



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKOEĞİTİMİN PALYATİF BAKIM VERİCİLERİN STRESLE
BAŞ ETME VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

HAZIRLAYAN: ÖZGE ÇETİN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi SEVGİ NEHİR TÜRKMEN

MANİSA – 2018



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HAZIRLAYAN: ÖZGE ÇETİN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi SEVGİ NEHİR TÜRKMEN

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi SEVGİ NEHİR TÜRKMEN (Tez Danışmanı)

Dr. Öğr. Üyesi NURGÜL GÜNGÖR TAVŞANLI

Doç. Dr. GÖNÜL ÖZGÜR

MANİSA - 2018

BEYAN

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

Özge ÇETİN

TEŞEKKÜR

Çalışmamın yürütülmesinde zamanımı, deneyimlerini ve görüşlerini paylaşan, değerli danışmanım, Dr. Öğr. Üyesi Sevgi TÜRKMEN'e,

Araştırmaya destek veren Manisa Devlet Hastanesi Başhekimi Uzm. Dr. Hürriyet Abdullah Zafer ULUSAN, Başhekim Yardımcısı Uzm. Dr. Utku DATLI, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Serda KAMALI GÜNER, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Fatih MERGEN, Palyatif Bakım Sorumlu Hemşiresi Güler BAKIRCIGİL ve tüm Palyatif Bakım Ünitesi Çalışanlarına,

Araştırmaya gönüllü katılımları ile destek veren tüm hasta yakınlarına,

Her anımda desteklerini esirgemeyen değerli ailem; Gülsüm ÇETİN, Fahri ÇETİN, Niyazi ÇETİN ve Ayşegül ÇETİN'e,

Derslerinde aldığım bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım gelişim sürecimde büyük katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Aynur ESEN ve Doç. Dr. Oryal TAŞKIN'a

Bu tezin planlamasını yaparken destekleyici tavrıyla beni cesaretlendiren Psikolog Pınar ERSÖZ'e,

Bu süreçte sürekli bilgi alışverişinde bulunduğum ve hep pozitif bakmamı sağlayan biricik arkadaşlarım Fatma ÖZDEMİR, Selin TECİMEN ve Denizsu PAMUKÇU'ya,

Araştırma süreci boyunca beni motive eden ve sürekli desteklerini yanımda hissettiğim dayım Hidayet BAYTAROĞLU ve eşi Selma BAYTAROĞLU'na,

Sonsuz Teşekkür Ederim...

Özge ÇETİN

Manisa, 2018

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Palyatif Bakım	6
2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Amacı	6
2.1.2. Palyatif Bakım Temel Bileşenleri.....	8
2.2. BAKIM VERME.....	11
2.2.1. Bakım Verici Tanımı	11
2.2.2. Bakım Verme Yüğü	12
2.2.3. Bakım Verici Bireylerin Gereksinimleri	14
2.2.4. Bakım Vermenin Bakım Verici Birey Üzerindeki Etkileri ve Karşılaşılan Güçlükler	15
2.2.5. Bakım Verici Aile Bireylerinin Bakım Yüğü Azaltmada Hemşirenin Rolü.....	20
2.3. YAŞAM KALİTESİ.....	21
2.4. STRES KAVRAMI ve TANIMI.....	23
2.4.1. Stresin Belirtileri.....	24
2.5. PSİKOEĞİTİM	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE HİPOTEZLERİ	29
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ	29
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM	30

3.4. VERİ TOPLAMA ARACI.....	30
3.4.1. Bakım Verici Tanıtım Formu	30
3.4.2. Yaşam Kalitesi Formu (SF-36).....	31
3.4.3. Stresle Baş Etme Ölçeği	33
3.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	34
3.6. VERİLERİN ANALİZİ.....	35
3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	36
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	36
4. BULGULAR.....	37
4.1. BAKIM VERİCİLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	37
4.2. STRESLE BAŞ ETME İLE İLGİLİ BULGULAR.....	42
4.2.1. Genel Durum	42
4.3. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....	43
4.3.1. Genel Durum	43
4.4. PSİKOEĞİTİMİN PALYATİF BAKIM VERİCİLERİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ	44
4.5. PSİKOEĞİTİMİN PALYATİF BAKIM VERİCİLERİN STRESLE BAŞ ETMELERİ ÜZERİNE ETKİSİ.....	47
4.6. YAŞAM KALİTESİ İLE STRESLE BAŞ ETME ARASINDAKİ İLİŞKİ ...	48
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
6.1. SONUÇ.....	53
6.2. ÖNERİLER	56
7. KAYNAKLAR	57
8. EKLER.....	67
EK-1. Bakım Verici Tanıtım Formu	67
EK-2. Yaşam Kalitesi Formu	70
EK-3. Stresle Baş Etme Ölçeği	73
EK-4. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu İzni.....	75
EK-5. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı.....	76

EK-6. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Yüksek Lisans Tez Çalışması Orjinallik Raporu.....	77
EK-7. Stresle Baş Etme Ölçeği İzin Yazısı.....	78
EK-8. Yaşam Kalitesi Formu (SF-36) İzin Yazısı.....	79
EK-9. Manisa Devlet Hastanesi İzni	80
EK-10. Gönüllü Onam Formu.....	81
EK-11. Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesinin Arttırılmasına Yönelik Psikoegitim Kitapçığı.....	84
ÖZGEÇMİŞ.....	104



KISALTMALAR DİZİNİ

\bar{x}	: Ortalama
df	: Serbestlik Derecesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
n	:Katılımcı Sayısı
PEG	: Perkutan Endoskopik Gastrostomi
SBÖ	: Stresle Baş Etme Ölçeği
Ss	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
WHO	:World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	29
Tablo 3.2. Yaşam Kalitesi Formu Alt Boyutları ve Madde Yapısı.....	31
Tablo 3.3. Yaşam Kalitesi Formu Maddelerinin Puanlanması.....	32
Tablo 3.4. Stresle Baş Etme Ölçeği Alt Boyutları ve Madde Yapısı	33
Tablo 4.1. Bakım Vericilerin Cinsiyet, Yaş, Öğrenim Durumu, Yaşadığı Yer ve Birlikte Yaşadığı Kişi Bilgileri	37
Tablo 4.2. Bakım Vericilerin Yaşadığı Yer ve Birlikte Yaşadığı Kişi Bilgileri	38
Tablo 4.3. Bakım Vericilerin Meslek, Çalışma Durumu ve Aylık Gelir Bilgileri	39
Tablo 4.4. Bakım vericilerin Hastaya Yakınlık Dereceleri, Yardım Aldıkları Kaynaklar, Aldıkları Yardım Türü ve Yardımın Yeterlilik Düzeyi Bilgileri	40
Tablo 4.5. Bakım vericilerin Bakımda Zorlandıkları Alanlar ile Hastaların Tedavi ve Bakım Süresi Bilgileri.....	41
Tablo 4.6. Stresle Baş Etme Ölçeği Bulguları (N:40).....	42
Tablo 4.7. Yaşam Kalitesi Formu Bulguları (N:40).....	43
Tablo 4.8. Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisini Gösteren Genel Bulgular.....	44
Tablo 4.9. Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisini Gösteren Alt Boyut Bulguları	46
Tablo 4.10. Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etmeleri Üzerine Etkisini Gösteren Bulgular	47
Tablo 4.11. Yaşam Kalitesi İle Stresle Baş Etme Arasındaki İlişki.....	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Yaşam Kalitesi İle Stresle Baş Etme Arasındaki İlişki	49
--	----



Tezin Başlığı: Psikoeğitim Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Öğrencinin adı: Özge ÇETİN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sevgi Nehir TÜRKMEN

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı; Psikoeğitim palyatif bakım tedavisi alan hastalara bakım vericilerin stres ile baş etme ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, ön test - son test deseninde yarı deneysel bir araştırma olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Manisa Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde 6 aylık süre içerisinde takip edilen hasta yakınları (N=40) oluşturmuştur. Araştırma, örneklem seçimine gidilmeden evrenin tümü üzerinde gerçekteşirilmiştir. Veriler, yapılandırılmış özellikteki anket aracılığıyla araştırmacı tarafından yüz yüze yöntemle toplanmıştır. Anket, üç bölümden oluşmuştur: ‘‘Bakım verici Tanıtım Formu, ‘‘Yaşam Kalitesi Formu (SF-36)’’, ‘‘Stresle Baş Etme Ölçeği’’. Verilerin analizi için SPSS24.0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bakım vericilere verilen psikoeğitim, palyatif bakım vericilerin fiziksel ve zihinsel sağlık durumları ile yaşam kalitelerini istatistiksel olarak anlamlı ölçüde arttırmıştır. Ortalamalar incelendiğinde; fiziksel sağlık durumunun %12,2; zihinsel sağlık durumunun %20,6 ve yaşam kalitesinin genel olarak %15,9 arttığı görölmektedir. Ayrıca, genel olarak stresle baş etme ön test ve son test ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu görölmektedir 58,83 olan ön test ortalaması %15,7 artış ile 69,76’ya çıkmıştır. Yani, bakım vericilere verilen psikoeğitim palyatif bakım vericilerin stresle baş etme becerilerini anlamlı olarak arttırmıştır.

Sonuçlar: Araştırmada bakım vericilere uygulanan psikoeğitim yaşam kalitesini ve stresle baş etme gücünü yükselttiği görölmüştür.

Anahtar Sözcükler: Palyatif Bakım, Bakım Verici, Psikoeğitim, Psikiyatri Hemşireliği.

Title: The Effect of Psychoeducation on Palliative Caregivers' Coping with Stress and Quality of Life

Student's Name: Özge ÇETİN

Supervisor: Dr. Sevgi Nehir TÜRKMEN

Department: Department of Nursing

ABSTRACT

Aim:The purpose of this research; to evaluate the Psychoeducation on the level of coping with stress and quality of life of palliative care patients 'caregivers.

Method:The research was carried out in the pre-test and post-test grouped semi-experimental design model. The patient's relatives (N = 40) were followed in the Manisa State Hospital Palliative Care Unit within 6 months. The research was carried out on the entire universe without selection of samples. The data were collected face to face by the researcher through the questionnaire in the structured property. The questionnaire consists of three parts: " Caregiver Presentation Form, " Quality of Life Form (SF-36) ', ' Coping with Stress Scale". SPSS 24.0 package program was used for analysis of the data.

Findings:The psychoeducation given to the caregivers participating in the study increased the physical and mental health status and quality of life of the palliative care providers significantly. When the averages are examined; physical health status was found to be 12.2%; mental health status increased by 20.6% and quality of life increased by 15.9% in general. In addition, it seems that there is a meaningful difference between pre-test and post-test averages in coping with stress generally. Pre-test averages of 58.83 have increased to 69.76 with an increase of 15.7%. That is, the psychoeducation given to participants increased the ability of palliative caregivers' coping with stress significantly.

Results:Psychoeducation applied to caregivers in the study increased the quality of life and increased the coping power with stress.

Key Words:Palliative Care, Caregiver, Psychoeducation, Psychiatric Nursing.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Palyatif bakım kavramı bir bakım felsefesi olarak, yüksek derecede organize edilmiş, planlanmış bakım verme şekli olarak görülmektedir. Tarihte 1960'lı yıllarda modern hospis hareketi başlamış ve bununla beraber palyatif bakım, uluslararası alanlarda çeşitli şekillerde ortaya çıkmış, hospis felsefesi ve kavramı palyatif bakımın temelini oluşturmuştur (Meghani 2003). Günümüz şartları göz önüne alındığı zaman; toplumun sosyal yapısındaki değişiklik, yaşlı nüfus oranında ki yükseliş, tıp alanlarındaki ilerlemeler neticesinde hastalıkların kronik bir seyir kazanması, hane nüfusunda azalma, kadınların ev dışında çalışma oranlarında artış gibi birçok sebeplerle, kronik ilerleyen bu süreçteki hastalara aileleri gerekli bakımı sağlamak ve sürdürmekte zorlanmaları sonucu profesyonel bakım ihtiyacı hissedilmektedir. Palyatif bakım bu nedenle, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalan hasta ve yakınlarının, ihtiyaçlarının karşılanması doğrultusunda ortaya çıkmış bir felsefe ve yaklaşım türüdür (Lagman ve Walsh 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında palyatif bakımı; “yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden problemlerini erken tanılayıp, değerlendirip, tedavi edip, acı çekmeyi azaltmak/önlemek ve böylelikle yaşam kalitesini artırma yaklaşımı” olarak tanımlamıştır. DSÖ'nün bu açıklamasında palyatif bakımın, hastalığın erken evresinde verilmeye başlanmasının oldukça önemli olduğu savunulmaktadır (WHO, 2018).

Dünya Palyatif Bakım Kurulu (WPCA) palyatif bakım gerekliliği olan hastalıkları şöyle listelemiştir: Kanser, multiple skleroz, HIV/AIDS, motor nöron hastalıkları, son evre demans ve muskuler distrofi. Diğer yazarlar böbrek yetmezliği, beyin yaralanmaları ve serebral stroke, kalp hastalıkları, Alzheimer hastalığı, karaciğer yetmezliği, spinal kord yaralanmaları ve diğer durumları da eklemiştir (Pastrana ve ark. 2008).

Palyatif bakım hasta ve yakınlarının tüm problemlerini çok yönlü olarak ele alır, değerlendirir ve çözüme kavuşturmaya çalışır. Bu sebeple, sadece tıbbi hizmetleri değil, aynı zamanda psikososyal ve manevi destek gibi konuları da içerir (Atagün ve

ark. 2011). Ortalama insan ömrünün uzaması ve hastalıkların sağ kalım sürelerinin artması, bakım ihtiyacı duyan birey sayısında artış durumunu ortaya çıkarmıştır. Bu durumlarla birlikte bakım ve bakım verici kavramı oldukça önemli hale gelmiştir (Atagün ve ark. 2011).

Toplumların yaşlı nüfuslarının artması ile beraber bakım verici ihtiyacı da dünyada yükseliş göstermiştir (Ware ve Sherbourne 1992). Aile fertleri ailenin hasta üyesine bakım verme alanında önemli sorumluluklar üstlenmiş olsalar da ekonomik ve kültürel şartların değişmesi ile birlikte bakım vericinin sorumluluğu ve rolü oldukça zorlaşmıştır (Weitzner ve ark. 1999). Bakım verici olma durumu planlanamaz ya da seçilemez bir süreçtir. Bu sebeple bu duruma adapte olma hali, durum ortaya çıktıktan sonra gerçekleşmektedir (Eicher ve Batshaw 1993). Ailede birinci derecede bakım verici, hastanın günlük yaşantısının odağında olduğu için çoğunlukla hastalıkla ilgili olarak hastanın sosyal çevresi ile etkileşim durumundadır. Bakım sunma sorumlulukları ve yükü arttıkça bakım sunma ve bakım alma ilişkisi bakım vericinin yaşamını zorlayan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun süreli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir (Silver ve Wellman 2002).

Bakım verici kişi için iyi bir iş yaptığı için memnuniyet, sevgi gibi olumlu duyguları kadar; kızgınlık, keder, suçluluk, anksiyete, korku ve üzüntü gibi birçok olumsuz duyguyu da yaşayabilmektedir (Toseland ve ark. 2001; DePalma 2002; Lund 2005). Bakım verme sorumluluğunu alan kişilerin yaşadığı zorlukları birçok sebep ve değişkenler artırabilir. İlk olarak hastalığın düzeyi ve evresi, hastanın iletişim kurma konusunda ki yetersizliği, davranışsal ve psikolojik belirtiler, hastayla ilgili kişilik değişiklikleri gibi nedenler hastanın bakımını üstlenenlerin yaşadığı sıkıntıyı artırmaktadır. Sonrasında ikinci olarak; bakım vericinin cinsiyeti, fiziksel ve psikolojik sağlıkta bozulma, başarılı olamama korkusu gibi değişiklikler sıkıntıya yol açmaktadır. Son değişken olarak; hasta ile bakımını üstlenen kişi arasındaki bağ, bakımı üstlenenin yaşadığı zorluğun düzeyini etkilemektedir (Brodaty 2000).

Ölüme yakın kişiyle aynı ortamda olma, aile fertlerinin ölüme hazırlanırken yaşadığı psikolojik tepkilerini izleme zor olabilir ve bakım verici kişilerin varoluşsal sıkıntılar yaşamasına sebep olabilir (Maldonado ve ark.2005). Bakım vericilere, bu sürecin sorumluluğu, yükü ve sebep olabileceği durumlar konusunda bilgi verilmeli

ve önlemler alınmalıdır. Bu sebeple hastalarla birlikte bakım vericilerin de tedavi programına eklenmeleri gerektiğini, ayrıca bu kişilerin adapte olma süreçlerinin takip edilmesi gerektiği ve hatta psikiyatrik izlem ve gözlemin gerekebileceğini bildirilmiştir (Weitzner ve ark.1999).

Hastalık sürecinde, hastalıkla ve durumla baş etme mekanizmaları ve yöntemleri yük algısı kavramı oluşumunda önemli yer tutmaktadır. Kronik hastalıkların sağaltımı ülkemizde de toplum merkezli olmaya başlamıştır. Bu yüzden bakım sağlayan kişilerin yaşayabilecekleri sorunlar konusunda önceden bilgilendirilme yapılması, baş etme mekanizmaları geliştirmeleri oldukça önemli bir yer tutar. Hasta birey kadar bakım vericinin de fiziksel ve ruhsal sağlığı ve yaşam kalitesi önemlidir. Hemşire, bakım verici aile bireylerin bakım yükünü gözlemlemeli ve değerlendirmeli, baş edemedikleri sorunları belirlemeli ve bu sorunlarla baş etmelerine yönelik eğitim ve danışmanlık programları düzenlemelidir (Fadıloğlu ve ark. 2006; İnci ve Kartal 2007; Alpteker 2008).

Sağlık çalışanlarının bakım vericilere destek ve yardım sağlaması, çok yönlü gerekli girişimleri planlaması, bu girişimleri düzenli olarak uygulaması ve sonuçlarını değerlendirebilmeleri oldukça önemlidir (Küçükgüçlü ve ark. 2009).

Bu çalışma ile Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine olumlu etki etmesi amaçlandı.

Araştırmanın amacı doğrultusunda araştırma soruları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

-Psikoeğitimin palyatif bakım vericilerin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi var mıdır?

-Psikoeğitimin palyatif bakım vericilerin stresle baş etme üzerine olumlu etkisi var mıdır?

-Stesle baş etme ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Amacı

Palyatif deyimini Latince’de maske veya pelerin anlamına gelen “pallium” kelimesinden köken almaktadır. Bu etimoloji palyatif bakımın gerçekten ne olduğuna işaret etmektedir. “Küratif tedaviden yararlanamayacak durumda olan hastalığın belirtilerini maskeleyen veya bu belirtileri yaşayan hastalara pelerin olmak gibi...” (Esper 2005; Karaca ve Uslu 2006; Rice 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında palyatif bakımı; “yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden problemlerini erken tanılayıp, değerlendirip, tedavi edip, acı çekmeyi azaltmak/önlemek ve böylelikle yaşam kalitesini artırma yaklaşımı” olarak tanımlamıştır. DSÖ'nün bu açıklamasında palyatif bakımın, hastalığın erken evresinde verilmeye başlanmasının oldukça önemli olduğu savunulmaktadır (WHO, 2018).

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 2002; Meghani 2003).

Palyatif bakımın amacı, 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 (Pastrana ve ark 2008; Kahveci ve Gökçınar 2014).

Palyatif bakım felsefesi; psikolojik, sosyal ve manevi destek beraberinde, ağrı ve diğer semptomların kontrolünü sağlayan; kronik hastalığa sahip bireylerin aktif ve bütüncül bakımındır (Fadıloğlu 2007; Guthrie ve ark. 2007).

Palyatif bakımın hedefleri,

1. Ağrı ve stres verici diğer semptomların giderilmesi
2. Normal bir süreç olarak yaşama ve ölüme saygı duymayı içerir
3. Ölüme ne hızlandırmayı ne de yavaşlatmayı amaçlamaz
4. Hasta bakımın psikososyal ve spirüel yönünü bütünleştirir
5. Ölüme kadar mümkün olduğunca hastanın aktif bir şekilde yaşamasına yardım eder ve destek sistemi oluşturur
6. Hasta hastalığı boyunca cesaretlendirilir ve hastanın ailesinin baş etmesine yardım etmek için destek sistemi oluşturur
7. Hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılamak için ekip yaklaşımı kurar ve gerekirse matem danışmanlığı yapılır
8. Hastalık sürecini pozitif etkilemek ve yaşam kalitesinin artırılması
9. Radyoterapi ya da kemoterapi gibi yaşam süresini uzatma niyetinde olan yaklaşımları diğer tedavilerle kombine ederek, hastalığın erken aşamasında uygulanması
10. Stres verici klinik komplikasyonları yönetmek ve daha iyi anlama ihtiyacı için araştırmalar yapma (WHO2007).

Palyatif bakım hastanın yaşamın niceliğinden çok, yaşamın niteliğini ana merkeze alan bir tedavi biçimidir. Bu yüzden diğer tedavi yöntemlerinden değişiklik göstermektedir. Diğer hastalıklarda doktor öncelikli olarak hastalığı saptamaya ve etkeni ortadan kaldırmaya çalışır. Palyatif bakımda ise hastayı rahatsız eden belirtiler bulunup, bu belirtiler ortadan kaldırmaya çalışılır. Yani hastanın rahatlamasında öncelik semptomun kontrol edilmesindedir. Bu yüzden hasta için rahatsız edici her ne varsa hekim bu durumu önemsemeli ve ona göre müdahalede bulunmalıdır. Bu belirtilerin ortadan kaldırılması hastalığın seyrinde değişikliğe sebep olmasa bile; hastanın yaşama isteği ve bağlılığının artması konusunda olumlu derecede katkıda bulunabilmekte, hastanın yaşama isteği umudunu kuvvetlendirmektedir (Dinçol ve ark.1993).

