



T.C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE VE DAHİLİYE SERVİSİNDE  
YAŞLI HASTAYA BAKIM VERENLERİN DENEYİMLEDİĞİ  
BAKIM VERME YÜKÜ VE BAŞ ETME STRATEJİLERİ**

Şerife KÖLEOĞLU  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Sevgin SAMANCIOĞLU BAĞLAMA

Gaziantep

2018



T.C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE VE DAHİLİYE SERVİSİNDE  
YAŞLI HASTAYA BAKIM VERENLERİN DENEYİMLEDİĞİ  
BAKIM VERME YÜKÜ VE BAŞ ETME STRATEJİLERİ**

Şerife KÖLEOĞLU  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI)

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Sevgin SAMANCIOĞLU BAĞLAMA

Gaziantep

2018

**T.C.**  
**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE VE DAHİLİYE SERVİSİNDE YAŞLI**  
**HASTAYA BAKIM VERENLERİN DENEYİMLEDİĞİ BAKIM VERME YÜKÜ**  
**VE BAŞ ETME STRATEJİLERİ**

**Şerife KÖLEOĞLU**

Tez Savunma Tarihi: 16 Ocak 2018

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

**Prof.Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

**Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

**Yrd. Doç. Dr. Sevgin SAMANCIOĞLU BAĞLAMA**

**Tez Danışmanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tez Jürisi**

**İmzası**

**Yrd. Doç. Dr. Sevgin SAMANCIOĞLU BAĞLAMA**

**Prof. Dr. Nimet OVAYOLU**

**Doç. Dr. Özlem OVAYOLU**

**Doç. Dr. Medet KORKMAZ**

**Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR**

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilen 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.

Şerife KÖLEOĞLU

16.01.2018

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında akademik bilgi ve donanımını benden esirgemeyen, yaklaşımı ile bana cesaret veren, desteğini her zaman derinden hissettiren, örnek aldığım çok değerli hocam ve tez danışmanım Sayın **Yrd. Doç. Dr. Sevgin SAMANCIOĞLU BAĞLAMA**'ya,

Desteğini ve yardımını her zaman gördüğüm ve beni hiç yalnız bırakmayan canım arkadaşlarım **Esra DİŞLİ, Kübra ÇIRAK, Meltem SUNGUR**' a

Veri toplama aşamasında, her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen **Hemş. Ayşe Gül Gönen** ve Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi ve Dahiliye Servisinde çalışan **hemşire arkadaşlarıma**,

Tez çalışmama katılan tüm **bakım verenlere**,

Beni bugünlere getiren her adımında yanımda olan duydukları gururu, verdikleri sevgi ve değeri en derinden hissettiren **sevgili aileme**,

*En içten dileklerimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.*

Şerife KÖLEOĞLU

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
<b>1. ÖZET.....</b>	<b>1</b>
<b>2. ABSTRACT.....</b>	<b>2</b>
<b>3. GİRİŞ ve AMAÇ.....</b>	<b>3</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
4.1. Yaşlılık Kavramı ve Epidemiyolojisi.....	5
4.2. Palyatif Bakım Tanımı ve Amacı.....	6
4.2.1. Palyatif Bakım.....	7
4.2.2. Palyatif Bakım Düzeyleri.....	8
4.2.3. Palyatif Bakımın Bileşenleri.....	9
4.2.4. Palyatif Bakımın Temel Hedefleri.....	9
4.2.5. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar.....	10
4.2.6. Palyatif Bakım Ekibi.....	11
4.3. Dünyada Palyatif Bakım.....	11
4.4. Türkiye’de Palyatif Bakım.....	12
4.5. Palyatif Bakımda Bakım Verenler.....	14
4.5.1. Bakım Vermenin Bakım Verenler Üzerindeki Genel Etkileri.....	17
4.5.2. Yaşlı Hastaya Bakım Vermenin Bakım Verenler Üzerindeki Etkileri.....	17
4.5.3. Kronik Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunlar.....	18
4.5.2. Hastası Palyatif Bakım Sürecinde Olan, Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunlar .....	19
4.6. Bakım Yüğü İle Baş Etme Stratejileri.....	21

<b>5. MATERYAL VE METHOD.....</b>	<b>23</b>
5.1. Araştırmanın Amacı.....	23
5.2. Araştırmanın Tipi.....	23
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	23
5.4. Araştırmanın Evreni.....	23
5.5. Araştırmanın Örneklemi.....	24
5.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	24
5.7. Verilerin Toplanması.....	24
5.7.1. Kişisel Bilgi Formu.....	25
5.7.2. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı.....	25
5.7.3. Başa Çıkma Stilleri Ölçeğı- Kısa Formu (BÇSÖ-KF, COPE kısa formu).....	25
5.7.4. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	26
5.7.5. Verilerin İstatiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	27
5.7.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
5.7.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>28</b>
<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>34</b>
<b>8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....</b>	<b>36</b>
8.1. Sonuçlar.....	36
8.2. Öneriler.....	36
<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>37</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>46</b>
<b>11. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>58</b>

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

**AIDS:** Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

**BÇSÖ-KF:** Başa Çıkma Stilleri Ölçeği- Kısa Formu

**DSÖ:** Dünya Sağlık Öğütü

**WPCA:** Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance)





## TABLolar DİZİNİ

## Sayfa No

Tablo 4.5. Nesnel Yük Boyutları.....	16
Tablo 6.1. Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Yatan Yaşlı Hastalara Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	28
Tablo 6.2. Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Yatan Yaşlı Hastalara Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri.....	30
Tablo 6.3. Grupların BÇSÖ-KF Ölçeği Alt Boyutları, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 6.4. Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Bakım Verenlerin BÇSÖ-KF Ölçeği Alt Boyutları ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişki.....	33

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Palyatif Bakım İle Küratif Tedavinin Entegrasyonu.....	8
Şekil 2. DSÖ - WPCA Palyatif Bakım Gerektiren Tıbbi Durumlar.....	10
Şekil 3. Palyatif Bakım Ekibi.....	11



## ÖZET

### PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE VE DAHİLİYE SERVİSİNDE YAŞLI HASTAYA BAKIM VERENLERİN DENEYİMLEDİĞİ BAKIM VERME YÜKÜ VE BAŞ ETME STRATEJİLERİ

Şerife KÖLEOĞLU

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sevgin SAMANCIOĞLU BAĞLAMA

2018, 68 Sayfa

**Amaç:** Araştırma, palyatif bakım ünitesi ve dahiliye servisinde yaşlı hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve bakım yükü ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile karşılaştırmalı ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Materyal ve Metod:** Araştırmanın örneklemini Nisan - Haziran 2017 tarihleri arasında bir şehir hastanesinde Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde yatmakta olan yaşlılara bakım veren 80 bakım veren oluşturdu. Bu çalışmada, araştırmacılar tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği- Kısa Formu kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi ile Pearson's korelasyon analizi kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi  $p<0.05$  olarak alındı.

**Bulgular:** Yaşlılara bakım verenlerin % 65'i kadındır ve % 38.8'i 50 yaş üzerindedir. Bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği toplam puanı palyatif bakım ünitesinde  $50.37 \pm 10.93$  iken dahiliye kliniğinde  $32.72 \pm 8.72$  olarak bulundu. Başa Çıkma Stilleri Ölçeğinin Planlama ve Amaca Yönelik Sosyal Destek Arama alt boyutlarında ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği toplam değerinde iki grup arasında anlamlı farklılık saptandı.

**Sonuç:** Hemşireler, palyatif bakım ünitelerinde yaşlı hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü için risk oluşturabilecek sosyo-demografik özelliklerini, mali zorluklarını, aile ilişkilerini belirlemeli ve oluşan bakım yükü için baş etme stratejilerini geliştirmelerinde yardımcı olmalıdır.

**Anahtar Kelime:** Baş etme, Bakım Yükü, Hemşirelik, Palyatif Bakım, Yaşlı

## ABSTRACT

### THE BURDEN AND COPING STRATEGIES EXPERIENCED BY CAREGIVERS OF ELDERLY PATIENTS IN THE PALLIATIVE CARE UNIT AND INTERNAL MEDICINE SERVICE

Master's Thesis, Department of Nursing,

Internal Medicine Nursing

Master's Degree Program

Thesis Advisor: Assist. Prof. Dr. Sevgin SAMANCIOĞLU BAĞLAMA

2018, 68 Pages

**Objective:** This descriptive and comparative study was conducted to determine the relationship between the burden experienced by caregivers of elderly patients in the palliative care unit and internal medicine service and their coping strategies for burden.

**Method:** The sample of the study consisted of 80 caregivers of the elderly hospitalized in the Palliative Care Unit and Internal Medicine Service in a city hospital between April and June 2017. In this study, Personal Information Form prepared by the researchers, Burden Interview and Coping Styles Scale Brief Form were used. Independent samples t test and one-way analysis of variance, and Pearson's correlation analysis were used to assess the data. The level of significance was accepted as 0.05.

**Results:** Most of the caregivers of elderly patients were female (65%) and 38.8% were over 50 years. The total score obtained by the caregivers from the Burden Interview was  $50.37 \pm 10.93$  in the palliative care unit and  $32.72 \pm 8.72$  in the internal medicine clinic. A significant difference was found between the two groups in terms of the subscales "Planning and Searching Social Support for Aim" of the Coping Styles Scale and the total score of Burden Interview.

**Conclusion:** Nurses should develop socio-demographic characteristics, financial difficulties, and family relationships that may pose a risk for burden of caregivers of elderly patients in the palliative care units and help them to develop coping strategies for the burden.

**Key Words:** Coping, Burden, Nursing, Palliative Care, Elderly.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Palyatif bakım, ilk olarak kronik hastalığı olan bireylerin bakımı için 90'lı yıllarda ortaya çıkmış bir modeldir. Günümüzde halen gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde kavramı ve önemi tam olarak anlaşılammıştır (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1986 yılında palyatif bakım tanımını ilk kez yapmıştır ve bu tanımda küratif bakım ve palyatif bakım farklı boyutlarda ele alınmıştır. Bunun sonucunda küratif bakım bittiğinde palyatif bakım başlamaktaydı. Yani hastanın hastalığını tedavi edilemeyeceğine karar verilince palyatif bakım vermeye başlanmaktaydı (2,3). DSÖ 2002 yılında palyatif bakım tanımını yeniden yapmış ve palyatif bakım hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunla karşılaştığında, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım olarak değerlendirilmiştir. DSÖ' nün bu yeni tanımıyla palyatif bakımın erken dönemde verilmesinin önemi vurgulanmıştır (1,4). Palyatif bakım günümüzde ise bireyin yaşamının son döneminde yaşamını anlamlı kılmayı, ölümün normal bir süreç olduğunun kabullenilmesine yardım ve palyatif bakım alan birey ve bakım verenlerinin acılarını hafifletmeyi amaçlar (1).

Palyatif bakım sadece hasta bireylerin bakımını içermez aynı zamanda hastaya bakım veren kişilerin bakımını da üstlenmektedir. Hasta bireyin ve bakım verenlerinin tüm ihtiyaçlarını değerlendirip çözüme kavuşturur. İnsan ömrünün ve hastalıklardan sağ kalım sürelerinin uzaması sonucu bakım ihtiyacı duyan birey sayısı artmış bulunmaktadır. Bu gelişmeler sonucunda bakım ve bakım veren kavramının önemi artmıştır (5).

Bakım veren, hasta bireyin tüm bakımını sağlayan ve tüm yükünü üstlenen kilit noktadaki kişidir. Bakım gerektiren bir bireyin yakınının olması, bakım yükünü üstlenmek bakım verenin tüm sosyal hayatını etkilemekte ve yeni durumlarla yüzleşmek zorunda bırakmaktadır (6). Hasta bireyin uzun süreli, ölümcül hastalığının olması, hastalığının semptomlarının şiddetinin artması, bakım için harcanan zaman ve para miktarının artması, psikolojik ve sosyal sorunların artması gibi nedenler bakım verenin bakım yükünü artırmakta ve sosyal yaşam rollerini değişime uğratmaktadır. Hasta bireyin giderek kötüleşmesi ve bakım yükünün artması bakım verenin psikolojik

durumunda da değişmelere neden olmaktadır (6, 7, 8, 9). DSÖ' ye göre palyatif bakımın primer hedeflerinden birisi de hasta birey ve bakım verenin gereksinimlerinin üzerinde durulmasıdır.

Sağlık profesyonellerinin bakım verenin gereksinimlerini belirlemesi, bu gereksinimlerine çare araması, uygun girişimler planlaması, uygulaması ve değerlendirmesi oldukça önemlidir (10). Bu çalışma palyatif bakım ünitesi ve dahiliye servislerinde bakım veren rolünü üstlenen bakım verenlerin deneyimlediği yük ve baş etme stratejilerini belirlemek ve hastaların görüşlerini almak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.



## 4. GENEL BİLGİLER

### 4. 1. Yaşlılık Kavramı ve Epidemiyolojisi

Yaşlanma; her canlıda görülen, bütün fonksiyonlarda kısmen ya da tamamen, aniden, zamanla azalma ya da kayıplara neden olan, psikolojik, sosyal ve fiziksel boyutları var olan ve beklenen evrensel bir süreçtir. Kronolojik olarak belli bir zaman dilimini tamamlamış kişileri tanımlayabildiği gibi, yaşlılık kavramı belli bir süreyi tamamlamadığı halde belli kayıplar sonucu gelinen noktayı da tanımlayabilmektedir (11). DSÖ ise yaşlılığı; “Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımlamıştır. Çalışmaların çoğunda yaşlılık tanımı ve sınıflandırmasında fizyolojik boyutu ele alınmakla birlikte yaşlanma kronolojik olarak 65 yaş üstü bireyleri tanımlamaktadır. DSÖ psikogeriatric yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstünü yaşlı, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı olarak tanımlamıştır. Gerontolojistler ise yaşlılığı 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 yaş arasını orta yaşlı ve 85 yaş üzerini ileri yaşlılık devri olarak sınıflamışlardır (12).

