



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

**PALYATİF BAKIM SERVİSİNDEKİ HASTA YAKINLARININ
DEPRESYON ANKSİYETE VE STRES DURUMLARININ
ÖLÜME KARŞI TUTUMLARINA ETKİSİ**

Şerife Sacide ÖZKÖYLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Esin ÇETİNKAYA USLUSOY

ISPARTA – 2023

KABUL ve ONAY

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21/06/2023

Danışman : Doç. Dr. Esin ÇETİNKAYA USLUSOY

Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları ABD

Üye : Doç. Dr. Fatma BAŞALAN İZ

Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD

Üye : Doç. Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN

Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları ABD

ONAY: Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ebru ÇUBUK DEMİRALAY
Enstitü Müdürü

BEYAN

“Palyatif Bakım Servisindeki Hasta Yakınlarının Depresyon Anksiyete ve Stres Durumlarının Ölüme Karşı Tutumlarına Etkisi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

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

Hazırlayan

Şerife Sacide ÖZKÖYLÜ

Danışman

Doç. Dr. Esin ÇETİNKAYA USLUSOY

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim hayatım boyunca bana yol gösteren ve ilham veren yönlendirmeleri ile destek olan tez danışmanım ve değerli hocam Sayın Esin ÇETİNKAYA USLUSOY'a,

Yüksek lisans tezimi destekleyen Isparta Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde bulunan çalışma arkadaşlarıma ve çalışmamda katkı sağlayan hasta yakınlarına,

Eğitim hayatıma başladığım ilk günden bu tezin sunulduğu güne kadar manevi desteklerini yüreğimde hissettiğim ağabeylerime ve kıymetli eşime teşekkür ederim. Bu günlere gelmemde en çok emeği olan ve hayatta haklarını asla ödeyemeceğim sevgili Annem ve merhum Babama minnet ve şükranlarımı sunarım.

Şerife Sacide ÖZKÖYLÜ

Isparta -2023

ÖZET

Palyatif Bakım Servisindeki Hasta Yakınlarının Depresyon Anksiyete ve Stres Durumlarının Ölümüne Karşı Tutumlarına Etkisi

Bu çalışma Palyatif Bakım Servisindeki Hasta Yakınlarının Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumlarının Ölümüne Karşı Tutumlarına Etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma, Kasım 2021- Nisan 2022 tarihleri arasında Palyatif Bakım Servisinde yatan hastaların yakınları ile (N=117) gerçekleştirilmiştir. Kullanılan veri toplama araçları; 'Hasta Yakını İçin Tanıtıcı Bilgi Formu', 'Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği' ve 'Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği'dir. Veriler analiz edilirken ortanca, frekans, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, One Way ANOVA, Man-Whitney U testi, Kruskal Wallis ve iki ölçek arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Hasta yakınlarının %68,4'ünün kadın, %58,1'inin hastanın birinci derece yakını olduğu, %78,6'sının evli, %36,8'inin ilköğretim ve altı mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırmada bakım veren hasta yakınlarının Depresyon ($11,15 \pm 8,61$) ile Anksiyete ($8,90 \pm 6,93$) puan ortalamaları hafif düzeyde ve stres ($12,85 \pm 8,66$) puan ortalaması normal düzeyde bulunmuştur. Ölümüne Karşı Tutum ($110,09 \pm 21,92$) puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur. Palyatif bakım servisindeki hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ile stres durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca, depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları ile ölümüne karşı tutum ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Bununla birlikte anksiyete ve stres ile ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde düşük düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Bu tür negatif duyguların birbirini tetiklediğini ve ölüm korkusunun anksiyeteyi artırdığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Hasta Yakını, Depresyon, Anksiyete, Stres, Ölümüne Karşı tutum

ABSTRACT

The Effect of Depression, Anxiety and Stress Conditions of Relatives in Palliative Care Service on Attitudes to Death

This study was conducted to examine the Effects of Depression, Anxiety and Stress Conditions on Attitudes to Death of Relatives of Patients in the Palliative Care Service. The study was carried out with relatives of patients (N=117) hospitalized in the Palliative Care Service between November 2021 and April 2022. Data collection tools used; The Personal Information Form is the 'Attitudes towards Death Scale' and the 'Depression, Anxiety and Stress Scale'. While analyzing the data, median, frequency, standard deviation, independent groups t test, One Way ANOVA, Man-Whitney U test, Kruskal Wallis and Spearman correlation analysis were used to determine the relationship between the two scales.

In this study participants, it was determined that 68.4% of the patient's relatives were women, 58.1% were first-degree relatives of the patient, 78.6% were married, 36.8% were primary school graduates or below. In the study, the depression (11.15 ± 8.61) and Anxiety (8.90 ± 6.93) mean scores of the relatives of the caregivers were mild and the stress (12.85 ± 8.66) mean score was normal. Attitude Towards Death (110.09 ± 21.92) mean scores were found to be moderate. It was determined that there was a statistically significant high level of positive correlation between the depression, anxiety, and stress states of the relatives of patients receiving palliative care services.

In addition, there is no statistically significant relationship between the depression, anxiety and stress mean scores and the total mean score of the attitude towards death scale. On the other hand, it is seen that there is a low level of positive correlation between anxiety and stress and fear of death and death avoidance sub-dimensions. It may be said that such negative emotions trigger each other and the fear of death increases anxiety.

Keywords: Palliative Care, Relatives, Depression, Anxiety, Stress, Attitude to Death

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	viii
SEMBOLLER ve KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Önemi	2
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Tarihçesi.....	4
2.1.1. Palyatif Bakımın Amacı ve Felsefesi	8
2.1.2. Palyatif Bakım Modelleri	9
2.1.3. Palyatif Bakım Ekibi.....	11
2.1.4. Palyatif Bakım Bileşenleri	11
2.1.5. Palyatif Bakım Hastalarında Görülen Semptomlar	13
2.1.6. Palyatif Bakım Hasta Kabul Kriterleri	14
2.2. Bakım Vericilik Rolü	15
2.2.1. Palyatif Bakım Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Gereksinimleri	16
2.2.2. Palyatif Bakım Sürecinde Bakım Vericilerin Yaşadıkları Sorunlar	17
2.3. Depresyon.....	17
2.3.1. Depresyon Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi	18
2.3.2. Depresyon Tipleri	18
2.3.2.1. Majör Depresif Bozukluk.....	18
2.3.2.2. Distimik Bozukluk	19
2.3.2.3. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu	19
2.3.2.4. Premenstrüel Disforik Bozukluk.....	19
2.3.2.5. Madde İlaç Kullanımına Bağlı Depresif Bozukluk.....	20
2.3.2.6. Başka Medikal Duruma Bağlı Depresif Bozukluk.....	21

2.4. Anksiyete.....	21
2.4.1. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi	22
2.4.2. Anksiyete Bozukluklarının DSM-V'e Göre Sınıflandırılması	22
2.4.2.1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu.....	22
2.4.2.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)	23
2.4.2.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi).....	23
2.4.2.4. Panik Bozukluğu	23
2.4.2.5. Agorafobi	24
2.4.2.6. Özgül Fobiler	24
2.4.2.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	24
2.4.2.8. Madde veya Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Anksiyete Bozukluğu	25
2.5. Stres	25
2.5.1. Bakıcı Stresinin Nedenleri ve Belirtileri.....	25
2.5.2. Stresin Aşamaları.....	27
2.6. Ölüm Kavramı	27
2.6.1. Ölüme Karşı Tutum	28
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Tipi	30
3.2. Kullanılan Gereçler	30
3.2.1. Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu	30
3.2.2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ-42)	30
3.2.3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği	31
3.3. Veri Toplamada Kullanılan Yöntemler.....	32
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	32
3.4.1. Isparta Şehir Hastanesi Palyatif Servisinin Özellikleri.....	32
3.5. Araştırmanın Evreni	34
3.6. Araştırmada Örneklem	34
3.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişken	34
3.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	34
3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	34
3.10. Süre ve Olanaklar	35
3.11. Etik Açıklamalar.....	35

4. BULGULAR	36
4.1. Depresyon, Anksiyete, Stres Puan Ortalamalarının Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgileri ile Karşılaştırılmasının İncelenmesi	37
4.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hasta Yakını İçin Tanıtıcı Bilgilere Göre Karşılaştırılmasının İncelenmesi	45
4.3. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği ile Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Arasındaki Etkinin İncelenmesi	52
5. TARTIŞMA	54
5.1. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgileri ile Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	54
5.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanlarının Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgilerine Göre Karşılaştırılması	58
5.3. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği ile Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	62
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR	66
EKLER.....	77
Ek 1. Hasta Yakını için Tanıtıcı Bilgi Formu	77
Ek 2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS 42)	79
Ek 3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği.....	81
Ek 4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS 42) İzin İsteği	83
Ek 5. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul Kararları	84
Ek 6. T.C. Isparta Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni	85
Ek 7. Isparta Şehir Hastanesi Araştırma Ön İzin Belgesi.....	86

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırmanın uygulama takvimi.....	35
Tablo 4.1. Katılımcılara ait tanımlayıcı istatistikler	37
Tablo 4.2. Ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler.....	38
Tablo 4.3. Hasta yakını için tanıtıcı bilgilerine göre depresyon, anksiyete ve stres puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo 4.4. Hasta yakını tanıtıcı bilgilerine göre ölüme karşı tutum puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 4.5. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	52



SEMBOLLER ve KISALTMALAR DİZİNİ

- APA** : Amerikan Psikiyatri Birliği
- DASS** : Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
- DSM-V** : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskısı
- MDB** : Majör Depresif Bozukluk
- NCP** : Ulusal Mutabakat Projesi
- ÖKTO** : Ölüme Karşı Tutum Ölçeği
- TDK** : Türk Dil Kurumu
- WHO (DSÖ)** : Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı hayatı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin, erken teşhis ile acılarının önlenmesi ve hafifletilmesi yoluyla fiziksel, psikososyal ve ruhsal ağrı ve diğer sorunların kusursuz bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavisini içeren, yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır (1). DSÖ tarafından tanımlanan palyatif bakım, sadece hastaların yaşam kalitesini korumayı değil, aynı zamanda hasta yakınlarının desteğini de içermeyi amaçlamaktadır (1). Hasta yakınları, hastalara pratik yardım vererek, kişisel bakım sağlayarak, psikolojik olarak destekleyerek ve sıklıkla ilaç yönetimiyle ilgilenerek hastaları desteklemektedir (2,3). Hasta yakınları, sadece yakınlarının bakım ihtiyaçlarını karşılamakla kalmayıp, aynı zamanda kendi sağlıkları, aileleri ve belki de iş durumları ile ilgili taleplerle uğraşan çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır (4). Bakım nedeniyle, sıklıkla uykusuzluk çekme, kendilerini yorgun ve bitkin hissetme ve anksiyete, stres, karar vermede güçlük, endişe ile depresyondan mustarip olabilmektedir (5,6). Bu bakım görevleri, yaşamın sonunda olan bir akrabaya sahip olmanın yanı sıra, bakım verenleri fiziksel, duygusal ve sosyal olarak etkiler (7). Palyatif bakım ekiplerinin desteği bile bazen hasta yakınlarını, hasta ölümüne yaklaşırken ortaya çıkan zorluklara karşı iyi bir şekilde hazırlayamayabilir (8).

Türk Dil Kurumuna göre ölüm, bir insan, bir hayvan veya bitkide yaşamın tam ve kesin olarak sona ermesi, ahiret yolculuğu, edebi uyku, emrihak, irtihal, memmat, mevt, vefat olarak tanımlanmaktadır (9). Hayatın bir parçası olan ölüm ve ölümle yüzleşme, palyatif servisinde yatan hasta ve yakınları için başta gelen zorlayıcı bir durumdur (10). Hasta yakını, sevdiği yakınının sağlığına kavuşmasını istemekte, aksi durumda hastalığın seyri ve hastanın tedavisi ile ilgili bir şey yapamayacağından kendini çaresiz ve savunmasız hissetmektedir. Hastanın ölümü yaklaştığında hem hastanın hem de yakının tüm duyguları şiddetlenmektedir.

1.1. Araştırmanın Önemi

Palyatif bakım hastası olmak, ailenin ya da bakım verenlerin yaşamını etkilemektedir. Ölümün deneyimlenememesi ve bilinmeyen durum olması, hasta yakınlarının bakım verdiği hastanın ölüm sürecini gözlemlemesi stres, anksiyete, gerginlik, rahatsızlık hissetmelerine sebep olabilmektedir. Bakım verenlerin bu durumdan ne kadar etkilendiklerini belirlemek, hasta yakınlarının stres, anksiyete ve depresyon durumlarını sorgulamak ve ölüm hakkındaki tutumlarını öğrenmek, bir insan olarak biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel gereksinimlerini ve beklentilerini saptamak ve geleceğe dönük olarak bu konuların iyileştirilmesi adına çalışmalar yapmak açısından önemlidir. Böylece, palyatif bakım alan hasta ve yakınlarına yönelik yapılabilecek girişimler ile hasta bakım kalitesi artmış olacak ve hasta yakını yaşam kalitesini etkileyen stres, anksiyete, depresyon ve olumsuz ölüm tutumu gibi durumlardan etkilenmesi azaltılabilmektedir.

Yapılan literatür taramalarında ‘Ölüme Karşı Tutum Ölçeği’ (ÖKTO) ve ‘Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği’nin (DASS) sağlık, eğitim, psikoloji gibi alanlarda çoğunlukla çalışılmış olduğu görülmüştür. Palyatif bakım servisinde bulunan hasta yakınlarına yönelik özelleşmiş daha az çalışmaya rastlanmıştır. Sönmez Benli ve Yıldırım’ın hemşirelerin yaşam doyumu ve ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yaptığı çalışmada hemşirelerin yaşam doyumlarının orta düzeye yakın, ölüme karşı olumlu tutumlarının orta düzeyin üzerinde olduğu ve yaşam doyumu düzeyi arttıkça ölüme karşı olumlu tutum gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır (10, 11).