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 (Pastrana ve ark. 2008; Kahveci ve Gökçınar 2014).

2.1.2. Palyatif Bakım Temel Bileşenleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımın esaslarını ve içeriğini tanımlamıştır(WHO, 2018).

Palyatif bakım temel bileşenleri;

■ **Hasta popülasyonu:** Palyatif bakım uzun seyirli hastalıklar ya da travma nedeniyle yaşam kalitesi düşen ve bakıma ihtiyaç duyan tüm yaş gruplarında yer alan hastalara hizmet verir.

■ **Hasta ve aile merkezli bakım:** Her hasta ve ailesine özgü bakım verilmeli ve bakıma hasta ve ailesinin katılımı sağlanmalıdır. Hasta karar verme kapasitesi yeterli olmadığı durumlarda hasta ile ilgili kararların alınmasında aile ile iş birliği oldukça önemlidir. Bakım planı hasta ve aile tercihleri ve hedefleri dikkate alınarak uygulanmalı ve sağlık bakım ekibinden karar verme ile ilgili destek alınmalıdır.

■ **Palyatif bakımın sürekliliği:** Palyatif bakım ideal olarak yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı almakla başlar ve tedavi süreci boyunca, ölüme kadar ve ailenin yas periyodunda içine alacak şekilde devam eder.

■ **Kapsamlı bakım:** Palyatif bakım bireyin ve ailesinin sosyal, spirüel, psikolojik ve fiziksel problemlerini ortadan kaldırılması ve önlenmesi ile acı çekmenin azaltılması için çok boyutlu tanılama yapılmasını gerektirmektedir. Bakım vericiler tedavinin hedefleri ve bakımın devamı için değişen uygulamalar ve durumlarla ilgili hasta ve ailenin ihtiyacını karşılamalıdır. Palyatif bakım hastaya uygun tanılama, planlama, girişimler, izlem ve takip gibi klinik ve düzenli süreç gerektirir.

■ **İnterdisipliner Ekip:** Palyatif bakım belirlenen vakalarda tedavi ve değerlendirme için interdisipliner ekip yaklaşımı gerektirir. Palyatif bakım ekibi belirlenen popülasyona hizmet vermek için gerekli becerilere sahip olmak zorundadır. Palyatif bakım ekibi ihtiyaç duyulan hizmetlere bağlı olarak geniş bir üye katılımına sahip olmalıdır. Palyatif bakım ekip üyeleri tıp, hemşirelik ve sosyal çalışma profesyonelleri temel olmak üzere, doktorlar, hemşire, psikologlar, diyetisyenler, farmakologlar, din görevlisi, yas danışmanları, vaka yöneticileri, fizik/mesleki/sanat/oyun ve müzik terapistleri, eğitimli gönüllüler, evde bakım yardımcıları, gönüllü kuruluşlar gibi geniş katılım kitlesi olabilir.

■ **Acı çekme ve ıstırabı hafifletmek:** Palyatif bakım temel amacı, ağrı ve diğer bulguların yanında hastalık ve tedavisinin sebep olduğu birçok sıkıntının önlenmesi ve ortadan kaldırılmasıdır.

■ **İletişim Yetenekleri:** Palyatif bakım etkili iletişim becerileri gerektirmektedir. Bu beceriler hasta ve ailesinin bakımında bütün bireylerle etkin iletişim sağlama ve tıbbi karar almaya destek olma, amaçların ve kararların belirlenmesi, aktif dinleme ve bilgi paylaşımının etkili ve uygun olması için oldukça önemlidir.

■ **Yas ve ölüm süreci ile ilgili bakım becerisi:** Palyatif bakım ekibi normal olan ve olmayan kayıplar ve yas sürecinde, yaşa göre fiziksel ve psikososyal bulguların yer aldığı, ölüm öncesi, anı ve sonrasında hasta ve ailesinin bakım ve destek gereksinimlerini belirleme, ölümün erken işaretleri ve belirtileri, ölüm seyri hakkında bilinçli olmak durumundadır.

■ **Kurumlar arasında bakımın sürekliliğini sağlama:** Palyatif bakım bütün sağlık hizmet sunum sistemleri (hastane, acil servis, evde bakım, hospisler, toplum ve okul gibi geleneksel olmayan kurumlar) ile ilişki halinde olmalıdır. Palyatif bakım ekibi kurum ve evde bakım ortamları ile palyatif bakımın sürekliliği, koordinasyon ve iletişim sağlamak için bu sağlık bakım ortamlarındaki profesyonel ve informal bakım vericilerle iş birliği yapmalıdırlar. Krizlerin önlenmesi ve gereksiz transferler palyatif bakımın önemli sonuçlarıdır.

■ **Kabul edilmeme adalet/eşitlik:** Palyatif bakım ekibi cinsiyet, ırk, etnik köken, ücret ödeyebilme, kırsal toplum içindeki bütün sağlık bakım ortamlarında, bütün tanı

kategorilerinde, bütün yaş popülasyonuna uygun ilkeler doğrultusunda herkesin ulaşabileceği bir hizmet sunulmalıdır.

■ **Kalite geliştirme:** Palyatif bakım hizmetleri yüksek kalite ve üstün bir hizmet anlayışı ile sunulmalıdır. Kalite gereksinimlerini düzenli bir şekilde tanımlama ve bakım sürecini geçerli araçlar kullanarak sonuçların sistematik olarak değerlendirmesi gerekmektedir.

Palyatif bakım;

- 1) Sürekli- doğru zamanda doğru hastaya ulaşarak
- 2) Hasta merkezli- hasta ve ailenin hedef ve tercihlerine dayalı
- 3) Yararlı ve etkili- istenilen sonuçların bakım süreci ve önemli hasta sonuçları ile birleştirerek kanıtlandırabilme
- 4) Ulaşılabilir ve uygun- ihtiyacı olan ve yarar elde edebilecek bütün bireyler için mevcut olma
- 5) Bilgi ve kanıta dayalı
- 6) Kaynakların etkin kullanılması ve hastanın gerçek ihtiyacını karşılayabilecek şekilde dizayn edilmeli ve yeterli olmalı

Palyatif bakım hizmet planlamasında, hasta ve ailesi için etkili bir hizmet sunmak için sağlık bakım politikalarını oluşturan kurumlar ve sağlık bakım hizmeti sunan organizasyonlar arasında iyi bir koordinasyon olmalıdır. Ayrıca palyatif bakım hizmeti için multidisipliner bir ekip yaklaşımı geliştirerek, ileri evre kanser hastaları ve ailelerinin sağlık bakım gereksinimleri için bir sağlık sistemi oluşturulmalıdır (Guthrie ve ark. 2007; Gade ve ark. 2008; WHO 2007).

2.2. BAKIM VERME

2.2.1. Bakım Verici Tanımı

Bakım verici; hasta bireye fiziksel, sosyal, ekonomik, duygusal yönden destek sağlamaktan sorumlu bireydir. Bakım verici birey, tıbbi tedavi ile psiko-sosyal sağaltım sürecinde bir köprü gibi rol almaktadır (Kuşçu 2000;Karahana ve Güven 2002). TDK'ye göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak açıklanmaktadır (TDK 2018).

Bakım verme, formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde incelenmektedir. Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan ilgili meslek grupları tarafından verilen profesyonel bakımdır (Karahana ve Güven 2002). İnfomal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme, bakım vericinin bir yakınına yardım etme rolünü ve sorumluluğunu üstlenmesidir (Kasuya ve ark. 2000). Uzmanlık gerektirmeyen bakım verme; kişinin beslenmesini sağlama, öz bakım gereksinimlerine yardım etmek, bunların yanı sıra trakeostomi bakımı, PEG'li hastayı besleme gibi ileri düzey ihtiyaçları da kapsar(İnci 2006).

Bakım verme, bakım vericilik bireyler açısından çok yönlü bir deneyimdir. Bakım verme süreci stresli olsa bile, bazen bakım verici tarafından ödül olarak algılanabilmektedir. Bu deneyim sayesinde bireylerin, hastasına olan sevgisi ve samimiyeti, kişisel gelişimi ve iletişim becerileri artabilmekte, bakım verirken doyum sağlayabilmektedir. Bireyler bakım verirken olumlu deneyimler kazanabildiği gibi pek çok güçlükle de karşı karşıya kalabilmektedir (Toseland ve Chapman 2007).

Araştırmada bakım verici tıbbi tedavi ile psiko-sosyal sağaltım sürecinde birleştirici bir unsur görevinde olduğu belirtilmektedir. Bakım verici için bu tanımlamada sadece klinik süreçte bir pozisyonu değil aynı zamanda sosyal çevresi giderek belirlenen bir kimlik halini almaktadır. Kimlerin hangi şartlar altında aile üyeliğinden hasta yakınlığına ve sonrasında bakım vericiliğe geçtikleri ve bu rollerin zaman içindeki değişimleri açıklanması gereken konular arasındadır (Kuşçu 2000).

Yapılan çalışmalarda ve bulgularda bakım vericilerin çoğunluğunun kadın olduğu bulunmuştur (Akın ve Demirel 2003). Stone et al.'ın (Stone ve ark. 1987) yaptığı bir çalışmada, tüm bakım vericilerin %36'sını hastaların eşlerinin oluşturduğu ve bunların %63,9'unun kadın ve %36,1'inin erkek olduğu belirtilmektedir. Kadınların bakım verme işlevinde daha fazla yer almasının nedeni; genellikle toplumlar tarafından ev işlerinin ve aile hayatıyla ilgili özel yaşantıların düzenlenmesinin kadınların doğal işi olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır (Akın ve Demirel 2003).

Diğer bir yandan kadınların kişilik özellikleri nedeni ile merhametli, şefkatli ve duyarlı davranışları, yakın ve güçlü bir iletişim ve ilişki kurabilme yeteneklerinin olması ve erkeklere göre bakım verme halinin zorluklarıyla daha iyi baş edebilmeleri, toplum içerisinde onların bakım verme işlevine uygun görülmesine yol açtığı düşünülmektedir (Bilgili 2000).

2.2.2. Bakım Verme Yüğü

Bakım verme sürecinin bakım vericiler üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya çıkarmaya çalışan araştırmacılar “yük” kavramı üzerinde durmuşlardır. Tanımlamalarda yük; bakım vericilerin rollerini yerine getirirken ortaya çıkan psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması, ekonomik problemler ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama gibi olumsuz nesnel ve öznel belirtiler şeklinde açıklamaktadır (McElroy ve Male 2001).

Sağlık süreçleri birbirinden farklı formal ve informal dinamikleri barındıran karmaşık kişisel deneyimleri bir araya getirmektedir. Hasta-hekim, hasta-hemşire, aile hekim, aile-hemşire, bakım verici-sağlık çalışanı arasındaki ilişkilerin hastalık sürecine olan olası etkileri çok uzun bir süredir sağlığın ilgi alanlarının başında gelmektedir. Bu ilişkiler içerisinde belki de en yoğun biçimde günlük sorun ile gündeme yansıyan aile, hasta yakını ve bakım vericilerin hasta ile yaşadıklarıdır (Kuşçu ve Uzay-Durul 2006).

Bakım sürecinde hastanın eşi, çocukları, kardeşleri, ebeveyni, akrabaları, yakın arkadaşları ve hatta komşuları da bakım verici rolünü üstlenebilmektedirler. “İnformal bakım verici” olarak adlandırılan bu kişilerin, profesyonel ekiple iş birliği içinde, hastanın semptomları ve tedavinin yan etkileri ile başa çıkmada katkıları olmaktadır (Kuşçu ve Uzay-Durul 2006). Bu kişiler hem hastanede hem de evde hastaya kişisel bakım sağlama, hastanın gündelik ev işlerini üstlenme, hastaya ulaşımında yardımcı olma veya hastane işlerini (örneğin bürokratik işlemleri) yürütme gibi sorumluluklar almaktadırlar (Emanuel ve ark. 1999). Bu kişiler ayrıca, hastalığın ve tedavinin zorlukları karşısında hastanın duygusal ve sosyal destek kaynaklarının başında gelmektedirler (Kuşçu ve Uzay-Durul 2006).

Bakım vericilik rolü fiziksel, emosyonel ve finansal yönden sıkıntı/stres yaratan bir durumdur. Bakım verici rolündeki aile üyesinin yaşadığı zorlanma, bir bütün olarak aileyi de etkilemektedir (Erdemir ve ark. 2003). Bakım vermesi nedeniyle geçimini sağladığı işinden ayrılmak zorunda kalan, hastayı fiziksel olarak rahat ettirmek için çaba sarf eden, hayatının neredeyse tamamını yakınındaki hastaya göre belirlemek zorunda kalan aile bireyleri olabilmektedir (Erdem 2005). Ailenin bakım sunma sorumluluğu arttıkça bu tek taraflı bağımlı bir değişken olup kişi için bunaltıcı bir zorlanmaya dönüşmektedir. Bakım görevleri ne kadar kısıtlayıcı ise, yük o kadar çok olabilmektedir. Hastayı besleme ve yıkama gibi kişisel görevler, alışverişe gitme gibi kişisel olmayan görevlerden daha güç ve zahmetli olarak adlandırılmaktadır (Uğur 2006.).

Bakım verme yükü özellikle primer bakım vericileri daha çok etkileyebilmektedir. Birincil bakım verici, hastanın her gün düzenli olarak esas bakımını sağlayan kişi olabileceği gibi bakımı sağlayacak düzenlemeyi yapan, bakım işini düzenleyen ve bu düzenin işlemlerinden sorumlu olan kişi de olabilmektedir. Bu görev bakıcıların yaşamlarını fizyolojik ve emosyonel bakımdan tümüyle zorlayan bir süreçtir (Yılmaz ve Turan 2007). Yapılan bir çalışmada, bakım verme güçlüklerine ek olarak kızgınlık, kaygı, suçluluk gibi duygusal sıkıntıların da yaşandığı belirtilmektedir (Brewer 2001).

Ailenin bakım sürecinde uyum sağlayamadığı ve aile içi çekişmelerin olduğu durumlarda aile bireyleri arasında, bakım verme kararından memnuniyetsizlik ve

bundan dolayı da bakım vericilerde daha çok depresif belirti görülebilmektedir (Kuşçu ve Uzay-Dural 2006). Kim ve ark. bakım verme zorluğu yaşamadığını belirten bakım vericilerin daha az depresif semptom gösterdiğini belirtmişlerdir. Endişeli, sinirli ve güvensiz kişilik yapısına sahip veya kişilerarası ilişkilerde yetersiz olduğunu düşünen bakım vericilerin yeterli sosyal destek alamadıkları ve bakım vermede güçlük yaşadıkları belirtilmiştir. Bu kişilerde ayrıca daha fazla depresyon belirtileri rapor edilmiştir (Kim ve ark. 2005).

Fiziksel ya da ruhsal rahatsızlığı bulunan kadın bakım vericilerin, destek ağlarının kısıtlı olduğu ve kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadıkları durumlarda, daha yoğun sıkıntılar yaşadığı belirtilmiştir (Pitceathly ve Maguire 2003). Aile ve sosyal destek ağının geniş ve yeterli olduğunu düşünen bakım vericilerin (destek ağının dar ve yetersiz olduğunu veya destek ağının olmadığını düşünenlere göre) bakım sürecindeki sıkıntılar ve zorluklar karşısında daha iyi başa çıkabildiği ve daha az fiziksel problemleri olduğu belirtilmiştir (Kurtz ve ark. 2004).

2.2.3. Bakım Verici Bireylerin Gereksinimleri

Kronik hastalığa sahip olanların bakımı ve karmaşık tedavileri, bakım verici bireylerin katılımını gerektirmektedir. Bakım verici aile bireylerinin çoğu, uzun dönem bakımı sağlamak için gerekli bilgiye sahip değildir, bu nedenle kendilerini güvensiz ve hazırlıksız hissedebilmektedir. Bakım vericilerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda sağlık ekibinden alacakları rehberlikle bakım verme rollerini gerçekleştirmelerinin sağlanması, bireylerin sıkıntı yaşamalarını azaltabileceği belirtilmektedir (Sherwood ve ark. 2005).

Araştırmalarda bakım verici bireyin hastasına vereceği bakımın durumuna ilişkin bilgi ihtiyacı olduğu belirtilmektedir. Bu ihtiyaç; hastalığa ilişkin bilgi, hastanın öz bakım ihtiyacı, hastasının emosyonel durumu, beklenen semptomların ne olduğu, neden ortaya çıktığı ve nasıl kontrol edileceği, tedavi düzeni, gelecekteki durumu, ev işleri ve düzeni, toplumsal ve mali kaynaklar gibi birçok konuyu kapsayabilmektedir. Ayrıca bakım vericinin hastanın taşınması, hastalık sürecinin takibi ve oluşan semptomların rapor edilmesi, kişisel bakımının (banyo, yürüme,

giyinme gibi), beslenmenin ve koordinasyonun (randevu alma ve doktoru arama) sağlanması ve finansal desteğin verilmesi konularını nasıl yapılandıracağı ve kontrol edeceğine yönelik yardım gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Given ve ark. 2001).

2.2.4. Bakım Vermenin Bakım Verici Birey Üzerindeki Etkileri ve Karşılaşılan Güçlükler

Bakım verme, bakım vericinin bedensel ve ruhsal halini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bakım alan bireyin sürekli ihtiyaçları nedeniyle bakım vericilerde, yorgunluk, bitkinlik gibi fiziksel problemler görülebilmektedir. Yapılan bir araştırmada, bakım vericilerin %60,6'sı bakım vermeden dolayı kendilerine zaman ayıramadıklarını, %78,8'i kendilerini yorgun hissettiklerini, %84,9'u hasta ile iletişimde güçlükler yaşadıklarını, %56,9'u ise ekonomik güçlükler yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (Larsen 1998). Fiziksel yorgunluk ve bakım vericinin sağlığının kötüleşmesinin devamı halinde bu durum bireylerde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal semptomlarının görülmesine neden olabilmektedir (Beaudreau ve ark. 2008; Gayomali ve ark. 2008). Bakım verme sürecinin ortaya çıkardığı olumsuz sonuçlardan biri olan depresyon, bakım vericilerin yaşam kalitelerini düşürmekte ve işlevsel olarak kötüleşmeye neden olmaktadır (Sherwood ve ark. 2005; McPherson 2007; Gayomali ve ark.2008).

Fiziksel güçlükler: Bakım verme sorumluluğu nedeniyle, bireylerde düzensiz yemek yemeye bağlı sindirim ve iştahta değişim, ülser, baş ağrısı gibi somatik şikayetlerde artma, diyabet, hipertansiyon, bağışıklık sisteminde gerileme görülebilir. Bakım vericilerde yorgunluk en sık bildirilen yakınma nedenidir. Bakım alan bireyin gereksinimlerinin fazlalığı sonucu kronik yorgunluk, kilo kaybı, uyku kalitesinde bozulma, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, dış görünümde dağınıklık ve kendi bakımına yeterli zaman ayıramama, bakım verici aile üyelerinin sıklıkla yaşadığı fiziksel güçlüklerdir (İnci 2006).

Duygusal güçlükler: Bakım verme sorumluluğu ve rolü gereği aile üyeleri kendilerini hastaların kaygılarıyla ve acılarıyla uğraşmaya adanmak zorunda

hissedebilirler. Bu durum bakım vericilerin üstlendikleri sorumluluk hissi sebebiyle kendilerinin doyumlu bir yaşam sürdürebilmeleri için gerekli ihtiyaçlarını ertelemelerine neden olabilir (Gülseren 2002; Sales 2003). Bunun sonucunda bakım verici bireyin kendi yaşamından fedakârlık etmesi ve bunun uzun sürmesi huzursuzluk, gerginlik, kızgınlık, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, problem çözmede zorlanma gibi duygusal güçlükler yaşamasına neden olur (Bademli ve Duman 2013).

Bakım rolünü üstlenen aile üyeleri kendi hayatları üzerindeki kontrol duygusunu kaybettikleri düşüncesi ile güçsüzlük, beklentileri karşılamada başarısızlık sebebiyle de suçluluk duygusu hissedebilirler. Hayal kırıklığı, hastalığın sebebi olduğunu düşünerek kendini suçlama, keder, yardımsızlık, umutsuzluk, bitmeyen yas süreci yaşanan diğer duygusal güçlükler arasındadır (Chou 2000; Gülseren 2002; Awad ve Voruganti 2008).

Bakım vericilerin yaşadıkları zorlukların/güçlüklerin tükenmişlik durumları ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtilmektedir (O'brien 2000).

Sosyal Güçlükler: Uzun seyirli hastalığı olan bireye bakım verme, sosyal ve kişilerarası sorunları ortaya çıkarmaktadır. Bakım vericiler yaşamlarını genellikle sevdiği kişilerin ihtiyaçları doğrultusunda düzenleyebilmektedir, ancak aile fertleri tarafından da böyle bir düzenleme ve planlama yapması beklenmektedir (Feest 2007). Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden fedakârlık eden birincil bakım vericinin eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, bu nedenle bu bireylerde sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve sosyal izolasyon olasılığı artmaktadır (Kasuya ve ark. 2000; Toseland ve ark. 2001).

Ekonomik ve İş Yaşamında Karşılaştıkları Güçlükler: Sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masraflar, iş saati sürelerinin azaltılması ya da işten çıkarılma gibi durumlar en sık karşılaşılan güçlükler arasında yer almaktadır. Bakım verme nedeniyle işlerini ayarlamak zorunda kalan bireyler daha çok zorlanma yaşadıklarını ifade ederken, çalışma ve emekliliğin yararlarından, kişisel doyumdan ve kazançtan vazgeçmek zorunda kalabilmektedir (Toseland ve ark. 2001; Saunders 2008).