Yaşlılık dönemi bireyin fiziksel gücünün azaldığı, üretimden çekildiği, rol-statü kayıplarının yaşadığı, bağımlılığının ve kaza riskinin arttığı, yeti yitiminin arttığı, beden dış çevreye uyumunun azaldığı, bağışıklık sisteminin yetersizliğinden dolayı birçok hastalık yaşadığı, ilaç tüketiminin arttığı bir dönem olarak hem sağlık sistemini hem de sosyal, ekonomik sistemleri ilgilendiren çok sektörlü, çok disiplinli hizmeti gerektiren bir toplum sağlığı sorunudur. doğumdan ölüme kadar devam eden bir süreç olan yaşlanma evrensel bir nitelik taşımaktadır. Bunun sonucunda yaşlılığın göreceli olduğu ama yaşlanmanın evrensel bir süreç olduğu ortaya çıkmaktadır (13).

Dünya genelinde doğum oranındaki düşüşle birlikte yaşam standartlarının iyileşmesi, tanı ve tedavi stratejilerinin gelişmesine bağlı olarak insan ömrünün uzadığı ve yaşlı nüfusun giderek çoğaldığı görülmektedir. Günümüzde 65 yaş üstü birey popülasyonu Dünya nüfusunun 8.5’ini oluşturmaktadır. “An Aging World: 2015” raporunun tahminlerine göre bu oranın 2050 yılında %17’ye sıçrayacağı ve yaşlı kişi sayısının 1.6 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. ABD’ de yaşlı popülasyonunun önümüzdeki 30

yılda ortalama iki kat artacağı ve 2050 yılında 48 milyondan 88 milyon kişiye yükseleceği tahmin edilmektedir (14).

Türkiye yaşlanma sürecinin hızlı olduğu gelişmekte olan ülkeler arasında yer almaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken son beş yılda %17.1 artarak 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişiye ulaşmıştır. %43.9'unu erkek, %56.1'ini kadınların oluşturduğu yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı da bu beş yıl içinde %7.5'den %8.3'e yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre ülkemizde yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10.2'ye, 2050 yılında %20.8'e, 2075 yılında ise %27,7' ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Bu veriler ışığında tüm Dünya'daki beklentiler doğrultusunda 21. yüzyılın özellikle ikinci yarısının Türkiye'de de "yaşlı yüzyılı" olacağını ön görmektedir. (15).

Monako (%30.4), Japonya (%26.6) ve Almanya (%21.5) en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke olup Türkiye bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır (15).

#### **4. 2. Palyatif Bakım Tanımı ve Amacı**

Tıp alanında, palyatif bakım terimi hastalığı iyileştirmeksizin semptomların giderilmesi ya da hafifletilmesi anlamında kullanılmaktadır. Örtün, hafifleten veya gideren anlamına gelen, latince 'Palliare' ve İngilizce 'Palliate' sözcüklerinden köken almaktadır (16). Palyatif sözcüğünün Türk Dil Kurumu sözlüğündeki tanımı ise "hastalık belirtilerini iyileştirmeksizin geçici olarak hafifleten veya ortadan kaldıran ilaç veya yöntemler." şeklindedir (17). Küratif tedaviden cevap alınamayan hastalığı olan bireylere uygulanan bakıma palyatif bakım denir (18).

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı orataya çıkan semptomların erken tanınması, önlenmesi veya azaltılmasının yanı sıra fiziksel, sosyal ve psikolojik gereksinimlerin karşılanması için yapılan uygulamaları içermektedir. Bu kapsamda palyatif bakımın amacı, hasta bireyin ve bakım verenin yaşam kalitesinin artırılması, hastalık ve yas sürecinin desteklenmesidir (16,18).



DSÖ 1986 yılında palyatif bakımın tanımı yapılmıştır, bu tanımda palyatif bakım “tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda yapılan bir uygulama” olarak vurgulanırken, 2002 yılında yenilenen palyatif bakım tanımında ‘hastalığın erken döneminde palyatif bakıma başlanmasının önemine’ vurgu yapılmıştır (19). Amerika’da 2009 yılında palyatif bakımla ilgili tüm kuruluşlar bir araya gelerek ortak bir rehber hazırlamışlardır. Bu rehberde göre, yaşamı tehdit eden hastalığın ilk tespitinden itibaren küratif tedavi ile palyatif bakımın bir arada verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (16,20,21). Günümüzde ise palyatif bakım tedavinin mümkün olmadığı, yaşamı tehdit eden hastalıklarda oldukça önem kazanmıştır (22,23).

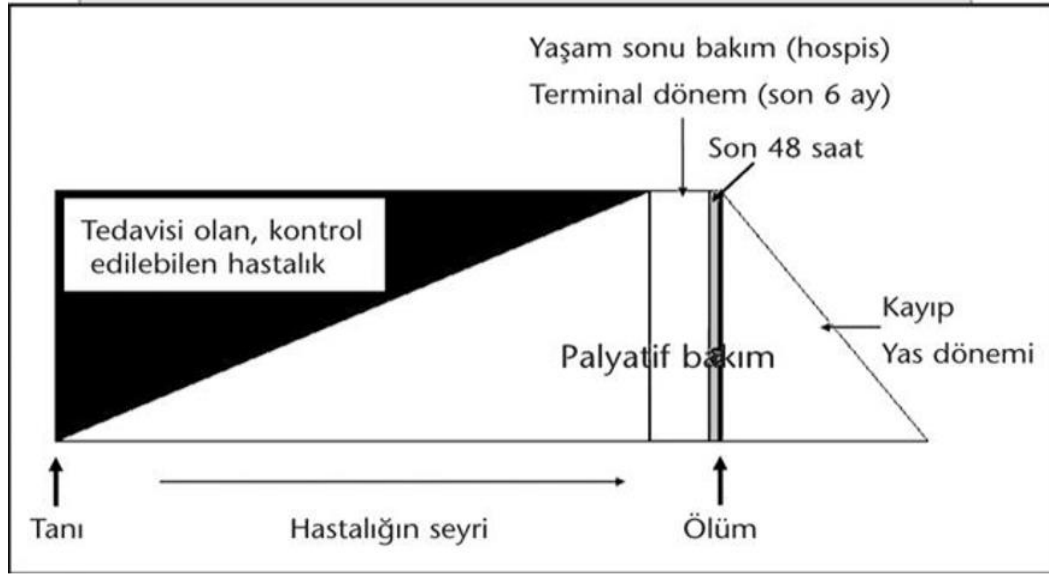
#### **4. 2. 1. Palyatif Bakım**

Palyatif bakım, önceleri son dönem hastalarda gündeme gelirken, günümüzde yaşamı tehdit eden hastalıklarda ilk tanıdan itibaren küratif tedavi ile birlikte yürütülmesi gerektiği savunulmaktadır (24).

Palyatif bakım için birçok tanımlama yapılmıştır. Amerikan Hospis ve Palyatif Tıp Akademisi tarafından özellikle tedavi edilemeyen ilerleyici hastalıklarda hastanın fiziksel, sosyal, dinsel ve varoluş gereksinimlerinin kapsamlı yönetimi şeklinde tanımlanmıştır (25,26). Amerikan Kanser Derneğinin tanımlamasında ise acının rahatlatılması ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan, hastalık yerine hasta ve ailesine odaklı bakım üzerinde durulmuştur (27). DSÖ tarafından ise palyatif bakım yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüzyüze kalan, hasta ve hasta yakınlarının, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik bir yaklaşım olup, başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve ruhani problemlerin erken tespit ve tedavisini hedeflemek olarak tanımlanmıştır (28).

Palyatif bakımda bireyin yaşamı ve ölümü normal bir süreç olarak görülür ve ölümü geçiktirmeye çalışılmaz, bununla birlikte hastanın yaşamdan ölüme geçişinde onu desteklemekle ilgilenir. Palyatif bakım yaşam sonu yaklaştıkça hasta bireyi ve bakım verenlerini ölüme hazırlar ve hastanın bakım verenlerinin yas sürecinde destekler (19, 29). Şekil 1’de palyatif bakım, küratif tedavi ve yas dönemi entegrasyonu gösterilmiştir. Bu modele baktığımızda palyatif bakım hizmeti; yaşamı tehdit edici hastalığın ilk

tanısından itibaren terminal dönemde içine alarak hasta ve hasta bireye bakım verenlerinin çoğalan ihtiyaçlarına göre şekillenerek sunulmaktadır (30).



Şekil 1. Palyatif Bakım İle Küratif Tedavinin Entegrasyonu (30).

Tüm dünyadaki ulusal ve bölgesel hospis ve palyatif bakım organizasyonlarını kapsayan Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) 2003 yılında kurulmuş olan bir örgüttür. DSÖ'nün palyatif bakım tanımı, WPCA tarafından tekrar ele alınmış ve en son halini almıştır (31). Bu tanıma göre palyatif bakım:

1. Hem yaşamı tehdit eden hastalıklar hem de kronik hastalıklar için bir ihtiyaçtır.
2. Palyatif bakımı sunmak için tanı ve prognoza dayalı değil ihtiyaca yönelik yaklaşım önerilmektedir.
3. Palyatif bakıma bakımın her düzeyinde ihtiyaç vardır.
4. Palyatif bakım herhangi bir bakım şekli ile sınırlandırılmamalıdır. Palyatif bakım hastanın evinde, bir bakım kuruluşunda, hastanede, hospiste veya ayaktan tedavi servisinde de sunulabilir (31).

#### 4.2.2. Palyatif Bakım Düzeyleri

**Seviye 1- Palyatif Bakım Yaklaşımı:** Tüm sağlık kurumlarındaki palyatif bakım deneyimi olmayan diğer branş hekimleri tarafından ve diğer çalışanların palyatif bakım

prensiplerini uyguladığı sistemdir. Bu sistemde klinisyenlerin palyatif bakım uygulama yeteneği olmalıdır (16).

**Seviye 2- Genel Palyatif Bakım:** Bu sistem orta düzey olarak kabul edilmektedir. Bu sisteme göre hasta ve bakım verenlerine palyatif bakım deneyimi olan ama palyatif bakım uzmanı olmayan diğer hekim ve sağlık çalışanları hizmet verir ve bu hizmet tam zamanlı değildir. Haftanın belli gün veya saatlerinde özel merkez ya da bakım evlerinde, hasta bireye ve bakım verenine verilir (16).

**Seviye 3- Uzman Düzeyinde Palyatif Bakım:** Daha kompleks bakım gerektiren hastalar için bu alanda uzmanlaşmış hekim ve diğer sağlık personelleri tarafından verilen palyatif bakım uygulamalarını kapsar. Bu sistemde hastalar ve bakım verenleri hastane içerisinde ya da dışında palyatif bakım merkezi ve hospislerde palyatif bakım hizmetini alabilirler. Bu hizmet tam zamanlıdır (16).

#### **4. 2. 3. Palyatif Bakımın Bileşenleri**

Palyatif bakımın bileşenleri şunlardır (10):

- Primer hastalığın kontrolü
- Fiziksel semptomların yönetimi
- Psikiyatrik sorunlarla baş etme
- Manevi sorunlara yönelik uygulama
- Sosyal sorunlara yönelik uygulama
- Ekonomik sorunlara yönelik uygulama
- Yaşam sonu gereksinimlerin saptanması ve
- Yas dönemiyle baş etme planlamaları yer almalıdır.

#### **4. 2. 4. Palyatif Bakımın Temel Hedefleri**

Palyatif bakım, hasta birey ve bakım verenlerinin merkeze alındığı, bir tedavi sürecini planlayarak bunu sürekli ve açık hale getirme üzerine kuruludur. DSÖ' nün tanımına göre palyatif bakımın temel hedefleri (28, 32);

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlar,

- Yaşamı desteklemekle birlikte, ölümü de doğal bir süreç olarak algılar,
- Ölümü hızlandırma veya erteleme amacı taşımaz,
- Hasta bakımının psikososyal ve manevi yönlerini fiziksel bakıma entegre eder,
- Hastaların, son ana kadar, mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürmelerinde destek sağlar,
- Hasta yakınlarına, hastalık süreci ve sonrasında kendi yas süreçleriyle başa çıkabilmelerinde destek sağlar,
- Gerekğinde yas dönemi danışmanlığı da dahil olmak üzere, hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanmasında ekip yaklaşımını kullanır,
- Yaşam kalitesini artırır ve aynı zamanda hastalık sürecini olumlu olarak etkileyebilir,
- Hastalık sürecinin erken evrelerinde, kemoterapi ve radyoterapi gibi yaşam süresini uzatmayı hedefleyen tedavilerle birlikte kullanılabilir,
- klinik komplikasyonların daha iyi anlaşılması ve yönetilmesini amaçlar.

#### 4. 2. 5. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar

DSÖ - WPCA palyatif bakım gerektiren tıbbi durumları şekil 2' deki gibi belirtilmiştir (31, 33):

<b>Erişkinlerde Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar</b>	<b>Çocuklarda Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar</b>
Kanserler, Alzheimer, demans kardiyovasküler hastalıklar, siroz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet, acquired immune deficiency syndrome (AIDS), böbrek yetmezliği, multiple skleroz, parkinson hastalığı, romatoid artrit.	Kanserler, yenidoğan hastalıkları, konjenital anomaliler, kardiyovasküler hastalıklar, kan ve immün bozukluklar, menenjit, siroz, AIDS, böbrek hastalıkları, nörolojik bozukluklar.

Şekil 2: DSÖ - WPCA Palyatif Bakım Gerektiren Tıbbi Durumlar (31,33).

