası olduğu belirlenmiştir. Palyatif dönemdeki bireylere bakım vermek ve bu bireylerin çoğunlukla pek çok ihtiyacının karşılanmasında bağımlı olması bakım vericilerde daha fazla zorlanmaya neden olabilmekte, bakım vericilerde fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına yol açabilmektedir.

Çalışmada hastaların yakınlarının %55.3' ünün hasta ile birlikte yaşadığı, %31.6'sının hastanın "kızı" olduğu saptanmıştır Koyuncu ve ark. (101) çalışmasında hasta yakınlarının %55.6' sının hastanın oğlu ya da kızı olduğu Akyar ve Akdemir (107) çalışmasında bakım vericilerin %78.6' sının hastanın kızı olduğu, Tel ve Pınar (97) çalışmasında bakım vericilerin %39.2' sinin hastanın çocuğu olduğu ve bunların %78.3'ünün kızı olduğu, Küçükgüçlü ve ark. (18) çalışmasında hasta yakınlarının %48.7'sinin hastanın kızı olduğu ve bu hasta yakınlarının %63,9'nun ise bakımından sorumlu oldukları hasta ile birlikte yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışma sonucumuza paralel olarak, literatürde hastanın gereksimlerinin karşılanmasında bakım verenlerin çoğunlukla hastanın kızı olduğu görülmektedir. TÜİK (2006) Türk aile yapısı araştırmasında, hane halkları içinde bakım verenlerin çoğunun, hastanın kızı olduğu belirtilmektedir TÜİK (111). Bu sonuç toplumumuzda da kadından beklenen eş-anne-bakım verici rollerinin benimsendiği ve bakım verici durumunda primer düzeyde olduklarını göstermektedir.

Çalışmada hasta yakınlarının %51.3' ünün hasta bakımı için günlük 13 saat ve üzerinde zaman ayırdığı, çoğunluğunun 5 yıl ve üzeri süredir hastasına bakım verdiği saptanmıştır. Akyar ve Akdemir'in (107) çalışmasında, bakım verenlerin çoğunun hasta bakımı için, ortalama 15.4 saat ayırdığını ve bu hasta yakınlarının, Cirhinlioğlu (79) çalışmasında, hasta yakınlarının çoğunluğunun 5 yıldan fazla süredir bakım

verdiği belirlenmiştir. Özellikle son elli yıldan beri bilim ve tıptaki gelişmeler sonucu, doğuştan beklenen yaşam süresi belirgin şekilde uzamıştır ancak pek çok hastalık kronik hastalık haline gelmiş ve hastalıkların sağ kalım süreleri de bu gelişmelere paralel olarak artmıştır. Bu sonuç hastaların daha uzun süre bakım alma, yakınlarının da daha uzun süre bakım vermesine yol açmıştır.

Çalışmada hasta yakınlarının %90.8' inin bakım vermeyi dini bir yükümlülük olarak gördüğü ve %67.1'inin ise bakım verme esnasında dine daha fazla yakınlaştığını düşündüğü belirlenmiştir. Bakım verme sürecinin getirdiği çoklu sıkıntılar kadar, yoğun sıkıntılar yaşayan hastasının zor süreçlerine tanık olmak, hasta yakınlarını olumsuz etkilemekte ve baş etmelerini zorlamaktadır. Pek çok hasta yakını tanrı'ya sığınma, ondan destek alma, dini bir takım uygulamaları yerine getirme gibi manevi baş etmeler kullanarak, yaşadığı zorluklara dayanmaya ve zorluklarla baş etmeye çalışmaktadır. Hasta yakınları, bu şekilde zorluklarla mücadele azmini arttırmakta, olumsuz duygularını ve onların yarattığı olumsuz etkileri azaltmakta, iç huzurunu sağlamaktadır.

Çalışmada hastaların yakınlarının %69.7' sinin bakım yaparken güçlük yaşadığı saptanmıştır. Karadakovan ve Aslan (106) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %70' inin bakım sorunu yaşadığı, Tel ve Pınar (97) çalışmasında ise hasta yakınlarının %19.2'si ise hastanın hijyenik gereksinimlerini karşılamada zorlandıklarını bildirmektedirler. Feldman ve ark. (112) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %36'sının bakım vermede yetersiz kaldıkları belirlenmiştir. Uzun süreli bakım verme hasta yakınlarında pek çok zorlanmaya, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına yol açtığı, yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Çalışma sonucumuz literatürle uyumludur.

Çalışmada hastaların yakınlarının %46.1'i yaşadıkları sıkıntılarla baş etmede "sabır etme"yi kullandığını, %42.1'i psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. Altun (53)'un çalışmasında bakım verenlerin %74.2'sinin bir uzman yardımına gereksinim duydukları, Akyar ve Akdemir (107) çalışmasında bakım verenlerin %34.4'ünün psikolojik destek aldığı belirtilmiştir. Yıldırım ve ark. (113) çalışmasında hasta yakınlarının %50'sinin karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkmak için arkadaş ve akraba desteğini aldığı bulunmuştur. Sherman ve ark. (114) yaptıkları

araştırmalarında, hastaların eşlerinin %64'ünün durumlarıyla başa çıkabilmek amacıyla bireysel terapi gördüğünü ve eşlerin %78'inin terapisinin mutlaka gerekli olduğunu düşündüğünü belirlemişlerdir. Bakım verme süresi arttıkça, hasta yakınlarının yaşamı pek çok açıdan olumsuz etkilenmekte, yoğun stres ve baskı duyguları altında baş etme güçlükleri yaşayabilmektedirler. Bunların sonucu olarak da depresyon, anksiyete, tükenmişlik gibi ruhsal sorunlar bakım vericilerde yaygın olarak ortaya çıkmaktadır Gülseren ve ark. (66). Bu nedenlerle bakım vericilere ruhsal destek ve yardım sağlamasının önemi giderek artmaktadır.

Çalışmamızda palyatif bakım alan hastaların yakınlarının; yaş, çalışma durumu, ekonomik durum, hasta ile birlikte yaşama, hasta bakımı için günlük ayrılan süre ve hastaya bakım verme süresi değişkenlerinin anksiyete ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Ancak kadın, evli, ocuk sahibi, eğitim durumu ilköğretim ve alt düzeyde, kronik hastalığa sahip ve yakınlık derecesi “anne” olan hastaların yakınlarının anksiyete ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.003$, $p=0.030$, $p=0.040$, $p=0.012$, $p=0.002$). Pürüsoy ve ark. (115) alışmasında kadın bakım vericilerin, okur-yazar olmayanların, eşlik eden bir hastalığı olan bakım vericilerin depresyon riskinin daha fazla olduğunu saptamıştır. Sarıtaş ve Büyükbayram (116) alışmasında bakım veren kadınların anksiyete puan ortalamasının erkeklerden yüksek olduğunu, bakım verme süresi, medeni durum, eğitim durumu ile anksiyete ise arasında ilişki olmadığını belirlemişlerdir. Bostancı ve ark. (117) alışmasında da bakım verici kadın olduğunu saptamışlardır. Sloper (118), yaptığı çalışma da hastaların annelerinin distres düzeyinin babalarinkinden daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Aydın ve ark. (119), günlük bakım verme süresiyle aile üyelerinin anksiyete-depresyon belirti şiddetinin ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Macneil ve ark. (120) bakım saati arttıkça anksiyete ve depresyonun arttığını, eğitim düzeyi yükseldikçe azaldığını belirlemiştir. Tuna ve Olgun (99) alışmasında, hasta yakınlarının sağlığının olumsuz etkilendiğini (%51.82) ve %57.0' si fiziksel veya psikolojik sağlık sorunları yaşadığını ifade etmiştir.