Yeniocak Tunç ve Yapıcı’nın yaptığı çalışmada bir tıp fakültesindeki öğrencilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri değerlendirilmiş öğrencilerin beşte birinin önemli düzeyde depresyon, anksiyete ve stres yaşadıkları bulunmuştur (12). Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Covid-19 pandemisinde görev alan sağlık çalışanlarının algıladıkları sosyal desteğin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisi incelenmiş ve algılanan sosyal desteğin azalmasının, pandemide görev alan sağlık personelinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinde artışa neden olduğu sonucu bulunmuştur (13). Özdemir ve Yalçın’ın yaptığı bir başka çalışmada anne-baba tutumlarının ergenlerdeki depresyon, anksiyete ve stres

düzeylelerine etkisi incelenmiş araştırmanın sonucunda spor ve sanatla ilgilenen ergenlerde stres, anksiyete ve depresyon bulguları görülmemiştir. Ebeveyn eğitim durumu ergenlerin depresyon ve anksiyete yaşamasında etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Demokratik ailelerdeki ergenlerin depresyon düzeyi azalırken otoriter ailelerdeki ergenlerin depresyon düzeyi artış gözlenmiştir (14).

Palyatif bakım servisinde yatan hastaların yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres durumlarının ölüme karşı tutumlarına etkisinin incelenmesi literatüre katkı sağlanması açısından önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışmasının amacı, Palyatif Bakım Servisi'nde yatan hasta yakınlarının depresyon, anksiyete, stres durumları ve ölüme karşı tutumları ile birbirlerine etkilerinin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, hastaya yakınlık/akrabalık derecesi gibi sosyodemografik özellikleri yatan hastaya bakım vermelerinde farklılık göstermekte midir ?
2. Hasta yakınlarının bakım verdikleri süreye göre ölüme karşı tutumlarının farklılık göstermekte midir ?
3. Hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini etkilemekte midir?
4. Hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ölüme karşı tutumlarını etkilemekte midir?
5. Hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres durumlarının ölüme karşı tutumlarını etkilemekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Tarihçesi

Palyatif Bakım fiziksel, psikolojik, sosyal veya ruhsal olsun, yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili zorluklarla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirirken bakım verenlerin yaşam kalitesi de artmaktadır. DSÖ tanımlandığı gibi, Palyatif Bakım aynı zamanda yaşamı onaylar, ölüm sürecini normalleştirir, hastalara ve ailelere destek sunar ve ruhsal ve psikolojik faktörleri hasta bakımına entegre eder (15). DSÖ 1989 yılında Palyatif Bakımın ilk tanımını yapmıştır. Kanseri ağrısının azaltılması veya giderilmesi ve palyatif bakım hakkında bir uzman komitesinin raporunun bir parçası olarak yayınlanmıştır. 1998'de çocuklara özel bir tanım yayınlanmıştır. Son olarak DSÖ tanımı 2002 yılında güncellenmiştir. Ağır hastalık nedeniyle sağlıkla ilgili ciddi ıstırapı olan her yaşta ve özellikle yaşamın sonuna yaklaşan bireylerin aktif bütüncül bakımını ele almıştır ve bu kapsamda hastaların, ailelerinin ve bakıcılarının yaşam kalitelerini iyileştirmeyi amaçladığını belirtmiştir (16).

Palyatif bakım, artan yaşam süresi ve nüfustaki toplam yaşlı insan sayısının bir sonucu olarak önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Yaşlanan nüfus ve artan kanser hastalıkları ve diğer bulaşıcı olmayan hastalık vakaları, palyatif bakım ihtiyacı ile sonuçlanmıştır. HIV/AIDS nedeniyle ölüm riski yüksek olan insan sayısının artması, yaşlıların artması ve hastaların kuratif tedavi almak yerine semptomatik tedaviyi tercih etmesi palyatif bakımı giderek daha önemli hale getirmekte ve böylece hastane, toplum ve genel ile daha fazla bütünleşmiş hale gelmektedir (17). Yanı sıra;

Palyatif Bakım;

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlardan kurtulmayı sağlar,
- Yaşamı onaylar ve ölmeyi normal bir süreç olarak görür,
- Ölümü ne hızlandırmak ne de ertelemek niyetindedir,
- Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerini bütünleştirir,

- Hastaların ölene kadar mümkün olduğunca aktif yaşamlarına yardımcı olmak için bir destek sistemi sunar,
- Ailenin hastanın hastalığı ve kendi yasını geçirmesine yardımcı olacak bir destek sistemi sunar,
- Gerekğinde yas danışmanlığı da dahil olmak üzere hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için bir ekip yaklaşımı kullanır,
- Yaşam kalitesini artırır ve ayrıca hastalığın seyrini olumlu yönde etkiler,
- Kemoterapi veya radyasyon tedavisi gibi yaşamı uzatmayı amaçlayan diğer tedavilerle birlikte hastalığın erken evrelerinde uygulanabilir ve rahatsız edici klinik komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için gereken araştırmaları içerir (18).

2003 yılında kurulan Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance – WPCA) tarafından yapılan tanım şu şekildedir:

- Palyatif bakım sadece hayatı tehdit eden hastalıklar için değil, tüm kronik hastalıklar için bir ihtiyaçtır.
- Hastalığın tanısı ve prognozu değil, hastanın ihtiyacı ön planda tutulmalıdır. Son dönem hastalıklarda olduğu kadar hastalığın erken evrelerinde de palyatif bakım ihtiyacı görülebilir.

Palyatif bakıma farklı düzeylerde ihtiyaç duyulabilir. Üç farklı düzeyde bakım sunulabilir:

Palyatif Bakım Yaklaşımı: Uygun eğitim sonrası tüm sağlık çalışanları tarafından verilen palyatif bakım hizmetidir.

Genel Palyatif Bakım: Yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastalara tüm birinci basamak çalışanları tarafından iyi bir temel palyatif bakım bilgisi ile verilen palyatif bakım hizmetidir.

Uzman Palyatif Bakım: Karmaşık sorunları olan hastalara uzman ekip tarafından sunulan ikinci ve üçüncü basamakta verilen palyatif bakım hizmetidir. Palyatif bakım; hastanın evinde, hastanede, bakımevinde veya ayaktan tedavi servislerinde verilebilir (19).

Palyatif bakıma ihtiyacı olan yetişkinlerin büyük çoğunluğunda kardiyovasküler hastalıklar (%38,5), kanser (%34), kronik solunum yolu hastalıkları (%10,3), AIDS (%5,7) ve diyabet (%4,6) gibi kronik hastalıklar bulunmaktadır. Böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, multipl skleroz, Parkinson hastalığı, romatoid artrit, nörolojik hastalıklar, demans, konjenital anomaliler ve ilaca dirençli tüberküloz dahil olmak üzere diğer birçok durum palyatif bakım gerektirebilir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan yetişkinlerin %78'i palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır. 2014 yılı DSÖ verilerine göre dünyada 40 milyondan fazla insanın palyatif bakıma ihtiyacı vardır. Küresel olarak palyatif bakıma ihtiyacı olan hastaların yalnızca %14'ünün bu hizmeti aldığı tahmin edilmektedir (20). Yüksek gelirli ülkelerde, ölen insanların %80'e varan kısmı, hastalıklarının çok daha erken döneminde palyatif bakımdan faydalanabilmektedir (21).

Sudhakaran ve arkadaşlarının Hindistan'ın Udipi bölgesindeki iki kırsal toplulukta yaptığı bir çalışmada 2041 katılımcının %51,49'u kadın ve %19,65'i yaşlıdır. Katılımcıların %23,08 en az bir kronik hastalığa sahiptir. Hipertansiyon, diyabet ve iskemik kalp hastalığı yaygın olarak bulunmuştur. %4,31'i palyatif bakıma ihtiyaç olduğunu saptamışlardır (22).

11.yy'da palyatif kavramı ve bakım ile ilgili ilk uygulamalar ortaya çıkmıştır. Haçlılar, hastalanan yolcuların bakımını yönetmek ve tedavisini sağlamak için tesisler kurmuştur. Bu tesislerde genellikle din görevlilerinden oluşan gönüllüler bulunmaktadır. Knights Hospitaller (şövalyeler), 14. yüzyılda hem yolculara barınak sağlamak hem de ölümcül hastalara bakım vermek için darülaceze tipi bir tesis açtı. Hospis, teriminin dilsel kökenleri Latince Hospes kelimesinden gelir, bu terim seyahat eden bir misafir ya da bir yolcunun konakladığı ev anlamına gelir. Hospisler, terminal dönemde olan hastaların bakım verildiği kurumlardır (23). Benzer yaklaşımda olan palyatif bakım kavramı ilk olarak 19. yüzyılda ortaya çıkmıştır. Latince kökenli "Palliate (Palliare)" koruyucu ya da kapsayıcı anlamına gelmektedir. "Palliative" ise İngilizce terminolojide hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılmaktadır. İlk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında J. Garnier tarafından Fransa'da kurulmuştur (24).

18. ve 19. yüzyıllarda darülaceze ve palyatif bakımın daha da gelişmesinde dini kuruluşlarla olan bağ bilinmektedir. İrlandalı Yardımsever Rahibeler, 1879'da İrlanda'nın Dublin kentinde Our Lady's Darülaceze'yi açmışlardır. Tesis, çoğu tüberküloz veya kanserden ölmekte olan binlerce hastaya bakım vermiştir. Modern konseptte ilk bakımevi Dame Cicely Saunders tarafından 1967 yılında kurulan Londra'daki St Joseph's Darülaceze'dir. Bu çok hızlı bir şekilde diğer ülkelere de örnek olmuştur (23). Palyatif servisi 1975 yılında Kanada Royal Victoria Hastanesi'nde, 1983 yılında Almanya Köln'de hizmet vermeye başlamıştır (16). DSÖ, Palyatif bakım tanımını ilk kez 1989 yılında yapmıştır ve bu tanım daha çok hospis hizmeti kapsamına uygundur. Palyatif bakım tanımı 2002 yılında günümüz şeklini almıştır. 2003 yılında da Dünya Palyatif Bakım Birliği (World Palliative Care Alliance - WPCA), 1988 yılında Avrupa Palyatif Bakım Derneği (EAPC), 2008 yılında Dünya Hospis Palyatif Bakım Birliği (WHPCA) kurulmuştur (25).

Türkiye'de palyatif bakımın gelişmesine yönelik olarak; 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 5/7/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 9. maddesinin (c) bendi ve 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43. maddesine dayanılarak hazırlanan, 10.03.2005 Resmî Gazete Tarih ve 25751 sayılı "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" uygulamaya konulmuştur. 01.02.2010 tarihinde, "Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yayınlanmış ve evde sağlık hizmetleri kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezleri tarafından verilmeye başlanmıştır.

Yönerge kapsamında hekimler hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasına karar verip bakımın düzeyini belirleyebilir (26).

Türkiye'de organize ilk palyatif bakım sistemine 2011 yılında T.C Sağlık Bakanlığı Kanser Kontrol Daire Başkanlığı tarafından hayata geçirilmiştir. Pallia-Türk olarak adlandırılan bu proje, palyatif bakım sistemini önemli ölçüde iyileştirmiş ve 2012 yılında Küresel Palyatif Bakım Atlası'na göre Türkiye'nin palyatif

bakımdaki gelişim düzeyi, ‘Genelleştirilmiş Palyatif Bakım Sunumu’nu gösteren grup 3B’de listelenmiştir (27,28).

Pallia-Türk projesi, “palyatif bakımı” bir tıp disiplini olarak tanımlamış ve palyatif bakımın üç organizasyon düzeyinde (birincil, ikincil ve üçüncül) sunulmasını belirlemiştir. Birinci seviye, bir servis/palyatif bakım ünitesi, ikinci seviye, palyatif bakım merkezi ve üçüncü seviye kapsamlı palyatif bakım merkezidir. Bu projede birinci basamakta aile hekimleri, erken teşhis ve eğitim merkezleri; ikinci seviye erken tanı ve eğitim merkezleri, akut-subakut ve kronik palyasyon bakımı birinci seviye ile yönetilemez; son olarak da multidisipliner yaklaşımla mükemmellik için üçüncü seviye merkezler bulunmaktadır (17,28).

Türkiye’de Palya-Türk projesinde ana başlıklar;

- Opioid erişilebilirliğinin artırılması,
- Toplum tabanlı palyatif bakım modelinin hayata geçirilmesi şeklindedir (29).

2.1.1. Palyatif Bakımın Amacı ve Felsefesi

Sağlıkla ilgili ıstırap, tıbbi müdahale olmadan giderilemediği durumlarda özellikle yaşamın sonuna yakın olanlar için ciddidir. Ölüm riski taşıyan hastalıklar, hastanın, ailesinin ve bakım vericilerin yaşam kalitesini, günlük işlevini olumsuz etkiler ve/veya semptomlar, tedaviler veya bakıcı stresi açısından külfetlidir. Palyatif Bakım, hastaların, ailelerinin ve bakıcılarının yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlar. Bununla beraber;

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlar, psikolojik sıkıntı, manevi sıkıntı ve sosyal ihtiyaçlar dahil olmak üzere fiziksel sorunların önlenmesi, erken teşhisi, kapsamlı değerlendirmesi ve yönetimini içerir. Mümkün olduğunda, bu müdahaleler kanıta dayalı olmalıdır.
- Etkili iletişimi kolaylaştırarak, hastaların ve ailelerinin bakım hedeflerini belirlemesine yardımcı olarak hastaların ölene kadar olabildiğince dolu yaşamalarına yardımcı olmak için destek sağlar.
- Hastanın ihtiyaçlarına göre bir bakım süreci uygulanabilir.