#### 4. 2. 6. Palyatif Bakım Ekibi

Multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım olan palyatif bakımda ekip alanında uzman doktorlar, hemşireler, manevi danışmanlar, sosyal hizmet uzmanlarını ve psikologtan oluşur. Ekibin ana üyelerinin dışında katkı sağlayan diğer profesyoneller eczacılar, beslenme uzmanları, terapistler (fizyoterapist, iş uğraşı terapisti vb.), destekleyici tedavi uzmanları ve gönüllüler olarak sıralanabilir (26, 27, 34). Ekibin ana üyelerinden hemşireler palyatif bakımda bakım veren, kordine edici, eğitici ve palyatif bakım ile ilgili araştırmaları yürütücü roller üstlenebilir (27).



Şekil 3: Palyatif Bakım Ekibi (27).

#### 4. 3. Dünyada Palyatif Bakım

Fransa'da 1942 yılında kurulan palyatif bakım ünitesi dünya da ilk olma özelliği taşımaktadır. İngiltere'de ise 1967 yılında hemşire Cicely Saunders tarafından modern anlamda ilk hospis hizmeti kurulmuştur. Amerika' da ise 1974 yılında hospis hizmetine benzer bir kurum açılmıştır (35). DSÖ ilk kez palyatif bakım tanımını 2002 yılında yapmış ve Ulusal Palyatif Bakım Uzlaşma Rehberi 2004 yılında yayınlamıştır (26, 36). Almanya'da 1983 yılında ilk palyatif bakım servisinin açılmasıyla beraber, palyatif bakım hizmetini üstlenmek için farklı birimler kurulmuştur. İskandinav ülkeleri,

İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş ülkeler 1990'lı yıllarda palyatif bakım hizmetlerinin gelişmesi açısından hızlı bir ivme kazanmıştır (22).

Dünyanın birçok yerinde palyatif bakım hizmetleri verilmesine rağmen palyatif bakımın sağlık sistemine gelişmiş entegrasyonu sadece %8.5'i arasında gerçekleşmiştir. Palyatif bakıma dünyadaki tüm insanların ulaşabilmesi için planlamalar yapılmaktadır. WPCA'nın 2011 yılında açıklamış olduğu rapora göre dünya üzerinde 136 ülkede bir veya daha fazla palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır. Bu rapordan anlaşıldığı üzere palyatif bakımda evrensel ilerleme oldukça zordur (16).

WPCA'nın Palyatif Bakım Sınıflandırma Kriterleri Şunları İçermektedir:

- Ülke genelinde yaygın palyatif bakım servisi,
- Sağlık sistemine entegre kapsamlı palyatif bakım hizmetleri,
- Palyatif bakımın genel sağlık poliçelerinde ağırlığının olması ve diğer fonlardan kaynak aktarılması
- Sağlık personeli ve lokal derneklerin hizmet vermesi
- Etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları
- Gelişmiş ve tanımlanmış palyatif bakım eğitim sistemi
- Morfine ulaşılabilirlik
- Yerel toplumda ve sağlık personelinde palyatif bakım bilinçlenmesi
- Üniversitelerle akademik iş birliği
- Ulusal palyatif bakım dernekleri (16).

#### **4. 4. Türkiye'de Palyatif Bakım**

Ülkemizde toplumun geleneksel yapısı, temel tıp bilimleri eğitiminde palyatif bakım prensiplerinin verilmemesi, palyatif bakım uzmanlığının bulunmaması, hekimlerin ve hastaların yeterli düzeyde palyatif bakım bilincinin olmaması gibi yetersizliklerden dolayı palyatif bakım hizmetlerinin gerekliliği uzun bir süre gündeme gelmemiştir (37, 38). Hatta palyatif bakım önceleri tam anlaşılmamış ve “destek bakım, son dönem bakım” olarak düşünülmüş ve ağrı kontrolü ile eşdeğer tutulmuştur. Bununla birlikte özelleşmiş palyatif birimleri olmadığı için ağrı ve semptom kontrolü büyük hastanelerde medikal onkoloji üniteleri ve algoloji bölümleri tarafından sağlanmaktaydı (39). Ancak, değişen ülke ihtiyaçlarıyla birlikte palyatif bakım önem kazanmaya başlamıştır. Bu

amaçla (T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Özellikli Sağlık Hizmetleri 2016 yılı verilerine göre) 228 palyatif bakım merkezi açılmış ve palyatif bakımla ilgili eğitim almış çeşitli uzmanlar palyatif bakım farkındalığı/bilinci ve eğitimi geliştirmeyi hedeflemiştir (40).

Hizmet vermeye 1993 yılında başlayan ve Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan ‘‘Kanser Bakımevi’’ ülkemizde hastalara uzun süreli palyatif bakım veren ilk kuruluştur. Ancak kuruluşlarda yatan hastalara sosyal güvenlik sistemlerimizce ödeme yapılmaması, bağış kaynaklarının yetersizliği, hasta ve yakınlarınca hospis kavramının yeterince anlaşılması gibi nedenlerden dolayı kuruluş sadece 4 yıl hizmet verebilmiştir (27). Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında ikinci bir hospis girişiminde bulunulmuştur. Bu amaçla Hacettepe Onkoloji Hastanesine yakın bir tarihi Ankara evi 10 odalı bir hospise dönüştürülmüştür ve ‘Hacettepe Umut Evi’ olarak kanser hastalarına hastaneden çıktıktan sonra kısa süreli konaklama sağlamıştır. Burada sıra kısıtlı hemşirelik hizmetleri de bulunması öngörülmüştür (27).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ‘‘Evde Bakım Hizmeti’’ kapsamında palyatif bakımın temellini atmıştır. Bunun yanı sıra hastane ortamında palyatif bakım hizmetlerini vermek için yasal düzenlemeler başlatılmış ve ilk kapsamlı palyatif bakım merkezi Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesinde açılmıştır. Bu hastanede uzun süreli yoğun bakım, palyatif bakım, algoloji, evde bakım hizmetleri birlikte sunulmuştur (26,41).

Türkiye’ de hastanın hayatını kurtarmak ve sağlığını korumak mümkün olmadığında acısını azaltmaya veya gidermeye çalışmanın önemi Hasta Hakları Yönetmeliğinin 14. Maddesinde vurgulanmaktadır (42). Bu amaçla 2010 yılında bir insan hakkı olarak görülen palyatif bakım hizmetlerindeki mevcut eksikliklerin giderilmesi için Palya-Türk isimli bir proje hazırlanmış olup pilot çalışmalar başlatılmıştır (37,38). Palya-Türk projesi toplum temellidir ve projenin esasını birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. İlk adım olarak Sağlık Bakanlığı tarafından ‘Evde Bakım Hizmeti’ başlatılmıştır. Daha sonra ise uzmanlar tarafından bu amaçla eğitim modülleri geliştirilmiştir (37). Birinci basamak sağlık hizmetleri ile palyatif bakım ihtiyaçlarının önemli bir kısmını hastanelere başvurmadan çözümlenmesi amaçlanmıştır. Aile hekimleri ve evde bakım hizmetleri uygulamalarının yanı sıra ciddi semptomları olan ve sorunları birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından sorunları çözülemeyen hastalar

için palyatif bakımın hastane kısmı ile akut bakım merkezleri ve kronik bakım merkezleri açılması hedeflenmiştir (37). Bu bağlamda erişkin hastalara yönelik ilk “Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi” olarak açılan Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi’de yoğun bakımlardan taburcu edilemeyen, yoğun bakım gereksinimi uzun sürecek olan ya da artık tümüyle palyatif bakım gerektiren hastalar kabul edilmektedir (26,43).

Terminal dönemdeki kanser hastalarına multidisipliner bakım sağlamak amacı ile 2006 yılında Palyatif Bakım Derneği kurulmuştur. Palyatif Bakım Derneği palyatif bakımın amaçları; sorunların giderilmesini sağlamak, semptomları yönetmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek olduğu açıklanmaktadır. Palyatif Bakım Derneği’ nin vizyonu multidisipliner olmak, misyonu ise hasta ve ailelerini yalnız ve desteksiz bırakmamaktır (44).

Ülkemizdeki hemşirelik eğitiminde palyatif bakımın yeri değerlendirildiğinde önlisans (Selçuk Üniversitesi), lisans (Başkent Üniversitesi), yüksek lisans (Dokuz Eylül Üniversitesi) ve doktora (Ege Üniversitesi) programlarında ders olarak yaygınlaşmaya başladığı göze çarpmaktadır. Ayrıca Onkoloji Hemşireliği Derneği tarafından düzenli aralıklarla palyatif bakım hemşireliği kursları düzenlenmektedir. Palyatif bakım çalıştay raporunda (2013), bakım veren sağlık profesyonellerinin eğitimlerinin “genel palyatif bakım kursu” adı altında verilmesi yönünde karar alınmış ve uygulanmaya başlanmıştır (45).

#### **4. 5. Palyatif Bakımda Bakım Verenler**

Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalar genellikle semptomları kontrol altına alınamayan, tedavi etkinliği olmayan ya da tedaviye bağlı şikayetleri yoğun olan, son dönem, fiziksel veya psikolojik problemler yaşayan kanser hastalarıdır. Kanser ve tedavisine bağlı pek çok sorun gelişmekte ve bu sorunların kontrolünün sağlanması hem hasta hem de bakım veren açısından büyük önem taşımaktadır. Çünkü bakım verenlerin, hastalarının semptomlarını izleme ve kontrol etme, tıbbi tedavilerinin yapılmasını sağlama, problem çözme ve karar verme, duygusal destek verme, bakımı koordine etme, hastaların güvenliğini sağlama, çevreyi düzenleme ve uygun araç-gereç donanımını sağlama gibi karmaşık görevleri bulunmaktadır (46).



Gün geçtikçe kanserli hasta sayısında artma görülmesine bağlı olarak bakım veren sayısında da benzer bir artış görülmektedir (47). Kanserli hastalarda bakım yükü kavramı üzerinde 1980' li yıllardan itibaren durulmaktadır. Bakım verenlerin bakım yüküne bağlı olarak, sosyal hayatı, ekonomik durumu ve bireysel algısı gibi çeşitli durumlar etkilenmektedir. Bunun sonucunda bakım verenin risk altında olduğu belirlenmiştir (48).

Bakım verenler ileri evre hastalığı olan yakınlarını yavaş yavaş kaybederler ve bunun üzüntüsünü yaşarken diğer yandan üstlendikleri bakım sorumluluğu altında ezilirler (50, 51). Yük kavramı bakım verenin, üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik-fiziksel sağlık problemleri, maddi sorunlar, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz, objektif ve subjektif sonuç olarak tanımlanmaktadır (51).

Bakım veren: hasta bireyi fiziksel, sosyal, duygusal ve maddi açıdan desteklemek zorunda olan bireydir. Primer bakım veren birey ise bakım gereksinimi olan bireyin bakımını yapmak ya da sürdürmekten birinci derecede sorumlu kişidir. Primer bakım verme dört şekilde sınıflandırılır (52);

- I. Tüm bakımın takip ve işleminden sorumlu olan kişi,
- II. Primer bakımdan sorumlu olup dışarıdan informal destek olanlar,
- III. Hem formal hem de informal destek olanlar,
- IV. Bakımdan tamamen sorumlu olmayan kişilerdir.

Bakım yükü arttıkça bakım verme-bakım alma ilişkisi bakım veren açısından birçok yönden sıkıntı yaratan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir. Bunun sonucunda ailede bakım sunmanın kronik ve yoğun yapısı bakım verenlerin yaşamlarındaki diğer isteklerden kaynaklanan anlaşmazlıklarla birleşince bakım veren yüküne neden olabilmektedir (53). Bakım veren yükü, bakım sunarken yaşanabilecek olan fiziksel, psikolojik, sosyal veya ekonomik sorunları ifade etmekte kullanılır (54). Bakım veren yükü kavramı bakım verenler ve araştırmacılar tarafından farklı anlaşılabilir. Bunun en önemli sebebi ise görüşme sırasında kullanılan bu ifadenin bakım alan kişinin redid olarak algılanmasıdır.

Montgomery ve arkadaşları bakım verme yükünü iki boyut olarak ele almış, bu boyutları öznel ve nesnel yük olarak tanımlamışlardır (55, 56).

Nesnel Yük: Bakım verenin hastanın ihtiyaçları için harcadığı zaman ve çaba olarak ifade edilmektedir (5). Belirlenmiş olan nesnel yük boyutları Tablo.4.5’de gösterilmiştir:

<b>Tablo. 4. 5. Nesnel Yük Boyutları (5).</b>
Aile rutinlerinin bozulması
Davranışlarını yönetmeye çalışma
Hastanın ekonomik bağımlılığı
Hastalığın ekonomik etkileri
Hizmet veren kişilerle görüşmeler
Ruh sağlığı sisteminin gerektirdiği zaman ve enerji
Diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi
Sosyal aktivitelerin gerçekleştirilememesi
İş dünyası ile etkileşimin kesilmesi
Uygun bir bakım ortamı bulamama

Bakım yükünün, bakım verenin yaşamı üzerine etkisinin yanı sıra bakım verme işinin oluşturduğu gereksinimler, kişinin sosyal yaşamındaki rollerinde çatışmalara neden olmaktadır. Bunlar, aile ilişkileri, aile rutinleri, eğlence, çalışma, sosyal aktiviteler, sosyal ilişkilerde değişimler kadar hastalığın ekonomik etkilerini de içermektedir. Yaşanan bu çatışmalar hastalığın nesnel yükü olarak görülmektedir (57, 58).

Öznel Yük: Bakım verenin nesnel yüklerle uğraşırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacılar ise öznel yükü içinde bulunduğu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkiler olarak tanımlamışlardır (55,57). Kaygı, stress, suçluluk duygusu gibi tepkiler öznel yükün göstergeleri olup, bakım vermenin sonucunda ortaya çıkan depresyonun da göstergeleridir ve bu da yük skorlarına katkıda bulunmaktadır (5).