Çalışmamızda kadınların ve annelerin anksiyete puanı yüksek bulunmuştur. Toplum genelinde anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda

görülmektedir. Geleneksel olarak toplumumuzda hemen hemen tüm bakım sorumluluğunu kadınlar genellikle de anneler üstlenmektedir. Erkek işi nedeniyle hasta yanından daha sık sürelerle ayrılmakta, dolayısıyla sorunlardan bir süre uzaklaşabilmekte ve kadın ise bakım verici rolünün yanında diğer sorumluluklarını da sürdürmesi nedeniyle çok fazla rol yüklemesine maruz kalarak olumsuz etkilenmektedir. Özellikle evli ve çocuk sahibi kadınlar, bakım verici rolüyle birlikte daha fazla rol yüklenmesi yaşayabilmekte, anksiyete gibi duyguları daha yoğun deneyimlemektedirler.

Çalışmamızda hasta yakınlarının çoğunluğunun ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olması, aynı zamanda çoğunun çalışmıyor olmaları nedeniyle hastayla sürekli birlikte olmaları hasta yakınlarında anksiyete artışına neden olmuş olabilir. Günümüzde pek çok bakım vericinin çoğu hastasına uzun dönem bakımı sağlamak için gerekli bilgi ve beceriye sahip değildir; bakım verici rolünü nasıl gerçekleştirecekleri konusunda yoğun kaygı yaşayabilirler; özellikle eğitim düzeyi düşük bakım vericilerin bilgi kaynaklarına ulaşmada zorluk yaşama ve stresle etkili baş edememe gibi faktörler nedeniyle olumsuz etkilenebilmektedirler. Eğitim düzeyi yüksek olan bakım vericilerin yaşadıkları stres ve kaygı ile mücadele etme yöntemlerini daha iyi bilmekte ve uygulayabilmektedirler.

Çalışmamızda kronik hastalığı olan hasta yakınlarının anksiyetesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Hasta yakınları, sevdikleri bireyin yaşadığı ruhsal ve bedensel değişikliklere, acılarına şahit olmanın verdiği üzüntünün yanında, hastaya bakmanın getirdiği zorluklara da maruz kalmakta, bu nedenle ruhsal ve bedensel açıdan olumsuz etkilenmekte, mevcut sağlık problemlerinde artış veya yeni sağlık sorunları oluşabilmektedir. Anksiyete bu süreçte sık deneyimlenen bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda bakım vermeyi dini yükümlülük olarak gören, bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünen ve psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu hisseden hastaların yakınlarının da anksiyete ve depresyon ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (sırasıyla; $p=0.041$, $p=0.012$, $p=0.002$) Bakım verici rolü oldukça zorlayıcı ve kişiye pek çok olumsuz duyguyu bir arada yaşatan bir roldür. Kişiler zorlandıkları durumlarda, olumsuz duygularını azaltmak için desteğe ihtiyaç

duymakta, dini baş etme yöntemleri de kullanabilmektedirler. Meisenhelder (121), insanların kendi kontrolü dışındaki felaketlerde, hastalık, ölüm gibi zorlanmalı durumlarda tanrıyı bir sevgi, destek, güç ve yol gösterici olarak gördüklerini, daha büyük bir güç arayışına yöneldiklerini belirtmiştir. Bireylerin yaşadıkları sorunun büyüklüğü ve sayısı ile dini başa çıkma etkinliklerini kullanma sıklığı arasında paralellik olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmada palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, kronik hastalık varlığı, hasta ile birlikte yaşama, hasta bakımı için günlük ayrılan süre ve hastaya bakım verme süresi değişkenlerinin depresyon ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte, hastaların yakınlarının eğitim durumu ilköğretim ve alt düzeyde olan, hastaya yakınlık derecesi hastanın eşi olan, bakım vermeyi dini yükümlülük olarak gören, bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünen ve psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu hisseden hastaların yakınlarının depresyon ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $p=0.025$, $p=0.032$, $p=0.035$, $p=0.002$).

Çelik ve ark. (122) çalışmasında hasta yakınlarının cinsiyeti, mesleği, eğitimi ve medeni durumu ile depresyon arasında ilişki bulamamıştır. Tel ve Pınar (97) Bakım vericilerde tükenmişlik ile depresyon arasında anlamlı ilişki olduğunu, ancak medeni durum, meslek, yaşadığı yere göre tükenmişlik ve depresyon puanı arasında anlamlı ilişki olmadığını belirlemişlerdir. Çivi ve ark. (122) hasta yakınlarının depresyon durumunun yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, hastaya yakınlık derecesinden etkilenmediğini, ancak ilkokul mezunlarında depresyonun daha fazla görüldüğünü saptamıştır. Sönmez ve ark. (123) düşük sosyoekonomik seviyeli hasta yakınlarının depresyon ortalamasının yüksek olduğunu saptamışlardır. Bedard et al. (124) uzun süreli bakım gerektiren durumlarda bakım verenlerin %40-70 arasında değişen oranlarda depresif belirtiler gösterdiği ve %50'sinin depresyon tanısı aldığını bildirmiştir. Tel ve Pınar (97) bakım vericilerin cinsiyet, eğitim durumu ve hastaya yakınlık derecesi ile depresyon puanları arasında ilişki olduğunu, kadın bakım vericilerin, eğitim düzeyi ilkokul olanların ve eş konumunda olan bakım vericilerin depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Karabulutlu ve

ark. (125) Bakım veren eşlerin ve bakımda destek almadığını belirten bakım verenlerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Karabuğa-Yakar ve Pınar (126) bakım vericilerin sağlıklarının, sosyal yaşamlarının bozulduğunu, stres düzeylerinin arttığını ve bakım vericilerde depresyon geliştiğini bildirilmektedir. Grafström ve Winblad (127) Demansı olan yaşlı hastalara bakmakta olan yakınlarında, depresyon, anksiyete ve tükenmişliğin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Grunfeld ve ark. (128) çalışmasında bakım verme süreci ilerledikçe bakım verenlerde depresyon ve yükün arttığı saptanmıştır.

Palyatif bakım sürecine gelmiş hastaların, hastalığının düzelmeyecek olması ve giderek artan bir bakım yüküyle yaşam sonuna doğru ilerlemesi, bakım vericileri oldukça olumsuz etkilemektedir. Stres, anksiyete, korku, çaresizlik, umutsuzluk gibi duygular oldukça sık deneyimlenmektedir. Bunlara ilaveten bakım vericinin; sorumluluklarının artması, hastalık öncesi yaşamlarını sürdürmekte yaşadıkları güçlük depresyona yatkınlığa yol açabilmektedir. Kadın olmak ve kadının üstlendiği eş, anne gibi rollere de sahip olmak, bakım verici rolünün getirdiği zorluklarla birlikte depresyona yatkınlaştıran bir diğer faktördür. Bunu destekleyen biçimde, toplumumuzda depresyon kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranda görülmektedir. Düşük eğitim düzeyi de depresyona yatkınlaştıran faktörlerden biridir. Eğitim düzeyi kişilerin zorluklarla etkin baş etmesini etkilemektedir. Çalışmamızda olduğu gibi düşük eğitim düzeyine sahip kişilerde depresyon daha fazla görülmektedir.

Çalışmada palyatif bakım alan hastaların yakınlarının tanıtıcı özellikleri ile olumsuz dini baş etme ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre olumlu dini baş etme ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde ise; 65 yaş ve üstü, evli, çocuk sahibi olan, eğitim durumu ilköğretim ve altı olan, kronik hastalığı olan, bakım vermeyi dini yükümlülük olarak gören ve bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünen hasta yakınlarının olumlu dini baş etme ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $p=0.009$, $p=0.038$, $p=0.010$, $p=0.000$, $p=0.013$, $p=0.002$, $p=0.028$). Topuz (13) yaptığı çalışmada 61 yaş ve üzerindeki bireylerin “olumlu dini başa çıkma” tutumunu daha çok kullandıkları

belirlenmiştir. Eğitim düzeyine göre, olumlu dini başa çıkma tutumunu kullanma konusunda ise, istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ayten ve Sagır (85) çalışmasına göre, yaşlanmayla birlikte olumlu dini başa çıkma artmaktadır. Aynı çalışmada, bakım vermeyi dini yükümlülük olarak görmeyen ve bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünmeyen hasta yakınlarının olumlu dini baş etme ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kirby, Coleman ve Daley (129), dindarlığın ve manevî inançların, yaşlılığın getirdiği birtakım olumsuzlukları gidermede, psikolojik iyi olma hâlinin devamında doğrudan etkili ya da en azından aracı bir kaynak olduğunu bulmuşlardır. Karakaş ve Koç (130) çalışmasında evlilerin dinî başa çıkma yöntemlerinden daha çok dinî yalvarma yöntemini tercih ettikleri görülmüştür.