- Yaşam standartlarını yükseltir ve ayrıca hastalığın seyrini olumlu etkileyebilir.
- Yaşam sonunda hastanın ve ailesinin ölüme hazırlık aşamasını doğal bir olay olarak kabul etmesine yardımcı olur.
- Ölümü ne hızlandırmak ne de ertelemek niyetindedir, yaşamı onaylar ve ölmeyi doğal bir süreç olarak kabul eder.
- Hasta ve ailesinin kültürel değerlerini ve inançlarını tanıyıp saygı duymayı hedefler. Hastaların hastalığı sırasında, multidisipliner bir ekip ve bütüncül yaklaşımla aileye ve bakıcılara destek sağlar (18).

Pediyatrik palyatif bakım, uzun ve öngörülemez süreler boyunca çok çeşitli ve sıklıkla nadir görülen hastalıklara sahip çeşitli bir popülasyonu kapsar. Pediyatrik palyatif bakımda klinisyenler, ağırlı ve rahatsız edici semptomları mümkün olduğunca yöneterek, bakımın nerede ve nasıl verileceği konusunda seçenekler sunarak ve belki de en önemlisi, bu çocukların ve ailelerinin çok zor koşullar altında mümkün olan en iyi yaşam kalitesine sahip olmalarını sağlamayı amaçlar (30).

- Dünya Sağlık Örgütü pediyatrik palyatif bakım tanımını ve hedefini şu şekilde belirtmiştir:
- Çocuklar için palyatif bakım, çocuğun bedeninin, zihninin ve ruhunun aktif olarak bütüncül bakımınıdır ve aynı zamanda aileye destek vermeyi de içerir.
- Palyatif bakım, hastalık teşhis edildiğinde başlar ve bir çocuğun hastalığa yönelik tedavi görüp görmediğinden bağımsız olarak devam eder.

Sağlık sunucuları çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal sıkıntısını değerlendirmeli ve hafifletmelidir. Etkili palyatif bakım, aileyi içeren ve mevcut toplum kaynaklarından yararlanan geniş bir multidisipliner yaklaşımı gerektirir; kaynaklar sınırlı olsa bile başarıyla uygulanabilir. Palyatif bakım üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, toplum sağlığı merkezlerinde ve evde sağlanabilir (31).

2.1.2. Palyatif Bakım Modelleri

Palyatif bakım modelleri ülkeden ülkeye farklılık gösterse de temelde 3 yaklaşım vardır.

Hastane temelli palyatif bakımdır ve özellikle yüksek riskli kompleks hastaların bakımı yapılır. Bakım kalitesinin artmasını ve bakım maliyetinin azalmasını sağlar.

Ev temelli bakımdır. Primer bakım ortamı ev ortamıdır. Amaç hastanede verilebilecek düzeyde palyatif bakımın hastanın kendi ev ortamında verilmesini sağlamaktır.

Toplum temelli palyatif bakımdır. Ayaktan tedavi edilebilecek hastalar için oluşturulmuş kliniklerden oluşmaktadır. Düşük maliyetle bakım sunulmasından dolayı son yıllarda ön plana çıkmıştır. Hepsinde ortak amaç hasta ve kültürel değerleri temel alan hastaya ve yakınlarına uygun fiziksel psikososyal ve manevi desteğin sağlanmasıdır (32).

Palyatif bakımın amacı, hastanın bireysel ve bütünsel ihtiyaçlarını karşılamak olduğundan, bakım modelleri geliştirilecek ve bireyin veya ailenin ihtiyaçlarına göre çeşitli ülkelerde, çeşitli şekillerde uyarlanacaktır (33). 2006 yılında Dünya Hospis ve Palyatif Bakım Birliği ve Uluslararası Yaşam Sonu Bakım Gözlemevi tüm dünya ülkelerinde palyatif bakımın gelişimi değerlendirmiş ve gelişim düzeylerine göre sınıflandırma yapmıştır (34).

Wright ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada; Dünya genelinde Palyatif bakım hizmetleri dört ana gruba ayrılmıştır (35). Buna ek olarak Lynch ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada palyatif bakım hizmetlerinin ülkelere göre gruplandırılma biçimi değişmiştir. 3. ve 4. Gruplara ek olarak a ve b kategorileri eklenmiştir (34).

1. Grup, hospis ve/veya Palyatif bakım hizmeti olmayan ülkeler (%32).
2. Grup, hospis ve/veya Palyatif bakım hizmetleri yeterli olmayan veya yapılanma sürecindeki ülkeler (%10).
3. Grup, hospis ve/veya palyatif bakım hizmeti yerel ve/veya bölgesel desteklerle sağlanan ülkeler (%39).
 - a) Palyatif bakım olan ancak bu aktivitenin desteklenmediği ülkelerdir.
 - b) Palyatif bakım yerel/bölgesel olarak desteklendiği ülkelerdir.

2. Grup, mevcut sağlık sistemi ile entegrasyon sağlanmış hospis ve/veya palyatif bakım servisleri mevcut ülkeler şeklinde oluşturulmuştur.

a) Palyatif bakımın sağlık sistemi içerisine entegre olma aşamasındaki ülkelerdir.

b) Palyatif bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisine entegre olmuş ülkeleri kapsamaktadır.

Ülkemiz bu sınıflamada 3b yani palyatif bakımın bölgesel olarak desteklediği grupta yer almaktadır (32).

2.1.3. Palyatif Bakım Ekibi

Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Derneği (IAHPC), Palyatif bakım ekibi, multidisipliner bir yaklaşım ile hasta ve ailesine bakım vermektedir. Hastanın mevcut ve ileride gelişebilecek ihtiyaçlarına göre bakım planını çeşitli bileşenleri içerecek şekilde planlamaktadır. (36).

T.C Sağlık Bakanlığı Palyatif Bakım Yönetmeliğinde Personel görevlendirilmesi şu şekildedir: MADDE 8- (1) Merkezlerde sorumlu tabip ve personel görevlendirmeleri, ilgili mevzuatına uygun olarak yapılır. Merkez hizmetleri, sorumlu tabibin denetim ve sorumluluğunda, tabip, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı ile diğer unvanlarda personel ile yürütülür. (2) Psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist veya fizyoterapi teknikeri ve diyetisyenin merkezde tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu bulunmamakta olup ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından karşılanır (37).

2.1.4. Palyatif Bakım Bileşenleri

Palyatif bakım, ciddi hastalığı olan kişiler için semptomlardan ve stresten kurtulmaya ve hastalar ve aileleri için yaşam kalitesini iyileştirmeye odaklanan uzmanlaşmış tıbbi bakımdır (38). Palyatif bakım, erken teşhis, hatasız değerlendirme ve en uygun tedavi ile acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesi yoluyla ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal, ruhsal problemleri iyileştiren bir yaklaşım olarak tanımlanır (39). Palyatif bakım, kapsamlı bir değerlendirme ile başlar ve sağlık hizmeti ortamlarında hasta ve aile katılımı, iletişim, bakım koordinasyonu ve bakımın

sürekliğini vurgular ve palyatif bakım planı hastanın var olan ya da ileride gelişebilecek ihtiyaçlarına göre çeşitli bileşenleri içerecek şekilde hazırlanır (40).

Ulusal Mutabakat Projesi (NCP) tarafından geliştirilen palyatif bakım için klinik uygulama kılavuzları, doğuştan gelen hastalıkları, akut ciddi yaşamı tehdit eden hastalıkları ve ilerleyici kronik durumları olanlar dahil olmak üzere çok çeşitli hasta popülasyonlarına sağlanabilecek palyatif bakım türünü tanımlamak için geliştirilmiştir.

NCP, kaliteli palyatif bakımın sekiz alanını tanımlayan bir alan geliştirdi (40,41).

Alan 1: Bakımın Yapısı ve Süreci: Kapsamlı bir değerlendirme sonrası hasta ve aile merkezli bakım sunmak için gereken profesyonel nitelikler, eğitim, öğretim ve destek ile disiplinler arası bir ekibin özelliklerini vurgular.

Alan 2: Bakımın Fiziksel Yönü: Ağır hastaların fiziksel bakımı, hastanın fiziksel, işlevsel, duygusal ve ruhsal esenliği bağlamındaki hedeflerinin anlaşılmasıyla başlar. Değerlendirme ve bakım planı, semptomları hafifletmeye ve fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini iyileştirmeye veya sürdürmeye odaklanır. Tüm bakım ortamlarında fiziksel bakımın, akut ve kronik semptom yönetimi, birincil ve özel bakım sağlayıcılar dahil olmak üzere hastaların bakımına dahil olan tüm profesyoneller arasındaki iletişim, iş birliği ve koordinasyon yoluyla gerçekleştirilebileceği vurgulanmıştır.

Alan 3: Bakımın Psikolojik ve Psikiyatrik Yönü: Bakımın psikolojik ve psikiyatrik yönleri sistematik olarak ele alınır. Hasta ve aileye, bakımın hedeflerini belirlemek ve bir tedavi planı geliştirmek, aile çatışmasını ele almak, tanı noktasından itibaren yas desteği ve kaynakları sağlamayı vurgular.

Alan 4: Bakımın Sosyal Yönü: Palyatif bakım, hasta ve aile işlevselliğini ve yaşam kalitesini etkileyen çevresel ve sosyal faktörleri ele alır. Multidisipliner yaklaşım ile hastanın yaşam kalitesini etkileyen sosyal ve çevresel faktörlerin işlevsel kapasitesinin en üst düzeye çıkarılmasını hedeflediğini vurgular.

Alan 5: Bakımın Manevi, Dini ve Varoluşsal Yönleri: Maneviyat inançlar, değerler, gelenekler ve uygulamalar aracılığıyla ifade edilir. Palyatif bakım, her hasta

ve aileye, onların manevi inançlarına ve uygulamalarına saygı duyacak şekilde hizmet eder. Hastalar ve ailelerinin manevi kaygılarının giderilmesini vurgular.

Alan 6: Bakımın Kültürel Yönleri: Hastaların ve ailelerin çeşitli dil, beslenme, alışkanlık ve ritüel uygulamalarına saygı duyar ve uyum sağlar. Hasta ve ailelerinin kültüre özgü ihtiyaçlarını değerlendirir ve karşılamayı amaçlar.

Alan 7: Ölmek Üzere Olan Hastanın Bakımı: Bu alan, hastanın vefatından hemen önceki ve sonraki günlere özel bir vurgu yaparak, yaşamlarının sonuna doğru hastaya ve ailesine sağlanan bakımı vurgular. Hasta ölüme yaklaşırken ağrı ve diğer fiziksel semptomların titiz ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi ve yönetimi ile bakımın sosyal, ruhsal, psikolojik ve kültürel yönlerinin önemini vurgular.

Alan 8: Bakımın Etik ve Yasal Yönleri: Palyatif bakım ekibi, hastanın amaçlarına, tercihlerine ve seçimlerine saygı duyar ve bakım planının temelini oluşturur. Ekip, karmaşık etik sorunların farkındadır ve bunları ele alır. Ekip, ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olması gerektiğini vurgular.

2.1.5. Palyatif Bakım Hastalarında Görülen Semptomlar

Yaşamı sınırlayan kritik veya ölümcül hastalığı olan hastaların semptomlarını iyi bir şekilde yönetmek, ne kadar zamanları kalmış olursa olsun, hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini artırabilir. Palyatif semptom yönetimi, hastalığa bütüncül bir şekilde yaklaşır, semptomların yalnızca fiziksel yönünü değil, aynı zamanda tamamen giderilmesi için psikolojik, sosyal ve ruhsal boyutlarını da ele alır (42). Palyatif bakım alan hastalarda birçok farklı semptom olabilir. Star ve Boland'ın yaptıkları bir çalışmada palyatif bakım hastalarında ağrı dışında yaygın görülen semptomların nefes darlığı, sayıklama, bağırsak tıkanıklığında mide bulantısı ve kusma, opioid kaynaklı kabızlık, solunum yolu sekresyonları olduğu vurgulanmış ve bu semptomların farmakolojik tedavilerini kanıta dayalı olarak vermişlerdir (43). Yürüyen ve arkadaşları tarafından palyatif servisinde yapılan bir çalışmada hastaların yatış sırasında en sık yakındığı 5 semptom sırasıyla oral alım bozukluğu (%35), genel durum bozukluğu (%19), ateş (%17), iştahsızlık-kilo kaybı (%15) ve halsizlik-yorgunluk (%13) olarak bulunmuştur (44).

Ağrı, kanser hastalarının yaşadığı en yaygın semptomlardan biridir. Tüm yaşlı hastaların üçte ikisine kadar, kanserin kendisinin veya tedavisinin bir sonucu olarak ağrı gelişir (45). Uysal ve arkadaşları tarafından 108 kanser hastası üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların yaşam kalitesini bozan ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık ve kendini iyi hissetme durumu gibi semptomların şiddetinde palyatif bakım desteği ile hızlı bir düzelme sağlandığı saptanmıştır (46).