#### **4. 5. 1. Bakım Vermenin Bakım Verenler Üzerindeki Genel Etkileri**

Uzun süreli bakım verme, yaşam kalitesini çok çeşitli yönlerden etkileyen bir süreçtir. Bu süreçte bakım verenin yaşadığı yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi çeşitli sonuçlar doğurur. Buradan da anlaşılacağı üzere bakım vermenin bakım veren üzerinde psikolojik ve fiziksel sorunların gelişimi ile ilişkili olduğu ortaya çıkmaktadır (59).

Bakım verenlerin yaşam kalitesini düşüren, işlevsel olarak kötüleşmelerine ve mortalitede artışa neden olan depresyon, bakım verme sürecinin ortaya çıkardığı olumsuz sonuçlardan bir tanesidir (60). Bakım yükü bakım verenlerin daha çok depresyon ve anksiyete yaşamalarına, sağlıklarının bozulmasına, daha çok doktora başvurmalarına ve daha çok ilaç kullanımına neden olmaktadır. Bakım verenin depresyonuna katkıda bulunan faktörler bakım verenin hastanın eşi olması, bakım veren ile hastanın önceki ilişkileri, bakım verenin sağlık problemleri gibi durumlardır (61, 62). Anlaşıldığı üzere uzun süre bakım vermekten kaynaklanan gerginlik hem bakım veren açısından hem de bakım alan açısından birçok sağlık problemlerine yol açmaktadır. Ancak bakım yükünün bu olumsuz etkileri kişiden kişiye değiştiği gibi, toplumlar arasında da farklılık gösterebilmektedir (5).

#### **4. 5. 2. Yaşlı Hastaya Bakım Vermenin Bakım Verenler Üzerindeki Etkileri**

Yaşlılarda yaşlanma süreciyle birlikte biyolojik, psikolojik, fizyolojik olarak gerilemeler meydana gelmekte, fonksiyonlarda gözle görülür yetersizlikler ortaya çıkmakta, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili zorluklar yaşanmaktadır. Yaşlılarda ortaya çıkan bu değişimler bireyin günlük yaşam aktivitelerini sınırlayarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (63). Yaşlanma süreci bireyin genetik yapısı, yaşadığı sosyal çevre, psikolojik durumu ve yaşam biçiminden etkilenmektedir. Bu süreç bireysel farklılıklar göstermesinin yanı sıra yaşlı bireylerde bilişsel sorunlar, hareket etme ve denge sorunları, üriner-fekal inkontinans, kronik hastalıklara bağlı sorunlar ve düşmelere bağlı yaralanma ve kırıklar oldukça sık görülmektedir (64). Yaşlı bireye bakım vermedeki amaç yaşlı bireyin hastalıklarının tedavisinin yanı sıra fiziksel, mental ve ruhsal olarak fonksiyonel kapasitesini en üst düzeyde tutarak yaşam kalitesini

arttırmak ve bunu yanında başka bireylere bağımlı olmaksızın mümkün olduğu kadar sağlıklı ve bağımsız olmasını sağlamaktır (63).

Değişen toplum yapısına rağmen ülkemizde destekleyici aile ilişkileri hala varlığını sürdürmekte ve yaşlı bireyin bakıma ihtiyaç duyması durumunda aileler bireyleri bu sorumluluğu almaktadır. Bakım sorumluluğunun yaklaşık % 60-80'i aileler tarafından karşılanmaktadır (63). Yaşlı bakımını üstlenen primer bakım verenler, fiziksel, emosyonel, sosyal, ekonomik ve iş ile ilgili alanlarda pek çok güçlük yaşamaktadır (65). Yapılan çalışmalara baktığımızda yaşlı bireye bakım veren hasta yakınlarının, yaşlı bireyin bakım ihtiyaçlarını karşılamada, kronik hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkan sorunları çözüm üretmede ve hastalarına duygusal olarak destek sağlamada güçlükler yaşadıkları bildirilmektedir (5). Bakım verenlerin yaşadıkları bu güçlüklerin; yaşlı bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile birlikte bakım verenin yaşı, cinsiyeti, hastaya bireye olan yakınlık derecesi, eğitim düzeyi ve bakım verirken yakınlarından destek alma durumu gibi bakım verene ait özelliklerden etkilenebileceği bildirilmektedir (5).

#### **4. 5. 3. Kronik Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunlar**

Kronik hastalıklar, kalıcı sekeller bırakan, geri dönüşümsüz patolojik değişimlere sebep olan ve uzun süreli takip ve bakım gerektiren süreğen hastalıklardır. Günümüzde gelişen tanı ve tedavi yöntemleri ile birlikte yaşam süresi uzamakta ve yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıklarla geçirilen süre de artmaktadır. Bunun sonucunda hem hasta birey hem de hasta bireyin bakım vereni bu kronik hastalığa ve kronik hastalıkla birlikte gelen sorunlara daha uzun süre maruz kalmaktadır (66).

Kronik hastalıklarda hastaya bakım veren birey; hastalık ile baş eden, bireye fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik yardım sağlayan bireydir. Bakım veren birey genellikle hasta bireyin yakın aile üyesidir ya da daha fazla yardım gerektiğinde destek sunan bireylerdir (67).

Bakım verme yükü bakım verenleri kendi sağlıklarını bozan fiziksel ve metabolik durumlara karşı hassas hale getirmektedir. Bunun sonucunda, bakım verenler sırt ağrısı, bağışıklık fonksiyonunun değişmesi, hiperinsülinemi, hipertansiyon, uykusuzluk, kronik

yorgunluk, iştahın değişmesi, kilo alma veya kaybetme gibi fiziksel güçlükler yaşayabilmektedir (68). Bununla birlikte çeşitli psikolojik problemlerde yol açabilmektedir (59).

Bakım vermeden dolayı ortaya çıkan bakım yükü, bakım verenleri emosyonel yönde (benlik saygısında azalma, huzursuzluk, depresyon, uykusuzluk, sosyal izolasyon vs.), sosyal yönde (eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktivitelerinin kısıtlanması, kendine bakma rolünde azalma vs.) ve ekonomik yönde (sosyal güvence ile karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, iş saatlerinin azaltılması vs.) olumsuz durumlara neden olmaktadır. Tüm bu olumsuzluklar bakım veren bireyilerin genel olarak “iyi olma durumu” olarak tanımlanan yaşam kalitelerini negatif yönde etkileyebilmektedir (66).

#### **4. 5. 4. Palyatif Bakım Sürecinde Olan Hastalara Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunlar**

İleri evre, prognozu belirsiz hastalığa sahip olan hasta bireyin yaşam kalitesi etkilendiği kadar, hasta bireye bakım veren aile ve üyelerinin yaşam kalitesi de etkilenmektedir. Yapılan çalışmalarda kanserin dolaylı veya dolaysız etkili olduğu sıkıntılarını yaşayan birçok bakım verenin olduğu ortaya konulmuştur (69, 70, 71). Hastanın bakım yükü, bakım sorumluluğunu alan aile üyelerinin günlük yaşamını etkilemektedir. Bu süreçte bakım veren günlük işlerini bırakıp, günün 24 saatini bakım alan bireye göre düzenlemektedir. Bu yüzden bakım verenlerde rol karmaşasına neden olmakta ve aile içi ilişkilerde ve aile yapısında bozulmalara yol açmaktadır (71, 72).

Hasta bireyin gereksinimi olan bakımın bakım veren tarafından karşılanması aile üyelerinin çeşitli sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bu dönemde, hasta bireyden daha çok bakım verenin anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşadığı ortaya çıkarılmıştır. Bunun sonucunda bakım verenin bağışıklık sisteminin bozulması ile birlikte fiziksel hastalıklara karşı risklerin arttığı çalışmalar tarafından ortaya konulmuştur. Bu rahatsızlıklardan ilk sırada yer alanları; yorgunluk, baş ağrısı, çarpıntı, sırt ağrısı, uyku bozuklukları ve iştahsızlıktır (71, 73).

Bakım verenlerin fiziksel sıkıntılarının yanı sıra, bakımda yeterli olamayışı, bakım için uygun materyallerin kullanılmayışı ve eksikliği, hasta bireyin hastalığından kaynaklı rahatsızlık veren önemli semptomlarının varlığı, aile üyesinin kaybını düşünme, aile arasında yaşanan problemler ve sahip olunan ekonomik durumun yetersizliği gibi nedenler bakım verenlerde çeşitli psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (74,75).

Bakım verenin yükü ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörler üç ana başlık altında incelenebilir; bakım verene ait özellikler, hastaya ait özellikler ve bakım verme ile ilişkili özellikler (76). Bütün bu faktörler birleştiğinde bakım verenin tüm yaşantısını ve deneyimlerini etkilemektedir. Bundan dolayı da yaşadığı bakım yükü nedeniyle yaşam kalitesi etkilemektedir (76). Bakım vermenin kısıtlayıcılığı arttıkça, bakım verende olumsuz sonuçlar gelişme riski artmaktadır (77). Zamanla hastayı yıkamak ve beslemek gibi hasta bireyin kişisel bakımı, hastanın kişisel olmayan ihtiyaçlarını karşılamaktan daha zor algılanmaktadır. Meme kanseri olan hasta ve bakım verenler üzerinde yapılan bir çalışmada bakım süresi uzadıkça bakım verenlerde bakım yükü ve depresyonun arttığı saptanmıştır (78). Ülkemizde beyin tümörlü hastalar ve bakım verenleri üzerine yapılan bir çalışmada bakım yükünün, benign tümörü olanlara kıyasla malign tümörü olanlarda daha fazla olduğu saptanmış ve hastalık semptomları çok olan hasta bireylerin bakımında bakım veren yükünün daha fazla olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada sosyal destek, çalışma durumu, hasta bakımında deneyimli olma gibi faktörler bakım veren yükü ile ilişkili bulunmuştur (79). Ülkemizde yapılan bir başka çalışma ise çeşitli kanser hastalarına bakım veren 165 bakım veren üzerinde yapılmış olup, zamanla bakım verme yükünün arttığı, çalışmaya katılanların %80.3'ünün bakım vermeden önce kendi sağlıklarını iyi olarak algıladıklarını ve bakım vermeye başladıktan sonra %51.6'sının kötü olarak değerlendirdiği saptanmıştır (80). Diğer bir çalışmada kanserli çocuğu olan annelerde bakım veren yükü araştırılmış, ekonomik durumu kötü olan annelerde bakım yükünün daha fazla olduğu ve bakım vermeye başladıktan sonra annelerin sağlığında bozulmalar olduğu saptanmıştır (81).

Yapılan çalışmalarda görüldüğü gibi, hastanın, hastalığın ve bakım verme sürecinin çeşitli özelliklerinden dolayı bakım verenin bakım yükü açısından riskli bir grup olduğu söylenebilir. Ülkemizde kültürel etmenlerden de etkilenen bakım verme yükünün daha kapsamlı ve uzun süreli çalışmalarla incelenmesine ihtiyaç vardır. Sağlık

profesyonelleri bu riskli grupları değerlendirmeli ve gerekli durumlarda destek sağlamalıdır (5).

#### **4. 6. Bakım Yükü İle Baş Etme Stratejileri**

Baş etme, bireyin içten ve dıştan gelen baskıları önleme ya da üstesinden gelme savaşı olarak tanımlanmakla birlikte işlevsel ve kuramsal pek çok tanımı mevcuttur (82). Diğer bir tanım ise başa çıkmanın psikolojik sıkıntı ya da strese yol açan kaynakların azaltılmasıyla ilgili bilişsel ve davranışsal tepkilerden oluşan dinamik bir süreç olduğu şeklindedir (83). Baş etme probleme yönelik ve duygulara yönelik stratejileri olarak iki gruba ayrılmıştır. Chan (2000)'in çalışmasında “iç kaynaklı yeterli baş etme stratejileri ve sosyal destek” kullanan bakım verenlerde sosyal rol memnuniyeti daha yüksek, bakım yükü daha düşük belirlenmesine karşın “dış kaynaklı baş etme stratejileri ve sosyal destek” kullanan bakım verenlerde sosyal rol memnuniyeti daha düşük ve bakım yükü daha yüksek saptanmıştır (84).

Kronik hastalıkları olan hastaların bakım verenleri, koşulların çeşitliliğine sürekli adapte olmak ve bu durumu başarmak için çeşitli baş etme davranışları sergilemek zorundadır (85). Kriz ve emosyonel gerginlik durumlarında bireyler, aile üyeleri ve arkadaşlarından destek alma ihtiyacı duyarlar. Hasta bireylerin desteğe ihtiyacı olduğu kadar bakım verenlerinin de sosyal desteğe ihtiyacı vardır. Yeterli sosyal desteğin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklediği ve sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırdığı, yetersiz sosyal desteğin ise hastalık semptomlarının ortaya çıkma sıklık ve şiddetinin artmasına, hastalık süresinin uzamasına neden olarak kronik fiziksel hastalığa uyumu zorlaştırdığı belirtilmektedir (84).

Bakım verenlerin ilk bir yıl hastaya sundukları bakımda baş etme mekanizmalarını kullandıkları ve bakım verme süresi uzadıkça bakım verme işlevini stresör olarak algıladıkları ve baş etme de sorunlar yaşayarak bakım yükünde artışa neden olduğu düşünülmektedir (86). Bu nedenle hemşireler bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmeli ve baş edemedikleri sorunları belirlemelidir. Tespit edilen sorunlar ile baş etmelerine yönelik eğitimler vermeli ve danışmanlık sağlamalıdır (87). Yaş, cinsiyet, ırk, sağlık durumu, eğitim düzeyi ve mali durum gibi bakım verenin sosyo-

demografik özellikleri bakım yükü ile baş etmeyi etkilemektedir. Bu yüzden bakım vereni doğru yönlendirebilmek ve onlara sorunlarıyla başa çıkma gibi konularda hizmet verebilmek için öncelikle bakım verenlerin ortak ihtiyaçları, güçlü ve zayıf yönlerini belirlemeye çalışılmalıdır (88). Bakım verenin destek gruplarına üye olması, ara verdiği hobilerine devam etmesi, bakım verenin bakım verme zamanının dışında kendine ait zamanının olması bakım verme güçlüğü ile baş etmesine yardım edebilir (89).