Toplumumuzda sosyo-kültürel açıdan yaş ilerledikçe dini başa çıkma etkinliklerine başvurma sıklığı artmakta, “olumlu dini başa çıkma” tutumlarında artış görülmektedir Uysal (131). Bununla birlikte, insanlar genel olarak sıkıntılı bir durum ya da olay karşısında, bu durum ve olaydan kurtulmak veya yarattığı olumsuz etkileri azaltmak için inançlardan, dinî baş etmelerden yararlanmaktadır. Dinî baş etmeler, zor yaşam olayları karşısında insanlara sığınılacak bir liman olabilmekte ve o an yaşanan çaresizlik ve korku duygularına dayanma gücünü artırabilmektedir. Sıkıntılı olaylarda dine yönelme, dinî başa çıkmayı tercih etme kişileri daha huzurlu yapmaktadır Day and Maltby (12). Çalışmada palyatif bakım alan hastaların yakınlarının, kendileri için oldukça zor olan bu süreçte, olumlu dini baş etmeler aracılığıyla yaşanan olumsuz durumlarla mücadele etmeye çalıştıkları düşünülebilir.

Çalışmada hastaların yakınlarının HAD- anksiyete toplam puan ortalamalarını 10.86 ± 4.30 , HAD-depresyon toplam puan ortalamalarını ise 9.38 ± 3.66 'dır. HADÖ'nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt boyutu (HAD-A) için 10 puan, depresyon alt boyutu (HAD-D) için 7 puandır Aydemir ve ark. (94). Yani hasta yakınlarının, anksiyete ve depresyon belirtilerine sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmada hasta yakınlarının olumlu dini baş etme ölçeği toplam puan ortalamaları 25.31 ± 3.85 ve olumsuz dini baş etme ölçeği toplam puan ortalamaları ise 10.32 ± 3.38 'dir, yani hasta yakınlarının çoğunun olumlu dini baş etmelere sahip olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.001$). Yani anksiyete arttıkça, depresif belirtilerde artmıştır. Anksiyete ve olumlu dini baş etme arasında ise zayıf pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır ($p = 0.021$). Yani olumlu dini baş etmeler arttıkça, anksiyete azalmıştır. Olumsuz dini baş etme ölçeği ile anksiyete, depresyon, olumlu dini baş etme ölçekleri ve olumlu dini baş etme ölçeği ile depresyon ölçeği arasında ilişki olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Hasta yakınlarında yapılan bir çalışmada, hasta yakınlarının %36'sında Anksiyete-Depresyon puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır Oldridge and Hughes (132). Bir başka çalışmada, günlük bakım verme süresiyle aile üyelerinin anksiyete-depresyon belirti şiddetinin ilişkili olduğu belirlenmiştir Aydın ve ark. (119). Şengül ve Baykan (133) çalışmasında zihinsel engelli çocuğu olan annelerin %44'ünde depresyon, %60'ında anksiyete bozukluklarının bulunduğunu saptamıştır. Hasta bakımını üstlenen kişilerin, bakımın başlamasından önceki ve sonraki sağlık durumlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, hasta yakınlarının bakım verme sorumluluğu başlamasından önceki sağlık durumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir Williams (134). Yapılan bir derleme çalışmasında, bakım vericilerin anksiyete ve depresyon gibi sorunlar yaşadıkları, iş yaşamlarının etkilendiği, ekonomik ihtiyaçların arttığı vurgulanmıştır Caqueo-Urizar et al. (135). Bir başka çalışmada depresyon, anksiyete, yüksek tansiyon, mide ülseri gibi sorunların Alzheimer hastalarının bakım vericilerinde, toplum geneline göre daha yüksek olduğu görülmüştür Brodaty H (136). Yapılan bir başka çalışmada, yaşlı hastaların bakıcılarından dini ve manevi yönü güçlü olanların yaşlı hastalarla daha etkin ilişki kurdukları, bu kurulan olumlu ilişkinin de hastalarda depresyonu azaltarak, hastaların psikolojik açıdan daha iyi olmalarına katkı sağladığı belirlenmiştir Chang et al.(137). Baynal (138) çalışmasında yetişkinlerde dindarlık düzeyleri ile kaygı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ayten ve ark. (139) hasta yakınlarının hayat memnuniyeti ile şükür ve olumlu dini başa çıkma özellikleri arasında olumlu ve anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Stoltzfus (140) çalışmasında olumsuz dini başa çıkmayla depresif belirtiler arasında anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada şükretme arttıkça, depresyon ve geçmişle hesaplaşmanın azaldığı belirlenmiştir Watkins et al. (141). Yapılan çeşitli çalışmalarda

dindarlık ile depresyon ve anksiyete arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır Güven (142), Şengül (143), Cirhinlioğlu ve Ok (144).

Günümüzde pek çok insanın yaşamı olumsuz durumlar nedeniyle alt üst olmakta ve farklı stresörle karşı karşıya gelmektedir. Bireylerin bu durumlar karşısında başvurdukları başa çıkma yöntemleri oldukça önemlidir. Başa çıkmada kullanılan yöntemlerden biri olan dinî başa çıkma etkinlikleri, kişinin hem fiziksel hem ruhsal durumu üzerinde hem de yaşam kalitesi üzerinde etkili olabilmektedir. Ciddi sağlık sorunları nedeniyle palyatif bakım sürecine gelen hastanın yakını olmak ve hastanın bakım sorumluluğunu üstlenmek pek çok açıdan oldukça güçtür. Çalışma sonuçlarımız bu süreçteki hasta yakınlarının, ruhsal açıdan oldukça önemli olan anksiyete ve depresyon yaşadıklarını ve baş etme de ise çoğunun olumlu dini baş etme biçimlerini kullandığı görülmüştür. Çalışma sonuçlarımız genel anlamda literatürle uyumludur.

8. SONUÇ

Çalışmada palyatif bakım alan hastaların yakınlarının;

- %28.9'unun 45-54 yaş arasında, %68.4'ünün kadın, %61.8'inin ilköğretim mezunu, %71.1'inin evli ve %72.4'ünün çocuk sahibi olduğu, %72.4'ünün çalışmadığı, %73.7'sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %26.3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı, %27.6'sının kronik hastalığının olduğu ve kronik hastalığı olan hasta yakınlarında çoğunlukla (%52.4) hipertansiyon bulunduğu saptanmıştır.
- %55.3'ünün hasta ile birlikte yaşadığı, %31.6'sının hastanın “kızı” olduğu, %51.3'ünün hasta bakımı için günlük 13 saat ve üzerinde zaman ayırdığı, %21.1'inin 5 yıl ve üzeri bakım verdiği, %90.8'inin bakım vermeyi dini bir yükümlülük olarak gördüğü ve %67.1'inin bakım verme esnasında dine daha yakın olduğunu düşündüğü, %69.7'sinin bakım yaparken güçlük yaşadığı, %21.1'inin hasta bakımında destek aldığı ve %42.1'inin psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunu hissettiği belirlenmiştir.
- Hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre anksiyete puan ortalamaları incelendiğinde hastaların yakınlarının; yaş, çalışma durumu, ekonomik durum, hasta ile birlikte yaşama, hasta bakımı için günlük ayrılan süre ve hastaya bakım verme süresi değişkenlerinin anksiyete puan ortalamalarını etkilemediği ($p>0.05$); ancak kadın, evli, çocuk sahibi, eğitim durumu ilköğretim ve alt düzeyde, kronik hastalığa sahip ve yakınlık derecesi “anne” olan hastaların yakınlarının anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca bakım vermeyi dini yükümlülük olarak gören, bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünen ve psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu hisseden hastaların yakınlarının da anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Çalışmada hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları incelendiğinde ise hastaların yakınlarının yaş, cinsiyet, medeni

durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, kronik hastalık varlığı, hasta ile birlikte yaşama, hasta bakımı için günlük ayrılan süre ve hastaya bakım verme süresi gibi değişkenlerin depresyon puan ortalamalarını etkilemediği ($p>0.05$); bununla birlikte, eğitim durumu ilköğretim ve alt düzeyde olan, bakım vermeyi dini yükümlülük olarak gören, bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünen ve psikosozal desteğe ihtiyacı olduğunu hisseden hastaların yakınlarının depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