2.1.6. Palyatif Bakım Hasta Kabul Kriterleri

Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştay Raporunda Palyatif bakım alacak hastalar tanımlanmış ve standartları belirlenmiştir. Hangi hasta gruplarının palyatif bakım ünitesine kabul edileceği ve kabul kriterlerinin ne olacağı saptanmıştır. Onkoloji hastaları, yaşam sonu bakım (end of life care) alması gereken hastalar, kalp hastaları, kanser dışı akciğer hastaları, nörolojik hastalar, geriatrik hastalar bu kapsamdadır. Ayrıca;

- Ağrı (ağrı skalası ≥ 5 olan, ağrıya bağlı uyku düzeni bozulan, istirahatde dahi ağrısı devam eden ve yan etkiler nedeni ile medikal tedavi uygulanamayan hastalar)
- Beslenme bozukluğu (oral alımı bozulmuş, son 6 ay içerisinde %10 dan fazla kilo kaybı olan, hiç oral alamadığı için enteral ya da parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyan malnutrisyonlu hastalar)
- Norton/ Braden'a göre Evre III-IV dekübit yarası olan hastalar
- Etiyolojisi bilinmeyen veya multiple olan deliryum tanısı almış hastalar
- Geriatrik Sendromlar (düşme, inkontinans, ihmal vb. hastalar)
- İleri evre kalp yetmezliği olan hastalar
- Tedaviye rağmen klinik ve laboratuvar olarak kötüleşen, dispne, hemoptizi, kontrol edilemeyen ağrı vb. semptomları artan, beklenen yaşam süresi 6 aydan kısa, cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavilere rağmen progressif hastalığı olan onkoloji hastalar
- Kronik son dönem akciğer hastaları

- Alzheimer Hastalığında Fonksiyonel Değerlendirme Evrelemesine göre evre 7 ve üzeri olan demans hastalar
- Kronik nörolojik hastalığı olup (hipoksik iskemik ensefalopati, inme, parkinson hastalığı, ALS, MS vb) klinik tablosunda akut değişikliği olan (ateş, beslenme bozukluğu, dekübit yarası, üriner enfeksiyonlar, pnömoni, öz bakımlarında azalma vb) hastalar
- Tükenme Sendromuna girmiş son dönem HIV hastaları

Palyatif Bakım Ünitesine kabul edilme kriterleri olarak belirlenmiştir. (47).

2.2. Bakım Vericilik Rolü

TDK'ye göre bakım, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi durumda kalması için verilen emek ve birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmıştır (48).

Bakıcılık, bağımsız yaşam için gerekli olan görevlerde, bir aile üyesinin diğerine düzenli olarak yardım ettiği etkileşimler olarak tanımlanmıştır (49). Bakım verenlerin bütüncül bir bakım yaklaşımına dahil edilmesi palyatif bakımın temel bir prensibidir. Bakıcılar açıkça bakım ekibe bir üyesi olarak dahil edilmektedir (50). Fiziksel, psiko-sosyo-ekonomik zorluklar içeren hasta bakıcılığının meslek olarak veya ücretsiz yardımcılar (gönüllüler) ile sağlandığı bilinmektedir. Bu durum kültürle göre farklılık göstermekte ve Türkiye özelinde toplumsal aile yapısından dolayı bakım ihtiyaçlarının giderilmesi bakım alan bireyin ailesi tarafından gönüllülükle yapılmaktadır (51).

Birçok hasta ve aile bakıcıları, ilerleyen hastalık ve artan bakıcı sorumluluğu ihtiyacı nedeniyle rol değişiklikleri yaşar. Bu rol geçişleri nedeniyle ortaya çıkan çatışmaların başarılı bir şekilde yönlendirilmesi, daha yüksek kalitede hasta bakımı ve iyileştirilmiş bakıcı yas uyumu ile ilişkilendirilmiştir (52).

Bakıcılar genellikle herhangi bir hazırlık yapmadan rolü üstlenmektedir. Bakım verenin ve sevdiği yakınının bakım sürecinde yaşadığı zorluklar ve değişiklikler, bakım veren için bir kriz deneyimidir. Başta rol değişikliği olarak karşımıza çıkan bu durum, hastanın fiziksel ve tıbbi ihtiyaçlarını uygun şekilde karşılamının yanında sosyoekonomik değişiklikleri de içermektedir. Bakım verenler

hastanın rahatlığını sağlama, problemini çözme ve karar verme, emosyonel destek verme, bakımını koordine etme, hijyen, hareketlilik, beslenme ve ilaç verme gibi günlük yaşam aktivitelerine yardım etme sorumluluğuna sahip olmaktadırlar (53).

2.2.1. Palyatif Bakım Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Gereksinimleri

Palyatif bakım, ciddi veya ilerlemiş tıbbi durumları olan hastaların yaşam kalitelerini artırmaya odaklanan bir uzmanlık dalıdır ve teşhis anı da dahil olmak üzere hastalığın her aşamasında uygundur (54). Bakım verici aile bireylerinin çoğu, uzun dönem bakım vermek için bilgi sahibi olmayabilir ve bu değişiklik karşısında kendinlerini hazırlıksız, yetersiz ve güvensiz hissedebilir (55).

Sevdiklerinizle ilgilenmek, kişisel tatmin de dahil olmak üzere çeşitli faydalar sağlasa da bakım verenler, genellikle toplu olarak bakıcı yükü olarak tanımlanan bir dizi fiziksel, duygusal, finansal ve sosyal zararlar görebilir. Bakım verenler için psikoeğitim, beceri eğitimi ve terapötik danışmanlık müdahaleleri, bakım verenin yükünü azaltarak ve bakım alanın yaşam kalitesini artırarak küçük ve orta düzeyde başarı göstermiştir. Bakıcı için destek ve ileriye yönelik rehberlik, özellikle bakım geçişleri sırasında ve bakım alanın yaşamının sonunda faydalıdır (56).

Psikoeğitimsel müdahaleler, bakıcıların hastalık ve bakımı hakkındaki bilgilerini geliştirmeyi amaçlar. Bakım verenlerin yeterlilik duygusunu ve zor durumlarla baş etme becerilerini artırmak, izolasyon duygularını rahatlatmak ve bakıcıların kendi duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılamalarına izin vermek gibi faydalar sağlar (57). Bakıcı iletişimi ve sağlık okuryazarlığı becerileri, hastaları desteklemek için sağlık bilgilerini bulma, anlama, hakkında iletişim kurma ve kullanma becerisini içerir ve bakım verenin hastanın bakımına aktif veya pasif olarak dahil olup olmadığını etkileyebilir. Bakım verenler, sorunları anladıklarında ve yönetebildiklerinde, hastanın sağlığındaki değişiklikleri fark edip tepki gösterebildiklerinde, hasta için ilaçları anlayıp yönetebildiklerinde, sağlık hizmeti kararlarına dahil edildiklerinde ve bakımlarında desteklendiklerini hissettiklerinde gereksinimleri karşılanmış ve daha iyi bakım sağlamış olurlar (58).

2.2.2. Palyatif Bakım Sürecinde Bakım Vericilerin Yaşadıkları Sorunlar

Aile bakıcısı genellikle bakımı muhtemelen toplum tarafından dayatılan doğal bir eylem olarak kabul eder ve ahlaki bir yükümlülüğü yerine getirmek olarak algılar. Her bakıcının toplumda ve aile sisteminde sahip olduğu rol, farklı görev ve faaliyetlerden oluşur. Hastaya yakın olan aile bireyleri, sağlık ekiplerinin bakım veren, iyilik halini artırıcı, görev çeşitliliğini yerine getiren, acıyı en aza indirgeyen ve yöneten, palyatif bakımı kolaylaştırıcı ve bakımın devamlılığında sorumlu ve katılımcı rollerini oynayabilirler. Aile bakıcısı, sağlık sistemi için neredeyse 'görünmez' hale gelerek, genellikle bakmakla yükümlü olduğu aile üyesinin sorunlarına öncelik verir (59).

Hasta kişilerin bakıcılarının karşı karşıya kaldıkları, boş zaman aktivitelerini, sosyal ilişkilerini, arkadaşlıklarını, yakınlıklarını, özgürlüklerini ve duygusal dengelerini etkileyen, sağlık açısından savunmasız hale gelen bir dizi fiziksel, zihinsel ve sosyoekonomik sorunu içermektedir. Bakıcı yükünün çok faktörlü doğası, diğerlerinin yanı sıra sosyal izolasyonu hem evdeki hem de dışarıdaki faaliyetlerin aşırı yüklenmesini, bakım alan aile üyelerinin davranış değişikliğini, ailelerinden özellikle 'sorumlu' olma fikrini, mali güçlükleri ve işten ayrılmayı içerir (60). Ayrıca aile bakıcısının rolü, 'yaşamın sonunda karar verici' rolünü üstlenerek karar verme ile ilişkilendirilmiştir. Bu rol, özellikle bu seçimler tıbbi kararlarla ilgili olduğunda, bir zorunluluk duygusu ve aynı zamanda bir ıstırap duygusu uyandırmaktadır (59).

Ramirez ve arkadaşları 2015 yılında bakımın genel yansımalarını değerlendirdikleri çalışmalarında, bakımın kronik ve ölümcül hastaların aile bakıcısının temel ihtiyaçları üzerindeki etkisini belirledi. İncelenen popülasyonun yaklaşık %75'inde bu rolün, bakım verenlerin yaşamlarında genel bir bozulmaya yol açan, onların temel ihtiyaçlarını karşılamalarında güçlüklerle maruz bırakan ve bütünlüklerini zedeleyen bir deneyim olduğu sonucuna varmışlardır (61).

2.3. Depresyon

Depresyon veya Majör Depresif Bozukluk, ruh halini, bilişi, motivasyonu ve davranışı bozan olumsuz düşünce ve duyguların sürekliliği ile karakterize

edilir. Depresyon, dünya çapında 300 milyondan fazla insanı etkileyen, engelliliğin önde gelen nedenidir.

2.3.1. Depresyon Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

Depresyon, çocukluktan yaşlılığa kadar tüm yaşam boyunca ortaya çıkar, kadınlarda erkeklerden iki kat daha yaygındır ve ergenlik döneminde daha yüksek insidansa sahiptir. Annelerde depresyonun fetüs ve küçük çocuklar üzerinde zararlı etkileri vardır (62). Depresyon kroniktir. Bir depresyon epizodu yaşayanların yarısı, zaman içinde epizodların sıklığı ve şiddeti artan tekrarlayan epizodlara sahiptir. Depresyon önde gelen bir intihar nedenidir ve obezite, diyabet, inme, parkinson hastalığı ve multipl skleroz gibi bazı yaygın tıbbi durumların yanı sıra alzheimer hastalığı ve ani kardiyak ölüm için daha büyük bir riskle ilişkilidir (63). Depresyon, genetik yatkınlıkla ilişkili riskin %35 kadarı ile orta derecede kalıtsaldır aynı zamanda olumsuz yaşam deneyimlerinden de oldukça etkilenir. Ek olarak, çocukluk dönemindeki cinsel, fiziksel veya duygusal istismar gibi çevresel faktörler, majör depresif bozukluk geliştirme riskiyle güçlü bir şekilde ilişkilidir (64,65).

2.3.2. Depresyon Tipleri

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, beşinci baskısı (DSM-V) depresyon hastalıklarını şu şekilde sınıflandırır: Majör Depresif Bozukluk, Distimik Bozukluk, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu, Premenstrüel Disforik Bozukluk, Madde İlaç Kullanımına Bağlı Depresif Bozukluk, Başka Medikal Duruma Bağlı Depresif Bozukluk, Diğer Belirtilen Depresif Bozukluk, Tanımlanmamış Depresif Bozukluk.

2.3.2.1. Majör Depresif Bozukluk

Majör depresif bozukluk (MDB), belirgin ıstırap, morbidite, mortalite ve maliyetle ilişkili yaygın bir psikiyatrik bozukluktur. Bilişsel semptomlar yaygındır ve azaltılmış yürütme işlevi, dikkat, hafıza, öğrenme, psikomotor hız ve sözel işleme dahil olmak üzere bir dizi alanda işleyişi etkilemektedir. Bilişsel eksiklikler devam eden mesleki ve sosyal işlev bozukluğuna katkıda bulunabilir ve intihar düşüncesini teşvik edebilir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki erişkinlerde MDB'nin yaşam boyu

yaygınlığının %17 olduğu tahmin edilmektedir, kadınlarda erkeklerden daha yüksektir (%21'e karşı %13), 12 aylık yaygınlık yaklaşık %7'dir. Dünya Sağlık Örgütü, dünya çapında MDB'nin 2030 yılına kadar hastalık yükünün önde gelen nedeni olacağını öngörmektedir (66,67). 2012'de yapılan bir çalışmada Kanada'daki yaşam boyu yaygınlığın %9,9 olduğu ve 15 yaş ve üstü 1,5 milyondan fazla Kanadalının o yıl majör depresif dönem yaşadığı tahmin ediliyor. Kanada'nın en büyük eyaleti olan Ontario'da, sağlığa göre ayarlanmış yaşam yıllarıyla ölçülen toplam MDB yükünün, meme, kolorektal, akciğer ve prostat kanserlerinin toplamından daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (68).

2.3.2.2. Distimik Bozukluk

Distimi, psikososyal yükü yüksek kronik bir hastalıktır. Başlangıç yaşı sıklıkla genç erişkinlik dönemidir. Klinik olarak çok hafif fakat sürekli kronik depresif ve melankolik belirtilerle karakterizedir. Distimi, 2 yıl veya daha fazla süren ve iştah değişiklikleri, umutsuzluk, düşük enerji, uyku bozuklukları, zayıf konsantrasyon ve zayıf benlik saygısı semptomlarından en az 2'sinin görüldüğü kalıcı bir depresif bozukluk şeklidir (68,69).