## 5.MATERYAL VE METHOD

### 5. 1. Araştırmanın Amacı

Sağlık profesyonellerinin bakım verenlere destek sağlayabilmesi, uygun girişimleri planlayabilmesi, bu girişimleri rutin olarak uygulayabilmesi ve sonuçlarını değerlendirebilmeleri oldukça önemlidir. Bu çalışma dahiliye servisinde ve palyatif bakım ünitesinde yaşlı hastaya bakan bakım verenlerin deneyimlediği yük ve baş etme stratejilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

### 5. 2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bir çalışma olarak yapılmıştır.

### 5. 3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi ve Dahiliye Servisinde yürütölmüştür.

### 5. 4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi ve Dahiliye Servisinde yatan 65 yaş üstü hastalara bakım veren 122 birey oluşturmuştur.

**Palyatif Bakım Ünitesindeki Bakım Veren Grubu:** Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesinde Palyatif Servisinde bakım alan yaşlı hastaların bakım verenleri bu grubu oluşturmuştur. Bu gruba araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya alınma ölçütlerine uyan 40 bakım veren dahil edilmiştir.

**Dahiliye Kliniğindeki Bakım Veren Grubu:** Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesinde dahiliye kliniğinde bakım alan yaşlı hastaların bakım verenleri karşılaştırma grubunu oluşturmuştur. Bu gruba araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya alınma ölçütlerine uyan 40 bakım veren dahil edilmiştir.

### 5. 5. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırmanın örneklem büyüklüğüne G-power istatistik programında güç analizi yapılarak karar verilmiştir. Önceki çalışmalarda hesaplanan 0.05 anlamlılık düzeyinde ( $\alpha$ ), 0.80 istatistiksel gücü ( $1 - \beta$ ) ve 0.74 etki büyüklüğü ile 30 palyatif ve 30 palyatif bakım almayan bakım verene ihtiyaç olduğu belirlenmiştir (83). Örneklem ise araştırmaya katılmayı kabul eden Palyatif Bakım Ünitesinde 40 bakım veren, Dahiliye Servisinde 40 bakım veren olmak üzere toplam 80 bakım veren alınmıştır.

### 5. 6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

**Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:** Bakım verenlerin bakım yükü ve bakım yükü ile baş etme durumu bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

**Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:** Bakım verenlerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, aile öyküsü, komorbid hastalık durumu gibi özellikler bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

### 5. 7. Verilerin Toplanması

Bu çalışmada yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Görüşme sırasında araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği- Kısa Formu kullanılmıştır. Hasta bakım verenlerin anket formlarını doldurması istenmiştir. Toplam görüşme yaklaşık 35-40 dakika sürmüştür.

**5. 7. 1. Kişisel Bilgi Formu:** Araştırma kapsamına alınan hastalarının bakım verenin bazı özelliklerini belirlemek amacıyla literatür taranarak hazırlanmış bir formdur (85, 88). Kişisel bilgi formu 16 sorudan oluşmaktadır.

**5. 7. 2. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği:** Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği, Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı sıkıntıyı değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 1'den 5'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin ortalamasının  $20.37 \pm 16.54$  (min. 0 - max. 72) olduğu, cronbach alpha değeri ise 0.95 olduğu saptanmıştır (87). Bu araştırma için ölçek cronbach alpha değeri 0.92 olarak bulunmuştur. (Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)= 0.871,  $\chi^2 = 1119.785$ ,  $p = 0.000$ ).

**5. 7. 3. Başı Çıkma Stilleri Ölçeği- Kısa Formu (BÇSÖ-KF, COPE kısa formu):** Carver (1997), Başı Çıkma Stilleri Ölçeğinin uzun formundan yola çıkarak az maddeli bir araç geliştirmiştir. Carver daha önceki çalışmalarda kullanışlı olmadığı gerekçesiyle iki faktörü (diğer etkinlikleri bırakma ve kendini sınırlandırma) çıkarıp daha işlevsel olduğu gerekçesiyle başka bir faktör (kendini suçlama) eklemiştir. Bu haliyle ölçeğin kısa formu her biri ikişer maddeli 14 faktörden oluşmuştur. BÇSÖ-KF'nin boyutlarının iç tutarlık katsayılarının 0.39 ile 0.92 aralığında değiştii görülmektedir. Uzun formunda olduğu gibi bu kısa formda da her bir alt ölçek ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Puanların düşüklüğü o boyutun az kullanıldığını, puanların yüksekliği ise o boyutun daha fazla kullanıldığını işaret etmektedir (83). Bu araştırma için ölçek cronbach alpha değeri 0.66 olarak bulunmuştur. (Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)= 0.540,  $\chi^2 = 720.181$ ,  $p = 0.000$ ).

BÇS Kısa Formunun alt ölçeklerinin özellikleri şöyledir:

**BOYUT 1:** *Aktif başa çıkma*, stresi ya da etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik adım atma sürecidir.

BOYUT 2: *Planlama*, stresle nasıl başa çıkılacağı hakkında düşünmektir.

BOYUT 3: *Amaca yönelik sosyal destek arama*, yönlendirme, yardım, bilgi aramaktır.

BOYUT4: *Duygusal sosyal destek arama*, moral destek, sempati ve anlayış sağlamaktır.

BOYUT 5: *Duyguları dışa vurma*, kişinin yaşadığı strese odaklanması ve duygularını dışa vurma eğilimidir.

BOYUT 6: *Davranışsal uzaklaşma*, kişinin stresle mücadele etme çabalarının azalması, hatta amaca ulaşmak için çaba göstermemesidir.

BOYUT 7: *Dikkatini başka yöne yöneltme*, kişinin dikkatini stres durumundan başka bir şeye yönlendirmesidir.

BOYUT 8: *Olumlu yönde yeniden yorumlama*, stres durumunu olumlu olarak yeniden oluşturmaktır.

BOYUT 9: *Reddetme*, stresli durumun var olduğuna inanmayı reddetmedir.

BOYUT 10: *Kabullenme*, stresli durumun varlığını kabul etmektir.

BOYUT 11: *Din*, durumu olumlu yönde yeniden yorumlama yoluyla duygusal bir destek kaynağı oluşturmaktır.

BOYUT 12: *Madde kullanımı*, alkol ve diğer maddelerin kullanımını içerir.

BOYUT 13: *Mizah*, stres durumuyla ilgili şaka yapılması ya da dalga geçilmesidir.

BOYUT 14: *Kendini suçlama*, kişinin kendisini eleştirme eğilimidir.

#### **5. 7. 4. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri**

Araştırmaya dahil olacak, gönüllü bakım veren sayısı ve bunların niteliği:

- Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Palyatif Servisinde yatan hastalara en az bir aydır bakım verenler ile Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Dahiliye kliniğinde yatan yaşlı hastalara en az bir aydır bakım verenler,
- Araştırmaya katılacak olan bakım verenlerin 18 yaşın üzerinde olması,
- Hastanın tanısını biliyor ve sözel olarak ifade edebiliyor olması,

- Soruları cevaplayabilmesi,
- Sözel iletişim engelinin (işitme ve konuşma) olmaması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesidir.

Bu kriterlere uymayan bakım verenler çalışmaya dahil edilmemiştir.

#### **5. 7. 5. Verilerin İstatiksel Olarak Değerlendirilmesi**

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences 22.0 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ile bakılmıştır. Verilerin değerlendirmesinde; bağımsız gruplarda t testi, ki kare analizi ve Pearson's korelasyon analizi kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi  $p < 0.05$  olarak alınmıştır.

#### **5. 7. 6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın bulgularının Kahramanmaraş ili için genellenememesi, yalnızca yapıldığı hastaneyi yansıtması araştırmanın sınırlılığıdır. Bu araştırma sadece Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Palyatif Bakım ünitesinde ve Dahiliye Servisinde yatan hastaların bakım verenlerini kapsadığından sonuçlar, Türkiye'deki bütün Palyatif Bakım ünitelerinde ve Dahiliye Servisinde yatan hasta bakım verenlerini genellenemez.

#### **5. 7. 7. Araştırmanın Etik Yönü**

- Araştırmanın yapılacağı kurumdan uygulama izni alınmıştır.
- Gaziantep Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alınmıştır.
- Katılımcılar çalışma konusunda bilgilendirilmiş ve sözlü onamları alınarak katılımları sağlanmıştır.
- Formlar katılımcıların kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortamda yapılmıştır.
- Elde edilen veriler katılımcıların mahremiyetine kişisel bilgilerin gizliliğine saygı duyularak yalnızca araştırma bulguları olarak değerlendirilmiş ve gizli tutulmuştur.

## 6. BULGULAR

**Tablo 6. 1. Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Yatan Yaşlı Hastalara Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=80)**

		PBÜ		DS		Toplam	
		Sayı (n)	Yüzde %	Sayı (n)	Yüzde %	Sayı (n)	Yüzde %
Cinsiyet	Kadın	24	60,0	28	70,0	52	65
	Erkek	16	40,0	12	30,0	28	35
Yaş	18-25	7	17,5	2	5,0	9	11,3
	26-35	5	12,5	6	15,0	11	13,8
	36-50	13	32,5	16	40,0	29	36,3
	50 Yaş Üzeri	15	37,5	16	40,0	31	38,8
Medeni Durum	Evli	29	72,5	35	87,5	64	80
	Bekar	7	17,5	3	7,5	10	12,5
	Eşi Ölmüş/Boşanmış	4	10,0	2	5,0	6	7,5
Çocuk Varlığı	Var	29	72,5	33	82,5	62	77,5
	Yok	11	27,5	7	17,5	18	22,5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	8	20,0	7	17,5	15	18,8
	Çalışmıyor	32	80,0	33	82,5	65	81,3
Mesleki Durum	Memur	3	37,5	0	0	3	21,4
	İşçi	1	12,5	2	33,3	3	21,4
	Serbest Meslek	4	50,0	4	66,7	8	57,2
Eğitim Durumu	Okuma-Yazma Bilmiyor	11	27,5	14	35,0	25	31,3
	İlköğretim	12	30,0	19	47,5	31	38,8
	Lise	8	20,0	6	15,0	14	17,5
	Önlisans	4	10,0	0	0	4	5
	Lisans	5	12,5	1	2,5	6	7,5
Ekonomik Durum	Kötü	4	10,0	6	15,0	10	12,5
	Orta	21	52,5	20	50,5	41	51,3
	İyi	15	37,5	14	35,5	29	36,3
Sosyal Güvence	Var	29	72,5	27	67,5	56	70
	Yok	11	27,5	13	32,5	24	30
Kronik Hastalık	Var	18	45,0	18	45,0	36	45
	Yok	22	55,0	22	55,0	44	55
Diyabet Varlığı	Var	4	10,0	9	22,5	13	16,3
	Yok	36	90,0	31	77,5	67	83,8
Hipertansiyon Varlığı	Var	7	17,5	9	22,5	16	20
	Yok	33	82,5	31	77,5	64	80
Diğer Kronik Hastalıklar	Var	11	27,5	5	12,5	16	20
	Yok	29	72,5	35	87,5	64	80
Hasta Yakınlık Derecesi	Bakıcı	1	2,5	1	1,3	2	2,5
	Anne	0	0	2	2,5	2	2,5
	Baba	0	0	1	1,3	1	1,3
	Kardeş	2	5	1	1,3	3	3,8
	Eş	7	17,5	11	13,8	18	22,5
	Kızı	11	27,5	13	16,3	24	30
	Oğlu	10	25	6	7,5	16	20
	Diğer	9	22,5	5	6,3	14	17,5

\*Crosstabs analizi

Palyatif bakım alan yaşlı hastalara bakım verenlerin ve dahiliye servisinde yatan yaşlı hastalara bakım verelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; palyatif bakım alan yaşlı hastaların bakım verelerinin %55' nin hasta ile birlikte yaşadığı, %27,5' inin hastanın "kızı" olduğu, Palyatif bakım alan hastalara bakım verelerin; %37,5 'u 50 yaş üzerinde, %60,0' ı kadın, % 30,0 ilköğretim mezunu, %72,5' i evli ve %72,5' nin çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir ve bakım verenlerin %80,0 'nin çalışmadığı, %52,5' nin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %72,5' nin sosyal güvencesinin olmadığı, %55,0'nin kronik hastalığının olduğu ve kronik hastalığı olan hasta yakınlarında çoğunlukla (%90,0) diyabetik olduğu saptanmıştır.

Dahiliye servisinde yatan yaşlı hastalara bakım verelerin %57,5' inin hasta ile birlikte yaşadığı, %16,3' ünün hastanın "kızı" olduğu, büyük çoğunluğu 36 yaş ve üzerinde olduğu, %70,0' i kadın, % 47,5' i ilköğretim mezunu, %87,5' i evli ve %82,5' nin çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir ve bakım verenlerin %82,5'inin çalışmadığı, %50,5' inin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %67,5' inin sosyal güvencesinin olmadığı , %55,0'nin kronik hastalığının olmadığı saptanmıştır.