Bakım Vericilere Ait Etmenler

Bakım vericinin yaşı:Bakım vericinin yaşı arttıkça algılanan yükün arttığına dair bilgiler bulunmaktadır. Yaşın artması deneyimlerin artmasına neden olmakla birlikte bireylerin tükenmişlik yaşamasına da neden olabilir (Arguvanlı ve Taşcı 2013).

Bakım vericinin cinsiyeti: Yapılan çalışmalarda hastaların bakımından primer sorumluluk üstlenen kişilerin genellikle kadın olduğu ve bu durumun daha fazla yükü bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Çoğunlukla bu kadınlar hastanın annesi, kız kardeşi ya da eşidir. Bu yüzden daha genç ve daha iyi sağlık düzeyine sahip olan kadınlar bakım vericilerdir (Hoffmann ve Mitchell 1998).

Bakım vericinin hastaya yakınlığı: Hasta ile hastanın bakımını alan birey arasındaki bağ, bakım sorumluluğunu alan kişinin yük düzeyini doğrudan etkilemektedir (Östman ve Hansson 2004).

Bakım vericinin anne, baba ya da eş olmasının duygusal aşırı düşkünlüğe (over-involvement) ve daha fazla stres ve üzüntü yaşamaya neden olduğu belirtilmektedir (Karancı 1997). Brodaty'nin bildirdiğine göre, bakım verici ve hasta arasındaki bağ ve yakınlık ilişkisi doğrudan tükenmişliği etkilemekte ve bu durum dolaylı olarak hastaya yansımaktadır. Bakım vericinin sıkıntısı ve hastasıyla arasındaki ilişkinin kalitesi hastalık semptomlarının ortaya çıkışını etkilemektedir (Atagün ve ark. 2011).

Sosyoekonomik durum: Ekonomik durum ve para gelir düzeyi ailenin iyi olma algısında oldukça önemlidir. Gelir durumunun kötü olması, sosyal güvencenin olmaması gibi durumlar bireyin gerektiğinde sorunlarını çözmede kullanabileceği yolları sınırlayabilen faktörler olabileceği için, bakım yükünün artmasının ve bakım vericilerin ruh sağlığının etkilenmesinin nedeni de olabilir (Nasr ve Kausar 2009; Arguvanlı ve Taşcı 2013).

Bakım vericinin eğitim düzeyi: Hasta yakınlarının eğitim seviyesinin de bakım yükünü etkileyen faktörler arasında olduğu bildirilmektedir. Bakım vericinin eğitim seviyesi düştükçe bakım yükünün arttığını belirten çalışmalar vardır (Aydın ve ark. 2009; Ak ve ark. 2012).

Sağlık: Sağlık durumu kötü olan bakım verici kişilerin sağlıklı bakım vericilerden daha fazla yük algısına sahip oldukları bildirilmektedir. İnsanlar sağlık durumları iyi oldukça ilişkili bir şekilde yaşam kalitesini de iyi olarak algılamaktadır. Aynı zamanda sağlanan bakım sırasında bakım vericinin zaman ve enerji harcaması sebebiyle yaşam kalitesinde azalma olduğu bildirilmektedir (Chou 2000; Gülseren ve ark. 2010; Arslantaş ve Adana 2011).

Bakım vermedeki bağlılık: Bakım verme sırasında harcanan zaman ve enerji ve bakım vericinin bakım verme ile ilgili sorumluluk ve yapacakları burada önemlidir. Bakım yükü ile bakım için harcanan zaman ve bakım vericinin görev içeriği arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmektedir (Sales 2003).

Sosyal destek durumu: Bakım yükü yaşayan bireylerin bu yükü baş etmelerinde çevrelerinden aldıkları sosyal destek önemlidir. Sosyal destek; maddi destek, manevi destek, duygusal destek ve olumlu etkileşim bileşenlerinden oluşmaktadır. Bu desteği bakım yükü yaşayanlar aile, arkadaş ve diğer sosyal çevrelerindeki kişilerden alabilmektedirler (Magliano ve ark. 2002).

Özellikle duygusal desteğin, bireylerin psikolojik sağlığı ile yakından ilgili olduğu kabul edilmektedir. Duygusal destek içeren davranışlar bireyin çevresi tarafından sevildiği, anlaşıldığı önemsendiği duygularını uyandırır.

Bilgilendirme desteği ise bireye kişisel ve çevresel sorunlarla ilgili olarak bilgi verme, rehberlik etme gibi davranışları kapsar. Birey öncesinde böyle bir durumla karşılaşmadığı için sorunu çözmekte yetersiz kalabilir ve stres yaşayabilir. Bu durumda sosyal çevre bireyin daha önceden dikkatini çekmemiş, sorunu anlayıp, çözmeye yardımcı olacak nitelikte davranışlar ve baş etmesi için yeni, farklı çözüm yolları önererek bilgisel destek sağlayabilir.

Sosyal desteğin bilgiye ulaşma, problemi çözebilme ve baş etme, dayanışma ve normallik duygularını destekleme gibi yararlı pek çok işlevi bulunmaktadır (Tel ve ark. 2010).

Yükümlülük ve sorumluluk hissi: Bakım vericinin sorumluluk duygusu onların sürekli bakım vermeleri sosyal aktivitelerinin azalmasına neden olabilir. Bakım verici anne ve babalar çocuklarının iyilik düzeyi hakkında endişelenerek kendi

hoşlandıkları eylemleri kısıtlayabilirler ve bu nedenle sosyal aktivitelerine devam etmemeyi tercih edebilirler (Chou 2000). Bu durum bakım verici bireyin yük algısında etkili olmaktadır.

Duygusal yakınlık, karşılıklı ilişki ve aile ilişkileri: Yapılan çalışmalarda bu üç özelliğin yükün algılanması açısından önemli olduğu, aile içi olumlu ve sağlıklı ilişkinin yük algısını azalttığı belirtilmektedir. Güçlü aile bağları ve sosyal desteğin arttığı durumlarda bakım vericinin yükünün azalttığı bildirilmiştir (Chou 2000).

Bakım vericinin baş etme yeteneği: Bakım verici bireylerin bakım verme sürecinde kullandıkları baş etme yöntemlerinin bakım vermenin başarısı ve yük düzeyi üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir.

Araştırmalarda bakım vericilerin hasta ile daha fazla zaman geçirmesi, hastanın bakımını doğrudan üstlenmek için sosyal etkinliklerden uzaklaşma, madde kötüye kullanımı, sorunu yok sayma, hastaya karşı saldırgan davranışlar sergileme, hastanın bağımsızlığını engelleyecek düzeyde aşırı koruyucu davranışlar sergileme, tıp dışı yöntemlere başvurma, ağlama, çaresiz, kaderci ve boyun eğici (duyguya odaklı) yaklaşım sergileme gibi başa çıkmada işlevsel olmayan yollara başvurdıklarına dikkat çekilmektedir. Hastaya ve hastalığın belirtilerine karşı ailede aşırı duyu dışavurumu olmasının relaps oranlarını arttırdığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır.

Baş etme yöntemi olarak inkâr yerine hastalığı kabul edip, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı gibi uyum sağlayıcı (probleme odaklı) teknikleri kullananlarda depresyonun ve fiziksel sağlık sorunlarının daha az görüldüğü belirtilmektedir (Dülgerler 2004).

Psikolojik Faktörler:Bakım verici bireyin memnuniyet algısı (caregiver satisfaction), hem bakıma hem de bakım verici deneyimine pozitif etkiler sağlayarak istenilir, olumlu yaklaşımların kazanılmasına katkıda bulunur (Hunt 2003; Pinqart ve Sorensen 2004).

Kişilik faktörleri: Çoğu araştırma, hastalık sırasında acı çeken yakınlarına bakım verici bireylerin cesareti üzerine odaklanmıştır. Bakım vericinin cesareti, sosyal desteğin kullanımının artmasında ve bakım vericinin yükünün azalmasında etkilidir (Chou 2000).

Etnik köken ve kültürel farklar: Bakım yükü algısı ve bakım yükü konuları duygunun dışa aktarımı etnik kültürlerden etkilenmektedir (Arslantaş ve ark. 2011).

Dini başa çıkma düzeneklerinin daha fazla kullanılmasının, sosyal desteğin, evlatların anne babaya bakma zorunluluğuna olan inancının daha güçlü olmasının ve geleneksel tıbbı olan inancın ortaya çıkan farklılıklarda etkili olabileceği bildirilmektedir (Schulze ve Rössler 2006).

2.2.5. Bakım Verici Aile Bireylerinin Bakım Yükünü Azaltmada Hemşirenin Rolü

Hemşire hasta bireye olduğu kadar sağlıklı bireye de yaşamın tüm zamanlarında bakım verme görevini yerine getirmektedir. Bakım verme işlemi hemşirenin bağımsız uyguladığı geleneksel rollerindedir ve bu yüzden çağdaş mesleki rolleri içinde hala önemini korumaktadır (Yıldız 2003). Bakım ihtiyaçlarının olduğu bir durumda hemşire bakım verme rolünü üstlenirken birey, aile ya da toplumu bütüncül olarak görmektedir. Bu sebeple hemşire, bireyin hem fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına yönelik yaklaşımlarında olduğu kadar hastaya bakım verici bireyinde iyilik halini değerlendirmesi oldukça önemlidir. Çünkü bakım vericinin iyilik hali doğrudan ya da dolaylı olarak hastasında iyilik halini etkilemektedir. Bakım vericinin problemlerini saptamak üzere veri toplamak, yapılan bakım planlarında hasta, bakım verici ve diğer aile üyelerini bütüncül olarak değerlendirmek, hemşirelik girişimlerinde hasta ve bakım vericinin güvenliğini ön planda tutmak, onlara streslerini azaltmaları, morallerini yükseltmeleri ve güç kazanma yolları bulma konusunda destek olma ve yardım etme hemşirenin profesyonel rolleri ve sorumlulukları arasındadır (Allender ve Spradley 2001).

Bunun yanı sıra hemşire birincil bakım vericinin hastalıkla ilgili bilgi ve beceri tutumunu gözlemlemeli, bakım verme rolü ve hasta bireyin sağlık durumuyla ilgili yaşayabileceği durumların farkında olmasını sağlamalı, bakım vericilerin becerilerine odaklanarak ve bu becerileri geliştirerek olumlu tutum oluşturmaya yardım etmelidir. Bakım vericilerin kendi fizyolojik ve emosyonel durumlarını zora

sokmadan gereksinim duyulan bakımı sağlarken diğere aile üyelerinden de bakım desteğinin sağlanması ve bu sürece dahil edilmesi tükenmişlik yaşamamaları konusunda uygulanabilir bir yöntemdir. (Arpacı ve Arlı 2001).

Öncelikli olarak bakım vericiye vurgulanması gereken durum kendi sağlıklarını ihmal etmemeleri, öz bakımlarına dikkat etmeleri konusudur. Çünkü başkasına bakım vermek isteyen kişi ilk olarak kendi gereksinim ve bakımlarını gidermiş olmalıdır. Bakım vericilerin her türlü fiziksel durumları; iştahta artma ya da azalma, alkol ya da reçete edilmemiş ilaç kullanımı, ruhsal olarak; anksiyete ve üzüntü, uyku düzeninde değişim, kaygı ve depresyon gibi tükenmişlik belirtileri ve bulguları açısından gözlemlenmeli ve kendini bu yönde izlemesi sağlanmalıdır. Bakım verici bireyin sosyal hayatına devam etmesi bakım verme güçlüğü ile baş etmesine yardım edebilecektir (Kasuya ve ark. 2000; Gayomali ve ark. 2008).

2.3. YAŞAM KALİTESİ

DSÖ 1948 yılında, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması hali değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak yani bütüncül iyilik hali durumunda hissetmesi olarak tanımlamıştır. Bu sebeple yaşam kalitesi kavramı, sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. Yaşam kalitesinin önemi birçok araştırmalarda geçmekle beraber tanımı konusunda farklı yorumlar da yapılmıştır (Fries ve Singh 1996; Arslan ve Gökçe-Kutsal 1999). Yaşam kalitesi kavramı dört ana boyutta incelenir (Fırat 2017):

1-Kişisel içsel boyut (kişisel hedefler, değerler, arzular, inançlar, problemlerle baş edebilme vb.)

2-Kişisel sosyal boyut (aile yapısı, iş durumu, gelir durumu, toplumun olanakları vb.)

3- Dışsal doğal çevre boyutu (hava, su kalitesi, çevresel hijyen vb.)

4- Dışsal toplumsal çevre boyutu (sağlık hizmetleri, kültürel, toplumsal olanaklar, sosyal ve dini kurumlar, güvenlik, okul, ulaşım, alışveriş vb.)

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini kavramını; bireyin içinde bulunduğu kültür ve değerler sistemleri dahilinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile bağlantılı yaşamdaki rolünü konumlandırma olarak tanımlamaktadır. Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlarla örülmüş öznel bir değerlendirme olduğunu yansıtmaktadır (Orley ve Kuyken 1994).

Yaşam kalitesinin bir diğer tanımı şöyledir: yaşam koşulları içerisinde kişinin yaşam doyumunu etkileyebilecek fiziksel ruhsal ve toplumsal etkilere verilen tepkileri gösteren bir davranma biçimi kavramıdır. İçinde kültür, değerleri ve yargıları, kişinin konumu ve amaçları bulunur (Ziller 1975; Benner 1985).

Yaşam kalitesinin önem kazandığı konulardan biri kronik hastalıklardır. Tıp konusunda yaşanan ve kişilerin sosyal refah düzeyindeki ilerlemelerin bir sonucu olarak yaşam süresindeki artma ile beraber kronik hastalıklar dönemimizin en büyük sağlık sorunu haline gelmiştir (Bluvol ve Ford-Gilboe 2004). Bakım verici rolünü üstlenen kişiler bakım işlerinin yoğunluğu, bakım zorluğundan doğan güçlükler, sorunlar ve sıkıntılar ile karşılaştıklarında yaşam kaliteleri düşebilmekte, dolayısıyla hastaya yeterli ölçüde fiziksel veya duygusal destek sağlayamayabilmektedirler (Kuşçu ve Uzay-Dural 2006).

Hemşirelerin yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme üzerine üstlendikleri sorumlulukları vardır. Bu sorumlulukları uygularken önce yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen durumların tanımlanması gerekmektedir (Erdem ve Ergüney 2005). Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biri, bireyin sağlığında normalden sapma durumudur. İnsanların sağlıklarında bozulma olduğunda yaşamdan doyum alma durumları bozulabilmektedir (Erdem ve Ergüney 2005; Üstün ve Karadeniz 2006).

Kronik hastalıklar kişilerin günlük aktivitelerini yapamaması, güçsüzlük, hastalık belirtileri, hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. Hemşirenin bu süreçte hastaya yardımcı olma, en çabuk zamanda kişinin kendi bakımını üstlenmesini sağlama, yaşam şekli değişikliğiyle baş etmesine destek verme ve bu süreç içerisinde yaşam doyumunu en üst refaha çıkarma gibi rol ve amaçları vardır (Üstün ve Karadeniz 2006). Hastanın hastalığını kabullenmesi ve bu süreçle baş edip fiziksel yeterliliklerini

kullanabilmeye yönlendirilmesi, kişinin yaşam kalitesini yükseltebilecektir (Karakurt ve Kaşıkçı 2008)

2.4. STRES KAVRAMI ve TANIMI

Günlük hayatta neredeyse herkesin kullandığı bir kavram olan stres, son yıllarda yapılan araştırmaların artmasına rağmen insanın varlığından beri kendini hissettiren bir durumdur. İnsanlar olağan dışı durumla karşılaştıklarında ilk adım olan deneme zorluğu, sonra alışmaya başlama, sonrasında ise ona daha fazla dayanamadığını anlamış olmalıdır (Pektekin 1990; Wachna 1997; Nijboer ve ark. 1999).

Steadman's Medical Dictionary ise stresi:

1. Vücudun normal psikolojik dengesini bozan ve çeşitli olağan dışı durumlara karşı vücudun gösterdiği tepki
2. Dışardan gelen bir etkinin neticesinde vücudun gösterdiği tepki ve direnmedir.
3. Kişide gerilim ve dengesizlik halinin ortaya çıkmasında etkin olan fiziksel veya psikolojik uyarandır, diye tanımlamıştır (Pektekin 1990).

Selye'nin yaygın olarak kullanılan ve benimsenen bir tanıma göre stres, memnuniyet verici olup olmadığına bakılmaksızın, her türlü isteme bedeninin uyum sağlamak için gösterdiği yaygın tepkisidir (Pektekin 1990).

Callista Roy strese verilen tepkilerin; bireyin fizyolojik, psikolojik ihtiyaçlarına ve toplumda üstlendiği role göre değişiklik gösterdiğini ifade etmiştir. Sağlığı tehdit eden faktörlere karşı önlem alma bir yaşam biçimi olmalıdır.

Stresörler, organizmada yapısal ve kimyasal değişikliklere neden olur. Bu değişikliklerin temel nedeni organizmanın:

- Psikolojik
- Fizyolojik
- Sosyo-kültürel

- Entelektüel

- Spirütel- Manevi gereksinimleri arasında dengeyi korumak –homeostazizi korumak içindir. Bir başka ifadeyle gereksinimler karşılanmadığında strese neden olmaktadır (Biro1 ve Akdemir 2005).

2.4.1. Stresin Belirtileri

Yaşanılan büyük problemlerden, günlük yaşam içerisinde karşı karşıya kalınan küçük problemlere kadar görülen herhangi bir şey stres belirtilerinin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir.

a) Fiziksel Belirtiler: Kalp çarpıntısı, nefes darlığı, soğuk ya da sıcak basması, baş ağrısı, mide, bağırsak bozukluğu, mide krampları, sindirim zorluğu, bitkinlik, ellerde titreme, gürültüye, sese karşı duyarlılık, uykusuzluk, aşırı ya da düzensiz uyku, ağrı, gerginlik, kasılma ve eklem ağrıları.

b) Duygusal Belirtiler: Huzursuzluk, gerginlik, sıkıntı, kaygılı olmak, çökkünlük hali, durgunlaşma, karar vermede güçlük, sinirlilik, saldırganlık veya kayıtsızlık, duygusal olma, depresyon

c) Zihinsel Belirtiler: Konsantrasyonda azalma, unutkanlık, kararsızlık, ilgi azalması, zihin karışıklığı, sosyal hayatın azalması, organize olamamak, hesap hatalarının artması, zihinsel durgunluk, karamsar olma. (Pektekin 1990; Kristjanson ve Ashcroft 1994; Cameron ve ark. 2002).

Organizmanın uzun stres yaratan etmenlere karşı geliştirdiği tepkilere “genel uyum sendromu” denir (Akgemci 2001).

Genel Uyum Sendromu kavramını ortaya atan Selye’ye göre ise stres yaratan faktöre karşı birey bir savunma gösterir ve buna “Genel Uyum Sendromu” demektedir. Çünkü vücudun tamamına etki eden stres faktörü, bireyi Genel Uyum Sendromu ile tetkik eder ve Genel Uyum Sendromu üç aşamadan meydana gelir

Alarm Tepkisi: İlk basamaktır ve organizma bozulan dengeye karşı savaş ya da kaç sürecini başlatır. Kalp hızlanır tansiyon yükselir ve yeni duruma karşı organizma mücadele eder.

Direnç Aşaması: Bu mücadelede başarılı olamayan organizma stres faktörüne ve bulunduğu ortama uyum sağlar ya da uyum sağlamış gibi görünür. Bu dönemde vücut daha fazla yorulur, direnç kaybeder ve daha sık hastalanır.

Tükenme Aşaması: Direnç aşaması devam ettikçe metabolizma zaten sınırlı olan enerjisini kaybeder, sırasıyla savaşmak ve uyum sağlamak için harcanan enerji 3. Aşamada başa çıkılmayan stres karşısında denge bozulur. Depresyon ruhsal yıkım, ülser, kronik baş ağrısı, yüksek tansiyon gibi hastalıklara yakalanma riski ortaya çıkar. (Aydın ve İmamoğlu 2001).

Lazarus'un stres ve savunma mekanizmaları modeli Lazarus'un primerde psikolojik olarak temellendirilmiş modelde birey ve çevresi arasındaki bağlantı ve ilişki üzerinde odaklanmaktadır. Lazarus ve Folkman (1984) savunma mekanizmasını bireyin iç ve dış kontrol sistemlerindeki hasardan dolayı ortaya çıkan kognitive ve davranışsal değişimlerin sürekliliği oluşturur. Böylece çaba gösterici, dinamik, öğrenmeye ve üretime yönelik savunma davranışları görülür.

Lazarus'un modeline göre savunma sisteminin 2 ana fonksiyonu vardır. Strese neden olan sorunun belirlenmesi ve emosyonel stres durumunun düzenlenmesi(Baird 1991; Cimprich 1999; Longman ve ark. 1992;Taylor 2003). Lazarus'un teorisinde merkezi oluşturan her durum ve her birey için farklı farklı kognitive değerlendirmeyi içerir. Lazarus ve Folkman(1984) adaptasyon sürecinde 3 ana tip kognitive davranış tanımlanır.

Primer değerlendirme ;bireyin iyi olma durumu ,stres durumunu ya da nötr olma durumunu içerir .

Sekonder değerlendirme ; bireyin duruma özel olarak ne yapabileceği incelenir (örn,savunma ,tercih) yeniden değerlendirme durumu değerlendirilmesi ve yeni bilgi girişi üzerinde temellenir (Longman ve ark. 1992; Kristjanson ve Ashcroft 1994; Pasacreta ve McCorkle 2000). Lazarus'un stres ve savunma teorisinde; birey ve çevresi arasındaki faktörlerin feed-back mekanizmasını sağlar doğal adaptasyon

süreci boyunca stres ve savunma yöntemini etkileyen faktörleri içine alır (Hinds 1985; Taylor 2003; Batlaş ve Batlaş 2004).