2.3.2.3. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu

DSM-V nispeten yeni bir tanı olan Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu (DMDD), 6-17 yaş arası gençlerde şiddetli epizodik olmayan sinirlilik ve tekrarlayan öfke patlamalarıyla karakterizedir. (70). Patlamalar ve sinirli duygudurum yoğun olduğunda, sık olduğunda, önemli süreler boyunca devam ettiğinde, çeşitli bağlamlarda ortaya çıktığında ve normal gelişim gösteren çocuklarda görülmeyen davranışlarla ilişkili olduğunda, genellikle klinik müdahale gerektirirler (71). Öfke patlamaları bir dakikadan fazla, ancak beş dakikadan az sürer. Bu tanı, düzensiz ruh hali olan çocukların kavramsallaştırılması için son yıllarda gelişmiştir (72).

2.3.2.4. Premenstrüel Disforik Bozukluk

Premenstrüel disforik bozukluk, adet başlangıcından önceki yedi gün içinde ortaya çıkan ve sonrasında minimal hale gelen veya hiç olmayan, klinik olarak

belirgin sıkıntıya veya etkileşime neden olan fiziksel, bilişsel ve duygusal semptomların bir toplamıdır. Kadınların çoğunda yalnızca hafif bir rahatsızlık vardır ve semptomlar kişisel, sosyal veya mesleki yaşamlarını etkilemez; bununla birlikte, kadınların %5 ila %8'inde ciddi sıkıntıya ve işlevsel bozulmaya neden olabilecek orta ila şiddetli semptomlar vardır (73,74). Bu semptomlar;

1. Depresif ruh hali,
2. Anksiyete, gerginlik,
3. Duygusal değişkenlik,
4. Öfke, sinirlilik,
5. Olağan faaliyetlere karşı ilgide azalma,
6. Konsantrasyon güçlüğü,
7. Enerji eksikliği, yorgunluk,
8. İştahta değişiklik, aşırma,
9. Uykuda değişiklikler (hipersomni, uykusuzluk),
10. Bunalmış, “kontrolden çıkmış” hissetmek,
11. Göğüslerde hassasiyet, eklem ağrıları, baş ağrıları, şişkinlik, kilo alma

gibi fiziksel rahatsızlıklardır ve tanı için 11 semptomdan en az beşinin varlığı gerekmektedir (75).

2.3.2.5. Madde İlaç Kullanımına Bağlı Depresif Bozukluk

Madde veya ilaç kötüye kullanımı veya ilaç ve toksine maruz kalma sonucunda psiko-sosyal ve mesleki işleyişini etkileyen önemli duygudurum bozukluklarına sebep olur. ABD’de yapılan bir çalışmada majör depresif bozukluğu olan hastaların yaklaşık üçte birinde aynı zamanda bir madde kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır. Ek olarak madde kullanım bozukluğunun daha yüksek intihar riski, daha fazla sosyal ve kişisel bozulma ve özellikle anksiyete bozuklukları olmak üzere artmış sayıda komorbid psikiyatrik duruma neden olduğu saptanmıştır (76).

2001 ve 2002’de 43.093 kişiyle anket yapan Ulusal Alkolizm ve İlgili Durumlar Epidemiyolojik Araştırması ve 2001 ve 2003’te 9.282 kişiyle anket yapan Ulusal Komorbidite Anketi Tekrarı sonucunda, majör depresyonda madde kullanım bozukluğu eş tanısı yüksektir; herhangi bir alkol kullanım bozukluğu için yaşam boyu oranlar %40.3 ve herhangi bir uyuşturucu kullanım bozukluğu için %17.2’dir. Majör depresyon ve alkol bağımlılığı için yaşam boyu oran %21 olarak bulunmuştur (77).

2.3.2.6. Başka Medikal Duruma Bağlı Depresif Bozukluk

Tıbbi bir durumun neden olduğu, çok sayıda diğer psikolojik, bilişsel ve fiziksel semptomların eşlik ettiği, sürekli olarak düşük ruh hali veya zevkli aktivitelere karşı ilgi kaybı ile sistemik ve kronik hastalıklarda klinik bozuklukların seyrettiği bir duygudurum bozukluğudur (78).

2.4. Anksiyete

Anksiyete kelimesi, Latince *angor* ve buna karşılık gelen *ango* (daralmak) fiilinden türemiştir. Aynı kökenli bir kelime *angustus*’tur (dar). *Kaygı* (Fransızca: *anxiété*; Almanca: *Angst*) gelecekteki tehdit beklentisi olarak tanımlanır; gerçek veya algılanan yakın tehdide duygusal tepki olan *korkudan* (*peur*; *Furcht*) ayırt edilmiştir. Kaygı, tetikleyici bir uyarının yokluğunda, belirsiz ancak olası olumsuz bir olayla bireyin başa çıkmaya hazırlandığı, geleceğe yönelik duygusal bir durumdur. 20. Yüzyıldan beri kaygı, psikiyatrik sınıflandırmalarda bir duygu bozukluğunu ifade etmiştir. Geçici kaygı deneyimi, insan deneyiminin temel bir bileşeni olmasına rağmen, bu süreç bağlamdan daha bağımsız, uzun süreli, aşırı ve düzenlenmesi daha zor hale geldiğinde, patolojik bir durum haline gelebilir (79,80). Çarpıntı, titreme, hazımsızlık, uyuşma/karınalanma, sinirlilik, nefes darlığı, terleme ve korku gibi çeşitli yaygın tıbbi şikayetler bir anksiyete bozukluğunun belirtileri arasındadır (81). Anksiyete bozukluğu olan hastalar yüksek oranlarda ek hastalıklara sahiptir ve genellikle sağlık hizmetlerinden yararlanma maliyetlerinin artmasına ve iş kaybının artmasına neden olan rahatsız uyku, baş ağrısı, depresif ruh hali, mide-bağırsak veya kardiyovasküler problemlerden mustarıptir (82).

2.4.1. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

Anksiyete bozuklukları, psikiyatride ve tıpta görülen başlıca bozukluk gruplarından birini temsil etmektedir ve şu anda genel popülasyondaki en yaygın bozukluk türlerinden biridir (83,84). Küresel olarak, anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansı %2,4 ile %29,8 arasında değişir (82). Yapılan birçok çalışmada anksiyete bozukluğunun kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. (85,86). Anksiyete, yıkıcı belirsizlik, korku ve korkulu duygularla karakterizedir ve anksiyete bozuklukları, biyolojik, psikolojik, mizaç ve çevresel faktörler arasındaki karmaşık etkileşim sonucu ortaya çıkmaktadır. Anksiyete bozuklukları tipik olarak çocukluk çağında başlar, ölüm veya ayrılma yoluyla erken ebeveyn kaybı, stresli yaşam olayları, duygusal bozuklukları tetiklemede rol oynayabilir (80). Genetik araştırmalar, bir grup olarak kaygı bozukluklarının, kaygı bozukluğu geçmişi olan ebeveynlerin çocuklarında daha çok yaygın olduğunu ortaya çıkarmıştır. Amigdala, korku ve kaygı hafızası ile ilgilidir ve limbik sistemin merkezi işlem birimidir (87). Dolan tarafından yapılan bir çalışmada, sol amigdala tüm anksiyete bozukluklarında sağ amigdaladan daha küçük bulunmuştur (88).

2.4.2. Anksiyete Bozukluklarının DSM-V'e Göre Sınıflandırılması

Anksiyete bozuklukları, günlük aktiviteleri engelleyen uzun süre boyunca ısrarla devam eden abartılı semptomlara sahip olmasıyla normatif korku veya anksiyeteden farklıdır. DSM-V kaygı bozukluklarını; Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık (Mutizm), Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi), Panik Bozukluğu, Agorafobi, Özgül Fobiler ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Maddenin Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu ve Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Anksiyete Bozukluğu olarak sınıflandırır (82).

2.4.2.1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

Ayrılma kaygısı bozukluğu, bireyin en önemli kişi veya kişilerden ayrılmayla ilişkili, sürekli ve aşırı kaygı ile karakterize edilir (86). Başlangıçta çocukluk çağında teşhis edilir ancak son araştırmalar yetişkinlikte de giderek yaygınlaştığını göstermiştir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yürütülen Dünya Ruh Sağlığı Araştırması'nın bir değerlendirmesi, 18 farklı ülkedeki 38.993 yetişkin

arasında, vakaların %43.1'inde ayrılık kaygısı bozukluğunun başlangıç yaşının 18 yaşın üzerinde olduğunu ortaya koymuştur (89). Çocukluk çağındaki ayrılma kaygısı bozukluğunda, ebeveynler ana bağlanma figürleridir ve yaygın ayrılma davranışları arasında ağlama, öfke nöbetleri ve okul reddi yer alır. Tersine, ayrılma kaygısı olan yetişkinler, bağlanma figürlerinin (genellikle bir eş veya çocuğun) zarar göreceğinden güçlü korkulara sahiptir ve bu nedenle, sıkıntılı pratikliklere rağmen, onlarla yakın temasta kalmak için yoğun çaba sarf eder (90).

2.4.2.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Seçici konuşmazlık diğer durumlarda (örneğin evde) konuşulmasına rağmen konuşma beklentisinin olduğu (örneğin, okul) belirli sosyal durumlarda sürekli konuşmama ile karakterize edilir. Seçici konuşmazlık nispeten nadirdir, çocuklukta yaklaşık %1'lik bir prevalansla, kızlarda ve iki-üç dil bilenlerde biraz daha sıktır ve başlangıç yaşı tipik olarak 5 yaşından öncedir (91,92).

2.4.2.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) sosyal anksiyete bozukluğunu, diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirilme ve reddedilme korkusu ile sürekli bir utanma veya aşağılanma korkusu yaşayarak sosyal durumlardan kaçınma isteği olarak tanımlamıştır (74). Sosyal Anksiyete Bozukluğu oldukça yaygındır ve bu oran %12,1'dir (93). Sosyal Anksiyete Bozukluğu deneyimi olan kişilerde yaşam doyumu azalmıştır ve iş, okul ve genel sosyal işlevsellik dahil olmak üzere topluma açık birçok alanda işlev bozukluğu görülmektedir (94).

2.4.2.4. Panik Bozukluğu

APA, Panik bozukluğu, hızlı başlayan, 10 dakika içinde doruğa ulaşan ve kalp çarpıntısı, göğüs ağrısı, terleme, titreme, baş dönmesi, kızarma, mide çalkalanması, baygınlık ve nefes darlığı gibi bedensel rahatsızlıkları içerir (74). Yaşam boyu prevalansı %1 ila %4 arasında olan genel popülasyonda yaygındır. Agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluğu, uyuşturucu bağımlılığı, majör depresyon, bipolar I bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek oranda komorbiddir (95).

2.4.2.5. Agorafobi

Agorafobi, kaçmanın zor ya da utanç verici olabileceği ya da panik atak geçirme durumunda yardımın bulunamayacağı yer ya da durumlarda bulunma kaygısıdır. Agorafobi, panik bozukluğu ile ortaya çıkabilir. Panik bozukluğu olan kişilerin yaklaşık %25'inde agorafobi de vardır. Agorafobinin varlığı, artan şiddet ve daha kötü sonuçlarla ilişkilidir (96). Panik bozukluğu olan kişilerde agorafobi gelişimini öngören birkaç risk faktörü vardır: kadın cinsiyet, panik ataklar sırasında daha şiddetli baş dönmesi, bilişsel faktörler, bağımlı kişilik özellikleri ve sosyal kaygı bozukluğu gibi durumlardır (95).

2.4.2.6. Özgül Fobiler

Korkular, yakın tehditlere karşı uyarlanabilir tepkiler olsa da fobiler, orantılı bir tehlikenin yokluğunda, nesnelere veya durumlara yönelik korkunun aşırı tezahürleridir (97). Fobiler hem korkuyu hem de kaçınmayı içerir. Belirli fobileri olan kişiler için kaçınma, sıkıntı ve bozulmanın sürekliliğini ve şiddetini azaltabilir. Bununla birlikte bu fobiler, erken başlangıçları ve zaman içinde güçlü kalıcılıkları nedeniyle önemlidir ve en yaygın korkuların yükseklik ve hayvanlarla ilgili korku ve fobiler olduğu bilinmektedir (98). Wardenaar ve arkadaşları 2017 yılında yaptıkları çalışmalarında, 22 ülkeden topladıkları epidemiyolojik verilerde özgül fobinin ülkeler arası ortalama yaşam boyu yaygınlığının %7,4 olduğunu saptamışlardır. Hem yaşam boyu hem de 12 aylık prevalans kadınlarda (sırasıyla %9,8 ve %7,7) erkeklerden (sırasıyla %4,9 ve %3,3) daha yüksek bulunmuştur (99).

2.4.2.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu temel olarak aşırı kaygı ve endişeye sahip olmak, endişeyi kontrol etmekte güçlük ve kaygı ve endişenin üç veya daha fazla fiziksel ve bilişsel semptomla birlikteliği, huzursuzluk, gergin veya gergin hissetme, kolayca yorulma, konsantre olmada zorluk veya zihnin boşluğa düşmesi, sinirlilik, kas gerginliği ve uyku bozukluğu gibi durumlarla karakterizedir (74). Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan hastalarda intihar, kardiyovasküler olaylar ve ölüm riski yüksektir (100).

Kronik bir hastalık olan Yaygın Anksiyete Bozukluğu genellikle ergenlik döneminde veya erken yetişkinlik döneminde başlar ve yaşam boyu devam eder (101). ABD Ulusal Komorbidite Araştırması, kadınların Yaygın Anksiyete Bozukluğuna sahip olma olasılığının erkeklere göre iki kat daha fazla olduğunu, toplam yaşam boyu yaygınlık oranlarının sırasıyla %6,6 ve %3,6 olduğunu göstermiştir (102).