- Çalışmada hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre olumlu dini baş etme ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastaların yakınlarının cinsiyet, çalışma durumu, ekonomik durum, hastaya yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşama, hasta bakımı için günlük ayrılan süre, hastaya bakım verme süresi ve psikosozal desteğe ihtiyaç hissetme durumu değişkenlerinin olumlu dini baş etme ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği ($p>0.05$); ancak 65 yaş ve üstü, evli, çocuk sahibi, eğitim durumu ilköğretim ve altı olan, kronik hastalığı bulunan, bakım vermeyi dini yükümlülük olarak gören ve bakım verme esnasında dine yakınlaştığını düşünen hasta yakınlarının olumlu dini baş etme ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Çalışmada hastaların yakınlarının tanıtıcı özellikleri ile olumsuz dini baş etme ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$).
- Çalışmada hastaların yakınlarının HAD- anksiyete toplam puan ortalamalarını 10.86 ± 4.30 , HAD-depresyon toplam puan ortalamalarını ise 9.38 ± 3.66 'dır. HADÖ'nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10 puan, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7 puandır Aydemir ve ark. (94). Yani hasta yakınlarının, anksiyete ve depresyon belirtilerine sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmada hasta yakınlarının olumlu dini baş etme ölçeği toplam puan ortalamaları 25.31 ± 3.85 ve olumsuz dini baş etme ölçeği toplam puan

ortalamaları ise 10.32 ± 3.38 'dir, yani hasta yakınlarının çoğunun olumlu dini baş etmelere sahip olduğu belirlenmiştir.

- Çalışmada anksiyete ve depresyon puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.001$). Yani anksiyete arttıkça, depresif belirtilerde artmıştır. Anksiyete ve olumlu dini baş etme arasında ise zayıf pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır ($p = 0.021$). Yani anksiyete arttıkça, olumlu dini baş etmeler artmıştır. Olumsuz dini baş etme ölçeği ile anksiyete, depresyon, olumlu dini baş etme ölçekleri ve olumlu dini baş etme ölçeği ile depresyon arasında ilişki olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Çalışma sonuçlarımız göz önüne alındığında;

- Palyatif bakım henüz Türkiye'de sağlık çalışanları tarafından çok iyi bilinen bir alan olmadığından, Tıp Fakülteleri, Hemşirelik Okulları ve ilgili meslek gruplarının lisans ve lisans üstü eğitim müfredatında palyatif bakım konusunun etkin şekilde ele alınması, mevcut sağlık çalışanlarının palyatif bakım konusunda eğitilmesi,
- Palyatif bakımın vazgeçilmez bir boyutu olan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal ve manevi açıdan ele alınıp desteklenmesi konusunda sağlık personellerinin yeterliliğinin artırılması,
- Günümüzde palyatif bakım verilen birimlerde istihdam edilmeye başlanılan manevi bakım uzmanlarının sayısal yeterliliğinin sağlanması, hastaya olduğu kadar hasta yakınlarına da destek hizmeti sağlayabilmeleri, hastanın palyatif bakım biriminden evine transferi sonrasında da bu destek hizmetlerini belli aralıklarla ev ortamında da sürdürmeleri,
- Hastaların yakınlarında, bakım süresi boyunca anksiyeteye ve depresyona neden olan faktörlerin belirlenmesi,
- Anksiyete ve depresyon yaşayan hasta yakınlarının baş etme biçimlerinin değerlendirilmesi, olumlu diğer baş etme yöntemlerinin olduğu kadar, olumlu manevi baş etme kullanmalarının da desteklenmesi,

- Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının psikososyal sorunlarını ve baş etmelerini daha detaylı ele alan bilimsel çalışmaların yapılması önerilmektedir.



9. KAYNAKLAR

- 1- Aydoğan F, Uygun K, Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim. 24: 4-9,2011.
- 2-Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti. ss.1-7, İstanbul, 2014.
- 3-Lagman R, Walsh D. Integration Of Palliative Medicine Into Comprehensive Cancer Care. Semin Oncol. 32:13-48, 2005.
- 4- Atagün Mİ, Balaban OD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 3(3):513-52, 2011.
- 5-Maldonado G, Caqueo U, Kavanagh J. Burden Of Care And General Health in Families Of Patients With Schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.40: 899-904, 2005.
- 6- Terakye G. Kanserli Hasta Yakınları ile Etkileşim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.4(2):718–82, 2011.
- 7- Weissman DE, Meier DE. Identifying Patients in Need Of A Palliative Care Assessment in The Hospital Setting: A Consensus Report From The Center To Advance Palliative Care. J Palliat Med.14:17-23,2011.
- 8- Sherwood P, Given BA, Given CW, Champion VL, Doorenbos AZ, Azzouz F, et al. A Cognitive Behavioral Intervention For Symptom Management in Patients With Advanced Cancer. Oncol Nurs Forum.32(6); 2005.
- 9- Hacıalioglu N, Özer N, Yılmaz Karabulutlu E, Erdem N, Erci B. The Quality Of Life Of Family Caregivers Of Cancer Patients in The East Of Turkey. Eur J Oncol Nurs.14(3):211-7, 2010.
10. Pargament KI, Zinnbauer BJ, Cole B, Mark SR. Belavich TG. Kathleen M. et. al. Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. Journal for the Scientific Study of Religion.36(4):549-564,1997.

11- Pargament KI. Acı ve Tatlı Dindarlığın ve Bedelleri Faydaları Üzerine Bir Değerlendirme. Çev. Mehmedoğlu AU. Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 13(1), 279-306, 2005.

12- Day L. & Maltby J. "Religious Orientation, Religious Coping and Appraisals of Stress: Assessing Primary Appraisal Factors in The Relationship Between Religiosity and Psychological Well-Being". Personality and Individual Differences. 1209-1224, 2003.

13- Topuz İ. Dini Gelişim Seviyeleri İle Dini Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. UÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Bursa, 2003.

14-Pargament KI. The psychology of Religion and Coping, Theory, Researc, Praticce, Guilford Press. ss. 90, 1997

15- Pargament KI. D Einsing, K.Falgout; God Help Me ; ‘‘Religious Coping as Predictors of the Outcomes to Negative Life Events’’ American Journal of Commuity Psychology 18,(6),1990.

16- Pargament KI. Religion and Prevention in Mental Health, Reseach, Vision and Action, The Haworth Pres ss.135-136, Newyork,1992.

17- Pargament KI. Bruce W. Smith H. Koenig G and Perez L. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. Journal for the Scientific Study of Religion. 37(4):710-724.1998.

18- Küçükgüçlü O, Esen A, Yener G. Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. J Neurol Sci (Turkish). 26: 60-73, 2009.

19-Dinçol K, Eroğlu L, Özkan S, Bozfakıoğlu Y, Yücel A, Kılıç K, Kaya K, Özyalçın S, Kanserde Palyatif Bakım. ss.1-9. Serdar Erdine editör. Sandoz Ürünleri A.Ş. İstanbul,1993.