2.5. PSİKOEĞİTİM

Psikoeğitim, farmakolojik olmayan bir tedavi stratejisi, hastalık ve tedavisi üzerine verilen sistematik, yapılandırılmış, öğretici bilgi olarak tanımlanmaktadır (Rummel-Kluge ve Kissling 2008). Psikoeğitimde asıl amaç; hastanın ve bakım vericilerinin problemleriyle ve yetersizlikleriyle baş edebilme yeterliliğini geliştirmek ve aileyi güçlendirmektir (Rummel-Kluge ve ark. 2006). Bakım vericilerin (hastalar ve aile üyelerinin) hastalıkla baş etmesini sağlayabilmek için duygusal konuları bilgi ile birleştirmeyi içermektedir (Rummel-Kluge ve Kissling 2008).

Geleneksel diğer tıbbi modeller daha çok hastalığı semptomları ve işlev bozukluğu üzerinde dururken, psikoeğitim; baş edebilme, güçlendirme, sağlık ve işbirliği temelli bütüncü bir temel üzerine kuruludur (Lukens ve Mcfarlane 2004; Ong ve Caron 2008).

Psikoeğitim insan davranışları ve değişikliklerine ait altı teoriye bağlıdır. Bunlar; bilişsel teori, öğrenme teorisi, psikodinamik teori, gelişimsel teori, sosyal destek teorisi, güç teorisi (Walsh 2010).

Klinik ve toplumsal alanda yapılan araştırma neticesinde etkinliği kanıtlanmış; kanıta dayalı uygulamalar arasında yer alan psikoeğitim, günümüzde psikososyal müdahale boyutlarından biri olarak hasta/sağlıklı birey ve aileye yönelik pek çok alanda etkisini gösterebilmektedir (Lukens ve Mcfarlane 2004).

Bazı çalışmalarda psikoeğitim müdahalelerinin tedavi sonrası dönemde distres, anksiyete ve depresyon üzerinde orta vadede, yaşam kalitesinde ise kısa vadede etkili olduğu belirlenmiştir (Faller ve ark. 2013).

Hasta ve ailesi için psikoeğitimin beklenen amaçları şöyle özetlenmektedir;

- * Hastalığın bazı belirtilerini iyileştirmesi,
- * Şizofreninin taşkınlık ya da yoksunluk belirtilerinin ilaçla tedavisinde sürekliliğin sağlanması,
- * Tedavide gelinmiş olan aşamaların sürdürülmesi ve ilerletilmesi,
- * Tedaviye rağmen devam eden taşkınlık ve yoksunluk belirtileriyle baş etmeye yardımcı olması,
- * Hastalık belirtilerinin alevlenmesi açısından uyanık ve tedbirli olunmasının sağlanması,
- * Nüksleri önleme,
- * Hastalıktan ya da hastane yatışlarından kaynaklanan beceri eksikliklerinin giderilmesi, yeni becerilerin kazanılması,
- * Çevreyle uyum sorunu doğuran bazı davranış bozukluklarının denetlenmesinin sağlanması,
- * Hastaya bağımsız yaşama becerilerinin kazandırılması, yakınlarının olmadığı durumlarda da kendi başına işlerini sürdürebilecek yeterlilikte kalmasının sağlanması, gelir getiren ya da sadece uğraş amaçlı olsa bile mutlaka bir iş ya da uğraş içerisinde olmasının sağlanması,
- * Aile yükü ve stresini azaltma,
- * Değişim umudunu arttırma,
- * Hasta, bakım verici ve ailesi için yaşam kalitesini arttırmak için yeni başa çıkma yeteneklerine yardım etme,
- * Kognitif, affektif ve davranış değişiklikleri yapmak,
- * Emosyonel destek sağlamak,
- * Tedavi uyumunu arttırmak (Yurtsever ve ark. 2001; Dülgerler 2004; Gümüş 2006; Swaminath 2009; Şengün ve ark. 2011).

Tel ve Terakye (2000) yaptıkları bir araştırmada, Hasta ve yakınlarına hastanede buldukları süre zamanında ve taburculuk sonrasında iki ay süreyle psikoeğitim uygulanmıştır. Bu uygulamaların neticesinde hasta ve yakınlarının kontrollere kendi istekleri doğrultusunda geldikleri, bakım verici ve ailelerin bakım veme zorluklarının azaldığı, kronik belirtileri etkin olarak yönettikleri ve stresle baş etme konusundaki olumlu ve olumsuz baş etme yaklaşımlarını beraber kullandıkları saptanmıştır.

Gezgin ve arkadaşları (2010), yaygın anksiyete bozukluğu olan 30 kontrol ve 30 deney grubu hastalarla yaptıkları çalışmalarında deney grubuna verilen psikoeğitimin bireylerin ilaca devam etme durumlarını arttırdığını, ilacı bırakmalarını engellemeye yardımcı olduğunu ve durumluk- sürekli anksiyete düzeylerini düşürdüğünü tespit etmişlerdir.

Harkin (2009) bipolar affektif bozukluğu olan hastalara tedaviye uyumu arttırmak için psikoeğitim uygulamış deney grubu hastaların tedaviye uyumunun arttığını tespit etmiştir.

Psikiyatri hemşireleri kişinin ve ailenin psikososyal bakım ihtiyaçlarını saptama ve bu yönde psikoeğitimsel girişimleri belirleme ve uygulama konusunda etkin bir göreve sahiptirler. Çağımızda kanıta dayalı hemşirelik girişimlerinin önemli olması sebebiyle, hemşirelerin bağımsız rolleri içerisinde yer alan kanıta dayalı psikoeğitim uygulaması, tartışılması ve yaygınlaşması oldukça önemlidir. Hemşireliğin temel noktasını oluşturan hasta ve ailesinin biyopsikososyal bir bütünlük halinde olması ancak psikoeğitim yoluyla gerçekleştirilebilir (şengün ve ark. 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE HİPOTEZLERİ

Araştırma, ön test son test deseninde yarı deneysel bir araştırma olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın hipotezleri ise şunlardır:

H1: Psikoğitimin palyatif bakım vericilerin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi bulunmaktadır.

H2:Psikoğitimin palyatif bakım vericilerin stresle baş etme üzerine olumlu etkisi bulunmaktadır.

H3: Stresle baş etme ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki vardır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Araştırma; etik kurul onayı ile Manisa Devlet Hastanesinden yazılı izin alındıktan sonra Manisa Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde Şubat 2017-Ağustos 2018 süre aralığında yürütülmüştür. Araştırmanın ayrıntılı zamanlaması Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Alt Boyutlar	Şu17	Ma17	Ni17	Ek17	Ka17	Ar17	Ağ18
Literatür incelemesi	√						
Arş. konusunun belirlenm.		√					
Tez önerisinin hazırlanması		√					
Soru formlarının hazırl.			√				
Etik Kur. onayının alınması			√				
Arş. verilerinin toplanması			√	√			
Verileri analizi					√		
Tez raporunun yazımı						√	√

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini, Manisa Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde altı aylık süre içerisinde takip edilen hasta yakınları (N=40) oluşturmuştur. Araştırma, örneklem seçimine gidilmeden evrenin tümü üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme sınırlılıkları1)18-65 yaş arasında bulunma, 2) iş birliğine açık olma, 3) hastaya en az yedi hafta süreli refakat etmedir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmanın verileri, yapılandırılmış özellikteki anket aracılığıyla araştırmacı tarafından yüz yüze yöntemle toplanmıştır. Anket, 3 bölümden oluşmuştur:

- 1) Bakım Verici Tanıtım Formu
- 2) Yaşam Kalitesi Formu (SF-36)
- 3) Stresle Baş Etme Ölçeği

3.4.1. Bakım Verici Tanıtım Formu

Bakım Verici Tanıtım Formu araştırmacı tarafından hazırlanmış olup formda bakım vericiye aitsosyodemografik özelliklere ait sorular bakım verdiği hastayla ilgili sorular ve bakım vericilikte almış olduğu destekle ilgili olmak üzere toplam 16 soru yer almıştır (Ek-1).

3.4.2. Yaşam Kalitesi Formu (SF-36)

Yaşam Kalitesi Formu (SF-36) bireylerin yaşam kaliteleri hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla Sullivan ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilmiş ve Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından 1999 yılında Türkçe'ye çevrilmiştir (Ek-2).

Ölçek sekiz alt boyutta yer alan toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve bunlara ilişkin madde yapısı Tablo 3.2'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Yaşam Kalitesi Formu Alt Boyutları ve Madde Yapısı

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Maddeler
Ağrı (A)	2	21, 22
Fiziksel Fonksiyon (FF)	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Sosyal İşlevsellik (Sİ)	2	20, 32
Fiziksel Rol Güçlüğü (FRG)	4	13, 14, 15, 16
Genel Sağlık Algısı (GSA)	6	1, 2, 33, 34, 35, 36
Ruhsal Sağlık (RS)	5	24, 25, 26, 28, 30
Duygusal Rol Güçlüğü (DRG)	3	17, 18, 19
Enerji (Canlılık) (E)	4	23, 27, 29, 31
Fiziksel Sağlık Durumu*	22	FF+FRG+GSA+A
Zihinsel Sağlık Durumu*	14	DRG+Sİ+E+RS
Yaşam Kalitesi	36	Maddelerin Tamamı

Ölçek maddeleri 2, 3, 5 ve 6'lı likert tipi yanıtlar ile cevaplandırılmaktadır. Verilen bu cevaplar puanlama aşamasında yaşam kalitesi bakımından en olumlu cevap daha yüksek puan alacak biçimde %0-100 arasındaki oranlara dönüştürülmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin genel ve alt

boyutlardaki yaşam kalitesi yükselmektedir. Tablo 3.3'te ölçek maddelerinin puanlama şekli detaylı olarak verilmiştir.

Çalışmamızda, Yaşam Kalitesi Formu'nun geçerlik ve güvenilirliğini tespit etmek için analizler yapılmıştır. Geçerliği tespit etmek için yapılan faktör analizi sonucunda Form'un toplam varyansın %84,03'ünü açıkladığı ve 8 faktör altında toplandığı görülmüştür. Dolayısıyla, toplam varyansın %50'sinden fazlasının açıklanmasından dolayı Yaşam Kalitesi Formu geçerlik şartını sağlamıştır (Büyüköztürk 2011, 168).

Tablo 3.3. Yaşam Kalitesi Formu Maddelerinin Puanlanması

SN*	a**	b	c	d	e	SN	a	b	c	d	e	f
1	100	75	50	25	0	19	0	100				
2	100	75	50	25	0	20	100	75	50	25	0	
3	0	50	100			21	100	80	60	40	20	0
4	0	50	100			22	100	75	50	25	0	
5	0	50	100			23	100	80	60	40	20	0
6	0	50	100			24	0	20	40	60	80	100
7	0	50	100			25	0	20	40	60	80	100
8	0	50	100			26	100	80	60	40	20	0
9	0	50	100			27	100	80	60	40	20	0
10	0	50	100			28	0	20	40	60	80	100
11	0	50	100			29	0	20	40	60	80	100
12	0	50	100			30	100	80	60	40	20	0
13	0	100				31	0	20	40	60	80	100
14	0	100				32	0	25	50	75	100	
15	0	100				33	0	25	50	75	100	
16	0	100				34	100	75	50	25	0	
17	0	100				35	0	25	50	75	100	
18	0	100				36	100	75	50	25	0	

* Orijinal halinde 1, 2, 3a, 3b, 4a, 4b ... şeklinde numaralandırılmış olan ölçek maddeleri (SN: Soru Numarası) puanlamada kolaylık sağlaması için sırasıyla 1-36 arasında numaralandırılmaktadır.

** Her bir sorudaki seçenekler baştan başlayarak a, b, c ... şeklinde kodlanmıştır.

Yaşam Kalitesi Formu'nun güvenilirliği üzerinde Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından kapsamlı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayıları alt boyutların tamamı için ayrı ayrı hesaplanmış ve 0,73-0,76 arasında bulunmuştur. Ancak çalışmamızda da Yaşam Kalitesi Formu'nun güvenilirliğini belirlemek için Cronbach alfa analizi uygulanmış ve güvenilirlik katsayısı 0,955 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla, bulunan katsayı 0,70'ten büyük olduğu için güvenilirlik şartı da sağlanmıştır (Büyüköztürk 2011, 171).

3.4.3. Stresle Baş Etme Ölçeği

Stresle Baş Etme Ölçeği (SBÖ) bireylerin stresle baş etme düzeylerini tespit etmek amacıyla Folkman ve Lazarus (1980) tarafından Başa Çıkma Yolları Envanteri (Ways of Coping Inventory) adıyla 1980 yılında geliştirilmiş ve Şahin ve Durak(1995) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Ek-3).

Ölçek 5 alt boyutta yer alan toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Ancak, çalışmamızda geçerlik ve güvenilirlik şartlarını sağlamadığı için 11, 15 ve 27. maddeler olmak üzere toplam 3 madde ölçekten çıkarılmıştır. Dolayısıyla, çalışmamızda 27 madde kullanılmıştır. Bu haliyle, ölçeğin alt boyutları ve bunlara ilişkin madde yapısı Tablo 3.5'te verilmiştir.

Tablo 3.4. Stresle Baş Etme Ölçeği Alt Boyutları ve Madde Yapısı

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Maddeler
Sosyal Destek Arama	4	1*, 9*, 29, 30
Kendine Güvenli Yaklaşım	7	8, 10, 14, 16, 20, 23, 26
İyimser Yaklaşım	5	2, 4, 6, 12, 18
Boyun Eğici Yaklaşım	5	5, 13, 17, 21, 24

Çaresiz Yaklaşım	6	3, 7, 19, 22, 25,29
Stresle Baş Etme	27	Maddelerin Tamamı

* Puanlama yapılırken ters kodlanmaktadır.

Ölçek maddeleri %0, %30, %70 ve %100 şeklindeki 4'lü likert tipi yanıtlar ile cevaplandırılmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin genel ve alt boyutlardaki stresle baş etme düzeyi yükselmektedir. Puanlama yapılırken 1 ve 9. sorularda (1→4, 4→1 şeklinde) ters kodlama yapılmaktadır.

Ayrıca çalışmamızda, Stresle Baş Etme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğini tespit etmek için analizler yapılmıştır. Geçerliği tespit etmek için yapılan faktör analizi sonucunda Form'un toplam varyansın %60,62'sini açıkladığı ve 5 faktör altında toplandığı görülmüştür. Dolayısıyla Stresle Baş Etme Ölçeği, toplam varyansın %50'sinden fazlasının açıklanmasından dolayı geçerlik şartını sağlamıştır (Büyüköztürk 2011, 168).

Ayrıca, Yaşam Kalitesi Formu'nun güvenilirliğini belirlemek için Cronbach alfa analizi uygulanmış ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,712 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla, bulunan katsayı 0,70'ten büyük olduğu için güvenilirlik şartı da sağlanmıştır (Büyüköztürk 2011, 171).

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişken: Bireylerin sosyo-demografik özellikleri, hastalığa ilişkin özellikler, Psiko eğitim programının etkisi.

Bağımlı Değişken: Araştırmanın bağımlı değişkeni kapsamında hastaların Psiko eğitim uygulanmasının öncesi ve sonrası Stres ile Başa Çıkma ve Yaşam Kalitesi ölçüm puanlarıdır.

3.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından araştırmanın yapıldığı tarihlerde anket formu doldurmayı kabul eden bakım vericilere, gerekli açıklamalar yapıp sözel ve yazılı izin alındıktan sonra anket yöntemi aracılığıyla dolduruldu.

Psikoeğitim grubu oluşturulduktan sonra ilk oturum tanışma oturumu olup Palyatif Bakım Ünitesinin çok amaçlı salonunda yapılmıştır. Psikoeğitim programının amacı ve genel yapısının tanıtımı yapılarak başlamıştır. Her bakım vericiye uzman görüşü onayı alınarak oluşturulan psikoeğitim kitapçığı verildi. İkinci oturumdan itibaren her bakım vericiye özel eğitim verilmiştir.

Bakım vericilere palyatif bakımın tanıtımı, amacı anlatılmış bakım verdikleri hastaların hastalıklarına dair bilgilendirme yapılmıştır. Kalan 5 haftalık süreçte tüm bakım vericilere; fizyolojik gereksinimlerinin karşılanması gerekliliği ve önemi, olumlu benlik gelişiminin sağlanması, sosyal rolleri yerine getirmenin önemi ve birbirine bağlılık kavramları, stres ve baş etme yöntemleri ile ilgili fiziksel ve zihinsel alıştırmalar (sağlıklı beslenme, spor, nefes egzersizleri vs.) ile ilgili eğitim verilmiştir (Ek-7).

Program yedi hafta boyunca haftada bir 40-60 dakika süren oturumlardan oluşmuştur. Son oturumda ise verilen eğitimlerin stresle baş etme ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin sözel değerlendirilmesi yapılarak son test uygulanıp oturum kapatılmıştır.

3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri (aritmetik ortalama, medyan, mod, standart sapma, vb.) ile ilişkili örneklemeler nonparametrik Mann Whitney U ve Paired Sample (ilişkili örneklemeler) t testi kullanılmıştır. Bu amaçla, SPSS 24.0 paket programından faydalanılmıştır.

Nonparametrik bir yöntem olan ilişkili örneklemeler Mann Whitney U ve Paired Sample t testine başvurulmasının nedeni verilerin ön test – son test şeklinde toplanmış olması ve normal dağılım göstermesidir. Yapılan normallik testleri sonucunda verilere ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin $\pm 1,50$ aralığında olmasından dolayı normal dağılım bulunduğu kabul edilmiştir. Çünkü Tabachnick ve Fidell'e (2013) göre çarpıklık ve basıklık değerlerinin $\pm 1,50$ aralığında olması normal

dağılım olduğu şeklinde yorumlanmalıdır. Ayrıca, veriler $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın verileri Manisa Devlet Hastanesinde toplandı. Bu nedenle araştırmanın sonuçları Manisa Devlet Hastanesi 18-65 yaş arası, işbirliğine açık ve hastaya en az yedi hafta süreli bakım verici palyatif bakım vericiler ile sınırlıdır. Ayrıca araştırmanın verileri SF-36 ve Stresle Baş Etme ölçeğinin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırma için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu 26/04/2017 tarihli ve 20.478.486 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek-4). Manisa Devlet Hastanesinden 20.478.486 sayılı yazılı izinler alındı(Ek-5). Ayrıca bakım vericilerden da bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alındı (Ek-6). 2018-008 nolu Celal Bayar Üniversitesi BAP biriminden destek almıştır.

4. BULGULAR

4.1. BAKIM VERİCİLERE İLİŞKİN BULGULAR

Psikoeğitimin palyatif bakım vericilerin stresle baş etme ve yaşam kalitesi üzerine etkisini tespit etmek amacıyla yapılan bu çalışmaya 21'i kadın (%52,5) ve 19'u erkek (%47,5) olmak üzere toplam 40 palyatif bakım verici katılmıştır. Bakım vericilerin cinsiyet, yaş ve öğrenim durumu ile ilgili bilgiler Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Bakım Vericilerin Cinsiyet, Yaş, Öğrenim Durumu, Yaşadığı Yer ve Birlikte Yaşadığı Kişi Bilgileri

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	21	52,5
	Erkek	19	47,5
Yaş	18-25 Yaş	0	0,0
	26-32 Yaş	11	27,5
	33-39 Yaş	14	35,0
	40+ Yaş	15	37,5
Öğrenim Durumu	Okuma Yazma Bilmeyen	0	0,0
	İlkokul	7	17,5
	Ortaokul	5	12,5
	Lise	14	35,0
	Yüksek Okul	14	35,0
Toplam		40	100,0

Tablo 4.1'de verilen bilgiler incelendiğinde; bakım vericilerin %37,5'inin 40+ yaş, %35'inin 33-39 yaş, %27,5'inin 26-32 grubunda yer aldığı görülmektedir. Ayrıca, bakım vericilerin %17,5'i ilkokul, %12,5'i ortaokul, %35'i lise ve %35'i yüksek okul mezunudur.

Ayrıca, bakım vericilerin yaşadığı yer ve birlikte yaşadığı kişi ile ilgili bilgiler Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Bakım Vericilerin Yaşadığı Yer ve Birlikte Yaşadığı Kişi Bilgileri

Özellikler		n	%
Yaşadığı Yer	İl	24	60,0
	İlçe	11	27,5
	Köy	5	12,5
Birlikte Yaşadığı Kişi	Eş	26	65,0
	Yalnız	8	20,0
	Diğer	5	12,5
	Çocuklar	1	2,50
Toplam		40	100,0

Buna göre; bakım vericilerin %60'ı bir ilde, %27,5'i ilçede, %12,5'i ise köyde yaşamaktadır. Son olarak, bakım vericilerin %65'i eşi ile, %20'si yalnız olarak, %12,5'i diğer bir yakını (gelin, torun vs) ile, %2,5'i ise çocukları ile birlikte yaşamaktadır (Tablo 4.2).