2.4.2.8. Madde veya Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Madde kullanımı genellikle depresyon, kaygı ve ağrı ile ortaya çıkar ve yaygın ve zarar verici bir bozukluk sınıfıdır (103). İlaç, alkol, amfetamin, kokain, kafein, esrar gibi maddelerin kullanımı, doğrudan maruz kalımı ya da toksikasyonu sonucu akut ve kronik anksiyeteye sebep olabilir. Bireysel düzeyde, eşlik eden psikiyatrik durumlar, bulaşıcı hastalıklar ve ölüm dahil olmak üzere çok çeşitli olumsuz sonuçlar doğurmakla birlikte toplumsal düzeyde, yoksulluk, evsizlik ve hapsedilme gibi çok sayıda sorunlu sonuçla ilişkilidir (104).

2.5. Stres

Stres, biyolojide merkezi bir kavramdır ve şu anda psikolojik, fizyolojik, sosyal ve hatta çevresel alanlarda yaygın olarak kullanılmaktadır. (105). Biyolojik bir tepki uyandıran herhangi bir içsel veya dışsal uyaran, stres olarak bilinmektedir. Bu streslere verilen tepkiler, stres tepkileri olarak adlandırılmıştır. Uygulanan uyarının türü, zamanlaması ve şiddetine bağlı olarak stres, vücut üzerinde homeostazdaki değişikliklere sebep olur ve biyolojik sistemi etkiler. Yaşamı tehdit eden durumlar ve ölüme kadar çeşitli etkilerle sonuçlanır. Bu tür stresli durumlarla başa çıkma yeteneği, sağlık ve hastalığın çok önemli bir belirleyicisidir (106,107).

2.5.1. Bakıcı Stresinin Nedenleri ve Belirtileri

Stresli bakıcılar, hastalığa yatkınlığı artıran depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklara karşı da savunmasızdır (108). Llanque ve arkadaşlarının bakıcı stresi üzerinde yaptıkları kapsamlı araştırmalarında bakım alan kişinin biliş düzeyindeki azalma, bakım alan kişinin problemleri davranışları, bakım verene destek verilmemesi

ve bakım alan kişinin günlük ihtiyaçları nedeniyle zaman içinde stres yaşayabileceğini belirtilmiştir. Bakıcılarda, bakım verenin fiziksel ve duygusal sağlığına zarar verebilecek yorgunluk ve bağışıklık sistemlerinde azalma görülebileceği ve ek olarak, bakıcılar kaygı, depresyon, sanrılı düşünme ve sinirlilik gibi zihinsel sağlık sorunları yaşayabileceği vurgulanmıştır (109).

Bakıcı stresinden önce meydana gelen olaylar aşağıdakileri içerir;

Bakıcı Stresinin nclleri

- Kronik hastalığı olan bakım alıcısı
- Gayri resmi ve resmi destek eksikliği
- Bakıcının sosyal yaşamının daralması
- Bakım alan kişi tarafından ifade edilen problemliler davranışlar
- Bakım alan kişinin bilişsel durumu
- Bakım alıcının fonksiyonel durumu

Bakıcı stresinin ortaya çıkması sonucunda oluşan olaylar aşağıdakileri içerir;

Bakıcı Stresinin Sonuçları

- Depresyon
- Endişe
- Sinirlilik
- Bilişsel Rahatsızlık
- Kötü sağlık durumu
- Verimli rol
- Bakım vermenin suçluluk ve utancından kaynaklanan rol tuzağı

Singapur da bakıcılar üzerinde yapılan bir araştırma, bakım verme stres faktörlerine sürekli maruz kalmanın depresyona ve kaygıya yol açabileceğini göstermiştir. Yüksek düzeyde stres ve baskı altındaki bakıcıların, metabolik bozukluklar ve hipertansiyon gibi fiziksel sağlık komplikasyonlarının yanı sıra yaşam kalitelerinde azalma ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında artış gözlenmiştir. Çarpıcı bir şekilde ölüm oranları da daha yüksek bulunmuştur (110).

ABD’de kapsamlı bir kanser merkezinde yapılan araştırmada ‘Ayaktan Tedavi Destek Merkezinde’ tedavi gören hastaların bakım verenleri ile ‘Akut Palyatif Bakım Ünitesinde’ bakım alan hastaların bakıcıları arasındaki stres yükünün (duygusal etki) şiddeti karşılaştırılmıştır. Akut Palyatif Bakım Ünitesinde bakım alan hastaların bakıcılarında stres yükünün daha fazla olduğu tespit edilmiştir (111).

Bir başka çalışmada, kanserden kurtulan hastaların aile bakıcıları, akrabalarının kanser teşhisinden 2 yıl sonra (T1) (N=1517) ÷lke çapında bir ankete katılmış ve teşhisten 5 yıl (T2) ve 8 yıl sonra (T3) takip edilmiştir. Bakım verme stresi sonucu, T1’deki bakıcılarda kalp hastalıkları gelişme olasılığı daha yüksek bulunmuştur ve bakım veren eşlerin ilk bakım deneyiminden birkaç yıl sonra (T2 ve T3’te) artrit ve kronik sırt ağrısı geliştirme olasılığı diğer bakıcılara göre daha yüksek bulunmuştur (112).

2.5.2. Stresin Aşamaları

Stres, vücudun herhangi bir şeye spesifik olmayan tepkisidir. Bu tanımı tıbbi sözlüğe ilk kez Hans Selye dahil etmiştir (113). Hans Selye’nin (1907-1982) 1936’da farklı çevresel stresör türlerinin fizyolojik işlevleri nasıl etkilediğini ve hastalık gelişimini nasıl desteklediğini "Genel Adaptasyon Sendromu" olarak adlandırdığı bir kavram ile açıklamıştır (114). Genel Adaptasyon Sendromu, farklı ilaçların (örn. morfin, atropin) ölümcül olmayan dozlarına ve uyarılarına karşı (örn. sıcaklık, egzersiz) stres tepkisini ölçtüğü bir dizi kemirgen çalışmasına dayanan bir kavramdır (115). Verilen tepkilerin ilk aşaması ‘**Alarm**’dır. Bunu, zarar verici maddeye maruz kalma devam ederse, sonunda ‘**Tükenmeye**’ yol açacak bir ‘**Direnç**’ aşaması izlemiştir. Selye’nin bağışıklığa benzer bir savunma biçimi olarak gördüğü genel adaptasyon sendromu, "organizmanın kendisini yeni koşullara uyarlamak için gösterdiği genel bir çabayı" temsil etmektedir.

2.6. Ölüm Kavramı

Ölüm, tıpkı doğum gibi, insanın büyüme ve gelişmesinde bir aşamadır ve kaçınılmaz bir sonudur. Ölüm biyolojik ve psikolojik bir gerçektir, ancak ölümü düşünmek korkunçtur ve çoğu kültürde insanlar bu tür düşüncelerden kaçınmayı tercih eder. Herkes mutlaka yaşayacağı benzersiz bir olay olduğu için ölüm

konusunda biraz endişelidir ancak ölüme yönelik tutumların yalnızca kötü düşünce ve duygularla bağlantılı olması gerekmez. Farklı kişiler farklı derecelerde ölüm kaygısı hissedebilir (116). Hayatın sonu konusu, çeşitli bilimsel disiplinlerdeki birçok bilim insanı için bir araştırma problemidir.

2.6.1. Ölüme Karşı Tutum

Ölüme ilgili tutum, bireylerin ölüm ortamıyla karşı karşıya kaldıklarında istikrarlı ve değerlendirici bir psikolojik eğilimdir (117). Ölüme karşı tutum, diğer tüm tutumlar gibi, bireye ölüm hakkında nasıl düşünmesi ne hissetmesi ve ölüm karşısında ne yapması gerektiğini öğretecek şekilde bilişsel, duygusal ve davranışsaldır (118).

Ölüme karşı tutumlar çeşitlidir ve kişi ölüme karşı tutumunu, nesnenin hangi öğelerini algıladığına ve onları nasıl deneyimlediğine bağlı olarak şekillendirir. Ölüm söz konusu olduğunda, ölüme yönelik tutumun farklılaşmasının, ölüm olgusunun karmaşıklığı ve insan kişiliğinin biricikliği tarafından şartlandırıldığı sonucuna varılabilir (119). Ölüm hakkında düşünmek, insan faaliyetinin bilişsel bir unsurudur ve gerçeklikle karşılaşmanın bilincinde olmanızı sağlar. Ölüm kaygısı, bilişsel, duygusal ve deneyimsel niteliklere sahip çok boyutlu bir yapıdır (120). Ölüme karşı tutum, benimsenen yaşam felsefesinin, dinin veya kültürel açıdan davranış tarzının bir sonucu olabilmektedir (121). Ölüme yönelik tutumun karakteristik bir özelliği, ölüm korkusu ve ölüme ilgili korku veya kaygıdır.

Ölümün bir tabu konusu olarak ele alınması bilim adamları ve araştırmacılar arasında da belirgindir; oldukça uzun bir süredir, araştırmacılar ölüme çok az odaklanmışlardır. Wong ve arkadaşları 1994 yılında varoluşsal kavram temelinde, ölüme karşı karmaşık tutumları ölçmek için Gözden Geçirilmiş Ölüm Tutum Profili (DAP-R) ölçeğini geliştirdi. Ölüme yönelik bu kadar geniş bir tutum yelpazesini ölçen ilk (ve şu anda tek) ankettir (122). Wong ve arkadaşlarının ifadesiyle ölüm tutumunun beş alt boyutu vardır:

1. Ölüm korkusu: Kişi ölüme karşılaştığında uyarılan korku duyguları.
2. Ölümden kaçınma: Kaygıyı azaltmak için ölüme ilgili düşünce ve konuşmalardan kaçınma deneyimi. Dolayısıyla ölümden kaçış, ölümü

bilinçten alıp bilinçdışına götürmek için kullanılan bir savunma mekanizmasıdır.

3. Tarafsız kabul: Tarafsız kabulde, kişi ölümden ne korkar ne de onu hoş karşılar. Ölümün hayatın bir parçası olduğuna inanır. Birey bunu hayatın değişmez gerçeklerinden biri olarak kabul eder ve bu fani hayattan en iyi şekilde yararlanmaya çalışır.
4. Yaklaşım kabulü: Bu, ölümün başka bir hayata giden bir yol olduğu inancıyla ölümden sonraki yaşamda mutluluk inancıdır.
5. Kaçış ya da çaresiz kabullenme: Kaçış kabullenmede, ölümün hayatın fiziksel ve psikolojik ıstırap ve ıstıraplarında bir teselli olduğuna inanılır ve hayat acı ve sefaletle dolu olduğunda ölümün hoş bir alternatif olabileceğini söyler (123).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel bir araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. Kullanılan Gereçler

Kullanılan veri toplama araçları; 'Hasta Yakını İçin Tanıtıcı Bilgi Formu', 'Ölüme Karşı Tutum Ölçeği' ve 'Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeğidir.

3.2.1. Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu

Bakım vericilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aile tipi gibi sosyodemografik özelliklerini, hasta bakımında destekçi sayısı, hastaya bakım verme süresi, ruhsal hastalık varlığı gibi bilgilere yönelik soruları içermektedir.

3.2.2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ-42)

Duygusal problem olarak karşımıza çıkan stres, anksiyete ve depresyon gibi birbirinden farklı kavramların ayırımına yönelik çalışmalar ve çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Araştırmada, orijinali İngiliz dilinde olan Lovibond ve Lovibond (1995a) tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlaması Bilgel ve Bayram (2010) tarafından yapılan Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42) kullanılmıştır.

Ölçeğin, 14 maddesi depresyon, 14 maddesi anksiyete ve 14 maddesi stres olmak üzere toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Depresyon maddeleri (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42) hoşnutsuzluk, çaresizlik, değersizlik, ilgi kaybı ve düşük enerji düzeyini ölçmektedir. Anksiyete maddeleri (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41) bireyin otonomik uyarılmışlık, durumsal anksiyete, öznel anksiyete ve kas tepkisi düzeyini değerlendirmektedir. Stres maddeleri (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39) ise rahatlama güçlüğü, sinir uyarımı, kolay üzülme ve sıkılma, rahatsızlık, aşırı tepki verme ve tahammülsüzlük belirtilerinin düzeyini ölçmektedir. Ölçek, dört basamaklı Likert tipi bir ölçektir ve maddeler 0 ile 3 arasında (0=bana hiç uygun değil, 1=bana biraz uygun, 2=bana genellikle uygun,

3=bana tamamen uygun) değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puanları her alt boyut için 0 ile 42 arasında değişmektedir. Ölçekte depresyon, anksiyete ve stres normal, hafif, orta, ileri ve çok ileri olmak üzere 5 kategoriyle ifade edilmiştir (EK 2).