20- Erdine S. Kanserde Ağrı Tedavisi ve Palyatif Bakım Kitabı.Nobel Tıp Kitabevleri ss.1-9, İstanbul, 2002

- 21- World Health Organisation (WHO), Definition of palliative care. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.2011 (Erişim Tarihi:25.07.2016)
- 22- Boyle P. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu Dünya Kanser Raporu Lyon <http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/dunyaraporu2008.pdf>. 2008, (Erişim Tarihi: 05.06.2016)
- 23- Temel JS. Joseph MD. Greer CA. Emily MA. Gallagher R. Sonal Admane RN. et al. Palliative Care For Patients With Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 363:733-42, 2010.
- 24- Kuebler KK, Lynn J, Von Rohen J. Perspectives in Palliative Care. Seminars in Oncology Nursing.21: 2-10, 2005.
- 25- Meghani, S.H.A Concept Analysis Of Palliative Care in The United States. J Adv Nurs.46(2): 152-161, 2003.
- 26- Sabatowski R, Nauck F, Radbruch L et al. Wegweiser Hospiz Und Palliativmedizin Deutschland 2008/2009 <http://wegweiserhospiz.shifttec>. Erişim Tarihi 01.04.2016
- 27- Fine RL. The Imperative For Hospital-Based Palliative Care: Patient, Institutional, And Societal Benefits. Proc Bayl Univ Med Cent 17(3): 259-64, 2004.
- 28- Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım Yoğun Bakım Dergisi.11(2):56-70, 2013.
- 29- Bruera E. Billings JA, Lupu D, Et Al. Academic Palliative Medicine Task Force Of The American Academy of Hospice and Palliative Medicine. AAHPM Position Paper: Requirements For The Successful Development of Academic Palliative Care Programs. J Pain Symptom Manage. 39:743-755, 2010.
- 30- Puchalski CM, Kilpatrick SD, Mccullough ME. A Systematic Review Of Spiritual and Religious Variables in Palliative Medicine, American Journal Of Hospice and

Palliative Care, Hospice Journal, Journal Of palliative Care, And Journal Of Pain And Symptom Management. Palliat Support Care et. al.1:7-13, 2003.

31- Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi.54;329-334, 2012.

32-WHO Definition of Palliative Care,

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi: 05.30.2016

33- Pastrana T, Jünger S, Ostgathe O. A Matter Of Definition Key Elements Identified in a Discourse Analysis Of Definitions Of Palliative Care. Palliative Medicine et al. 22 (3):222-232, 2008.

34-Gómez-Batiste X, Paz S, Porta-Sales J, Espinosa J, Trelis J and Esperalba J. Basic Principles, Definitions and Concepts on the Organization of Public Health Palliative Care Programmes and Services. The World Health Organization Collaborating Centre for Public Health Palliative Care Programmes; 2009.http://ico.gencat.cat/web/.content/ministe/ico/professionels/documents/gualy/arius/doc_ppublic_health_programmes.pdf Erişim tarihi: 05.30.2016

35- Centeno C, Clark D, Lynch T, Racafort J, Praill D, De Lima L. et al. Center to Advance Palliative Care. What Should You Know About Palliative Care, <http://www.getpalliativecare.org> Erişim Tarihi: 04.04.2016.

36- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Caregivers Of Advanced Cancer Patients: Feelings of Hopelessness and Depression. Cancer Nursing.30(5):412, 2004.

37- Müller-Busch HC. Was Bedeutet Bio-Psycho-Sozial in Onkologie Und Palliativmedizin. Behandlungsansätze in Der Anthroposophischen Medizin. Jahrbuch Der Psychoonkologie Der ÖGPO. Österreichische Gesellschaft Für Psychoonkologie, Wien, 2004.

38- Currow DC, Wheeler JL, Glare PA, Kaasa S, Abernethy AP. A Framework For Generalizability In Palliative Care. J Pain Symptom Manage.37: 373-386, 2009.

- 39-World Health Organisation (WHO), <http://www.who.int/whr/2007/en/> Erişim Tarihi:04.07.2016
- 40-National Consensus Project For Quality Palliative Care, <http://www.nationalconsensusproject.org> Erişim Tarihi: 06.25.2016
- 41- Graham F, Clark D. The Changing Model Of Palliative Care. *Medicine*.36: 64-66,2007.
- 42-Bag B, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry.4(4):449-464, 2012.
- 43- Meghani SH. A. Concept Analysis Of Palliative Care in The United States *Journal Of Advanced Nursing*.46: 152–161, 2004.
- 44- Şahan Uslu F, Terzioğlu F,Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*.4(2): 81-90, 2015.
- 45-Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu; *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. (1);1-6, 2010.
- 46-Özgül N. Gültekin M. Koç O. Göksel F. Bayraktar G. Ekinci H. et al. Turkish Community-Based Palliative Care Model: A Unique Design. *Annals of Oncology*. 2 (Suppl 3); 76-78, 2012.
- 47- Tuncer, M. "Ulusal Kanser Kontrol Programı, TC Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı, ss.24,Ankara,2009 www.ssuk.org.tr.Pdf Erişim Tarihi: 05.06.2016
- 48-Sağlık Bakanlığı 2004 Yılı Birim Faaliyet Raporu [http://kanser.gov.tr /Dosya/Bilgi Dökümanları/Raporlar/Birim. Pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/BilgiDökümanları/Raporlar/Birim.Pdf) Erişim Tarihi: 05.05.2016
- 49-Hoch JS. Improving Efficiency and Value İn Palliative Care With Net Benefit Regression: An İntroduction To A Simple Method For Cost-Effectiveness Analysis With Person-Level Data. *J Pain Symptom Manage*.38(1):54-61;2009.

50-O'Neill SM, Ettner SL, Lorenz KA. Paying The Price At The End Of Life: A Consideration Of Factors That Affect The Profitability of Hospice. *J Palliat Med.* 11(7): 1002-8, 2008.

51- Özlü A, Mustafa Yıldız, Tamer Aker, Şizofreni Hastalarının Bakımıyla İlgilenenlerde Yük ve İlişkili Özellikler, *Düşünen Adam The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences.*28:153-147, 2015

52- Bonnel WB. Not Gone and Not Forgotten; A Spouse's Experience of Late-Stage Alzheimer's Disease. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 34(8):23-27, 1996.

53- Altun İ. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı: Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları. ss. 71-78, İstanbul, 1998.

54-Deeken JF. Kathryn MD. Taylor L. Mangan P. Robin K. Yabroff. Jane M. et. al. Care For The Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed To Measure The Burden, Needs, and Quality Of Life of Informal Caregivers. *J Pain Symptom Manage.*26(4):922-953, 2003.

55- Larsen L.S. Effectiveness Of A Counseling Intervention To Assist Family Caregivers Of Chronically Ill Relatives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*36(8): 26-32, 1998.

56- Kim Y, Given BA. Quality Of Life Of Family Caregivers Of Cancer Survivors: Across The Trajectory Of The Illness. *Cancer.* 112(11);2556-6, 2008.

57- Yılmaz A, Turan E. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Baş Etme Yolları Türkiye Klinikleri, *J Med Sci.*27:445-54, 2007.

58- Billig N. Üçüncü Bahar Yaşlılık ve Bilgelik. Yazgan Ç (Çeviri Editörü). *Psikoloji Dizisi* 229-86. 8 (1). Baskı. Evrim Yayınevi, İstanbul, 2000.

59- Toseland RW, Smith G, McCallion P. Family Caregivers of The Frail Elderly, In A. Gitterman (Ed.) *Handbook Of Social Work Practice With Vulnerable And Resilient Populations.* New York: Columbia University Press.349-364, 2004.