Ayrıca, meslek, çalışma durumu ve aylık gelirleri ile ilgili bilgiler Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3'te verilen bilgiler incelendiğinde; bakım vericilerin %37,5'inin çalışmadığı, %25'inin memur, %15'inin esnaf, %10'unun işçi, %10'unun diğer meslek sahibi ve %2,5'inin emekli olduğu görülmektedir. Ayrıca, bakım vericileri %52,5'i şu anda çalışmakta, %47,5'i ise çalışmamaktadır. Son olarak bakım vericilerin %57,5'inin geliri giderine denk, %35'inin geliri giderinden az ve %7,5'inin geliri giderinden fazladır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Bakım Vericilerin Meslek, Çalışma Durumu ve Aylık Gelir Bilgileri

Özellikler		n	%
Meslek	Çalışmıyor	15	37,5
	Memur	10	25,0
	Esnaf	6	15,0
	İşçi	4	10,0
	Diğer	4	10,0
	Emekli	1	2,50
Şu anda çalışıyor musunuz?	Evet	21	52,5
	Hayır	19	47,5
Aylık Gelir	Gelir gidere denk	23	57,5
	Gelir giderden az	14	35,0
	Gelir giderden fazla	3	7,50
Toplam		40	100,0

Bakım vericilerin bakım verdikleri kişiye yakınlık dereceleri, yardım aldıkları kaynaklar ve aldıkları yardım ile ilgili tür ve yeterlilik bilgileri Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4'te verilen bilgiler incelendiğinde; bakım vericilerin %80'inin 1. derece yakınına, %10'u akrabasına, %10'unu ise diğer yakınına bakım hizmeti vermektedir. Yakın arkadaşına bakım hizmeti veren bakım verici bulunmamaktadır. "Bireyin bakımında yardım aldığımız kaynaklar kimler" sorusuna bakım vericilerin %97,5'i aile üyeleri, %75'i akrabalar, %2,5'i yok, %5'i komşu ve %2,5'i diğer cevabı vermiştir. "Bakımda yardım alıyorsanız alınan yardımın türü nedir" sorusuna ise bakım vericilerin %97,5'i bakım desteği, %95'i psikolojik/duygusal destek, %85'i bilgi desteği ve %37,5'i maddi yardım cevabı vermiştir. Ayrıca, aldığı destek ya da yardımı bakım vericilerin %60'ı yeterli, %37,5'i kısmen yeterli ve %2,5'i yetersiz bulmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Bakım vericilerin Hastaya Yakınlık Dereceleri, Yardım Aldıkları Kaynaklar, Aldıkları Yardım Türü ve Yardımın Yeterlilik Düzeyi Bilgileri

Özellikler		n	%
Bakım verdiğiniz kişiye yakınlık dereceniz nedir?	1.derece yakını	32	80,0
	Akrabam	4	10,0
	Diğer	4	10,0
	Yakın arkadaş	0	0,0
Bireyin Bakımında Yardım Aldığınız Kaynaklar kimler?	Aile Üyeleri	39	97,5
	Akrabalar	30	75,0
	Komşu	2	5,0
	Diğer	1	2,5
Bakımda Yardım Alıyorsanız Alınan Yardımın Türü?	Yok	1	2,5
	Bakım Desteği	39	97,5
	Psikolojik/duygusal Destek	38	95,0
	Bilgi Desteği	34	85,0
Aldığımız destek ya da yardımın size göre yeterlilik düzeyi nedir?	Maddi Yardım	15	37,5
	Yeterli	24	60,0
	Kısmen yeterli	15	37,5
	Yetersiz	1	2,5

Son olarak, bakım vericilerin bakımında zorlandıkları konular, bakım vermekte oldukları hastanın tedavi süresi ve bakım verdikleri süreye ilişkin bilgiler Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Bakım vericilerin Bakımda Zorlandıkları Alanlar ile Hastaların Tedavi ve Bakım Süresi Bilgileri

Özellikler		n	%
Bireyin bakımında zorlandığınız alanlar nelerdir?	Banyo	13	32,5
	İletişim	12	30,0
	Giyinme	10	25,0
	Hareket Ettirme	4	10,0
	Beslenme	2	5,0
	Pozisyon Değişirme	2	5,0
Bakım vermekte olduğunuz hasta kaç gündür Palyatif Bakım Ünitesinde tedavi görmektedir?	1-7 gün	0	0,0
	8-14 gün	0	0,0
	15-21 gün	0	0,0
	21 gün ve üzeri	40	100,0
Palyatif Bakım Ünitesinde yatmakta olan hastanıza kaç gündür bakım verici rolünü üstlenmektedir?	1-7 gün	0	0,0
	8-14 gün	0	0,0
	15-21 gün	0	0,0
	21 gün ve üzeri	40	100

Tablo 4.5'te verilen bilgiler incelendiğinde; bireyin bakımında zorlanılan alanlar olarak sırasıyla banyo (%32,5), iletişim (%30), giyinme (%25), hareket ettirme (%10), beslenme (%5) ve pozisyon değiştirme (%5) ortaya çıkmıştır. Ayrıca, bakım vericilerin bakım vermekte oldukları hastaların tamamı (%100) 21 gün ve üzeri süredir palyatif bakım ünitesinde tedavi görmekte ve bakım vericilerin yine tamamı (%100) 21 gün ve üzeri süredir bakım verici rolünü üstlenmektedir.

4.2. STRESLE BAŞ ETME İLE İLGİLİ BULGULAR

4.2.1. Genel Durum

Bakım vericilerin “Stresle Baş Etme Ölçeği”ne verdikleri cevapların analiz edilmesi sonucunda alt boyutlara göre ve genel olarak elde edilen bulgular Tablo 4.6’de verilmiştir.

Tablo 4.6. Stresle Baş Etme Ölçeği Bulguları (N:40)

Stresle Baş Etme Ölçeği	Min.	Maks.	\bar{x}	Ss
Sosyal Destek Arama	52,50	100,00	89,31	11,52
Kendine Güvenli Yaklaşım	52,86	100,00	81,25	14,32
İyimser Yaklaşım	54,00	100,00	77,15	14,81
Boyun Eğici Yaklaşım	26,67	76,67	52,13	13,33
Çaresiz Yaklaşım	27,14	68,57	48,96	10,36
Stresle Baş Etme	54,71	80,14	69,76	6,11

Tablo 4.6’da verilen bilgiler incelendiğinde; en yüksek ortalamaya sahip olan alt boyutun %89,31±11,52 ile sosyal destek arama olduğu görülmektedir. Sosyal destek arama alt boyutunu %81,25±14,32 ile kendine güvenli yaklaşım, %77,15±14,81 ile iyimser yaklaşım ve %52,13±13,33 ile boyun eğici yaklaşım izlemiştir. En az ortalamaya sahip alt boyut ise %48,96±10,36 ile çaresiz yaklaşım olmuştur.

Ayrıca, stresle baş etme genel ortalaması %69,76±6,11 olarak hesaplanmıştır.

4.3. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULAR

4.3.1. Genel Durum

Bakım vericilerin “Yaşam Kalitesi (SF-36) Formu”na verdikleri cevapların analiz edilmesi sonucunda alt boyutlara göre ve genel olarak elde edilen bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Yaşam Kalitesi Formu Bulguları (N:40)

Yaşam Kalitesi Formu	Min.	Maks.	\bar{x}	Ss
Ağrı	45	100	91,69	16,07
Fiziksel Fonksiyon	5	100	86,13	27,33
Sosyal İşlevsellik	25	100	74,06	18,86
Fiziksel Rol Güçlüğü	0	100	68,13	43,48
Genel Sağlık Algısı	26,80	85	63,28	15,15
Ruhsal Sağlık	40	80	62,50	11,16
Duygusal Rol Güçlüğü	0	100	55	42,40
Enerji (Canlılık)	30	80	53,75	13,29
Fiziksel Sağlık Durumu*	26,08	96,25	77,30	21,48
Zihinsel Sağlık Durumu*	23,75	88,75	61,33	18,28
Yaşam Kalitesi	27,19	90,63	69,32	19,01

* Hesaplama biçimi gereç ve yöntem bölümünde verilmiştir.

Tablo 4.7’te verilen bilgiler incelendiğinde; en yüksek ortalamaya sahip olan alt boyutun %91,69±16,07 ile ağrı olduğu görülmektedir. Ağrı alt boyutunu %86,13±27,33 ile fiziksel fonksiyon, %74,06±18,86 ile sosyal işlevsellik, %68,13±43,48 ile fiziksel rol güçlüğü, %63,28±15,15 ile genel sağlık algısı,

%62,50±11,16 ile ruhsal sağlık ve %55±42,40 ile duygusal rol güclüğü izlemiştir. En az ortalamaya sahip alt boyut ise %53,75±13,29 ile enerji (canlılık) olmuştur.

Ayrıca, fiziksel sağlık durumu ortalaması %77,30±21,48; zihinsel sağlık durumu ortalaması %61,33±18,28 olarak hesaplanmıştır. Yaşam kalitesi formu genel ortalaması ise %69,32±19,01 olarak ortaya çıkmıştır.

4.4. PSİKOEĞİTİMİN PALYATİF BAKIM VERİCİLERİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Psikoeğitimin palyatif bakım vericilerin yaşam kalitesi üzerine etkisini tespit etmek amacıyla yapılan ilişkili örneklemeler paired sample t-testi sonucunda elde edilen genel bulgular Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisini Gösteren Genel Bulgular

İlişkili Örneklemeler t-testi	\bar{x}	Fark %**	t	Sd	p*
Fiziksel Sağlık Durumu (Ön Test)	67,90	12,2▲	-4,509	39	0,000
Fiziksel Sağlık Durumu (Son Test)	77,30				
Zihinsel Sağlık Durumu (Ön Test)	48,70	20,6▲	-4,514	39	0,000
Zihinsel Sağlık Durumu (Son Test)	61,33				
Yaşam Kalitesi (Ön Test)	58,30	15,9▲	-4,798	39	0,000
Yaşam Kalitesi (Son Test)	69,32				

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında.

** Son Test ve Ön Test puanları arasındaki farkın % artış veya azalışını göstermektedir.

(▲ : artış; ▼ : azalma)

Tablo 4.8'egöre; fiziksel sağlık durumu, zihinsel sağlık durumu ve yaşam kalitesi ön test ve son test ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000<0,05$). Yani bakım vericilere verilen psikoeğitim, palyatif bakım vericilerin fiziksel ve zihinsel sağlık durumları ile yaşam kalitelerini istatistiksel olarak anlamlı ölçüde arttırmıştır. Ortalamalar incelendiğinde; fiziksel sağlık durumunun %12,2; zihinsel sağlık durumunun %20,6 ve yaşam kalitesinin genel olarak %15,9 arttığı görölmektedir.

Ayrıca, psikoeğitimin palyatif bakım vericilerin yaşam kalitesi üzerine etkisini tespit etmek amacıyla yapılan ilişkili örneklemler t-testi sonucunda elde edilen alt boyut bulguları Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9'a göre; psikoeğitim sonucunda alt boyutların tamamında artış olduğu görölmektedir. Toplam 8 alt boyut arasında, fiziksel fonksiyon ve duygusal rol güçlüğü alt boyutlarındaki artış anlamlı değildir ($p=0,058>0,05$ ve $p=0,133>0,05$). Yani bakım vericilere verilen psikoeğitim, palyatif bakım vericilerin fiziksel fonksiyon ve duygusal rol güçlüğü üzerinde anlamlı bir etkide bulunmamıştır.

Ancak, fiziksel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı ön test ve son test ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Yani bakım vericilere verilen psikoeğitim, palyatif bakım vericilerin fiziksel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algılarını istatistiksel olarak anlamlı ölçüde arttırmıştır. Artış oranları %11,5 ile %27,9 arasında olmuştur.

Bulunan bu sonuçlara göre araştırmamızın hipotezlerin arasında yer alan "***H1: Psikoeğitimin palyatif bakım vericilerin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi bulunmaktadır***" kabul edilmiştir.

Tablo 4.9. Psikoēğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisini Gösteren Alt Boyut Bulguları

İlişkili Örneklem t-testi	\bar{x}	Fark %**	t	Sd	p*
Fiziksel Fonksiyon (Ön Test)	84,25				
Fiziksel Fonksiyon (Son Test)	86,13	2,2▲	-1,955	39	0,058
Fiziksel Rol Güçlüğü (Ön Test)	53,75				
Fiziksel Rol Güçlüğü (Son Test)	68,13	21,1▲	-2,251	39	0,030
Duygusal Rol Güçlüğü (Ön Test)	43,33				
Duygusal Rol Güçlüğü (Son Test)	55,00	21,2▲	-1,535	39	0,133
Enerji (Canlılık) (Ön Test)	38,75				
Enerji (Canlılık) (Son Test)	53,75	27,9▲	-9,253	39	0,000
Ruhsal Sağlık (Ön Test)	53,50				
Ruhsal Sağlık (Son Test)	62,50	14,4▲	-5,604	39	0,000
Sosyal İşlevsellik (Ön Test)	59,23				
Sosyal İşlevsellik (Son Test)	74,06	20,0▲	-4,813	39	0,000
Ağrı (Ön Test)	81,10				
Ağrı (Son Test)	91,69	11,5▲	-4,826	39	0,000
Genel Sağlık Algısı (Ön Test)	52,48				
Genel Sağlık Algısı (Son Test)	63,28	17,1▲	-7,149	39	0,000

* p<0,05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında.

** Son Test ve Ön Test puanları arasındaki farkın % artış veya azalışını göstermektedir.

(▲ : artış; ▼ : azalma)

4.5. PSİKOEĞİTİMİN PALYATİF BAKIM VERİCİLERİN STRESLE BAŞ ETMELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Psikoeğitimin palyatif bakım vericilerin stresle baş etmeleri üzerine etkisini tespit etmek amacıyla yapılan ilişkili örneklem t-testi sonucunda elde edilen genel bulgular Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etmeleri Üzerine Etkisini Gösteren Bulgular

İlişkili Örneklem t-testi	\bar{x}	Fark %**	t	Sd	p*
Kendine Güvenli Yakl. (Ön Test)	60,82				
Kendine Güvenli Yakl. (Son Test)	81,25	25,1▲	-14,391	39	0,000
Çaresiz Yaklaşım (Ön Test)	59,71				
Çaresiz Yaklaşım (Son Test)	48,96	22,0▼	6,508	39	0,000
Boyun Eğici Yaklaşım (Ön Test)	57,92				
Boyun Eğici Yaklaşım (Son Test)	52,13	11,1▼	3,262	39	0,002
İyimser yaklaşım (Ön Test)	55,70				
İyimser yaklaşım (Son Test)	77,15	27,8▲	-9,838	39	0,000
Sosyal destek arama (Ön Test)	60,00				
Sosyal destek arama (Son Test)	89,31	32,8▲	-9701	39	0,000
Stresle Baş Etme (Ön Test)	58,83				
Stresle Baş Etme (Son Test)	69,76	15,7▲	-11,695	39	0,000

* $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında.

** Son Test ve Ön Test puanları arasındaki farkın % artış veya azalışını göstermektedir.

(▲ : artış; ▼ : azalma)

Tablo 4.10 incelendiğinde; genel olarak stresle baş etme ön test ve son test ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($t=-11,695$; $p=0,000<0,005$). 58,83 olan ön test ortalaması %15,7 artış ile 69,76'ya çıkmıştır. Yani, bakım vericilere verilen psikoeğitim palyatif bakım vericilerin stresle baş etme becerilerini anlamlı olarak arttırmıştır.

Alt boyutlar incelendiğinde ise; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt boyutlarına ait ortalamalar anlamlı bir artış göstermiştir ($p<0,05$). Yani, verilen psikoeğitim palyatif bakım vericilerin kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımlarına anlamlı ölçüde arttırıcı bir etkide bulunmuştur.

Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutlarına ait ortalamalar ise anlamlı bir azalma göstermiştir ($p<0,05$). Yani, verilen psikoeğitim palyatif bakım vericilerin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımlarına anlamlı ölçüde azaltıcı bir etkide bulunmuştur.

Bulunan bu sonuçlara göre araştırmamızın hipotezlerin arasında yer alan "**H2: Psikoeğitimin palyatif bakım vericilerin stresle baş etmeleri üzerine olumlu etkisi bulunmaktadır**" kabul edilmiştir.

4.6. YAŞAM KALİTESİ İLE STRESLE BAŞ ETME ARASINDAKİ İLİŞKİ

Yaşam kalitesi ile stresle baş etme arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 4.11'de verilmiştir.

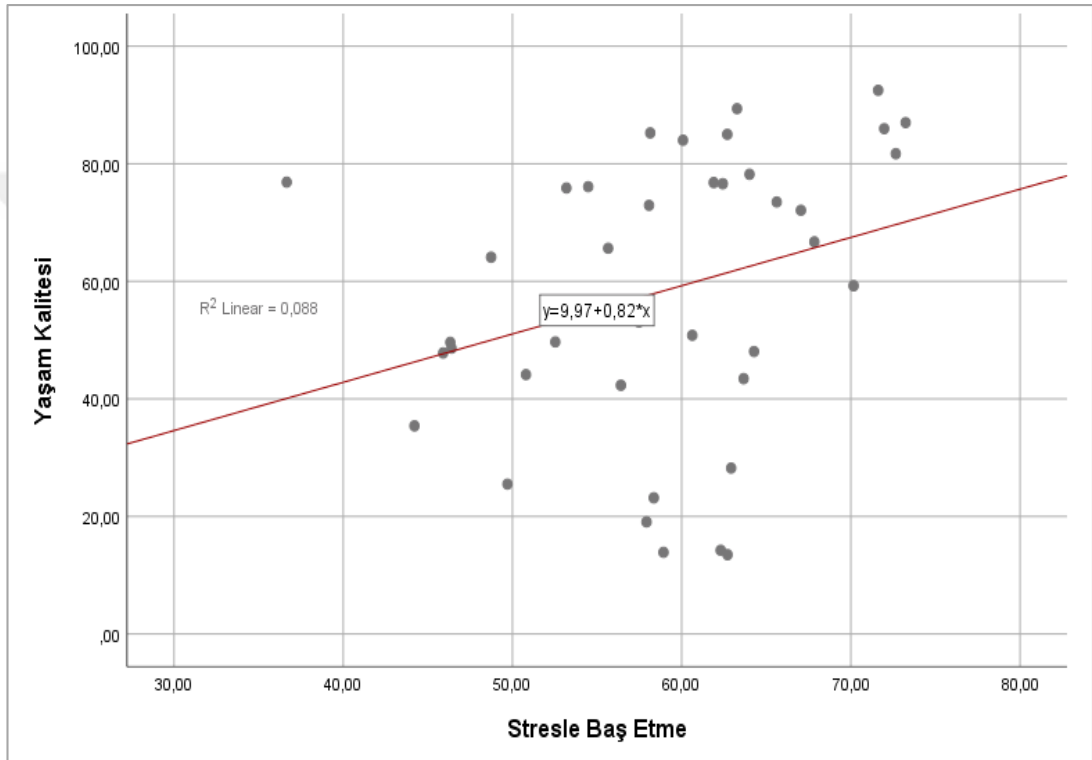
Tablo4.11. Yaşam Kalitesi İle Stresle Baş Etme Arasındaki İlişki

		Stresle Baş Etme
Yaşam Kalitesi	r	0,297
	p	0,063

Buna göre, yaşam kalitesi ile stresle baş etme arasında orta düzeyde pozitif ancak anlamlı olmayan bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,297$; $p=0,063>0,05$).

Determinasyon katsayısı yani değişkenlerin birbirleri üzerinde açıkladıkları varyans $r^2=0,0882$ yani %8,8'dir.

Şekil 4.1'de yaşam kalitesi ile stresle baş etme arasındaki ilişki dağılım grafiği üzerinde gösterilmiştir.



Şekil 4.1. Yaşam Kalitesi İle Stresle Baş Etme Arasındaki İlişki

5. TARTIŞMA

Araştırmamız sonucunda elde edilen bulgulara göre palyatif bakım ünitesinde tedavi gören hastalara bakım vericilerin %80'i hastaların 1. derece yakınlarından oluşmakta ve çoğunluğunu (%52,5) kadınlar oluşturmaktadır. Bu yönüyle çalışmamızın sonuçları genel olarak literatür ile benzerlik göstermiştir. Zira Akgün Şahin'in (2012) kemoterapi hastalarına bakım vericiler üzerinde yaptığı araştırmada kadınların oranı %52, Gün'ün (2017) inmeli hastalara bakım vericiler üzerinde yaptığı araştırmada kadınların oranı %52 ve 1. derece yakınların oranı %82 olarak bulunmuştur. Ayrıca Toptaş (2013), kanser hastalarına bakım verici kadınların oranını %64 ve 1. derece yakınların oranını %85 olarak; Erdoğan (2017) yine kanser hastalarına bakım verici kadınların oranını %62 olarak tespit etmişlerdir.

Ancak, palyatif bakım alan hastalara bakım verici kadınların oranı Özdemir (2016) tarafından yapılmış olduğu araştırmada %68 olarak belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada 1. derecede yakın olma oranı %85 olarak bulgulanmıştır. Buna göre, çalışmamızda kadın ve 1. derecede yakın olma oranlarının bu çalışmanın altında kaldığı görülmüştür.

Ayrıca, yapmış olduğumuz çalışmada palyatif bakım vericilerin stresle baş etme düzeyleri %70 olarak tespit edilmiştir. Literatürde palyatif bakım vericilerin stresle baş etme düzeylerini ortaya koyan benzer bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak, Gün'ün (2017) inmeli hastalara bakım vericiler üzerinde yürüttüğü araştırmada stresle baş etme düzeyi %56 olarak bulunmuştur. Diğer taraftan stresle baş etme düzeyleri tespit edilmemiş olsa da Arkin'in (2017) palyatif bakım hastalarına bakım vericiler üzerinde yapmış olduğu bir araştırma sonucunda anksiyete oranı %33, depresyon oranı ise %55 olarak bulunmuştur.

Ayrıca, Özdemir (2016) tarafından yine palyatif bakım hastalarının yakınları üzerinde yaşadıkları psikososyal sorunların tespiti amacıyla yapılan bir araştırma sonucunda anksiyete oranı orta düzeyde, depresyon ise ortanın üzerinde olarak tanımlanmıştır. Dolayısıyla belirtilen çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında çalışmamız sonucunda bakım vericilerin stres düzeylerinin benzer çalışmalara göre

yüksek olmadığı, bakım vericilerde görece yüksek bir stresle baş etme düzeyi olduğunu söylemek mümkündür.

Çalışmamız sonucunda, bakım vericilerin stresle baş etme amacıyla en fazla başvurdukları alanlar sırasıyla sosyal destek arama, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım olarak bulgulanmıştır. Boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşımın ise bakım vericilerin sıkıntı ile baş etmek için en az başvurdukları alanlar olmuştur. Buna göre çalışmamızın sonuçları Gün (2017) ve Kopuz'un (2013) yapmış oldukları çalışmalardan farklılaşmıştır.