PUANTAJ TABLOSU

	Depresyon	Anksiyete	Stres
NORMAL	0-9	0-7	0-14
HAFİF	10-13	8-9	15-18
ORTA	14-20	10-14	19-25
İLERİ	21-27	15-19	26-33
ÇOK İLERİ	28+	20+	34+

3.2.3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

Abalı Işık'a göre insanlığın varoluşundan bu yana deneyimlediği ölüm olgusu hakkında özellikle psikoloji alanında birçok çalışma yapılmıştır. Ölüm korkulan, kaygı duyulan ve tutum geliştirilen bir olgudur. Ölüm ve ölüm süreci bilimsel olarak bir araştırma alanı olmuş ve ilgili ölçekler geliştirilmiştir. Wong ve arkadaşları tarafından geliştirilen orijinal ölçek 32 maddeden ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölüm Korkusu (7 madde), Kaçış Kabullenme (5 madde), Tarafsız Kabullenme (5madde), Yaklaşım Kabullenme (10madde), Ölümden Kaçınma (5madde). Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin Işık tarafından yapılmış ve madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0.40 güvenilirlik düzeyinin altında bulunan altı madde (12.,17.,19.,24.,26.,30.) ölçekten çıkarılmıştır. Faktör analizi sonucuna göre ise ölçeğin orijinalinden farklı olarak üç faktörlü bir yapı gösterdiği saptanmıştır. Bu nedenle ölçek, 26 madde ve 3 alt boyuta indirgenmiştir. Bu alt boyutlar;

Ölümden Kaçınma ve Ölüm Korkusu Alt Boyutu: Kişinin ölümü yaklaştıkça hissettiği korku ve ölümün uyandırdığı kaygı duygusunu azaltmak üzere ölüm hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçtığı bir savunma mekanizmasıdır.

Kaçış Kabullenme Alt Boyutu: Ölümün yaşamın fiziksel veya psikolojik açısından kurtaracağına inanmadır.

Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu: Ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğuna ve ölümden sonraki hayata inanır.

Ölçek, kesinlikle katılmıyorum, tamamen katılıyorum arası 7 puanlı Likert skalası ile ölüme karşı tutumları ölçmektedir. Her bir alt ölçek 7'li Likert tipi ölçeklemeye sahiptir. Kesinlikle katılmıyorum 1 puan, kesinlikle katılıyorum 7 puan arasında yer almaktadır. Ölçekten en fazla 182 en az 26 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe ölüme karşı tutumun negatif yönde geliştiği, alınan puan düşüldükçe ölüme karşı tutumun pozitif yönde geliştiği yönünde değerlendirilmektedir (124) (EK 3).

3.3. Veri Toplamada Kullanılan Yöntemler

Çalışma, yüz yüze görüşme yöntemi ve anket formları doldurularak yapılmıştır. Arıkan, anket yoluyla yapılan çalışmaların, her kesime uygulanabilmesi ve kısa zamanda doğrudan bireyin kendisinden en güncel verilere ulaşılabilmesi aynı zamanda maliyetinin düşük olması gibi avantajlarının olduğunu belirtmiştir (125).

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Isparta Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde yatan hastaların yakınlarında, Aralık 2021- Nisan 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4.1. Isparta Şehir Hastanesi Palyatif Servisinin Özellikleri

Hayatı boyunca ciddi hastalıklarla yaşamak durumunda olan bireylere hastalıklarıyla baş etmelerini kolaylaştırmak amacıyla sunulan tıbbi bakım türü olan palyatif bakımda amaç, bireyin hayatını tehdit eden hastalığın semptomlarını ve hasta ile ona bakım veren yakının yaşadığı stresi azaltmaktır. Bu amaç doğrultusunda Isparta Şehir Hastanesinde yatan hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimleri multidisipliner bir yaklaşımla uygun fiziki koşullarda karşılanmakta, ağrı ve ızdırabı azaltılarak hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırılmakta, hasta ve ailesinin yaşam sonu tercihinin saygı duyulup, yaşamın son anı, kayıp ve yas sürecinde hasta ailesine destek olunmaktadır.

Yirmi yatak kapasiteli Isparta Şehir Hastanesi Palyatif Servisinde ileri derece organ yetersizliği olan hastalar, tedaviye yanıt vermeyen kanser hastaları, beslenmesi fiziksel ve nörolojik/psikolojik nedenlerle bozulmuş beslenme desteğine ihtiyaç duyan hastalar, kalp yetmezliği bulunan hastalar, akciğer hastaları, demans, alzheimer ve parkinson gibi nörolojik hastalar ve basınç ülseri bulunan hastalar yatmaktadır. Her hastanın başında ona bakım veren yakını bulunmaktadır. Uzun yatış süresi gerektiren bu hastalıklar sonucunda hasta ve ona bakım veren ailesinin yaşam kalitelerini artırmak, maddi ve manevi ihtiyaçları karşılamak ile her türlü stresin ve kaygının giderilmesi için adeta evlerindeki konfor ortamına en yakın koşullar oluşturulmaktadır.

Isparta Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisi hekimleri, hastanın her türlü bakımını ve tedavisini canla başla üstlenen hemşireler ve yaşlı bakım teknikerleri, fizyoterapist desteği, nütisyon ekibi desteği, manevi destek uzmanı ve destek personelleri ile hasta ve ailesinin manevi ve fiziksel konfor ortamını sağlamaktadır.

20 yatak bulunan serviste hasta odaları tek ve 2 kişilik odalardan oluşmaktadır. Her odada tuvalet ve banyo mevcut olup hastayı sedye ile banyo yaptırmak için ayrıca oda bulunmaktadır. Serviste yatan yemek yiyebilen hastalara ve yakınlarına özel kaplarda yemekleri gelmektedir. Serviste hasta yakınları için içinde küçük ev aletlerinin, beyaz eşya ve çeşitli gereçlerin bulunduğu mutfak mevcuttur. Mutfakta hasta yakınları diledikleri zaman diledikleri gibi yemek yapabilmektedirler.

Hasta yakınlarının hastasının bakımı dışında kalan vakitlerinde sosyalleştikleri, çeşitli etkinlikler yaptıkları, zaman zaman eğlendikleri ve ziyaretlerine gelen misafirlerini ağırladıkları bir salon olan 'gün'odası mevcuttur. Hasta yakınlarının faydalanabileceği, vakit geçirebileceği içinde birçok kitabın bulunduğu kütüphane bulunmaktadır. Servis çalışanlarının hasta yakınlarına hastalarının bakımı hakkında eğitim verdiği toplantı salonu mevcuttur. Ayrıca ibadetlerini uygun biçimde yerine getirebilecekleri gereçlerin olduğu ibadethane bulunmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni Aralık 2021 - Nisan 2022 tarihleri arasında Isparta Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde yatan hastalarına bakım veren 136 bireyden oluşturmuştur.

3.6. Araştırmada Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini, Aralık 2021 - Nisan 2022 tarihleri arasında, Isparta Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde yatan hastaların yanında refakatçi olarak kalan, hastanın bakımına katılan, iletişim problemi olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 117 hasta yakını oluşturmuştur.

3.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişken

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Bakım verenlerin depresyon, anksiyete ve stres durumları ile ölüme karşı tutumları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Bakım verenlerin yaşı, cinsiyeti, hastaya yakınlık derecesi, eğitim düzeyi, meslek durumu, gelir durumu, medeni durumu, sosyal güvence durumu, çocuk varlığı durumu, kronik hastalık varlığı durumu, hastanın günlük bakım süresi durumu ve hastanın bakımına yönelik ek maliyet ihtiyacı durumu gibi özellikler bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Araştırmada veriler, hasta yakınlarından aydınlatılmış onam alındıktan ve bilgi verildikten sonra yüz yüze görüşme tekniği toplanmıştır. Her bir verinin toplanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Elde edilen verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Sayısal verilerin analizinde normal dağılım dikkate alınmış, verilerin normallik incelemesi Kolmogrov Smirnov testi ile yapılmıştır.

Veriler analiz edilirken tanımlayıcı istatistik olarak ortanca, frekans, standart sapma kullanılmıştır. Parametrik verilerde tek gruplarda t testi ve One-Way ANOVA

kullanılmıştır. Nonparametrik verilerde ise; Man-Whitney U testi ve Kruskal Wallis kullanılmıştır. Ayrıca iki ölçek arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

3.10. Süre ve Olanaklar

Araştırmanın yürütülmesi ile ilgili zaman takvimi Tablo 3.1’de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Araştırmanın uygulama takvimi

SÜRE	Ekim 2021 - Aralık 2021	Aralık 2021 - Nisan 2022	Nisan 2022 - Ekim 2022	Ocak 2023 - Mayıs 2023	Mayıs 2023 - Haziran 2023
Araştırmanın Uygulaması için Hazırlık Aşaması	X				
Araştırmanın Verilerinin Toplanması		X			
Araştırma Verilerinin Analizi ve Yorumlama			X		
Araştırmanın Yazımı				X	
Araştırmanın Basımı ve Teslimi					X

3.11. Etik Açıklamalar

Araştırma için Süleyman Demirel Üniversitesi Üniversite Etik Kurulu’ndan Etik Kurul Onayı (Onay No: E-87432956-050.99-168173) alınmıştır (EK-5). Araştırmanın yapılacağı Isparta İl Sağlık Müdürlüğü ve bünyesinde bulunan Isparta Şehir Hastanesi Başhekimliğinden uygulama izni alınmıştır (EK 6, EK 7). Katılımcılar çalışma konusunda bilgilendirilmiş ve sözlü onam alınarak araştırmaya/ankete katılımları sağlanmıştır. Görüşmeler katılımcıların kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortamda uygulanmıştır. Elde edilen veriler katılımcıların mahremiyetine ve kişisel bilgilerinin gizliliğine saygı duyularak yapılmış, değerlendirilmiş ve gizli tutulmuştur.

4. BULGULAR

Isparta Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde yatan hasta yakınlarının yaşadıkları depresyon, stres, anksiyete durumlarının ölüme karşı tutumlarına etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadaki verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular üç bölümde incelenmiştir. Bu bölümler;

4.1. Depresyon, Anksiyete, Stres puan ortalamalarının Hasta Yakını İçin Tanıtıcı Bilgilere göre Karşılaştırılmasının İncelenmesi,

4.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hasta Yakını İçin Tanıtıcı Bilgilere göre Karşılaştırılmasının İncelenmesi,

4.3. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği ile Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Arasındaki Etkinin İncelenmesi şeklindedir.

4.1. Depresyon, Anksiyete, Stres Puan Ortalamalarının Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgileri ile Karşılaştırılmasının İncelenmesi

Tablo 4.1. Katılımcılara ait tanımlayıcı istatistikler

	N	Yüzde (%)
Yaş ort.	47,03 ± 11,81	49 (17 - 70)
Cinsiyet		
Kadın	80	68,4
Erkek	37	31,6
Hastaya Yakınlık Derecesi		
1. Derece Yakınlık	86	73,5
Diğer	31	26,5
Medeni durum		
Evli	92	78,6
Bekar	25	21,4
Eğitim		
İlköğretim ve Altı	46	39,3
Ortaöğretim	15	12,8
Lise	27	23,1
Üniversite ve üzeri	29	24,8
Meslek		
Çalışıyor	44	37,6
Çalışmıyor	73	62,4
Sosyal güvence		
Var	85	72,6
Yok	32	27,4
Gelir durumu		
İyi	21	17,9
Orta	78	66,7
Kötü	18	15,4
Çocuk varlığı		
Evet	97	82,9
Hayır	20	17,1
Kronik hastalık varlığı		
Evet	34	29,1
Hayır	83	70,9
Hastanın günlük bakım süresi		
0-3 saat	27	23,0
3-6 saat	23	19,7
7-12 saat	18	15,4
13 ve üzeri	49	41,9
Hasta bakımına yönelik ek maliyet ihtiyacı		
Yok	9	7,7
Düşük	37	31,6
Orta	46	39,3
Yüksek	25	21,4

Katılımcıların yaş ortalaması 47,03 iken minimum yaş 17 ve maksimum yaş 70'tir. Katılımcıların %68,4'ünün kadın, %73,5'inin 1. derece yakını olduğu, %78,6'sının evli, %39,3'ünün ilköğretim ve altı eğitim durumu, %62,4'ünün çalışmadığı, %72,6'sının sosyal güvencesinin olduğu, %66,7'sinin gelir durumunun orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %82,9'unun çocuğunun olduğu ve %29,1'inin kronik hastalığının olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %41,9'unun hastaya günlük bakım süresinin 13 saat ve üzeri olduğu, 39,3'ünün hasta bakımına yönelik ek maliyet ihtiyacının orta olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ortalama	S. sapma	Minimum	Maksimum
Depresyon Ölçeği	11,15	8,61	0,00	40,00
Anksiyete Ölçeği	8,90	6,93	0,00	40,00
Stres Ölçeği	12,85	8,66	0,00	42,00
Ölüme Karşı Tutum Ölçeği	110,09	21,92	40,00	180,00
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu	58,97	12,50	11,00	77,00
Kaçış Kabullenme Alt Boyutu	18,58	6,25	5,00	35,00
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu	28,05	11,41	10,00	62,00

Katılımcıların Depresyon puan ortalaması 11,15 iken minimum puan 0 ve maksimum puan 40 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların Anksiyete puan ortalaması 8,9 iken minimum puan 0 ve maksimum puan 40 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların Stres puan ortalaması 12,85 iken minimum puan 0 ve maksimum puan 42 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu puan ortalaması 58,97 iken minimum puan 11 ve maksimum puan 77 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların Kaçış Kabullenme Alt Boyutu puan ortalaması 18,58 iken minimum puan 5 ve maksimum puan 35 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların Ölüm korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu puan ortalaması 28,05 iken minimum puan 10 ve maksimum puan 62 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların Ölüme Karşı Tutum puan ortalaması 110,09 iken minimum puan 40 ve maksimum puan 180 olarak elde edilmiştir.