- 60- Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry.3:251-277, 2011.
- 61- Dökmen Z. Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 3(1):3-38, 2012.
- 62- Schulz R, Beach S. Care Giving As A Risk Factor For Mortality, Jama.282(23): 2215-2219, 1999.
- 63- Weitzner M, Mcmillan S, Jacobsen P. Family Caregiver Quality Of Life: Differences Between Curative and Palliative Cancer Treatment Settings. J Pain SymptomManage.17:418-28,1999.
- 64- Sherif T, Jehani T, Saadani M, Andejani AW. Adult Oncology and Chronically Ill Patients: Comparison Of Depression, Anxiety And Caregivers Quality of Life. East Mediterr Health J7(3):502-9,2001.
- 65- Sales E. Family Burden and Quality Of Life. Qual Life Res.2(1): 33-41,2003.
- 66- Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z et al. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi.21:203-212, 2011.
- 67- Rivera HR. Depression Symptoms in Cancer Caregivers. Clin J Oncol Nurs.13(2): 195-202, 2009.
- 68- Torti Jr, F. M.Gwyther. LP. Reed. SD. Friedman JY. and Schulman KA. A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. Alzheimer Disease & Associated Disorders. 18(2), 99-109. 2004.
- 69-Özgen G. Yaşlı Olgularda Bakım Sorunları ve Bakım Verenlerin Durumu. Demans Dizisi.2: 77-80, 2000.
- 70- Babaoğlu E, Öz F. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. Hemarge Dergisi. 2: 24-33,2013.

- 71- Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 9 (3): 22-29,2012.
- 72- Mellon S. Comparisons Between Cancer Survivors and Family Members On Meaning Of The İllness and Family Quality Of Life. Oncol Nurs Forum.29(7): 1117-1125, 2002.
- 73- Carter PA. Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. Oncol Nurs Forum. 29(9):1277-83, 2002.
- 74- Chang EW, Tsai YY, Chang TW, Tsao CJ. Quality Of Sleep And Quality Of Life in Caregivers Of Breast Cancer Patient. Psychooncology.16 (10):950-5, 2007.
- 75- Sarı D, Eşer İ, Khorshid L. Kanser Hastalarında Bakım Veren Yakınların Uyku Kalitesi ve Depresyon Düzeyleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.26(1):1-10, 2010.
- 76- Serap Ö. Kalp Yetersizliğinde Aile/Bakım Verici Yükü, Türk Kardiyol. Dern. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi.1(1):6,2010.
- 77- Fadıloğlu Ç, Özer S, Kumral E. Alzheimer Hastasına Bakım Verenler. Alzheimer Hastalığında Bakım İlkeleri. Form Reklam Hizmetleri.ss. 88-9. İstanbul, 2004.
- 78- Williams AM. Caregivers Of Persons With Stroke: Their Physical And Emotional Well-Being. Qual Life Res. 2:213-220, 1993.
- 79-Cirhinlioğlu FG. Din Psikolojisi, Nobel Yayın Dağıtım Aş.Ltd.Şti. ss.53-125,2010.
- 80-Kula N. Bedensel Engellilik ve Dini Başa Çıkma Değerler. Eğitim Merkezi Yayınları. ss.25-63, 2005.
- 81- Pargament KI, Kennell J, Hathaway W, Grevengoed N, Newman J, and Jones W. Religion and the Problem-Solving Process: Three Styles of Coping. Journal for the Scientific Study of Religion.27(1):99-104,1988.

82-Pargament KI. The Psychology Of Religion and Coping, Theory, Research, Praticce, Guilford Press. ss.90,1999.

83- Pazarlı O.Din Psikolojisi,Remzi Kitapevi Yayınları. ss.189-199,1982.

84- Pargament KI. Religious Methods of Coping Resources for the Conversation and Transformation of Significance Etd. Shafranske, Religion and Clinical Praticce of Psychology, American Psychological Association, Washinton DC. 1996.

85- Ayten A, Sagır Z. Dindarlık, Dini Başa Çıkma ve Depresyon İlişkisi: Suriyeli Sığınmacılar Üzerine Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi İlâhiyat Fakültesi Dergisi. 47:5-18,2014.

86- Koç M. Dua ve İbadetin Ergenlerin Ruh Sağlıklarına Etkileri Üzerine Teorik Bir Yaklaşım; Diyanet İlmi Dergi.4(3),2005.

87- Koenig HG. George LK, Peterson BL. Religiosity And Remission Of Depression In Medically ill Older Patients. The American Journal Of Pschiatry; 4;536-542,1998.

88-Güler Ö. Dini İnanç ve Psikolojik Sağlık İlişkisine Dair Bir Değerlendirme. Toplum Bilimleri Dergisi.4(8): 95-105,2010.

89-Özdoğan Ö. Ruhsal Yaklaşım ve İnsan Türkiyede Bir Uygulama Örneği. Tasavvuf İlmi akademik Araştırma Dergisi.15-137-152, 2005.

90- Batman E. Yaşamın Zorluklarıyla Başa Çıkmada Kader İnancının Rolü, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Adana, 2008.

91- Çifçi A. Hastalıklarla Başa Çıkmada Dinin Rolü: Kanser Hastaları Örneği, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2007.

92-Özdoğan, Ö. İnsanı Anlamaya Yönelik Bir Yaklaşım: Pastoral Psikoloji. Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi.47:127-141,2006.

- 93- Kısa C. Carl Gustav Jung'da Din ve Bireyleşme Süreci. İzmir İlahiyat Vakfı Yayınları ss.50, İzmir; 2005.
- 94- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 8;4: 280-7,1997.
- 95- Güner A. Lise Öğrencilerinde Stres, Başa Çıkma ve Dini Başa Çıkma. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya, 2006.
- 96- Ekşi H. "Başa Çıkma, Dinî Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma." Uludağ Üniversitesi (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2001.
- 97- Tel H, Pınar Ş. Investigation Of Relationship In Between Burnout And Depression In Primary Caregivers Of Chronic Mental Problem Patients. J Psy Nursing. 4(3):145-152,2013.
- 98- Mollaoğlu M. Tuncay F.Ö, Fertelli K.Ö, İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. 4(3): 125-130,2011.
- 99- Tuna M, Olgun N, İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.41-52,2010.
- 100- Duman NE, Küçükali Ç,Üstün Güveneroğlu N, H. Burçin Demirağlı, Alpkan LR.et al. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Psikiyatri Birimi'ne kimler başvuruyor? Kesitsel tanımlayıcı bir çalışma." Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi. 16:6,2015.
- 101- Koyuncu A, Aslan FE ,Yava A, Çınar D, Olgun N. Türk Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Terminal dönemdeki Hastaların Yakınlarının Hasta Ziyaretinden Beklentileri. Göğüs Kalp Damar Dergisi. 24(1):68-75, 2016.

102-Taylan H, Baydoğan T. Hasta ve Yakınlarının Hasta Hakları ve “Hasta Hakları Birimi” Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Faydalanma Durumlarının Araştırılması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi.14: (55) 248-256,2015.

103- Özkan S, Yılmaz E. Aile Ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi.5-17, 2009

104- Şahin TK. Bakıcı H, Bilban S, Dinçer Ş. Yurtçu M. Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyeti Araştırması. Genel Tıp Dergisi.15(4):137-142,2005.

105- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2013.

106- Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Kitabı:Ölüm ve Ölüme yaklaşan Hastaya Bakım. Nobel Kitabevi ss.273-277 Adana, 2010.

107- Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.32-49,2009.

108- Gürol A, Capık C, Yaşlıya Evde Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün Değerlendirildiği Bir Araştırma. STED. 23:(2)65,2014.

109- Tuncay Y.G Uçar H. Yogun Bakımda Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin hasta Yakınlarının Görüşleri. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.33-46,2010.

110- The World Bank.Erişim <http://www.worldbank.org/tr/country/turkey/overview>. Tarihi: 06.06.2016

111-Türkiye İstatistik Kurumu <http://www.tuik.gov.tr/Start.do/> Erişim Tarihi:28.07.2016.

112- Feldman, F.H, Waliser M.N, Gould D.A, ve Levine C. “When the Caregivers Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers”, American Journal of Public Health. 92(3): 409,2002.