Gün (2017) inmeli hastalara bakım vericilerde stresle baş etme durumlarını araştırdığı çalışmasında en fazla başvuru alanlar olarak sırasıyla kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve iyimser yaklaşımı tespit etmiştir. Kopuz (2013) ise hemşireler üzerinde yürüttüğü benzer bir araştırmada en fazla başvuru alanları kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve çaresiz yaklaşım olarak sıralamıştır. Dolayısıyla, her iki çalışmada da kendine güvenli yaklaşım ilk sırada yer alırken bizim çalışmamızda kendine güvenli yaklaşım sosyal destekten sonra ikinci sıraya düşmüştür.

Ayrıca, çarpıcı sonuçlardan birisi, Gün (2017) ve Kopuz'un (2013) çalışmalarında çaresiz yaklaşım ilk üç arasında yer alırken bizim çalışmamızda en az başvuru alanlardan birisi olmasıdır. Palyatif bakım vericiler kendilerini inme hastalarına bakım vericiler veya hemşireler kadar çaresiz hissetmemektedirler.

Bunların yanında, çalışmamız sonucunda palyatif bakım vericilerin yaşam kalitesi düzeyleri yaklaşık %70 olarak tespit edilmiştir. Literatürde palyatif bakım vericilerin yaşam kalitesini ortaya koyan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak kanser hastalarına bakım verici hasta yakınlarının yaşam kalitesini bulgularan Erdoğan (2017) yaşam kalitesini %95, Toptaş (2013) ise %48 olarak belirtmiştir. Dolayısıyla, literatürde bir birlik söz konusu değildir ve bizim çalışmamızda bulduğumuz oran her iki değer arasında yer almıştır.

Yine çalışmamız sonucunda psikoeğitimin palyatif bakım vericilerin yaşam kalitesini ve stresle baş etme becerilerini anlamlı olarak arttırıcı bir etkide bulunduğu tespit edilmiştir. Benzer bir çalışma; kemoterapi hastalarına bakım vericiler üzerinde

semptom kontrolü eğitiminin öfke ve stresle baş etme düzeylerini araştıran bir biçimde Akgün Şahin (2012) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada da çalışmamıza benzer biçimde, verilen eğitimin olumlu bir etkisi olduğu bulgulanmıştır.

Alt boyutlarda ise çalışmamız sonucunda kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek aramada anlamlı bir artış meydana gelmiştir. Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımda ise anlamlı bir azalma olmuştur. Bu sonuçlar Akgün Şahin'in (2012) bulguları ile benzerlik göstermiştir. Zira Akgün Şahin (2012) de yapmış oldukları çalışmada kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımın verilen eğitim sonrası arttığını, çaresiz yaklaşımın ise azaldığını belirtmiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde elde edilen bulgular sonucunda ulaşılan sonuçlara ve araştırmacı tarafından getirilen önerilere yer verilmiştir.

6.1. SONUÇ

Psikoeğitimin palyatif bakım vericilerin stresle baş etme ve yaşam kalitesi üzerine etkisini tespit etmek amacıyla yapılan bu çalışmada önemli sonuçlara ulaşılmıştır. Öncelikle, palyatif bakım ile ilgili olarak elde edilen sonuçlar şunlar olmuştur:

- Palyatif bakım ünitesinde tedavi gören hastalara, %80'i birinci derece yakınları olmak üzere çoğunlukla yakın akrabalar tarafından bakım verilmektedir.
- Bakım vericilerin neredeyse tamamına aile üyeleri yardımda bulunmaktadır. Ayrıca, dört bakım vericiden üçüne yakın aile üyeleri dışında akrabaları da yardımda bulunmaktadır.
- Yardım aldıkları kaynaklar bakım vericilere çoğunlukla; bakım desteği, psikolojik ve duygusal destek ile bilgi desteği vermektedirler. Maddi yardım oranı ise bunların ancak yarısı düzeyindedir.
- Dolayısıyla verilen destek ya da yardımı yeterli bulanların oranı %60'ta kalmıştır. Geriye kalanların ise neredeyse tamamı verilen yardımı kısmen yeterli olarak belirtmiştir.
- Bakım vericilerin hastaların bakımında en fazla zorlandıkları alanlar zorluk sırasına göre banyo, iletişim ve giyinme olarak sıralanmıştır. Beslenme ve pozisyon değiştirme ise fazla zorlanılmayan alanlardır.

Palyatif bakım vericilerin stresle baş etme durumları ile ilgili olarak tespit edilen sonuçlar ise şunlar olmuştur:

- Palyatif bakım vericilerin stresle baş etme düzeyleri %70'tir. Buna göre, ortanın üzerinde ve iyi derecede bir stresle baş etme becerisine sahip olduğunu söylemek mümkündür.
- Bakım vericilerin stresle baş etme amacıyla en fazla başvurdukları alan sosyal destek aramadır. Bakım vericiler bu alanda %90'a yakın bir beceriye sahiptirler ve stresle baş etmek için özellikle içinde buldukları kötü durumu başkalarının bilmesini sağlamaya ve destek olabilecek kişilerin varlığını düşünmeye başvurmaktadırlar.
- Bakım vericilerin sosyal destek aramadan sonra en fazla başvurdukları alan kendine güvenli yaklaşımdır. Bu alanda %80'in üstünde bir beceriye sahip olduğu görülmüştür. Bakım vericiler stresle baş etmek için mutlaka bir yol bulabileceğine inanmakta ve bunun için uğraşmaktadırlar. Ayrıca, kendilerine güvenerek her şeye yeniden başlayabilecek gücü kendilerinde bulmaktadırlar.
- İyimser yaklaşım ise bakım vericilerin %77 beceri ile üçüncü sırada başvurdukları alan olmuştur. Bu kapsamda bakım vericiler daha çok iyimser olmaya çalışmakta, olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışmakta ve olay(lar)dan olumlu bir şey çıkarmaya çalışmaktadırlar.
- Ayrıca, bakım vericilerin sıkıntı ile baş etmek için en az başvurdukları alanlar boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşımdır. Bakım vericilerin özellikle mücadeleden vazgeçme, sorunun kendilerinden kaynaklandığını düşünmeye çok az başvurdukları görülmüştür.

Palyatif bakım vericilerin yaşam kaliteleri ile ilgili olarak tespit edilen sonuçlar ise şunlar olmuştur:

- Palyatif bakım vericilerin yaşam kalitesi düzeyleri yaklaşık %70'tir. Buna göre, stresle baş etme de olduğu gibi bakım vericilerin yine ortanın üzerinde ve iyi derecede bir yaşam kalitesine sahip olduklarını söylemek mümkündür.

- Ayrıca, palyatif bakım vericilerin fiziksel sağlık durumları yaklaşık %80, zihinsel sağlık durumları ise %60 civarındadır. Yani bakım vericilerin fiziksel sağlık durumları zihinsel sağlık durumlarından çok daha iyi bir durumdadır.
- Bu durum, alt boyutlarda da görölmüştür. Ağrı ve fiziksel fonksiyon alt boyutlarındaki yaşam kalitesi %85'in üzerindedir. Palyatif bakım vericiler özellikle kendi işlerini yapabilme, yürüme, kat çıkma, kaldırma, taşıma ve temizlik gibi fonksiyonları problemsiz biçimde yerine getirebilmektedirler. Ayrıca, son 1 ay içerisinde acı veren ve işlerini engelleyen bir ağrı büyük oranda yaşamamışlardır.
- Sosyal işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık algısı ve ruhsal sağlık alt boyutlarındaki yaşam kalitesi ise %60-75 arasında yer almıştır. Yani palyatif bakım vericilerin sosyal aktivitelere katılım, akraba ve komşu ziyareti ve çeşitli işler yapabilmeleri ortanın üzerinde bir düzeydedir. Ancak, ağrı ve fiziksel fonksiyonun altında kalmıştır.
- Duygusal rol güçlüğü ve enerji alt boyutlarındaki yaşam kalitesi ise %60'ın altında orta düzeyde kalmıştır. Palyatif bakım vericiler iş ya da diğer aktivitelere ayırdıkları süreden kesilme olduğunu, kendilerini yıpranmış ve yorulmuş hissettiklerini belirtmişlerdir.

Son olarak, çalışmamızın temel amacı olan psikoeğitimin palyatif bakım vericilerin yaşam kalitesi ve stresle baş etmeleri üzerindeki etkisi ile ilgili olarak tespit edilen sonuçlar ise şunlar olmuştur:

- Psikoeğitim; palyatif bakım vericilerin genel olarak yaşam kalitesini, fiziksel sağlık durumlarını ve zihinsel sağlık durumlarını anlamlı olarak artırıcı bir etkide bulunmaktadır. Ayrıca, yaşam kalitesi alt boyutlarının tamamında anlamlı bir artış meydana gelmiştir. Dolayısıyla psikoeğitim, yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir fayda sağlamaktadır.
- Psikoeğitim, palyatif bakım vericilerin stresle baş etme becerilerini de anlamlı olarak artırıcı bir etkide bulunmaktadır. Alt boyutlarda ise kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek aramada anlamlı bir artış meydana gelmiştir. Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici

yaklaşımında ise anlamlı bir azalma olmuştur. Dolayısıyla psikoeğitim, stresle baş etme becerisinin artırılmasında önemli bir fayda sağlamaktadır.

Özetle; palyatif bakım vericilere verilen psikoeğitim, stresle baş etme ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olarak bakım vericilere katkı sağlamaktadır.

6.2. ÖNERİLER

Palyatif bakım verme süreci, bakılan kişi için olduğu kadar bakım verici kişi için de oldukça zor ve yıpratıcı bir süreçtir. Ayrıca, palyatif bakım sadece hastalara yönelik değil, aynı zamanda hastaların ailelerine yani bakım vericilere yönelik hizmetleri de kapsayan bir süreçtir. Dolayısıyla, palyatif bakım psikososyal ve manevi destek hizmetlerini de kapsamalıdır.

Bu çalışmada, bu kapsamda bir tür psikososyal ve manevi destek olarak nitelendirilebilecek psikoeğitimin palyatif bakım vericilerin stresle baş etme becerilerini ve yaşam kalitelerini arttırarak önemli katkılar sağladığı tespit edilmiştir. Bu nedenle, palyatif bakım vericilere verilen psikoeğitim faaliyetleri yaygınlaştırılmalı ve sıklaştırılmalıdır.

Yapılacak psikoeğitim çalışmalarında özellikle duygusal rol güçlüğü ve enerjiyi (canlılık) arttıracak bilgi ve becerilerin kazandırılmasına önem verilmelidir.

Ayrıca, çalışmamıza benzer çalışmalar farklı hastanelerde çeşitli örneklem grupları üzerinde tekrarlanarak elde edilen sonuçların teyidi ve güncellenmesi sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

Advanced Practice Nurses Role In Palliative Care; A Position Statement From American Nursing Leaders, Promoting Excellence In End-Of-Life Care A National Program Office of The Robert Wood Johnson Foundation; 2002.

Ak M, Yavuz F, Lapsekili N, Türkçapar M.H. Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım vericilerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2012; 25(4): 330-337.

Akgemci T. Örgütlerde Stres ve Yönetimi. Atatürk üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2001; 15(1-2).

Akgün Şahin Z. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalara Verilen Semptom Kontrolü Eğitiminin Öfke Ve Stresle Baş Etme Düzeylerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Seher Ergüney).

Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25 (4): 73-82.

Allender JA, Spradley BW. Clients In Home Health, Hospice, and Long-Term Settings”, Community Health Nursing Concepts and Practice, Lippincott. 2001: 39-753.

Alligood MR, Tomey AM. Nursing Theory: Utilization & Application. 3rd ed, Mosby Company, America 2006, s: 307-333.

Alligood T. Nursing Theory Utilization and Application. Philadelphia, Mosby Elsevier 2002, s: 290-314.

Alpteker H. 65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım vericilerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Bolu, (Danışman: Prof. Dr. Feray Gökdoğan).

Andrews H.A, Roy S.C. Essentials of The Roy Adaptation Model, Appleton Century Crafts, USA, 1986.

Arguvanlı S, Taşcı S. Bipolar Bozuklukda Bakım vericilerin Sorunları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013; 1(1): 21-30.

Arkın S. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım vericilerde Anksiyete, Depresyon Ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğt. ve Arş. Hast., Uzmanlık Tezi, 2017, İzmir (Danışman: Uzman Yasemin Kılıç Öztürk).

Arpacı F, Arlı M. Aile ortamında demanslı yaşlı bakımında karşılaşılan sorunlar, 1. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, Ankara, 10-11 Ekim 2001; s: 332– 344.

Arslan Ş, Gökçe Kutsal Y. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. Turkish Journal of Geriatrics Dergisi. 1999;2(4):173-178.

Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin Bakım vericilere Yükü, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(2): 251-277.

Arslantaş H, Adana F, Dereboy F, Altınyazar V, İnal S, İldırılı G.S, ve ark. “Algılanan Aile Yük Ölçeği’nin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması”, Nöropsikiyatri Arşivi. 2011; 48: 53-58.

Atagün Mİ, Balaban OD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik Hastalıklarda Bakım verici Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(3):513-552.

Awad G.A, Voruganti L.N. The burden of schizophrenia on caregivers. Pharmacoeconomics. 2008; 26(2): 149-162.

Aydın A, Eker, S.S, Cangür Ş, ve ark. “Şizofreni hastalarında bakım verici külfet düzeyinin sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi”, Nöropsikiyatri Arşivi. 2009; 46: 10-14.

Aydın B, İmamoğlu S. “ Stresle Başa Çıkma Becerisi Geliştirmeye Yönelik Grup Çalışması”, Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 2001;14, 41-52.

Bademli K, Duman Z.Ç. “Şizofreni Hastalarının Bakımverenleri”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013; 5(4): 461-478.

Baird, S.B. Kanser tanısının Spesifik Etkileri, Cancer Nursing ACompharasive, 1991 123-130.

Batlaş A, Batlaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitabevi, İstanbul; 2004, s: 30-80.

Beaudreau SA, Spira AP, Gray HL, et al. The relationship Between objectively measured sleep disturbance and dementia family caregiver distress and burden. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. 2008; 21(3): 159-165.

Benner P. Quality of life: a phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. Advances in Nursing Science, special issue: Quality of Life. 1985; 8(1): 1-16.

Bilgili N. Yaşlı Bireye Bakım verici Ailelerin Karşılaştıkları Sorunların Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2000, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Gülümser Kubilay)

Biröl L, Akdemir N. İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 2.Baskı, Sistem Ofset, Ankara; 2005, s:827- 858

Birol L Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, Genişletilmiş Altıncı Baskı, Etki Matbaacılık İzmir; 2004.

Bluvol A, Ford-Gilboe M. Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;48(4): 322–332.

Brewer L. Gender socialization and the cultural construction of elder caregivers. *Journal of Aging Studies*, 2001;15: 217–235

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

Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Akademi, Ankara; 2011.

Cameron J. France R.L.Cheung A.M Stewart D.E. Lifestyle interference and Emosyonel Distress in Family Caregivers of Advenced Cancer Patients *Cancer*. 2002;92(4): 521-527.

CAPC. Center to Advance Palliative Care.What should you know about palliative care?, 2007; www.getpalliativecare.org. Erişim tarihi:10.12.2017.

Chou K.R. Caregiver Burden, A Concept Analisis. *Journal of Pediatric Nursing*. 2000; 15(6): 398-407.

Cimprich, B. Prethreatment Symptom Distres in Women Newly Dagnosed with Breast Cancer ,*Cancer Nursing*. 1999; 22(3):185-194.

DePalma J.A. Caregiver Burden: Resources and Research. *Home Health Care Management Practice*. 2002; 14(2): 151-152.

Dinçol K, Eroğlu L, Özkan S, Bozfakıoğlu Y, Yücel A, Kılıç K, Kaya K, Özyalçın S, Kanserde Palyatif Bakım. Sandoz Ürünleri A.Ş. İstanbul;1993, s:1-9.

Dixon EL. Community health nursing practice and the Roy Adaptation Model. *Public Health Nurs*. 1999; 16: 90-98.

Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2004, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Olcay Çam).

Eicher PS, Batshaw ML. Cerebral palsy. *Pediatr Clin North Am*. 1993; 40:537-551.

Emanuel EJ, Fairclough DL, Slustman J, Alpert H, Baldwin D, Emanuel LL. Assistance from family members, friends, paid care givers and volunteers in the care of terminally ill patients. *N Engl J Med*. 1999;341(13):956-63.

Erdem M. Yaşlıya bakım verme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2005; 8(3):101-6.

Erdem N, Ergüney S. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2005; 8(3).

Erdemir F, Hakverdioğlu G, Yılmaz E, Ayrıl N. Hemiplejili hastaların aile yakınlarının bakım verici rolünde zorlanma tanısı yönünden değerlendirilmesi. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri. Klinik uygulama, eğitim, araştırma ve yönetimde kullanımı. Ankara: Başkent Üniversitesi Basın Yayın ve Halkla İlişkiler Bürosu,Ankara, 2003:169-177.

Erdine S. Kanserde Ağrı Tedavisi ve Palyatif Bakım Kitabı.Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul; 2002, s:1-9

Erdoğan R.Kanser Hastalarına Bakım verici Bireylerin Anksiyete, Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Bakımından İncelenmesi.Üsküdar Üniversitesi,Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Alper Evrensel).

Esper P, Principles and Issues in Palliative Care, Cancer Nursing Principles and Practice Sixth Edition, Eds; Yarbro C H, Frogge M H, Goodman M, Jones and Bartlett Publishers, USA, 2005; 1729-1743.

Fadıloğlu Ç, Palyatif Bakımda Hemşirenin Rolü, Kanserde Evde Bakım. Editör; Fadıloğlu Ç,Şenuzun F, Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, 6, Kongre Basım Evi İzmir; 2006, s: 5-16.

Fadıloğlu Ç. Akciğer Hastalıklarında Palyatif Bakım, Türk Toraks Derneği Okulu Merkezi Kursları; Göğüs Hastalıkları Hemşireliği Kursu Kitabı, İzmir; 2007.

Fadıloğlu Ç, Doğan F, Ertem G. Evde Bakım. Meta Basım Matbaacılık. İzmir, 2006; s:1-55.

Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U ve ark. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. J Clin Oncol. 2013; Feb 20; 31: 782-93.

Feest T. Epidemiology and causes of chronic renal failure. Medicine. 2007; 35(8): 438-441.

Fırat R. Yaşam kalitesi mi, yaşam standardı mı?. Köprü. 2005; 90.

Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of health and social behavior. 1980; 219-239.

Fries JF, Singh G. The hierarchy of patient outcomes. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996; s:33.

Gade G., Venohr I., Conner D., McGrady K., Beane J., Richardson H.R., Williams P. M., Liberson M., Blum M., Penna D.R. Impact of an Inpatient Palliative Care Team: A Randomized Control Trial. *Journal of palliative medicine*. 2008; 11(2): 180-190.

Gayomali C, Sutherland S, Finkelstein FO. The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*. 2008; 23: 3749–3751.

Gezgin H, Çam O, Karademir M. Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı bireylere verilen psikoeğitimin tedavideki etkinliğinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 2010(13); 65-76.

Gigliotti E. The Value of Nursing Models In Practice. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*.2008; 1(1):42–50.

Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin*. 2001; 51(4): 13-31.

Guthrie A.E, Green C.J., Matzoo M.L. Palliative and end-of- Life Care, Medical- Surgical Nursing Health and Illness Perspectives, Eds; Monohan F D, Sands J K, Neighbors M, Marek J F, Gren C F, Chapter 8; Eighth edition, Mosby Elsevier, Canada, 2007 s: 156-176.

Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2002;13: 143-151.

Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı A.E, Çubukçuoğlu Z. ve ark. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2010; 21: 203-212.

Gümüş A.B. Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2006;1(2):23-34.

Gün S. İnmeli Hastalara Bakım verici Yakınlarının Tükenmişlik Ve Stresle Baş Etme Durumlarının Değerlendirilmesi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2017, Samsun (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birsen Altay).

Güven H T. Futbol Hakemlerinin Yaşam Kalitesi Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2016, Konya (Danışman: Doç. Dr. Turgut Kaplan).

Hannon Engel SL. Knowledge development: The Roy Adaptation Model and bulimia nevrosa, *Nursing Science Quarterly*. 2008; 21(2): 126-132.

Harkın Ş. Bipolar bozukluğu olan tedaviye uyumlarının artırılmasında psikoeğitimsel modelin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi, Sağlık*

Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2009, Düzce (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fatma Eker).

Hinds C. The needs of families who carefor patients.Journal of Advanced Nursing. 1985; 10:575-581.

Hoffmann R.L. ve Mitchell A.M. Caregiver Burden: Historical Development. Nurs Forum. 1998; 33(4):5-12.

Hunt C.K. Concepts in Caregiver Research. Journal of Nursing Scholarship, 2003; 35(1): 27-32.

İnci F. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006 , Denizli (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Müyesser Erdem).

İnci F.H. ve Kartal A. Yaşlıya Bakım verici Bireylerin Birlikte Yaşama Güçlüklerinin Belirlenmesi, IV. Ulusal Yaşlılık Kongresi, Antalya, 2007; s: 196-204.

Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti., İstanbul, 2014; s:1-7.

Karaca B, Uslu R. Kanser Hastalığında Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu Kanser ve Palyatif Bakım, Editör Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y. Meta Basım, İzmir, 2006; s: 405-414.

Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatrics. 2002; 5(4): 155-159.

Karakurt P, Kaşıkçı M. İnmeli bir olgunun yaşam modeline göre incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2008;11(1):76-84.

Karancı, N. Şizofren hasta yakınlarının dünyası: nedensel atıflar, yükler ve umutlar. 3P Dergisi. 1997; 5(2):42-45.