Tablo 6.1 incelendiğinde tüm bakım verenlerin % 65' inin kadın olduğu, büyük çoğunluğu 36 yaş ve üzerinde olduğu, % 80'inin evli olduğu, % 81,3'ünün çalışmadığı, çalışan grubun ise çoğunluğu serbest meslek mensubu olduğu, % 38,8'inin ilköğretim mezunu olduğu, % 70'inin sosyal güvencesinin bulunduğu, % 55'inin kronik rahatsızlığının olmadığı ve bakım verenlerin büyük çoğunluğunun hasta bireyin kızı ya da eşi olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 6.2. Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Yatan Yaşlı Hastalara Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=80)**

		PBÜ		DS		Toplam		Test*
		Sayı (n)	Yüzde %	Sayı (n)	Yüzde %	Sayı (n)	Yüzde %	
Hastanın Bakımı İçin Ayrılan Süre	Vaktimi Almıyor	0	0	16	40	16	20	$X^2=45,329$ $P=0,001$
	1-3 Saat	1	2,5	11	27,5	12	15	
	3-6 Saat	3	7,5	6	15	9	11,3	
	7-12 Saat	14	35	4	10	18	22,5	
	13 Saat Ve Üzeri	22	55	3	7,5	25	31,3	
Hastaya Bakım Verilen Süre	1-3 Ay	9	22,5	12	30	21	26,3	$X^2=8,992$ $P=0,109$
	3-12 Ay	13	32,5	5	12,5	18	22,5	
	1-2 Yıl	3	7,5	2	5	5	6,3	
	2-3 Yıl	3	7,5	3	7,5	6	7,5	
	3-4 Yıl	5	12,5	2	5	7	8,8	
	4 Yılden Fazla	7	17,5	16	40	23	28,8	
Hastaya Bakım Verirken En Çok Zorlayan Durum	Hastanın Kişisel Bakımını Yapmak	14	35	6	15	20	25	$X^2=35,382$ $P=0,001$
	Hastanın Yeteri Kadar Oral Alımının Olmaması	7	17,5	0	0	7	8,8	
	Hastanın Bilinçli Tavırlar Sergilememesi	5	12,5	1	2,5	6	7,5	
	Hastanın Bulaşıcı Hastalığının Olması	1	2,5	2	5	3	3,8	
	Bakım Veren Yeterli Zamanının Olmaması	3	7,5	0	0	3	3,8	
	Hastanın Diyetine Uymaması	0	0	8	20	8	10	
	Diğer	10	25	12	30	22	27,5	
	Yok	0	0	11	27,5	11	13,8	
	Hastaya Bakım Vermenin Yarattığı Zorluklarla Baş Etme	Hastaya Bakım Vermek İçin Bakıcı Tutmak	3	7,5	0	0	3	
Aile Üyelerinden Yardım Almak		15	37,5	8	20	23	28,8	
Evde Bakım Maaşı Almak		2	5	0	0	2	2,5	
Hastaneye Başvurmak		10	25	6	15	16	20	
Evde Bakım Hizmetlerinden Yardım Almak		4	10	0	0	4	5	
Sabretmek		1	2,5	8	20	11	13,8	
Diğer		5	12,5	7	17,5	9	11,3	
Yok		0	0	11	27,5	12	15	
Hastayla Birlikte Yaşama		Hayır	18	45	17	42,5	35	43,8
	Evet	22	55	23	57,5	45	56,3	
Psikososyal Destek İsteme Durumu	Evet	13	32,5	6	15	19	23,8	$X^2=3,382$ $P=0,066$
	Hayır	27	67,5	34	85	61	76,3	

\*Ki Kare Testi

Palyatif bakım alan yaşlı hastaların bakım verelerinin; % 55' inin hastanın bakımı için günlük 13 saat ve üzerinde zaman ayırdığı, %17,5' inin 4 yıldan fazla bakım verdiği



belirlenmiştir ve bakım verenlerin bakım verirken, hastanın kişisel bakımını yapmanın (%35) en çok zorlandığı şey olduğu, hastaya bakım vermenin zorluklarıyla aile üyelerinin yardımını alarak başa çıktığı (% 37,5) belirlenmiş ve %32,5' in psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunu hissettiği saptanmıştır.

Dahiliye servisinde yatan yaşlı hastalara bakım verenlerin; %40' ının hasta bakımı için zaman ayırmadığı, %40' ının 4 yıldan fazla bakım verdiği belirlenmiştir ve bakım verenlerin hastaya bakım verirken, en çok zorlandığı şeyin hastanın diğer problemleri olduğu belirlenmiş, bakım vermenin zorluklarıyla aile üyelerinin yardımını (%20) alarak, sabrederek (%20) ve diğer yöntemlerle (%17,5) (dua etmek vb.) başa çıktığı ve % 27,5'nin problemleri için bir çözüm yolu bulamadığı ve % 15'inin psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.2. palyatif bakım ünitesinde ve dahiliye servisinde yatan yaşlı hastalara bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; hastanın bakımı için ayrılan süre, hastaya bakım verirken en çok zorlayan durum ve hastaya bakım vermenin yarattığı zorluklarla baş etme açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır.

**Tablo 6. 3. Grupların BÇSÖ-KF Ölçeği Alt Boyutları, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	<b>Grup</b>	<b>X ± SD</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Aktif Başa Çıkma	DS PBÜ	6,07±1,02 6,35±0,76	1,359	0,178
Planlama	DS PBÜ	4,45±1,01 3,57±1,41	-3,186	0,002
Amaca Yönelik Sosyal Destek Arama	DS PBÜ	5,67±1,20 6,32±0,99	2,626	0,001
Duygusal Sosyal Destek Arama	DS PBÜ	2,37±0,70 2,27±0,67	-0,646	0,520
Duyguları Dışa Vurma	DS PBÜ	5,97±1,02 6,25±1,29	1,053	0,296
Davranışsal Uzaklaşma	DS PBÜ	4,87±0,85 5,20±1,09	1,484	0,142
Dikkatini Başka Yöne Yönelme	DS PBÜ	6,67±0,97 6,82±1,05	0,660	0,511
Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	DS PBÜ	4,52±1,35 3,95±1,39	-1,868	0,066
Reddetme	DS PBÜ	4,80±0,93 4,60±1,21	-0,815	0,418
Kabullenme	DS PBÜ	5,07±1,16 5,27±1,15	0,772	0,443
Din	DS PBÜ	5,75±0,95 5,52±0,71	-1,193	0,236
Madde Kullanımı	DS PBÜ	5,12±0,99 5,00±0,84	-0,606	0,546
Mizah	DS PBÜ	5,50±1,19 5,95±1,17	1,695	0,094
Kendini Suçlama	DS PBÜ	5,22±0,89 5,35±0,83	0,648	0,519
Zarit Toplam	DS PBÜ	32,72±8,72 50,37±10,93	7,979	0,001

\*Student t Testi

Tablo 6. 3' de grupların BÇSÖ-KF Ölçeği alt boyutları ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği toplam puanları verilmiş ve karşılaştırması yapılmıştır. Palyatif bakım ünitesinde bakım verenlerin BÇSÖ-KF Ölçeği planlama alt boyutu puan ortalaması 3,57±1,41 iken dahiliye servisindeki bakım verenlerin ise puan ortalamasının 4,45±1,01 olduğu ve palyatif bakım ünitesinde bakım verenlerinin BÇSÖ-KF Ölçeği amaca yönelik sosyal destek arama alt boyutu puan ortalaması 6,32±0,99 iken dahiliye servisinde bakım verenlerin ise puan ortalaması 5,67±1,20 olarak saptanmıştır. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği palyatif bakım verenlerin toplam puan ortalaması 50,37±10,93 iken dahiliye grubu toplam puan ortalaması 32,72±8,72 olarak belirlenmiş, BÇSÖ-KF Ölçeği planlama ve amaca yönelik sosyal destek arama alt boyutlarında ve Zarit Bakım Verme

Yükü Ölçeği toplam değerinde iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (  $p<0.05$ ).

**Tablo 6. 4. Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Bakım Verenlerin BÇSÖ-KF Ölçeği Alt Boyutları ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişki (n=80)**

BÇSÖ-KF Ölçeği Alt Boyutları	Zarit Toplam					
	Palyatif Bakım Ünitesi			Dahiliye Servisi		
	r	p	n	r	p	n
Aktif Başa Çıkma	0,350	0,027	40	-0,225	0,163	40
Planlama	-0,340	0,032	40	-0,160	0,324	40
Amaca Yönelik Sosyal Destek Arama	-0,019	0,910	40	-0,009	0,957	40
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	0,017	0,918	40	-0,004	0,982	40
Duyguları Dışa Vurma	0,024	0,883	40	-0,009	0,954	40
Davranışsal Uzaklaşma	-0,024	0,885	40	0,220	0,843	40
Dikkatini Başka Yöne Yönelme	-0,08	0,621	40	0,186	0,251	40
Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	-0,242	0,132	40	-0,032	0,172	40
Reddetme	-0,044	0,789	40	-0,007	0,966	40
Kabullenme	-0,169	0,298	40	-0,026	0,875	40
Din	-0,311	0,051	40	-0,101	0,517	40
Madde Kullanımı	0,050	0,760	40	-0,381	0,537	40
Mizah	0,287	0,073	40	-0,06	0,713	40
Kendini Suçlama	0,320	0,044	40	0,106	0,015	40

\*Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 6. 4' de palyatif bakım ünitesinde ve dahiliye servisinde bakım verenlerin BÇSÖ-KF Ölçeği Alt Boyutları ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki yer almaktadır. Palyatif bakım ünitesinde bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği toplam puanı ile BÇSÖ-KF Ölçeği aktif başa çıkma alt boyutu arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır(  $p<0.05$ ). Bununla birlikte Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği toplam puanı ile BÇSÖ-KF Ölçeği planlama alt boyutu arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu ve kendini suçlama alt boyutunda ise zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır(  $p<0.05$ ). Dahiliye servisinde bakım verenlerde ise Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği toplam puanı ile BÇSÖ-KF Ölçeği kendini suçlama alt boyutu arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır(  $p<0.05$ )

## 7. TARTIŞMA

Bakım verme süreci hem bakım veren hem de bakım alan açısından sıkıntılı bir süreçtir. Hasta bireyin uzun süreli, ölümcül hastalığının olması, hastalığının semptomlarının şiddetinin artması, bakım için harcanan zaman ve para miktarının artması, psikolojik ve sosyal sorunların artması gibi nedenler bakım verenin bakım yükünü artırmakta ve sosyal yaşam rollerini değişime uğratmaktadır (6). Sağlık profesyonellerinin bakım verenlere destek sağlayabilmesi, çok boyutlu uygun girişimleri planlayabilmesi, bu girişimleri rutin olarak uygulayabilmesi ve sonuçlarını değerlendirebilmeleri oldukça önemlidir. Bakım verenlerin, hastaların semptomlarını izleme ve kontrolünü sağlama, tıbbi tedavilerinin yapılmasını sağlama, problem çözme ve karar verme, duygusal destek verme, bakımı koordine etme, hastaların güvenliğini sağlama, çevreyi düzenleme ve uygun araç-gereç donanımını sağlama gibi birçok görevi bulunmaktadır (46). Bu çalışmada bakım verenlerin büyük bölümünün kadın olduğu saptandı. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer bir durum söz konusudur (51, 90, 91, 92). Ülkemizin kültürel özelliklerinden nedeniyle olarak bu sonucun ortaya çıkması beklenen bir durumdur. Bakım görevi daha deneyimli ve çalışmayan bireye bırakılmaktadır. Bu çalışmada bakım verenin çalışma durumu ve yaşı da literatür ile benzerlik göstermektedir (51, 91, 92). Çalışmada bakım verenlerin büyük bölümü hastanın kızıdır ve bakım verenlerin yarısından fazlası hasta ile aynı evde yaşamaktadır. Çalışmamıza paralel olarak diğer çalışmalarda da bakım verme görevi çoğunlukla bakım alan bireyin kızına verilmektedir (84, 92, 93).

Hem palyatif bakım ünitesinde hem de dahiliye servisindeki hastası olan bakım verenler çalışmalar kıyaslandığında diğer ünitelerde yapılan çalışmalara oranla daha fazla zaman ve günlük olarak daha uzun süre bakım vermektedir (84, 91). Ülkemizdeki kültürel yapı düşünüldüğünde Doğu ve Güneydoğu toplumlarında aile kavramı çok önemlidir. Bakım süreci özellikle yaşlı hasta için özel ya da devlete ait bakım kurumlarında değil evde gerçekleşmektedir.

Palyatif bakımda hastası olan bakım verenlerin bakım yükü puanları daha yüksektir. Tarı Selçuk ve Avcı' nın çalışmasında primer bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının  $60.70 \pm 14.19$  olduğu ve buna göre bakım verenlerin ileri derecede yük altında olduğu belirlenmiştir (91). Vahidi ve ark. meme kanserli hastaların bakım verenleri ile yaptığı çalışmada Zarit Bakım Verme

Yükü Ölçeğinden aldıkları ortalama puanı  $30.55 \pm 19.18$  olarak belirlenmiştir (94). Spatuzzi ve ark. tarafından ileri evre kanser hastalarında yapılan diğer bir çalışmada ise aktif tedavi alan kanser hastasına ve palyatif bakım alan hasta bireye bakım verenler arasında bakım yükü açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (95). Bakım yükü puanları iki grup için de literatür ile benzerdir (91, 94, 95).

Literatürde bakım yükü ile baş etme stratejilerini inceleyen bir çalışmaya rastlanamamıştır, ancak benzer çalışmalarla çalışma bulguları karşılaştırılmaya çalışılmıştır. Çalışmada palyatif bakım ünitesinde bakım verenlerin bakım yükü ve aktif başa çıkma alt boyutu arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu, planlama alt boyutu arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu ve kendini suçlama alt boyutunda ise zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Dahiliye servisinde bakım verenlerde ise bakım yükü ve kendini suçlama alt boyutu arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Koyuncu Yaşar'ın çalışmasında, yaşlıya bakım veren bireylerin %39,7'si yaşlı ile iletişimde sorun yaşamaktadır ve bakım verenlerin %25,7'sinin iletişim sorunlarıyla baş edemedikleri, %38'inin sorunlarla baş etme de kabullenme yoluna başvurduğu saptanmıştır (89). Perez-Ordóñez ve ark. çalışmasında anksiyete ile algılanan yük ve işlevsel olmayan baş etme ile pozitif bir ilişkisi olduğu ve duygusal odaklı başa çıkma arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (93). Ateş ve Bilgili' nin çalışmasında bakım verenlerin stresle baş etme tarzları ölçeği puanlarında hastanın bağımlılık derecesine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (84). Richardson ve ark.' nın 78 bakım verici ile yaptığı çalışmada Travma Sonrası Stress Bozukluğu ve baş etme stratejilerinin korelesyon analizi sonucunda, davranışsal uzaklaşma, reddetme ve mizah BÇSÖ-KF Ölçeği alt boyutları ile Travma Sonrası Stress Bozukluğunun pozitif yönde yüksek derece ilişkili olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (96).