- 113- Yıldırım S, Elgin E, Başkaya V.A; İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yükü Ve Yükü Etkileyen Faktörler; Nöropsikiyatri Arşivi.50:169-174,2003.
- 114- Sherman MD, Sautter F, Lyons J, Manguno-Mire GM, HanX, Perry D et al. Mental health needs of cohabiting partners of Vietnam veterans with combat-related PTSD. *Psychiatr Serv* 56:1150-1152,2005.
- 115- Pürlüsoy G. Sunay D. Fiengezer. Yalçıntaş A. Diyaliz Hastalarının Bakıcılarında Bakım Yükü ve Depresyon. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*. (1):17-23, 2015.
- 116- Çıtlık Sarıtaş S. Büyükbayram Z. Kemoterapi Alan Hastaların ve Bakım Veren Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, *Taf Prev Med Bull*. 15(2),2016.
- 117- Bostancı M, Ergin A. Hatipoğlu C. Bozkurt Aİ. Atak BM., Kısaoğlu S. et al. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Yaşam Doyumu ve Özbakım Gücü Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 24(3):144-151,2011.
- 118- Sloper, P. Predictors of Distress in Parents of Children with Cancer: A Prospective Study. *Journal of Pediatric Psychology*.25(2): 79-91,2000.
- 119- Aydın A, Eker SS, Cangür Ş. Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*.46:10-14, 2009.
- 120- Macneil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, Decoster J, Williamson GM. Caregiver Mental Health and Potentially Harmful Caregiving Behavior: The Central Role of Caregiver Anger. *Gerontologist*.50:76-86,2010.
- 121- Meisenhelder JB. Chandler EC. Spirituality and Health Outcomes in the Elderly. *Journal of Religion and Health*. 41(3):243–252. 2002.
- 122- Çivi S, Kutlu R, Çelik H H. Depression Status And The Factors Affecting The Quality Of Life İn The Relatives Of The Patients With Cancer. *Gulhane Med J*. 53(4): 248-253,2011.

123- Sönmez Y, Söylemez D, Sur H. Kanser Tedavisi Gören Hastaların Yakınlarının Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi. Modern Hastane Yönetimi Dergisi 2004; 8: 1-17.

124- Bedard M, Koivuranta A, Stuckey A. Health Impact on Caregivers of Providing Informal Care to Cognitively Impaired Older Adult: Rural Versus Urban Settings. Can J Rural Med. 9:15-23,2004.

125- Yılmaz Karabulutlu E, Akyıl R, Karaman S, Karaca M, Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Psikolojik Sorunlarının İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 28(1):1-9,2013.

126- Karabuğa Yakar H, Pınar R, Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.15(2),1-1,2013.

127-Grafström M, Winblad B. Family Burden In The Care Of The Demented And Nondemented Elderly-A Longitudinal Study. Alzheimer Dis Assoc Disord.9:78-86,1995.

128- Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC et al. Family Caregiver Burden: Results of A Longitudinal Study of Breast Cancer Patients and Their Principal Caregivers.170:1795-1801.2004.

129- Kirby SE, PG Coleman. D Daley. Spirituality and Well-being in Frail and Nonfrail Older Adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 59(3):123-9,2004.

130- Karakaş CA, Koç M. Stresle Başa Çıkma Ve Dini Başa Çıkma Yöntemleri Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, İnsan Ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 3(3);569-590,2014.

131- Uysal V. Din Psikolojisi açısından Dini Tutum, Davranışlar ve Şahsiyet Özellikleri.M.Ü.İlahiyat Fakültesi Vakfı yayınları .ss.123, İstanbul, 1996.

132-Oldridge ML, Hughes IC. Psychological Well-Being In Families With a Member Suffering from Schizophrenia. An Investigation into Long-Standing Problems. *Br J Psychiatry*. 161(2):249-251, 1992.

133-Şengül S, Baykan H. Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Tutumları *Kocatepe Tıp Dergisi*. *Kocatepe Medical Journal* 14:30-39, 2013.

134-Williams LA. Theory Of Caregiving Dynamics. In: Smith MJ, Liehr PR. Editors. *Middle Range Theory For Nursing*, Springer Publishing Company. 261-276, 2008.

135-Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality Of Life in Caregivers Of Patients With Schizophrenia: A Literature Review. *Health Qual Life Outcomes*. 7:84, 2009.

136-Brodaty H. Alzheimer Hastalığında İlaç Tedavisi ve Aileler. *Alzheimer Hastalığının Farmakoterapisi*. Yelkovan Yayıncılık, Ankara, 2000.

137- Chang BB, AE Noonan, SL Tennsted. The Role of Religion/Spirituality in Coping With Caregiving for Disabled Elders. *Oxford Journals Medicine & Health Social Sciences*. 38 (4);463-470, 1998.

138-Baynal F. Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 4-1, 2015.

139- Ayten A, Göçen G, Sevinç K, Eyyüp EÖ. Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi. Hastalar, Hasta Yakınları ve Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*. 2:45-79, 2012.

140-Stoltzfus, K.M, Daily hassles, religious coping, depressive symptomatology, and alcohol use in students at a religiously-affiliated college. Unpublished Doctoral Thesis, Case Western Reserve University. 2009.

141- Watkins PC, Woodward K, Stone T, Kolts RL. "Gratitude and Happiness: Development of a Measure of Gratitude, and Relationships With Subjective Well-Being", *Social Behavior and Personality*.(31) 431-452, 2003.

142- Güven, H. Depresyon ve Dindarlık İlişkisi. Marmara Üniversitesi SBE. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2008.

143- Şengül F. Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisi, MÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2007.

144- Cirhinlioğlu Z, Ok FG. Dindarlık, Ruh Sağlığı ve Modernite. Nobel Akademi Yayınları. s.210, Ankara 2013.



10 . EKLER

EK-1. Anket Formu

1. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek
2. Yaşınız:
3. Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekâr 3)Eşi
ölmüş/Boşanmış
4. Çocuğunuz var mı? 1) Yok 2) Var
5. Eğitim Durumu :
1. Okuma yazma bilmiyor 2. İlköğretim 3.lise 4. Önlisans
5.Lisans 6. Lisans üstü
6. Mesleğiniz:
1. Çalışıyor
2. Çalışmıyor
7. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? 1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4)
Çok iyi
8. Sosyal güvenceniz var mı? 1) Yok 2) Var
9. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
- 1- Var (Adı)..... 2-Yok
10. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?
- 1) Bakıcı 2) Anne 3) Baba 4) Kardeş 5) Eş 6)Kızı
7)Oğlu 8-Diğer,
11. Hastayla birlikte mi yaşıyorsunuz?
- 1) Hayır 2) Evet

12. Hastanın bakım yükü günlük ne kadar vaktinizi alıyor?

- 1) Vaktimi almıyor 2) 0-3 saat 3) 3-6 saat
4) 7-12 saat 5) 13 saat ve üzeri

13. Hastaya ne kadar süredir bakıyorsunuz?

- 1)0-3ay arası 2)0-1 yıl arası 3)1-2 yıl arası 4)2-3 yıl arası
5)3-4 yıl arası 6)4 yıldan fazla

14.Hastaya bakmayı dini bir yükümlülük olarak görüyor musunuz?

- 1.)Evet 2.)Hayır

15. Hasta bakımı esnasında dine olan yakınlığınızda herhangi bir değişiklik meydana geldi mi?

1.Evet

(Açıklayınız).....

2.Hayır

16.Hastaya bakım verirken sizi en çok zorlayan şey nedir?