Kasuya Rt, Polgar-Bailey P. Takeuchi R. Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians. Postgraduate Medicine. 2000; 108(7): 119-123.

Kim Y, Duberstein PR, Sorenson S, Larson MR. Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: Effects of personality, social support and caregiving burden. Psychosomatics. 2005;46(2):123-30.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, ve Memiş A. Kısa form-36 (KF36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi.1999; 12(2): 102-106.

Kopuz E.Hemşirelerin İşe Bağlı Gerginlik Düzeyinin Belirlenmesi Ve Stresle Baş Etme Tutumlarının İncelenmesi:Özel Bir Hastane Örneği.Haliç Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Leman Şenturan).

Kristjanson, L.J., Ashcroft, T. The Family's Cancer Journey: Literature Review", *Cancer Nursing*. 1994; 17(1):1-1.

Kurtz ME, Kurtz JC, Given CV, Given BA. Depression and physical health among family caregivers of geriatric patients with cancer—a longitudinal view. *Med Sci Monit*, 2004;10(8):447-56.

Kuşçu K, Uzay Dural U. Sağlık süreçleri ve bakım vericilik deneyimi: konsültasyon liyezon psikiyatrisi perspektifinde bir değerlendirme. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sc*, 2006; 2(47):108-12.

Kuşçu K. Rehabilitasyon süreci ve bakım vericilik: zedeleyen mi yoksa iyileyen mi? *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2000; 8: 30-34

Küçüküçlü O, Esen A, Yener G. Bakım vericilerin Yükü Envanterinin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *J Neurol Sci (Turkish)*. 2009; 26: 60-73.

Lagman R, Walsh D. Integration Of Palliative Medicine Into Comprehensive Cancer Care. *Semin Oncol*. 2005; 32:13-48,

Larsen LS. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1998; 36: 26-32.

Longman A.J. and Friends Care Needs of Home Based Cancer Patients and Their Caregivers" *Cancer Nursing*. 1992;15(3):182-190.

Lukens EP, Mcfarlane WR. Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2004; 4: 205-225.

Lund M. Caregiver, take care. *Geriatr Nurs*. 2005; 26: 152-3.

Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M. et al The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*, 2002; 106: 291-298.

Maldonado G, Caqueo U, Kavanagh J. Burden Of Care And General Health in Families Of Patients With Schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005; 40: 899-904

McElroy H. Male caregivers of spouses with alzheimer's disease: risk factors and health status. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 2001;16(3)

McPherson CJ, et al. Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patients at the end of life. *Social Science & Medicine*. 2007; 64: 417-427.

Meghani S.H.A Concept Analysis Of Palliative Care in The United States. *J Adv Nurs*. 2003; 46(2): 152-161

Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry*.2009; 8(17):1-6.

Nijboer C, and Friends, Measuring Both Negative and Positive Reactions To Giving Care to Cancer Patients:Psychometric Qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA),*Social Science &Medicine*, 1999; 48 :1259-1269,

O'brien J. Caring for Caregivers. *American Family Physician*, 2000; 62: 2584-2585.

Ong SH, Caron A. Family-based psychoeducation for children and adolescents with mood disorders. *J Child Fam Stud* 2008; 17: 809–822.

Orley ve Kuyken 1994. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag, 1994:41-57.

Östman M, ve Hansson L, Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry*, 2004; 19(7): 402-407.

Özdemir F.Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar İle Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.İstanbul Medipol Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan).

Özkahraman A, Özer S, Balcı Alpaslan G. Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında Roy Adaptasyon Modelinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.2012; 1(3):138-152.

Pasacreta J.V, Mc Corkle R. Paticipant Characteristics Before and 4 Months After Attence at a Family Caregiver Cancer Education Programe. *Cancer Nursing*, 2000; 23(4):295-303.

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

Pektekin Ç. Stress ve Başa Çıkma Yolları , İ.Ü.Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, Hemşirelik Bülteni. 1990; 4(15): 95-106

Perrett ES. Reviev of Roy adaptation model-based qualitative research, *Nursing Science Quarterly*, 2007; 20(4): 349-356.,

Pinquart M, ve Sorensen, S. Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison. *Aging Ment Health*, 2004; 8: 438–449.,

Pitceathly C, Maguire P. The psychological impact of cancer on patients'' partners and other key relatives: A review. *Euro J Cancer*. 2003;39(11):1517-1524.

Rice R. The Hospice and Palliative Care Patient, Home Care Nursing Practice Concepts Application, Ed; Rice R, Fourth Edition, Mosby Elsevier, USA, 2006 s:456

Rummel- Kluge C, Kissling W. Şizofrenidepsikoeğitim: bu alandaki yeni gelişme ve yaklaşımlar. CurrentOpinion in Psychiatry Türkçe Baskı, 2008;4(3):119-124

Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bauml J et al. Psychoeducation in schizophrenia- Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. Schizophrenia Bulletin, 2006; 32(4):765-777

Sales E. Family burden and quality of life. Qual Life Res, 2003;12(1): 33-41.

Saunders MM. Factors associated with caregiver burden in heart failure family caregivers. West J Nurs Res. 2008; 943-959

Schulze B, ve Rössler W. Ruhsal hastalıkta bakımverenlerin yükü: 2004-2005' te ölçümler, bulgular ve müdahalelerin gözden geçirmesi. Current Opinion in Psychiatry Türkçe Baskı, 2006; 2(1): 47-58.

Sherwood PR, Given CW, Given BA, Von Eye A. Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. Journal of Aging and Health 2005; 17(2): 125-147.

Silver JH, Wellman N. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. J Am Diet Assoc 2002; 102:831-836.

Stone R, Cafferata GL, Sangl J. Caregivers of the frail elderly: A National profile. Gerontologist 1987; 27: 616-626.

Sullivan M, Karlsson J, & Ware JE. The Swedish SF-36 Health Survey—I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. Social science & medicine.1995; 41(10): 1349-1358.

Swaminath G. Psychoeducation. Indian J Psychiatry, 2009;51(3): 171-172.,

Şahin NH, & Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi.1995; 10(34): 56-73.

Şengün F, Altıok HÖ, Üstün B. Kanıta dayalı bir uygulama: psikoeğitim. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2011;27(3): 66-74)

Taylor, E.J. Spiritual Needs of Patients with Cancer and Family Caregivers Cancer Nursing. 2003; 26(4):260-265

Tel H, Terakye G. şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2000;1(3):133-142.

Tel H, Saraç B, Günaydın Y, Medik K, ve Doğan S. Psikiyatrik Hastalık Tanılı Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.2010; 1(3): 103-107.

Tolson D, Mc Intosh J. The Roy Adaptation Model: A consideration of its properties as a conceptual framework for an intervention study. J Adv Nurs. 1996; 24: 981-987.

Tomey AM, Alligood MR. Nursing Theorists and Their Work. 4th ed, Mosby Company, America, 1998; s:407-422

Toptaş S. “Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım verici Yakınlarının Yaşam Kalitesi”, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Fatma Öz).

Toseland RW, Smith G, McCallion P. Family Caregivers of The Frail Elderly”, Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations, (Gitterman, A. Editor) Columbia University Press, Second Edition, 2001 s:548-581

Toseland RW, Chapman DG. Effectiveness of advanced illness care teams for nursing home residents with dementia. Social Work. 2007; 52 (4): 9-321.

TDK 2018. Türk Dil Kurumu Web Sayfası, <http://tdk.org.tr/tdksozluk/sozbul>. Erişim: 14.02.2018.

Uğur Ö. Onkoloji hastasına evde bakım vericilerin bakım yükünün incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2006, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ayfer Karadakovan)

Üstün ME, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006;1(1):33-43

Wachna V. Anxiety ,Needs and Coping in Family Members of the Bone Marrow Transplant Patient, Cancer Nursing, 1997; 20(4):244-250

Walsh J. Psychoeducation in Mental Health, Lyceum Books Inc. Chicago, 2010

Ware J. E, ve Sherbourne C. D. The MOS-36 item short form health survey (SF-36), Medical Care, 1992; 30(1): 473-483.

Weitzner M, Mcmillan S, Jacobsen P. Family Caregiver Quality Of Life: Differences Between Curative and Palliative Cancer Treatment Settings. J Pain Symptom Manage. 1999; s: 418-428,

WHO. Cancer Control Knowledge into Action; WHO Guide for Effective programmes, Palliative Care, 2007; Module 5, Geneva, World Health Organization.

WHO. WHO definition of palliative care
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Erişim Tarihi: 10.09.2018.

Yıldız S. Profesyonel hemşirenin rol ve görevleri. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2003; 7(2): 35-40.

Yılmaz A, Turan E. Alzheimer hastalarına bakım vericilerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve başatme yolları. Turkiye Klinikleri J Med Sci., 2007; 27(3):445-54 .

Yurtsever EÜ, Kutlar T, Tarlacı N, Kamberyan K, Yaman M. Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: psikoeğitimsel bir model. Düşünen Adam. 2001;14(1): 33-40.

Ziller RC. Self-other orientations and quality of life. Social Indicators Research. 1975;1:301- 27.



8. EKLER

EK-1. Bakım Verici Tanıtım Formu

BAKIM VEREN TANITIM FORMU

1. Yaşınız.....

1. 18-25 2. 26-32 3. 33-39 4. 40 ve üstü

2. Cinsiyetiniz.....

- 1.Kadın 2.Erkek

3. Öğrenim durumunuz

- 1.Okuma yazma yok
2.İlkokul
3.Ortaokul
4.Lise
5Yüksekokul

4. Yaşadığınız yer

- 1.İl 2.İlçe 3.Köy

5. Kiminle yaşıyorsunuz

- 1.Yalnız 2.Eş 3.Çocuklar 4.Diğer

6. Mesleğiniz?

- 1.Memur 2.Esnaf 3.İşçi 4.Emekli 5.Çalışmıyor 6. Diğer

7. Şu anda çalışıyor musunuz?

- 1.Evet 2.Hayır

8. Aylık gelir durumunuz.

- 1.Gelir giderden az 2. Gelir giderden fazla 3.Gelir gidere denk

9. Palyatif Bakım Ünitesinde tedavi gören hastanızın tanısı nedir?.....

10. Bakım verdiğiniz kişiye yakınlık dereceniz nedir?

1.derece yakınım 2. Akrabam 3. Yakın arkadaş 4. Diğer(.....)

11. Bireyin Bakımında Yardım Aldığınız Kaynaklar kimler?

1. Yok 2.Aile Üyeleri 3. Akrabalar 4. Komşu 5. Diğer (Açıklayınız.....)

12. Bakımda Yardım Alıyorsanız Alınan Yardımın Türü?

1.Bilgi desteği

2. Maddi yardım

3. Bakım desteği

4.Psikolojik/duygusal destek

13. Aldığınız destek ya da yardımın size göre yeterlilik düzeyi nedir?

1. Yeterli 2. Kısmen yeterli 3.Yetersiz

14. Bireyin bakımında zorlandığınız alanlar nelerdir?

1.Beslenme 2.Giyinme 3.Hareket ettirme 4.Banyo

5.Pozisyon değiştirme 6.İletişim 7. Diğer(Açıklayınız.....)

15. Bakım vermekte olduğunuz hasta kaç gündür Palyatif Bakım Ünitesinde Tedavi görmektedir?

1. 1-7 gün 2. 8-14 gün 3. 15-21 gün 4. 21 gün ve üzeri

16. Palyatif Bakım Ünitesinde yatmakta olan hastanıza kaç gündür bakım verici rolünü üstlenmektedir?

1. 1-7 gün 2. 8-14 gün 3. 15-21 gün 4. 21 gün ve üzeri

EK-2. Yaşam Kalitesi Formu

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşıma	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	Evet	Hayır
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	Evet	Hayır
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap veriniz.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelere (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-3. Stresle Baş Etme Ölçeği

SBÖ



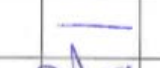




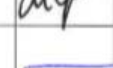
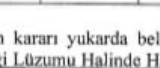
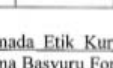

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için **GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI** hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

Bir sıkıntı olduğunda.....	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim	()	()	()	()
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünürüm	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()

Bir sıkıntım olduğunda...	%0	%30	%70	%100
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim	()	()	()	()
25- "keşke daha güçlü olsaydım" diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	()	()	()	()
27- "Benim suçum ne" diye düşünürüm	()	()	()	()
28- "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm	()	()	()	()
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()

EK-4. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu İzni

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	26 / 04 / 2017 / 20.478.486 -						
ARAŞTIRMANIN ADI	Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Sevgi Nehir TÜRKMEN - Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi, Özge ÇETİN						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS-DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>			AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	20 / 04 / 2017 / Tarih ve 18145 sayılı; düzeltme dilekçesi						
KARAR BİLGİLERİ	Düzeltilme dilekçesi incelenmiş; araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri ile birlikte bilimsel ve Etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir						
Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Serdar TOK BESYO		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir</u>, Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>							
 Prof. Dr. Zeki ARI Başkan							

EK-5. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÖNETİM KURULU

Toplantı Tarihi: 08.03.2017 Toplantı Sayısı: 10 Karar Sayısı: 14

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ	Müdür
Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER	Müdür Yardımcısı
Doç. Dr. Özge YILMAZ	Müdür Yardımcısı
Prof. Dr. Necip KUTLU	Üye
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ	Üye
Doç. Dr. Murat TAŞ	Üye
Prof. Dr. Necip KUTLU	Raportör (Enstitü Sekreter V.)

Enstitü Yönetim Kurulumuz 08.03.2017 tarihinde, Çarşamba günü, Saat:14:30'da aşağıda belirtilen gündem maddelerini görüşmek üzere Enstitümüzde toplanacaktır. Toplantıda hazır bulunmanızı rica ederim.

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

GÜNDEM

11- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın, 01.03.2017 tarihli Anabilim Dalı Kurul Kararlarının görüşülmesi

ALINAN KARARLAR

Karar 11- Hemşirelik Anabilim Dalı'nın 01.03.2017 tarihli Kurul Kararları görüşülerek;

e) Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özge Çetin'in Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" olarak belirlenmesine **ORBİRLİĞİ** ile karar verildi.

ASLININ AYKIRISIDIR

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ	Müdür	
Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER	Müdür Yardımcısı	
Doç. Dr. Özge YILMAZ	Müdür Yardımcısı	
Prof. Dr. Necip KUTLU	Üye	
Doç. Dr. Murat TAŞ	Üye	
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ	Üye	
Prof. Dr. Necip KUTLU	Raportör (Enstitü Sekreteri V.)	

Prof. Dr. A. AKTAŞ	Doç. Dr. E. TÜRKÖZ ULUER	Doç. Dr. Ö. YILMAZ	Doç. Dr. M. TAŞ	Prof. Dr. N. KUTLU	Prof. Dr. S. ÇINAR PAKYÜZ	Raportör Prof. Dr. N. KUTLU
Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf

EK-6. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Yüksek Lisans Tez Çalışması Orjinallik Raporu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı **Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi**

Tezime ilişkin 02/08/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orjinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 25'tir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza
06.08.2018

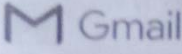
Adı Soyadı : ÖZGE ÇETİN
Öğrenci No : 141346014
Anabilim Dalı : HEMŞİRELİK
Programı : TEZLİ YÜKSEK LİSANS

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
(Unvan, Ad Soyad, İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Seygi Nehir TÜRKMEN

Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekte yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

EK-7. Stresle Baş Etme Ölçeği İzin Yazısı

 özge çetin <oozgecetinn@gmail.com>

SBTÖ izin istegi
4 ileti

özge çetin <oozgecetinn@gmail.com> 16 Mart 2017 15:09
Alıcı: nesrinhislisahin@gmail.com

Merhaba Nesrin Hanım, ben Özge Çetin Ege üniversitesi Hemşirelik fakültesi mezunuyum. Su an itibariyle Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği üzerine uzmanlığımı yapmaktayım. Yapmak istediğim tezde geçerlik ve güvenilirliğini test ettiğiniz SBTÖ ni kullanmak üzere izninizi istiyorum. Meslek hayatınızda başarılar dilerim, hoşçakalın.

Handan Deniz Ayalp <hdenizayalp@gmail.com> 28 Mart 2017 12:49
Alıcı: oozgecetinn@gmail.com

Aşağıda bulunan izin yazısı ve söz konusu ölçeğe ilişkin materyaller, Prof. Dr. Nesrin Hisli şahin tarafından gönderilmektedir.

Sayın Çetin,

Stresle Başetme Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını, puanlama anahtarını ve ölçeğin ilk sayfasındaki kaynakçayı da kullanmanızdır. Ekte, söz konusu ölçekle ilgili yayını da gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.


16 Mart 2017 18:10 tarihinde Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com> yazdı:
:)


Begin forwarded message:

From: özge çetin <oozgecetinn@gmail.com>
Subject: SBTÖ izin istegi
Date: 16 Mar 2017 15:09:33 EET
To: nesrinhislisahin@gmail.com

Merhaba Nesrin Hanım, ben Özge Çetin Ege üniversitesi Hemşirelik fakültesi mezunuyum. Su an itibariyle Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği üzerine uzmanlığımı yapmaktayım. Yapmak istediğim tezde geçerlik ve güvenilirliğini test ettiğiniz SBTÖ ni kullanmak üzere izninizi istiyorum. Meslek hayatınızda başarılar dilerim, hoşçakalın.

2 eklenti

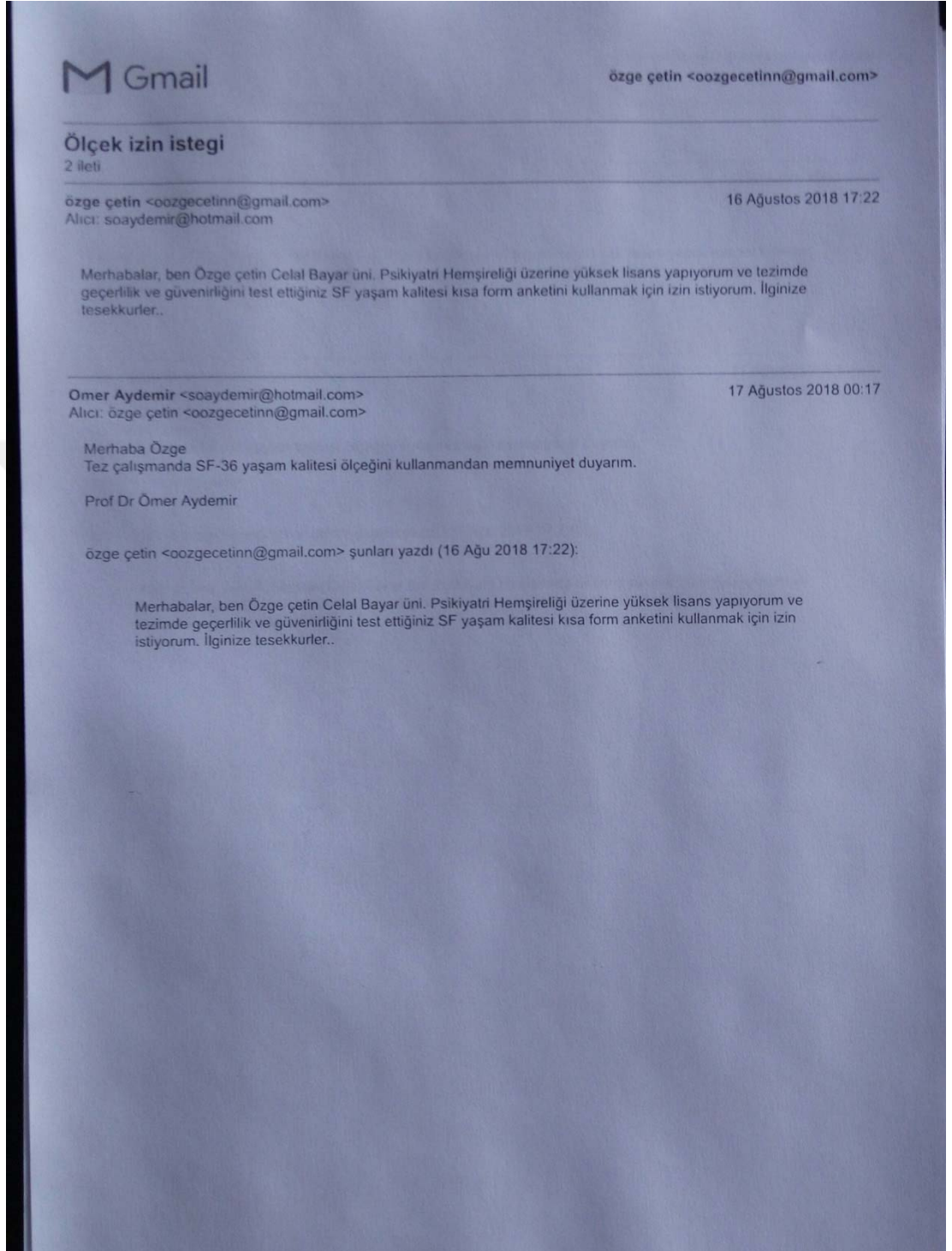
 SBÖ ÖLÇEK VE PUANLAMA 2011.doc
68K

 Stresle Başaçıkma Tazrları Ölçeği Üniversite öğrencileri için u.pdf
10519K

özge çetin <oozgecetinn@gmail.com> 17 Nisan 2017 12:12
Taslak Alıcısı: sevgi türkmen <sevgitürkmen2012@gmail.com>

[Alıntılanan metin gizlendi]

EK-8. Yaşam Kalitesi (SF-36) İzin Ölçeği



EK-9. Manisa Devlet Hastanesi İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Manisa Devlet Hastanesi Yöneticiliği



Sayı : 65182228-929
Konu : Özge ÇETİN - Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 26/05/2017 tarihli ve 46006391 barkod sayılı dilekçe.