## 8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 8.1. Sonuçlar

Bu çalışmada elde edilen sonuçlara baktığımızda;

- Palyatif bakımdaki yaşlı hastalara bakım verenlerin bakım yükü dahiliye servisindeki yaşlı hastaya bakım verenlere oranla daha yüksek bulunmuştur.
- Hem dahiliye servisinde hem de palyatif bakım ünitesinde bakım verenlerin en yüksek başa çıkma puanını “Dikkatini başka yöne yöneltme” alt boyutundan aldıkları saptanmıştır.
- Dahiliye servisinde bakım verenlerin başa çıkma stratejileri açısından “Planlama” alt boyutundan, palyatif üniteye bakım verenlerin ise “Amaca yönelik sosyal destek arama” alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

### 8.2. Öneriler

Çalışma sonuçları göz önüne alındığında,

- Sağlık çalışanlarının özellikle palyatif bakım ünitelerinde bakım verenlere daha çok destek olması, yaşadıkları sıkıntıları ve sorunları göz ardı etmemeleri, uygun girişimleri planlaması ve bu girişimleri rutin olarak uygulaması ve bakım verenlerin bakım yükünü düzenli aralıklarla değerlendirmesi,
- Bakım verenlerin yaşayabilecekleri sorunlar konusunda bilgi sahibi olmaları ve baş etme stratejilerini geliştirip, bakım verene öneride bulunmaları
- Palyatif bakımda hastası olan bakım verenlerin bakım yüküne yönelik çeşitli baş etme stratejilerini geliştiren çalışmaların planlanması önerilmektedir.

## 9. KAYNAKÇA

1. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2012; 54: 329-334
2. World Health Organisation. Cancer pain relief and palliative care: report of a who expert committee. Technical Report Series No. 804. 1990. Who: Geneva. Erişim Adresi: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39524/1/WHO\\_TRS\\_804.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39524/1/WHO_TRS_804.pdf) Erişim Tarihi: 20.08.2017.
3. Michelson KN, Steinhorn DM. Pediatric end-of-life issues and palliative care. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 2007; 8(3):212-219.
4. Mut Sürmeli D, Akçiçek F. Palyatif bakım: tanımı ve tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics* 2016;9(1):8-11.
5. Atagün MI, Balaban OD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(3):513-552.
6. Mollica MA, Litzelman K, Rowland JH, Kent EE. The role of medical/nursing skills training in caregiver confidence and burden: a cancers study, *Cancer*, 2017; 15;123(22):4481-4487.
7. Terakye G. Kanserli hasta yakınları ile etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2011;4(2):78–82.
8. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the center to advance palliative care. *J Palliat Med*, 2011;14:17-23.
9. Hsu T, Loscalzo M, Raman R, Forman S, Popplewell L, Clark K, Katheria V, Strowbridge R, Rinehart R, Smith D, Matthews K, Dillehunt J, Feng T, Smith D, Sun C, Hurria A. Are disagreements in caregiver and patient assessment of patient health associated with increased caregiver burden in caregivers of older adults with cancer. *The Oncologist* 2017; 22(11):1383-1391.
10. Uyar M, Şenel G. Palyatif bakım. *Palyatif Bakım Derneği Bülteni*, 2015. Erişim Adresi: [http://palyatifbakim.org/pdf/Palyatif-Bak%C4%B1m-Bu%CC%88lten-2015\(SAYII\).pdf](http://palyatifbakim.org/pdf/Palyatif-Bak%C4%B1m-Bu%CC%88lten-2015(SAYII).pdf) Erişim Tarihi: 27.12.2017.
11. Ünalın D, Soyuer F, Elmalı F. Geriatri merkezi çalışanlarında yaşlı tutumunun değerlendirilmesi. *Kafkas J Med Sci* 2012; 2(3):115–120.
12. Beğler T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim* 2012;25(3):1-4.

13. Kurt G, Beyaztaş F.Y, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. Adli Tıp Dergisi. 2010;24(2):32-34.
14. Koldaş L. Yaşlılık ve kardiyovasküler yaşlanma nedir? Turk Kardiyol Dern Ars 2017;45 Suppl 5: 1-4.
15. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Yaşlılar 2016. TÜİK Haber Bülteni 2017:24644.
16. Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif bakım. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti. İstanbul, 2014, s.1-7.
17. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. Erişim Adresi: [Http://Www.Tdk.Gov.Tr/Index.Php?Option=Com\\_Bts&Arama=Kelime&Guid=Tdk.Gts.59996797ee71a0.33362627](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=tdk.gts.59996797ee71a0.33362627) Erişim Tarihi:20.08.2017.
18. Erdine S. Kanserde ağrı tedavisi ve palyatif bakım kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002, s.1-9.
19. World Health Organisation (WHO). Definition of palliative care. Erişim Adresi: [Http://Www.Who.Int/Disabilities/World\\_Report/2011/Report.Pdf.2011](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.2011) Erişim Tarihi: 20.08.2017.
20. Boyle P. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu Dünya Kanser Raporu Lyon, 2008. Erişim Adresi: <http://kanser.gov.tr/dosya/kitaplar/dunyaraporu2008.pdf>. Erişim Tarihi: 20.08.2017.
21. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363:733-42.
22. Bağ B. Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları, Türk Onkoloji Dergisi 2012; 27(3):142-149.
23. Meghani S.H. A concept analysis of palliative care in the united states. J Adv Nurs. 2004;46(2):152-61.
24. Borasio Gd. Translating the world health organization definition of palliative care into scientific practice. Palliat Support Care 2011 9(1):1-2.
25. Can G. Kanser hastasında palyatif bakım. Enç N. (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014, s. 398-411.



26. Kabalak AA, Öztürk H, Erdem AT, Akın S. Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi' nde Kapsamlı Palyatif Merkezi Uygulaması. Çağdaş Tıp Dergisi 2012;2(2):122-126.
27. Bahar A. Kronik hastalıklarda palyatif bakım ve hospis. Ovayolu N. Ovayolu Ö. (Editörler). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar. Çukurova Nobel Tıp Kitapevi. 2015, s.761- 770.
28. Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim Dergisi. 2011; 24: 4-9.
29. Demir M, Palyatif bakım etiği, Yoğun Bakım Dergisi 2016; 7: 62-6.
30. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi, 2013;11(2):56-70.
31. WHO-WPCA (2014). (The World Health Organization-Worldwide Palliative Care Alliance). Global Atlas Of Palliative Care At The End Of Life. World Health Organization 2014. Erişim Adresi: <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf> Erişim Tarihi: 27.12.2017.
32. Canan DB, Mert H. Kalp yetersizliğinde palyatif bakım. Taf Preventive Medicine Bulletin. 2012; 11(2): 219-224.
33. Houttekier D, Cohen J, Surkyn J, Deliens L. Study of recent and future trends in place of death in belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. BMC Public Health 2011;11:228.
34. Erel S. Dünyada palyatif bakımın durumu ve hospis sistemleri, Tuncer A. M. (Editör). Türkiye' de Kanser Kontrolü, Ankara, Koza Matbacılık, 2009, s.287-298.
35. Uzuncu HB, Buyruk H, Alnak E, Yıldırım G. Yoğun bakımda yapılacak bir şeyi kalmayan kanserli terminal dönem hastalara insanca bakım önerisi, Cumhuriyet Tıp Dergisi 2013;35:143-151.
36. Şahan Uslu F, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015;4(2): 81-90.
37. T. C. Sağlık Bakanlığı 2017- 2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı. Erişim Adresi: [Http://Www.İccpPortal.Org/System/Files/Plans/Ulusal\\_Kanser\\_Kontrol\\_Planı\\_2013\\_2018.Pdf](Http://Www.İccpPortal.Org/System/Files/Plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.Pdf) Erişim Tarihi: 03.09.2017.
38. Özgül N, Güntekin M, Koç O, Göksel F, Bayraktar G, Ekinci H, Sencan I, Tuncer AM, Aksoy M, Tosun N. Turkish community- based palliative care

- model: a unique desing. *Annals Of Oncology* 2012; 23 (Supplement 3): p.76-78.
39. Madenoğlu Kıvanç M, Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri, *HSP2017*;4(2):132-135.
40. T. C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Özellikli Sağlık Hizmetleri, 2016.  
Erişim Adresi:  
<https://www.tkhk.gov.tr/dosyalar/55d6b87211d847318d5b01cff514cf71.pdf>  
Erişim Tarihi: 08.10.2017.
41. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu; *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2010;(1);1-6.
42. T. C. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete, 01.08.1998.  
Erişim Adresi:  
<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.aspx?Mevzuatkod=7.5.4847&Mevzuatiliski=0&Sourcexmlsearch=Hasta%20haklar%C4%B1>  
Erişim Tarihi:03.09.2017.
43. Kabalak AA. Türkiye’ de Palyatif Bakım, Tuncer AM. (Editör). Türkiye’ de Kanser Kontrolü, Ankara, Koza Matbaacılık, 2009, s. 299- 304.
44. Palyatif Bakım Derneği. Erişim Adresi: <http://www.palyatifbakim.org/> . Erişim Tarihi: 03.09.2017.
45. Akçiçek F, Akbulut G, Fadılloğlu ZÇ. (Editörler): Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir, 2013, s.18-31.
46. Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenlerin rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2010;1:1-6.
47. Öven Ustaalioğlu B, Acar E, Çalışkan M. The predictive factors for perceived social support among cancer patients and caregiver burden of their family caregivers in turkish population, *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice*, 2017; 9:1-7.
48. Yıldırım S, Akyüz Ö, Engin E, Gültekin K. The relationship between psychiatric patients' caregivers burden and anger expression styles, *J Clin Nurs*. 2017 Sep 7.
49. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren S, Mete L. The perceived burden of care and its correlates inschizophrenia, *Turk Psikiyatri Derg*. 2010 Fall;21(3):203-12.

50. Çetinkaya Duman Z, Bademli K, Families of chronic psychiatric patients: a systematic review, *Current Approaches in Psychiatry*; 2013;5: 78- 94.
51. Pérez-Cruz M, Muñoz-Martínez MA, Parra-Anguila L, Del-Pino-Casado R. Coping and subjective burden in primary caregivers of dependent elderly relatives in Andalusia, Spain, *Aten Primaria*. 2017;49(7):381-388.
52. Fadiloğlu Ç. Kanser bakımında aile, Fadiloğlu Ç, Şenuzun F. (Editörler) *Kanserde Evde Bakım*, Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, Kongre Basım Evi, 2006, Sayı 6.
53. Aires M, Mocellin D, Fengler Fl, Rosset I, Santos No, Machado Do, Et Al. Association between filial responsibility whencaring for parents and the caregivers overload. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017;70(4):767-74.
54. Liu Jf, Lu Mc, Fang Tp, Yu Hr, Lin Hl, Fang Dl, Burden on caregivers of ventilator-dependent patients: A cross-sectional study. *Medicine* 2017;96(27):e7396.
55. Montgomery JRJ, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Fam Relat* 1985; 34:19-26.
56. Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M. Subjective burden and quality of life in family caregivers of patients with end stage renal disease. *Anna J* 1997; 24:531-538.
57. Ribe J. M, Salamero M, Perez-Testor C, Mercadal J, Aguilera C, Cleris M, Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice*, 2017 Aug 11:1-9.
58. Webb C, Pfeiffer M, Mueser M, Gladis M, Mensch E, Degirolamo J, Levinson DF. Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: the role of coping style and social support. *Schizophr Res* 1998; 34:169-180.
59. Kruithof WJ, Post MW, van Mierlo ML, van den Bos GA, de Man-van Ginkel JM, Visser-Meily JM. Caregiver burden and emotional problems in partners of stroke patients at two months and one year post-stroke: determinants and prediction. *Patient Education and Counseling* 99 (2016) 1632–1640.

60. Charlifue S. B, Botticello A, Kolakowsky-Hayner S. A, Richards J. S, Tulskey D. S. Family caregivers of individuals with spinal cord injury: exploring the stresses and benefits. *Spinal Cord* 2016, 54;732–736.
61. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. *Jama* 1999, 15;282(23):2215-9.
62. Macneil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, Decoster J, Williamson GM. Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: the central role of caregiver anger. *Gerontologist*. 2010;50:76-86.
63. Sağlam Z, Koç Z, Çınarlı T, Korkmaz M. Altmışbeş yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (2), 40-60. Erişim Adresi: <http://dergipark.gov.tr/jshs/issue/27924/286110> Erişim Tarihi:10.01.2018.
64. Dişçigil G. Geriatriye sık karşılaşılan sorunlar. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*. 2009;3, 7-13.
65. Altun İ. (1998). Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul, 1998:71-78.
66. Yılmaz A, Turan E. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve baş etme yolları. *Türkiye Klinikleri, J Med Science*. 2007;27: 445-454.
67. Yeşil T, Çetinkaya Uslusoy E, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016; 5(4): 54-66.
68. Aranda S, Hays WK. Home care givers of the person with advanced cancer: An australian perspective. *Cancer nursing*. 2001;24(4): 300-305.
69. Snyderman D, Wynn D, Depression in cancer patients, *Prim Care*. 2009;36:703–719.
70. Große J, Treml J, Kersting A, Impact of caregiver burden on mental health in bereaved caregivers of cancer patients: a systematic review. *Psycho - Oncology*. 2017;1–11.
71. Lynch S. H, Shuster G, Lobo M. L. The family caregiver experience – examining the positive and negative aspects of compassion satisfaction and compassion fatigue as caregiving outcomes. *Aging & Mental Health*. 2017;16:1-8.