17. Hastaya bakım vermenin yarattığı sıkıntılarla nasıl başediyorsunuz?

18.Hastanızın bakımını sağlarken psikososyal açıdan desteğe ihtiyacınızın olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1.Evet 2.Hayır

EK-2 HAD-Hastane-Anksiyete-Depresyon Ölçeği

1-Kendimi gergin ve telaşlı hissediyorum

-Her zaman

-Çoğu zaman

-Hiçbir zaman

2-Eskiden hoşlandığım şeylerden hala hoşlanıyorum

-Eskisi kadar hoşlanıyorum

-Eskisinden az hoşlanıyorum

-Sadece biraz hoşlanıyorum

-Hoşlanmıyorum

3-İçimde sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya benzer bir his var

-Kesinlikle ve ukça fazla var

-Evet var ama o kadar kötü değil

-Biraz var ama beni rahatsız etmiyor

-Böyle bir şey yok

4-Gülebiliyorum ve olayların eğlenceli yanını görebiliyorum

-Bunu her zaman yapabildiğim kadar yapıyorum

-Bunu şu anda eskisi kadar çok yapamıyorum

-Bunu şu anda pek yapamıyorum

-Bunu hiç yapamıyorum

5-Kafamın içinde endişe verici düşünceler gidip geliyor

-Her zaman

-Oldukça sık

-Zaman zaman ama sık değil

-Nadiren

6- Kendimi coşku dolu hissediyorum

-Hiçbir zaman

-Bazen

-Çoğu zaman

-Her zaman

7-Sakin bir şekilde oturup kendimi rahatlamış hissedebiliyorum

-Her zaman

-Çoğu zaman.

-Bazen

-Hiçbir zaman

8-Kendimi yavaşlamış gibi hissediyorum bunu bedensel hastalığım ile ilgisi yok

-Her zaman

-Çoğu zaman

-Bazen

-Hiçbir zaman

9- İçimi bir ürperti kaplıyor, midemde yanma oluyor

-Hiçbir zaman

-Zaman zaman ama sık değil

-Oldukça sık

-Sürekli olarak

10-Nasıl görüldüğüm ile artık ilgilenmiyorum

-Hiç İlgilenmiyorum

-Gerektiği kadar ilgilenmiyorum

-Bazen ilgilenemediğim oluyor

-Her zaman olduğu kadar ilgileniyorum

11- Sanki her an hareket etmek zorundaymışım gibi huzursuzum, yerimde duramıyorum

-Her zaman

-Çoğu zaman

-Bazen

-Hiçbir zaman

12- Geleceğe sevinęle bakıyorum

-Her zamanki gibi

-Her zamankinden biraz daha az

-Her zamankinden çok daha az

-Hemen bi sevinęle bakamıyorum

13- Aniden panik duygusuna kapılıyorum

-Her zaman

-Çoğu zaman

-Bazen

-Hiçbir zaman

14- İyi bir kitap, radyo yada televizyon programından hoşlanabiliyorum

-Her zaman

-Çoğu zaman

-Bazen

-Hiçbir zaman

Ek-3.DİNİ BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ (DBTÖ)

İnsanların zorluklarla karşılaştıkları zaman nasıl yanıt verdikleri ile ilgili pek çok araştırma yapılmaktadır. Hayatın zorluklarıyla başa çıkmanın pek çok yolu vardır. Bu çalışma manevi değerlerin başa çıkmaya nasıl katkıda bulunduğuyla ilgilenmektedir. Aşağıdaki maddeler belirli bir zorlukla karşılaştığınız zaman ne yaptığınız ve ne hissettiğiniz sorusuna yanıt aramaktadır. Yoğun bir stres altında olduğumuz o zamanda ne yaptığınızı düşünün.Daha sonra aşağıdaki ölçek maddelerinden her birini numaralandırın.Her ölçek maddesini diğerinden ayrı olarak düşünün.Yanıtlarınızı dikkatlice seçin ve olabildiğinizce sizin için doğru olan numarayı yazın.	Hemen hemen hiç yapmadım	Arada sırada yaptım	Orta Derecede Yaptım	Sıklıkla yaptım
1-Tanrı ile daha sıkı bir bağ kurmaya çalıştım	1	2	3	4
2-Böyle bir olayda Tanrı'ın bana nasıl bir güç vereceğini görmeye çalıştım.	1	2	3	4
3- İyi bir kul olmağım için cezalandırıldığımı hissettim.	1	2	3	4
4-Bu işe şeytanın sebep olduğuna karar verdim.	1	2	3	4
5-Tanrı'nın gücünden /kudretinden şüpheye düştüm.	1	2	3	4
6-Tanrı'dan sevgi ve şevkat diledim.	1	2	3	4
7-Tanrı'nın beni sevip sevmediğinden şüpheye kaldım.	1	2	3	4
8-Öfkemi gidermesi için tanrı'dan yardım diledim.	1	2	3	4
9-Günahlarımın affedilmesini diledim.	1	2	3	4
10-Tanrı'nın beni yalnız bıraktığından endişelendim.	1	2	3	4
11-Planlarımı tanrı'nın yardımıyla hayata geçirmeye çalıştım.	1	2	3	4
12-Dindar kardeşlerimin/Dini kurumların beni terk etmesinden endişelendim	1	2	3	4
13-Sorunlarımı dert etmeyi bırakmak için kendimi dine verdim.	1	2	3	4
14-Tanrı tarafından cezalandırılmayı hak edecek ne yaptığımı düşündüm.	1	2	3	4

EK-4-ARAŞTIRMA İZNİ



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 14679818/770
Konu : Araştırma İzni Hk-Fatima
ÖZDEMİR

İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİNE

İlgi: 29.09.2015 tarih ve 20417 sayılı yazısı

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Fatima Özdemir' in araştırma çalışması Hastane Yöneticiliğimiz tarafından uygun görülmüş olup;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Mustafa Hakan
DİNÇKAL
Hastane Yöneticisi

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tefik Sağlam Cad. No:11 Bakırköy / İSTANBUL
Hizmet İçi Eğitim Birimi - 0 212 414 7556

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ARAŞTIRMA İZİNİ (DEVAMI)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397/770
Konu : Araştırma İzni (Fatima
ÖZDEMİR)

**BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
YÖNETİCİLİĞİNE**

İlgi: 20/10/2015 tarihli ve 14679818/770/16134 sayılı yazınız.

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Fatima ÖZDEMİR'in "Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar İle Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını 05/10/2015 tarihinden itibaren Kurumunuzda yapması Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Çalışmalar Komisyonu Toplantısında uygun görülmüş olup çalışmanın yürütülmesi sırasında gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. M. Turgay SEYMEN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. 25/2 Ruh Sağlığı ve Sinir Hastanesi Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Binası 0212 409 1600/4089
A ✉ tılı bilgi için: suniye.goksoy@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7fb03a64-d840-4834-91e3-afbe01dc4ea8 kodu ile erişebilirsiniz.

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU E-İmzalıdır



Sayı : 10840098-604.01.01-E.2232
Konu : Etik Kurulu Kararı

16/09/2015

Sayın Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)





Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre PROF.DR. HANEFİ ÖZBEK tarafından 16.09.2015 tarihinde e-imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: <http://ebys.medipol.edu.tr/e-imza/confirmationCodeDocumentViewer.aspx?Code=1F158F88XF>

Kavacık Mahallesi Ekinciler Caddesi No: 19 Beykoz / İSTANBUL
Tel: (216) 681 5100 Faks: (212) 531 7555

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	07.09.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	07.09.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 445	Tarih: 15/09/2015		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Fatima	Soyadı	ÖZDEMİR
Doğum Yeri	Nusaybin	Doğum Tarihi	20.07.1990
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	42431083498
E-mail	ftmaozdemir47@gmail.com	Telefon	05548683686

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2013-2016
Lisans	İstanbul Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Programı	2009-2013
Lise	Nusaybin Anadolu Lisesi	2005-2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1.	Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemotoloji Bölümü	2013
2.	Sadi Konuk Eğitim-Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Palyatif Bakım Ünitesi Acil Tıp Kliniği (Triyaj)	2013-Halen

Yabancı Dil ve Düzey

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	İyi

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES PUANI	70,493	72,11	65,70

Bilgisayar Becerileri

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Powerpoint	İyi
Microsoft Office Word	İyi
SPSS	İyi