İlgi tarihli ve sayılı dilekçeniz incelenmiş olup; "Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Başa Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmanızı hastanemizde yürütme talebiniz, Hastanemiz idaresi tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Hürriyet Abdullah Zafer ULUSAN
Hastane Yöneticisi

EKLER:

1- Dilekçe ve Ekleri

Dağıtım:

Gereği:

Özge ÇETİN

Manisa Devlet Hastanesi

Palyatif Bakım Ünitesi

Bilgi:

Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel
Sekreterliği - Eğitim ve AR-GE Birimi

Şehitler Mah. Akhisar Cad. No:1 Şehzadeler/ MANISA

Faks No:

e-Posta:gamze.kalender@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 0236 238 52 33/235

İçin: Tıbbi Sek. Gamze YILDIRIM

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

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3822d9c0-8456-42c8-988e-e04230f1743 kodu ile erişebilirsiniz.

Bilgi için: Gamze YILDIRIM

Unvan: TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 0236 238 5233/ 235

EK-10. Gönüllü Onam Formu

ÇALIŞMANIN ADI: Eğitimin Hasta Yakınlarının Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan hasta ve yakınlarının, gereksinimlerinin karşılanması amacıyla doğmuş bir yaklaşım türüdür. 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. 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. Bu sebeple bu çalışma Palyatif Bakım Vericilere uygulanan Psikoeğitimin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi üzerine etkisini belirlemeyi amaçlamıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmada size temel bilgilerinizi ve çalışma durumunuzu içeren 16 soru, Stresle Baş Etme, Yaşam Kalitesi ölçeğinden oluşan 3 form verilecek ve yanıtlamanız istenecektir. Lütfen ankette yer alan soruları rahat ve herhangi bir endişe hissetmeden cevaplayınız. Anket formlarını rahat ve sakin bir zamanda doldurmanız uygun olacaktır. Anketlerin doldurulma süresi 15-20 dakika arasında sürmektedir. 7 Haftalık eğitim programı için sizin uygun olduğunuz günler belirlenecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma sayesinde Psikoeğitimin Bakım Vericilerin Stres ile Baş etme ve Yaşam Kaliteleri üzerine etkileri incelenerek bu konudaki eğitim ihtiyacının belirlenmesi ve bu eğitimden istifade edilmesi açısından önemlidir. Elde edilen sonuçlara göre daha sonra yapılacak olan çalışmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma, çalışmaya katılanlar açısından herhangi bir zararı yoktur. Eğitimin için ekstra zaman ayırmanız gerekecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar vererseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya vereceğiniz cevaplarınız araştırma amacıyla kullanılacak ve bilgiler saklı tutulacaktır. Elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

1. Yrd.Doç. Dr. Sevgi Nehir Türkmen Tel. 0533 411 74 02, İş: 0236 2391318
2. Özge ÇETİN Tel. 05068073201

Çalışmaya Katılma Onayı

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
--------------------------------------	--	-----------------------

<i>Adres ve Telefon:</i>	
--------------------------	--

<i>Arařtırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi



EK-11. Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesinin Arttırılmasına Yönelik Psikoğitim Kitapçığı

**PALYATİF BAKIM VERİCİLERİN STRESLE BAŞ
ETME VE YAŞAM KALİTESİNİN
ARTTIRILMASINA YÖNELİK PSİKOEĞİTİM
KİTAPÇIĞI**



Hemşire Özge ÇETİN

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

MANİSA-2017

İÇİNDEKİLER

- 1) Palyatif Bakım Tanımı
- 2) Aile Bakımı
- 3) Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Arttırma Yolları
- 4) Stres ve Baş Etme Yolları

GİRİŞ

Palyatif Bakım

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan hasta ve yakınlarının, gereksinimlerinin karşılanması amacıyla doğmuş bir yaklaşım türüdür. Palyatif bakım, 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. Bu süreçte hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerinin artırılması temel hedefdir.



Siz hastalarımız ve yakınları için hastalığınızın tanı aşamasından, tedavi süreçleri ve hastalığın yeniden oluştuğu ileri evreye kadar hastalığınızın her aşamasında fizyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerinizin karşılanması ve yaşam kalitenizin artırılmasına odaklı bakım hizmetine palyatif/destekleyici bakım denilmektedir. Palyatif

bakım her bireyin içinde bulunduğu kültürel ve sosyal yapıya özgü olan insani bir hizmettir.

Birinci derecede bakım veren kişi, hastanın günlük yaşantısının merkezinde olduğundan çoğunlukla hastalıkla ilgili olarak hastanın sosyal ağıyla temas halindedir. Bakım sunma sorumlulukları arttıkça bakım sunma bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir. Bakım veren kişi; sevgi, iyi bir iş yaptığı için memnuniyet gibi duygularının yanı sıra; suçluluk, kızgınlık, anksiyete, korku, keder ve üzüntü gibi duyguları da yaşayabilmektedir.



Bu yüzden aile üyelerinin bu sorunlara yönelik karşılanması gereken birçok gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Bu gereksinimlerin karşılanmadığı ve aile üyelerinin bu süreçte yeterince desteklenmediği

durumlarda ailenin yaşam kalitesi de olumsuz olarak etkilenmektedir.

AİLE BAKIMI

İleri evre, gidişatı belirsiz olan bir hastalığa sahip olmak hastanızı etkilediği kadar, aile ve üyeleri olarak sizi de yakından etkilemektedir. Hastalıkların dolaylı ve dolaysız neden olduğu sıkıntıları yaşayan birçok ailenin olduğu bilinmektedir. Bu durum sadece sizin yaşadığınız bir süreç değildir. Ama size özgüdür, çünkü her aile yapısı ve düzeni farklıdır. Bu yüzden bu durumla baş etmede sizin ailenize özgü değişik yöntemler bulunabilir.



Genelde bu süreçte hastalarımızın fiziksel bakımını siz ailelerin üstlendiğini bilmekteyiz. Hastanızın bakım sorumluluğunu üstlenmeniz, aile üyeleri olarak sizin günlük yaşam düzenlerinizin bozulmasına neden olabilir. Sizin gibi birçok aile sevdikleri biri için hiç bir tereddütte bulunmadan bu süreçte günlük yaşantılarını bir kenara bırakarak ve 24 saatini hastalarına göre yeniden planlayarak yaşamaktadırlar. Ancak bazen bu sürecin getirdiği sıkıntıları ailelerimiz pek fark edemeyebilirler. Hatta aile üyeleri hasta bakımını üstledikleri için ailenin diğer üyeleri

ilgili ya da kendileri ile ilgili yapacakları ileri erteleyebilirler. Örneğin; anne, baba ya da eş olarak yapacağınız şeyleri yapamayabilirsiniz, sonuçta aile içi ilişkiler ve aile düzeni bu süreçte bozulabilir.

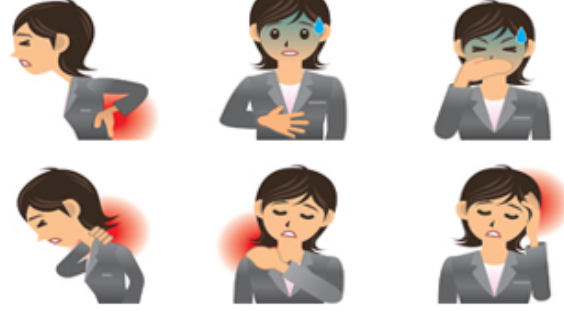


Daha öncede belirtildiği gibi hastanızın gereksinimi olan fiziksel bakımın siz aile üyeleri tarafından üstlenilmesi size ek sorumlulukları da beraberinde getirmektedir. Bu ağır

sorumlulukları yerine getirmek sizin farklı sağlık sorunları yaşamanıza sebep olabilir. Bu süreçte aile üyeleri olarak, hastalardan daha fazla sinirli, gergin olma, üzüntülü bir hal yaşama, yorgunluk, rol çatışması, kendi sosyal yaşamınızı tamamen erteleme gibi sıkıntılar yaşayabilirsiniz. Sonuçta siz ve diğer aile üyelerinin vücut savunma direncinin bozulması ile birlikte fiziksel hastalık riskleriniz ortaya çıkmaktadır.

Bu fiziksel rahatsızlıklar arasında;

- ❖ yorgunluk,
- ❖ baş ağrısı,
- ❖ çarpıntı,
- ❖ sırt ağrısı,
- ❖ uyku bozuklukları
- ❖ iştahsızlık



Siz aile üyelerinin yaşadığı fiziksel sıkıntılarınızın yanı sıra,

- * Bakımın gerektirdiği fiziksel yetenek ve desteğin yeterli olmayışı,
- * Uygun araç- gereç ve bu materyalleri kullanım eksikliği,
- * Ağrı gibi hastanızın yaşadığı ve önemli düzeyde rahatsızlık veren semptomların varlığı,
- * Sevilen bir aile üyesinin kaybını düşünme,
- * Aile üyeleri arasında yaşayabileceğiniz iletişim problemlerin olması
sahip olunan ekonomik kaynakların azlığı gibi durumlar

* Siz ve diğere aile üyelerinde çaresizlik, kaygı, korku, sinirli ve gergin olma, tükenme ve depresyon gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.



* Hastanızın bakımını üstlenmek ve gerektiğinde yardımcı olabilmemiz için kendi sağlığınıza da dikkat etmelisiniz. Eğer bunu yapamazsanız hastanızın size ihtiyaç duyduğu bir zaman diliminde gücünüz ve enerjiniz yeterli olmayabilir. Bu yüzden fiziksel hastalıklara yakalanmadan bazı önlemler almalısınız. Bunlar arasında;

* Hastanızın fiziksel bakımı ile ilgili yaşadığınız sıkıntı ve sorunları hemşirenizle paylaşın ve ondan destek alın.

* Hastanın fiziksel bakımını aile içerisinde sorumlulukları paylaşarak yapın.

* Bu süreçte yeterli ve dengeli beslenin (protein, sebze ve meyve ve sıvı tüketin) Günlük uykunuzu olabildiğince almaya çalışın.

* Yorgun olduğunuzda dinlenin.

- * Aktivitelerinizi planlayarak yapın.
- * Hasta bakımı ya da diğer yaşadığınız sorunlarla ilgili duygularınızı ifade edin.
- * Hastanızın yanında sürekli kalmanız durumunda, hastanız uyurken ya da rahat olduğu dönemlerde kısa yürüyüşler yapın.



- * Fiziksel bakımınız için (banyo, diş fırçalama, giysilerin değişimi gibi) mümkün olduğunca vakit ayırın.
- * Diğer aile üyelerinden destek alınız. Bu süreçte yaşadığınız sıkıntılarla tek başınıza yüzleşmeniz sizden beklenmiyor.
- * Her şeye sizin yetişmeniz mümkün olmayabilir. Lütfen “başaramıyorum” ya da “yapamıyorum” diye kendinizi suçlamayın. Siz sevdiğiniz kişi için çabalıyorsunuz, bunu hastanız ve tüm ekip üyeleri fark ediyor.



* İhtiyaçlarınızı dile getirmekten ve kendinizi ifade etmekten kaçınmayın. Yardım alın.

Yapılan çalışmalarda desteklenen aile üyelerinin daha iyi baş etme mekanizmaları geliştirdikleri ortaya konmuştur. Bu yüzden ailenizin diğer üyelerinden, arkadaşlarınızdan ve komşularınızdan yardım isteyebilirsiniz. Kendi hayatınızı tamamen ihmal etmeniz sizin tükenmenize sebep olabilir. Kısada olsa arkadaşlarınız ve akrabalarınızla görüşün. Bu sizin biraz rahatlamanızı sağlar, hem hastanıza daha yararlı olabilirsiniz. Ayrıca sizinle aynı sorunları yaşayan diğer hasta yakınları ile bir araya gelip konuşabilirsiniz. Karşılıklı deneyimleriniz sizlere faydalı olabilir.



Hastasının bakımı üstlenen aile üyeleri özellikle, hastalarının son dönemlerini rahat, ağrısız ve huzur içinde geçmesini istemektedirler. Bu dönemde özellikle spiritüel/manevi gereksinimler ön plana çıkmaktadır. Aile üyeleri olarak sevdiğiniz birinin kaybını düşünme sizde kaygı ve sıkıntı yaratabilir. Bu nedenle hasta yakınları olarak kayıp ve kayıp sonrası dönemde yapılacaklarla ilgili sizin eğitilmeniz oldukça önemlidir.



Bu süreçlerle ilgili konuşmak oldukça zordur. Ancak salık ekibinin tüm üyeleri isterseniz size yardım edebilir. Bu süreçte hasta bakımı ile ilgili hemşireniz size gereken yardımı sağlayabilir.

Palyatif bakım, hastanızın semptomlarını gidererek acı çekmenin hafifletilmesini sağlamanın yanında aile üyeleri olarak sizin yaşadığınız fiziksel, psikososyal, ekonomik ve manevi sorunlara çözüm oluşturabilen gereksinimlerinizin karşılandığı bir hizmettir. Palyatif bakım hizmeti sağlık ekibi tarafından karşılanmaktadır.



Palyatif bakım ekibi içerisinde yer alan sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist ve hemşireler sizlerin gereksinimlerinizi belirleyerek ve ihtiyaçlarınıza göre bakımın verilmesini sağlamaktadırlar.

Size uygun bilgilendirme, eğitim, danışmanlık ve destek sağlanabilir. Ancak sağlık bakım ekibi ile yaşadığımız sıkıntıları paylaşmanız ve ifade etmeniz bizim için oldukça önemlidir.

Bunlar arasında;

- Hastanın fiziksel bakımı ile ilgili sorunlara yönelik gereksinimler
- Bakım verme ile ilgili yaşadığımız fiziksel semptomlar
- Hasta ile ilişkiler Sosyal destek
- Psikolojik konular
- Manevi konular
- Finansal konular
- Günlük yaşam aktiviteleri

Aile üyelerinin bu süreçte yaşadığı psikolojik konulara ilişkin sorunların en başında stres kaynaklı faktörler vardır ve bunun sonucunda doğrudan hastaya bakım veren kişi ve çevresinin yaşam kalitelerinin bu durumdan etkilendiği düşünülmektedir.

Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre yaşam kalitesi; bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilgilidir. Kişinin içinde yaşadığı ortamda kendi sağlığını bireysel olarak algılayış biçimidir.

Yaşam kalitesi çok geniş bir kavram olup,

- ✓ bireyin fiziksel sağlığı
- ✓ psikolojik durumu
- ✓ bağımsızlık düzeyi
- ✓ sosyal ilişkileri ve
- ✓ çevresindeki önemli özelliklerden etkilenir.



Yaşam Kalitesini Etkileyen Problemler

Fiziksel Problemler

- ✘ Ağrı, bulantı/kusma, halsizlik, defekasyon yapamama, beslenememe, görünüm bozukluğu, uykusuzluk, disfaji

Psikolojik Problemler

- ✘ Anksiyete(endişe), depresyon, kendine güven kaybı, cinsel sorunlar, gelecekteki belirsizlikler
- ✘ Uzun yaşam süresi, kansere bağlı ölümler, tedavi yöntemlerine bağlı sorunlar.



Yaşam kalitesini yükseltmek için fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçların karşılanması oldukça önemlidir.

Bedensel ihtiyaçlar; su içmek, yemek yemek, uyumak, barınmak, giyinmek ve dinlenmektir.

Ruhsal ihtiyaçlar; cinsellik, değerli olduğunu hissetmek, önemsenmek, korumak ve kollanmak, sevmek, sevilme, takdir edilmek, gözetilmek, onaylanmak, başarılı olma, tecrübe kazanma, tehlikelerden korunma, güven duymak



- Bol bol su için.
- Kahvaltıda çok, ögle yemeğinde orta, akşam yemeğinde az yiysin.
- Doğada yetişen, işlem görmemiş yiyecekleri daha çok, fabrikalarda üretilen yiyecekleri daha az yiysin.
- Gne erken başlayın. Sabah saatlerinin keyfine varın. Uykunuzdan feragat etmeyin.
- Kaliteli, en az 7 saat uykuya ihtiyaınız var.
- Her gün 30 dakika yürüyüş yapın.

- Glmseysin ve pozitif olmaya çalışın.
- Sevdiğiniz insanlarla zaman geçirin.
- Kendinizle zaman geçirin
- Kendinizi dllendirin

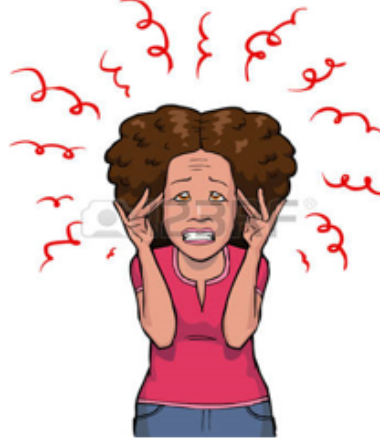
Bu ihtiyaçların ne ölçüde karşılandığı yaşam kalitemizi belirleyen unsurlar arasında önemli bir yere sahip.

Dikkat edilmesi gereken nokta bu ihtiyaçların her gün karşılanmasının esas farkı yaratabileceğidir.

Stres ve Stres ile Baş Etme Yöntemleri

Stres nedir?

İnsan organizması gün içerisinde sürekli iç ve dış etkenlerle etkileşim halindedir. Her an aldığı uyarılar belli bir sınırı geçtikten sonra organizmanın uyumunu bozar. Bu da organizmanın yapısını ve işlevini bozar. Bozulan yapıyı onarmak için, organizma uyum, denge ,düzen arayışına girer. Buna biz **stres** diyoruz.



➤ Yeni ortamlar, yeni insanlar...

Stresi neden ortadan tamamen kaldırmıyoruz?

- Olumlu stres: İnsanların ulaşmak istedikleri amaçlarla ilgilidir.
- Olumsuz stres: İnsanların kaçınmak istedikleri durumlarla ilgilidir

Stres oluşumunda bireysel ve çevresel faktörler etkilidir.

Bireysel faktörler; Kişilik özellikleri, yaş, cinsiyet, maddi durum

Çevresel faktörler; İş, aile, sosyal çevre üçgenindeki ihtiyaçlarımızın karşılanamaması

Herhangi birinde oluşacak olumsuzluk diğerini de etkileyecektir

Stresin Fiziksel Belirtileri, Sonuçları

BEDENSEL BELİRTİLER

- İştahsızlık /kilo kaybı veya aşırı yeme
- Yorgunluk
- Sık görülen baş ağrıları
- Uyku ile ilgili sorunlar
- Sinirsel ağrılar ve kramplar
- Mide ve sindirimle ilgili sorunlar
- Aşırı hassasiyet/duygulanma
- Aşırı ilaç kullanımı



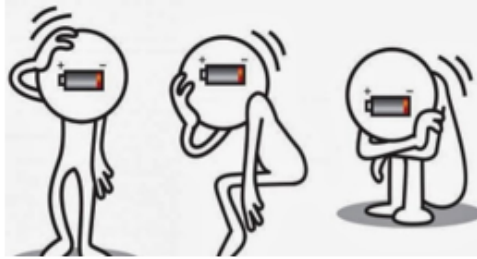
BEDENSEL SONUÇLAR

- Dolaşım Sistemi Hastalıkları(Kalp-damar hast., çarpıntı, göğüs hast.)
- Solunum Sistemi Hastalıkları(bronşial astım)
- Sindirim Sistemi Hastalıkları (Gastrit-Ülser)
- Deri Hastalıkları (Egzama, Sedef)
- Kireçlenme
- Migren
- Üreme Sistemi Hastalıkları

Stresin Psikolojik Belirti, Sonuçları

PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ

- Aşırı tedirginlik,korku,kaygı
- Alınganlık, çabuk öfkelenme
- Yaşamdan zevk almama
- Hastalık korkusu
- Ölüm korkusu
- Yalnız kalma,kapalı yer korkuları
- Panik
- Durgunluk
- Unutkanlık
- İşleri yarım bırakma,dikkat dağınıklığı



PSİKOLOJİK SONUÇLARI

- Depresyon
- Endişe Bozukluğu
- Davranış Bozuklukları
- Uyku Bozukluğu
- Tükenme Sendromu

Streste Yanlış Çözümle

Görmezlikten gelme,
Başkalarını suçlama,
Duygularını bastırma,
İnkâr etme gibi davranışlara başvurabiliriz.



Bu davranışlar strese çözüm değildir sadece kendini aldatarak anlık durumdan kurtulmak için sık başvurulan yollardandır.

Stesle Başa Çıkma Yöntemle

Düzenli beslenme

-Tüm öğünlerin atlanmadan, sağlık besinlerin alınması

Sosyal destek

-Gerektiğinde ve ihtiyaç halinde aile ve arkadaşlardan yardım alınması

Fiziksel Egzersiz

-Düzenli yürüyüş, koşu; vücut kaslarını germe gevşetme

Gevşeme Egzersizleri

-Meditasyon, derin nefes egzersiz

Hobi edinme

Olumlu düşünme

Profesyonel destek alma (Psikoterapi)

Şunu unutmayın ki;

Yaşamın 5 alanı vardır. Bunlar **düşünceler**, ruh halleri, bedensel tepkiler,davranışlar ve çevredir. Bunların hepsi birbiriyle etkileşim halindedir.

Düşüncelerimiz her şeyin başlangıç noktasıdır...

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Özge	Soyadı	Çetin
Doğum Yeri	Bafra/SAMSUN	Doğum Tarihi	24.09.1990
Uyruğu	T.C.	Tel	5068073201
E-mail	oozgecetinn@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Ege Üniversitesi	2012
Lise	Isparta Anadolu Lisesi	2008

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Nöroloji Hemşiresi	Bakırköy Ruh ve Sinir Hast.Hastanesi	2013-2014
Palyatif Bakım Hemşiresi	Manisa Devlet Hastanesi	2014-halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	iyi	iyi	iyi
Yabancı Dil Sınav Notu #			

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL	TOEFL	TOEFL	FCE	CAE	CPE
CPE			IBT	PBT	CBT			

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71.04	71.60	66.43

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office(Word,Excel...)	iyi