72. Richardson AE, Morton RP, Broadbent EA. Illness perceptions and coping predict post-traumatic stress in caregivers of patients with head and neck cancer. *Support Care Cancer*. 2016, 24:4443–4450.
73. Rahnama M, Shahdadi H, Bagheri S, Moghadam M. P, Absalan A. The relationship between anxiety and coping strategies in family caregivers of patients with trauma. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2017 Apr, Vol-11(4): IC06-IC09.
74. Özer S, Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2010, Cilt - Vol. 1 Sayı - No. 1.
75. Reblin M, Small B, Jim H, Weimer J, Sherwood P, Mediating burden and stress over time: caregivers of patients with primary brain tumor. *Psycho - Oncology*. 2017;1–6.
76. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, Van Den Bos Ga. Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients. *Cancer* 1999; 86:577-588.
77. Gopinath B, Craig A, Kifley A, Liew G, Bloffwitch J, Kim VV, Joachimn, Cummins R, Heraghty J, Broady T, Hayes A, Mitchell P. Implementing a multi-modal support service model for the family caregivers of persons with age-related macular degeneration: a study protocol for a randomised controlled trial. *Bmj Open* 2017;7:E018204
78. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, Willan A, Viola R, Coristine M, Janz T, Glossop R. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Cmaj* 2004; 170:1795-1801.
79. Malak AT, Dicle A. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2008; 18:118-121.
80. Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(2):1-9.
81. Özdemir FK, Şahin ZA, Küçük D. Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2009; 26:153-158.
82. Çelik Örucü M. Stres ve Stresle Başa Çıkabilme. Erişim Adresi: <http://srm.metu.edu.tr/sites/srm.metu.edu.tr/files/brochure2.pdf> Erişim Tarihi: 20.10.2017.

83. Bacanlı H, Sürücü M, İlhan T. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun (BÇSÖ-KF) Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi, Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 2013;13(1), 81-96.
84. Ateş E, Bilgili N, Omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle baş etme ve sosyal destek. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2013; 15(3): 1-12.
85. Eslami AA, Rabiei L, Abedi HA, Shirani M, Masoudi R. Coping skills of Iranian family caregivers' in caretaking of patients undergoing haemodialysis: a qualitative study. Journal Of Renal Care 2016; 42(3),162–171.
86. Eğilli CS, Sunal N. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi, JAREN 2017;3(2):83-91.
87. İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 4.
88. Demirtepe D, Bozo Ö. Bakıcı İyilik Ölçeği'nin Uyarlama, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikoloji Yazıları. 2009;12(23): 28-37.
89. Koyuncu Yaşar, S. Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler, 2009, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 118s, İzmir, (Prof. Dr. Ayla Bayık TEMEL).
90. Uzelli Yılmaz D, Sarı D. Kronik hastalığı olan hastalara bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;20:2.
91. Tarı Selçuk K, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2016, Cilt 7, Sayı 1.
92. Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Journal of Neurological Sciences [Turkish] 2009, 26:(1)# 18; 060-073.
93. Perez-Ordóñez F, Frias-Osuna A, Romero-Rodríguez Y, Del-Pino-Casado R. Coping strategies and anxiety in caregivers of palliative cancer patients, European Journal Of Cancer Care 25, 2016;25(4):600-7.
94. Vahidi M, Mahdavi N, Asghari E, Ebrahimi H, Eivazi Ziaei J, Hosseinzadeh M, Namdar Areshtanab H, Kermani IA. Other side of breast cancer: factors associated with caregiver burden, Asian Nursing Research, 10, 2016;10(3):201-206.

95. Spatuzzi R, Giulietti MV, Ricciuti M, Merico F, Meloni C, Fabbietti P, Ottaviani M, Violani C, Cormio C, Vespa A. Quality of life and burden in family caregivers of patients with advanced cancer in active treatment settings and hospice care: a comparative study, *Death Stud.* 2017;41(5):276-283.
96. Richardson AE, Morton RP, Broadbent EA. Illness perceptions and coping predict post-traumatic stress in caregivers of patients with head and neck cancer, *Support Care Cancer* (2016) 24:4443–4450.



## 10. EKLER

### EK-1

#### Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek
2. Yaşınız: .....
3. Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekâr 3)Eşi ölmüş/Boşanmış
4. Çocuğunuz var mı? 1) Yok 2) Var
5. Eğitim Durumu :
  1. Okuma yazma bilmiyor 2. İlköğretim 3.lise 4. Önlisans 5.Lisans 6. Lisans üstü
6. Mesleğiniz:
  1. Çalışıyor .....
  2. Çalışmıyor
7. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? 1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi
8. Sosyal güvenceniz var mı? 1) Yok 2) Var
9. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
  - 1- Var (Adı)..... 2-Yok
10. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?
  - 1) Bakıcı 2) Anne 3) Baba 4) Kardeş 5) Eş 6)Kızı 7)Oğlu 8-Diğer,
11. Hastayla birlikte mi yaşıyorsunuz?
  - 1) Hayır 2) Evet
12. Hastanın bakımı günlük ne kadar vaktinizi alıyor?
  - 1) Vaktimi almıyor 2) 0-3 saat 3) 3-6 saat 4) 7-12 saat 5) 13 saat ve üzeri
13. Hastaya ne kadar süredir bakıyorsunuz?
  - 1)0-3ay arası 2)0-1 yıl arası 3)1-2 yıl arası 4)2-3 yıl arası 5)3-4 yıl arası 6)4 yıldan fazla
- 14.Hastaya bakım verirken sizi en çok zorlayan şey nedir?
15. Hastaya bakım vermenin yarattığı zorluklarıyla nasıl başediyorsunuz?
- 16.Hastanızın bakımını sağlarken psikososyal açıdan desteğe ihtiyacınızın olduğunu düşünüyor musunuz?
  - 1.Evet 2.Hayır



**EK- 2****BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİ**

Açıklama: Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla yada sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı yada nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösteriniz. Seçenekleri işaretlerken aşağıda belirtilen puanlamayı kullanınız. <b>1. Asla böyle birşey yapmam 2. Çok az böyle yaparım 3. Orta derecede böyle yaparım 4. Çoğunlukla böyle yaparım</b>				
<b>Madde</b>				
1. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
2. Bu olay hakkında daha az düşünmek için sinemaya giderim ya da TV seyredirim.	1	2	3	4
3. Olay hiç olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
4. Bununla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemekten vaz geçerim.	1	2	3	4
5. Olayın gerçekten olduğu fikrine kendimi alıştırırım.	1	2	3	4
6. Allah'tan yardım isterim.	1	2	3	4
7. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1	2	3	4
8. Şartlar uygun olana kadar bu konuda hiç bir şey yapmam.	1	2	3	4
9. Ne hissettiğimi birilerine anlatırım.	1	2	3	4
10. Amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.	1	2	3	4
11. Soruna odaklanabilmek için diğer etkinliklerimi bir tarafa bırakırım.	1	2	3	4
12. Alkol ya da sakinleştirici alarak bir süre kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
13. Duygularımı dışarı vururum.	1	2	3	4
14. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.	1	2	3	4
15. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	1	2	3	4
16. Ne yapmam gerektiği konusunda bir strateji geliştirmeye çalışırım.	1	2	3	4
17. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse- yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1	2	3	4
18. Başkasının sempatisini ve anlayışını kazanmaya çalışırım.	1	2	3	4
19. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç almaya çalışırım.	1	2	3	4
20. Sorunla ilgili şaka yaparım.	1	2	3	4
21. Olayların iyi yanını görmeye çalışırım.	1	2	3	4
22. Sorunun en iyi nasıl ele alınabileceğini düşünürüm.	1	2	3	4
23. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
24. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü etkinliklere yönelirim.	1	2	3	4
25. Böyle bir şeyin olduğu gerçeğini kabul ederim.	1	2	3	4
26. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.	1	2	3	4
27. Dini inancımda huzur bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
28. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	1	2	3	4

**EK- 3****ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ**

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin: Asla, nadiren, ara sıra, oldukça sık, neredeyse her zaman şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça Sık	Neredeyse Her Zaman
1. Yakınınzla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2. Yakınınzla bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3. Yakınınzla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4. Yakınınzın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5. Yakınınzın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?	1	2	3	4	5
6. Yakınınzın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7. Yakınınzla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
8. Yakınınzla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
9. Yakınınz yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10. Yakınınzla bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
11. Yakınınz nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
12. Yakınınzın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
13. Kendi harcamalarınıza ek olarak	1	2	3	4	5

Yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?					
14. Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
15. Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
16. Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
17. Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18. Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
19. Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

## EK- 4

## ETİK KURUL YAZISI

## GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Palyatif Bakım Ünitesinde Bakım Vericilerinin Deneyimlediği Yük Ve Baş Etme Stratejileri	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	111	
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yard. Doç. Dr. Sevgin SAMANCIOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Göziemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
DİĞER İŞE BELİRTİNİZ :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNCÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ  
İmza:

*Not: Etik kurul başkanı, imzasını her almadığı her sayfaya imza atmaktadır.*

## GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Palyatif Bakım Ünitesinde Bakım Vericilerinin Deneyimlediği Yük Ve Baş Etme Stratejileri	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		111	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017 /111	Tarih: 27.03 .2017	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İlker SİÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yüsemir ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Betül TAŞ	AGIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Cahide ERFORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K x <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E x <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Recep TÜRK	BANKACI	Ziraat Bankası Gaziantep Bölge Yöneticisi	E x <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* : Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır.

Elden Testim Aldım.

Özrik Kayaoglu  
İmza

EK- 5

GENEL SEKRETERLİK YAZISI



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Kahramanmaraş İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

KAHRAMANMARAŞ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ - KAHRAMANMARAŞ İLİ KİBİGS  
İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI  
0344/011 14 00 - 651 30477 - 044 - E 2395



Sayı : 65130477/044  
Konu : Anket Çalışma izni

Syn: Şerife KÖLEOĞLU  
Hürriyet Mahallesi 36.ç Sok.No:12 Kat:4  
Onikişubat/Kahramanmaraş

İlgi : 31/03/2017 tarihli dilekçeniz.

İlgi de kayıtlı dilekçenizde Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi olduğunuzu,"Palyatif Bakım Ünitesinde Bakım Vericilerin Deneyimlediği Yük ve Baş Etme Stratejileri" konulu anket çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Necip Fazıl Şehir Hastanesinde uygulamak istediğiniz bildirilmiştir. İlgili anket çalışmasını Necip Fazıl Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde uygulamanız Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Opr. Dr. Semih YANCAR  
Genel Sekreter

  
Sadık BOZTRAK  
V.H.K.İ.  
Evrak Kayıt Birim Sorumlusu  
Belgenin Aşılı Elektronik İmzalıdır  
...../...../2017  
03 Nisan 2017

Yörükselim Mahallesi Gazi Mustafa Kuşçu Caddesi No:22 Oniki  
Şubat/Kahramanmaraş  
Faks No:0344 2515114

e-Posta:fatma.kozak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ayrıntılı Bilgi İçin F.KOZAK- İdari  
Hizmetler Başkanlığı - fatma.kozak@saglik.gov.tr

Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d09e0074-c130-4ae0-89e8-d238adff03de kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Fatma KOZAK

Unvan:UZMAN

Telefon No:(0344 223 74 25 / 2120)

## EK- 6

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

#### LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

#### ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu araştırmanın amacı, palyatif bakımda bakım verenlerin deneyimlediği yük ve baş etme stratejilerini belirlemektir.

#### KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için

- Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Palyatif Servisinde yatan hasta bakım verenleri ile Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Dahiliye kliniğinde yatan hasta bakım verenleri,
- Araştırmaya katılacak olan hastaların 18 yaşın üzerinde olması,
- Hastasının anısını biliyor ve sözel olarak ifade edebiliyor olması,
- Soruları cevaplayabilmesi,
- Sözel iletişim engeli (işitme ve konuşma) olmaması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesidir.

#### NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Anket formu doldurmak dışında herhangi bir uygulama yapmanız gerekmeyecektir.

#### SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır.

## **KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 80'dir.

## **KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?**

Toplam görüşme süresinin 35-40 dakika olacağı tahmin edilmektedir.

## **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar: palyatif bakımda bakım verenlerinin deneyimlediği yük ve baş etme stratejilerini belirlemesidir

## **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Size bu araştırmada sadece anket uygulanacağı için beklenen herhangi bir olası riski yoktur.

## **HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?**

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar tarafından karşılanacaktır.

## **ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0544 239 22 52 no.lu telefonda Yrd. Doç. Dr. Sevgin SAMANCIOĞLU başvurabilirsiniz.

## **ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

## **ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?**



Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

## **ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

## **ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

## **KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren .....sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

<b>GÖNÜLLÜNÜN</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>ADRESİ</b>		
<b>TEL. &amp; FAKS</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>ADRESİ</b>		
<b>TEL. &amp; FAKS</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>GÖREVİ</b>		
<b>TARİH</b>		



## 11. ÖZGEÇMİŞ

Şerife KÖLEOĞLU,

7 Haziran 1993 yılında Kahramanmaraş'ta doğdu. İlköğretim ve liseyi Kahramanmaraş'da tamamladı. 2015 yılında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı eğitimine 2015 yılında başladı. Aynı yıl Kahramanmaraş Pazarcık Devlet Hastanesinde çalışmaya başladı ve halen burada palyatif bakım ünitesinde görevine devam etmektedir.