Tablo 4.3. Hasta yakını için tanıtıcı bilgilerine göre depresyon, anksiyete ve stres puanlarının karşılaştırılması

	Depresyon $\bar{X} \pm Sd$	Anksiyete $\bar{X} \pm Sd$	Stres $\bar{X} \pm Sd$
Cinsiyet			
Kadın	10,94 ± 8,62	8,93 ± 6,63	12,60 ± 8,39
Erkek	11,59 ± 8,67	8,84 ± 7,65	13,38 ± 9,33
	U= 1384,500	t= 1431,000	t= 1415,500
	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Hastaya Yakınlık Derecesi			
1.Derece Yakınlık	11,39 ± 8,09	9,02 ± 6,34	13,52 ± 8,17
Diğer	10,45 ± 10,01	8,54 ± 8,46	10,96 ± 9,79
	U= -1,110	U= -0,978	U= -1,936
	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Medeni Durum			
Evli	11,35 ± 8,35	9,39 ± 7,08	12,83 ± 8,45
Bekar	10,36 ± 9,6	7,08 ± 6,12	12,88 ± 9,57
	U= -0,966	U= -1,615	U= -0,253
	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Eğitim			
İlköğretim ve altı	10,28 ± 7,96	8,63 ± 6,10	11,39 ± 7,48
Ortaöğretim	11,07 ± 11,35	9,47 ± 11,69	12,00 ± 11,63
Lise	13,59 ± 8,55	10,22 ± 7,19	15,56 ± 9,45
Üniversite ve üzeri	10,28 ± 8,04	7,79 ± 4,44	13,07 ± 7,71
	KW= 3,551	F= 2,258	F= 4,252
	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Meslek			
Çalışıyor	10,40 ± 7,83	7,97 ± 5,92	13,31 ± 9,35
Çalışmıyor	10,58 ± 9,06	9,45 ± 7,45	12,56 ± 8,27
	U= -0,499	U= -0,944	U= -0,338
	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Sosyal Güvence			
Var	10,64 ± 8,00	8,77 ± 6,71	12,58 ± 8,53
Yok	12,46 ± 10,04	9,21 ± 7,59	13,53 ± 9,09
	U= -0,542	U= -0,080	U= -0,462
	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Gelir durumu			
İyi	10,57 ± 6,71	8,90 ± 7,40	11,33 ± 7,58

Orta	11,50 ± 9,17	9,06 ± 6,62	13,37 ± 9,07
Kötü	10,28 ± 8,36	8,17 ± 8,03	12,33 ± 8,20
	KW = 0,242	F = 0,881	F = 0,685
	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Çocuk Varlığı			
Evet	10,80 ± 8,26	9,13 ± 7,01	12,46 ± 8,28
Hayır	12,80 ± 10,17	7,75 ± 6,54	14,70 ± 10,34
	U = -0,605	U = -0,881	U = -0,703
	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Kronik Hastalık			
Evet	13,05 ± 10,11	11,55 ± 8,45	14,11 ± 9,38
Hayır	10,36 ± 7,83	7,80 ± 5,92	12,32 ± 8,35
	U = -1,187	U = -2,427	U = -0,929
	p > 0,05	p = 0,015	p > 0,05
Hastanın Günlük Bakım Süresi			
0-3 saat	66,65 ± 7,56	59,69 ± 6,24	63,37 ± 7,71
3-6 saat	10,70 ± 8,15	7,61 ± 5,11	11,87 ± 7,12
7-12 saat	10,83 ± 6,71	10,50 ± 5,16	13,17 ± 6,67
13 ve üzeri	10,67 ± 9,83	9,00 ± 8,53	12,82 ± 10,37
	KW = 7,155	F = 8,156	F = 7,633
	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Hasta Bakımına Yönelik Ek maliyet ihtiyacı			
Yok	12,00 ± 8,29	10,00 ± 5,39	12,67 ± 7,09
Düşük	10,65 ± 7,85	7,62 ± 5,81	13,46 ± 8,94
Orta	9,89 ± 7,31	7,20 ± 4,94	10,67 ± 7,49
Yüksek	13,88 ± 11,45	13,52 ± 9,76	16,00 ± 10,05
	KW = 1,588	F = 10,205	F = 4,500
	p > 0,05	p = 0,017	p > 0,05

Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Bağımsız iki örnek t testi, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur, ortalama ± s. sapma, ortanca (minimum – maksimum)

Cinsiyete göre kadınların depresyon ölçeği puan ortalaması 10,94 ± 8,62 iken erkeklerin depresyon ölçeği puan ortalaması 11,59 ± 8,67 olarak elde edilmiş olup, cinsiyete göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur (p > 0,05). Cinsiyete göre kadınların anksiyete ölçeği puan ortalaması 8,93 ± 6,63 iken erkeklerin anksiyete ölçeği puan ortalaması 8,84 ± 7,65 olarak elde edilmiş olup, cinsiyete göre anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur (p > 0,05).

Cinsiyete göre kadınların stres ölçeği puan ortalaması $12,60 \pm 8,39$ iken erkeklerin stres ölçeği puan ortalaması $13,38 \pm 9,33$ olarak elde edilmiş olup, cinsiyete göre stres ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastaya yakınlık derecesine göre 1. Derece yakını olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $11,39 \pm 8,09$ ve yakınlığı diğer olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $10,45 \pm 10,01$ elde edilmiş olup, hastaya yakınlık derecesine göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Hastaya yakınlık derecesine göre 1. Derece yakını olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $9,02 \pm 6,34$ ve yakınlığı diğer olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $8,54 \pm 8,46$ elde edilmiş olup, hastaya yakınlık derecesine göre anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Hastaya yakınlık derecesine göre 1. Derece yakını olanların stres ölçeği puan ortalaması $13,52 \pm 8,17$ ve yakınlığı diğer olanların stres ölçeği puan ortalaması $10,96 \pm 9,79$ elde edilmiş olup, hastaya yakınlık derecesine göre stres ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Medeni duruma göre evli olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $11,35 \pm 8,35$ ve bekar olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $10,36 \pm 9,6$ elde edilmiş olup, medeni duruma göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Medeni duruma göre evli olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $9,39 \pm 7,08$ ve bekar olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $7,08 \pm 6,12$ elde edilmiş olup, medeni duruma göre anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Medeni duruma göre evli olanların stres ölçeği puan ortalaması $12,83 \pm 8,45$ ve bekar olanların stres ölçeği puan ortalaması $12,88 \pm 9,57$ elde edilmiş olup, medeni duruma göre stres ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Eğitim durumuna göre, ilköğretim ve altı mezun olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $10,28 \pm 7,96$, ortaöğretim mezunlarının depresyon ölçeği puan ortalaması $11,07 \pm 11,35$, lise mezunlarının depresyon ölçeği puan ortalaması $13,59 \pm 8,55$ ve üniversite ve üzeri mezunlarının depresyon ölçeği puan ortalaması $10,28 \pm 8,04$ olarak elde edilmiş olup, eğitime göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). İlköğretim ve altı mezun olanların anksiyete ölçeği

puan ortalaması $8,63 \pm 6,10$, ortaöğretim mezunlarının anksiyete ölçeği puan ortalaması $9,47 \pm 11,69$, lise mezunlarının anksiyete ölçeği puan ortalaması $10,22 \pm 7,19$ ve üniversite ve üzeri mezunlarının anksiyete ölçeği puan ortalaması $7,79 \pm 4,44$ olarak elde edilmiş olup, eğitime göre anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). İlköğretim ve aşağısı mezun olanların stres ölçeği puan ortalaması $11,39 \pm 7,48$, ortaöğretim mezunlarının stres ölçeği puan ortalaması $12,00 \pm 11,63$, lise mezunlarının stres ölçeği puan ortalaması $15,56 \pm 9,45$ ve üniversite ve üzeri mezunlarının stres ölçeği puan ortalaması $13,07 \pm 7,71$ olarak elde edilmiş olup, eğitime göre stres ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Meslek durumuna göre çalışıyor olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $10,40 \pm 7,83$ ve çalışmıyor olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $10,58 \pm 9,06$ elde edilmiş olup, meslek durumuna göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Meslek durumuna göre çalışıyor olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $7,97 \pm 5,92$ ve çalışmıyor olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $9,45 \pm 7,45$ elde edilmiş olup, meslek durumuna göre anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Meslek durumuna göre çalışıyor olanların stres ölçeği puan ortalaması $13,31 \pm 9,35$ ve çalışmıyor olanların stres ölçeği puan ortalaması $12,56 \pm 8,27$ elde edilmiş olup, meslek durumuna göre stres ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Sosyal güvence durumuna göre cevabı var olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $10,64 \pm 8,00$ ve cevabı yok olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $12,46 \pm 10,04$ elde edilmiş olup, sosyal güvence durumuna göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Sosyal güvence durumuna göre cevabı var olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $8,77 \pm 6,71$ ve cevabı yok olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $9,21 \pm 7,59$ elde edilmiş olup, sosyal güvence durumuna göre anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Sosyal güvence durumuna göre cevabı var olanların stres ölçeği puan ortalaması $12,58 \pm 8,53$ ve cevabı yok olanların stres ölçeği puan ortalaması $13,53 \pm 9,09$ elde edilmiş olup, sosyal güvence durumuna göre stres ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Gelir durumu iyi olarak değerlendirilen hasta ve yakınlarının depresyon ölçeği puan ortalaması $10,57 \pm 6,71$, gelir durumu orta olarak değerlendirilen hasta yakınlarının depresyon ölçeği puan ortalaması $11,50 \pm 9,17$ gelir durumu kötü olarak değerlendirilen hasta yakınlarının depresyon ölçeği puan ortalaması $10,28 \pm 8,36$ olarak elde edilmiş olup, gelir durumuna göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Gelir durumu iyi olarak değerlendirilen hasta ve yakınlarının anksiyete ölçeği puan ortalaması $8,90 \pm 7,40$ gelir durumu orta olarak değerlendirilen hasta ve yakınlarının anksiyete ölçeği puan ortalaması $9,06 \pm 6,62$, gelir durumu kötü olarak değerlendirilen hasta ve yakınlarının anksiyete ölçeği puan ortalaması $8,17 \pm 8,03$ olarak elde edilmiş olup, gelir durumuna göre anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Gelir Durumu iyi olarak değerlendirilen hasta ve yakınlarının stres ölçeği puan ortalaması $11,33 \pm 7,58$, gelir durumu orta olarak değerlendirilen hasta ve yakınlarının stres ölçeği puan ortalaması $13,37 \pm 9,07$, gelir durumu kötü olarak değerlendirilen hasta ve yakınlarının stres ölçeği puan ortalaması $12,33 \pm 8,20$ olarak elde edilmiş olup, gelir durumuna göre stres ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Çocuk varlığı durumuna göre cevabı evet olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $10,80 \pm 8,26$ ve cevabı hayır olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $12,80 \pm 10,17$ elde edilmiş olup, çocuk varlığı durumuna göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Çocuk varlığı durumuna göre cevabı evet olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $9,13 \pm 7,01$ ve cevabı hayır olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $7,75 \pm 6,54$ elde edilmiş olup, çocuk varlığı durumuna göre anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Çocuk varlığı durumuna göre cevabı evet olanların stres ölçeği puan ortalaması $12,46 \pm 8,28$ ve cevabı hayır olanların stres ölçeği puan ortalaması $14,70 \pm 10,34$ elde edilmiş olup, çocuk varlığı durumuna göre stres ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Kronik hastalık durumuna göre cevabı evet olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $13,05 \pm 10,11$ ve cevabı hayır olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $10,36 \pm 7,83$ elde edilmiş olup, kronik hastalık durumuna göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Kronik hastalık durumuna göre anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında bir farklılık bulunmuştur (**$p=0,015$**).

Kronik hastalık durumuna göre cevabı evet olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $11,55 \pm 8,45$ ve cevabı hayır olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $7,80 \pm 5,92$ elde edilmiştir. Kronik hastalık durumuna göre cevabı evet olanların stres ölçeği puan ortalaması $14,11 \pm 9,38$ ve cevabı hayır olanların stres ölçeği puan ortalaması $12,32 \pm 8,35$ elde edilmiş olup, kronik hastalık durumuna göre stres ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Günlük bakım süresi 0-3 saat sürenlerin depresyon ölçeği puan ortalaması $66,65 \pm 7,56$, günlük bakım süresi 3-6 saat olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $10,70 \pm 8,15$, günlük bakım süresi 7-12 saat olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $10,83 \pm 6,71$ ve günlük bakım süresi 13 ve üzeri olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $10,67 \pm 9,83$ olarak elde edilmiş olup, günlük bakım süresine göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Günlük bakım süresi 0-3 saat sürenlerin anksiyete ölçeği puan ortalaması $59,69 \pm 6,24$, günlük bakım süresi 3-6 saat olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $7,61 \pm 5,11$, günlük bakım süresi 7-12 saat olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $10,50 \pm 5,16$ ve günlük bakım süresi 13 ve üzeri olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $9,00 \pm 8,53$ olarak elde edilmiş olup, günlük bakım süresine göre anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Günlük bakım süresi 0-3 saat sürenlerin stres ölçeği puan ortalaması $63,37 \pm 7,71$, günlük bakım süresi 3-6 saat olanların stres ölçeği puan ortalaması $11,87 \pm 7,12$, günlük bakım süresi 7-12 saat olanların stres ölçeği puan ortalaması $13,17 \pm 6,67$ ve günlük bakım süresi 13 ve üzeri olanların stres ölçeği puan ortalaması $12,82 \pm 10,37$ olarak elde edilmiş olup, günlük bakım süresine göre stres ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hasta bakımına yönelik ek maliyet ihtiyacı olmayanların depresyon ölçeği puan ortalaması $12,00 \pm 8,29$, ek maliyet ihtiyacı düşük olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $10,65 \pm 7,85$, ek maliyet ihtiyacı orta olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $9,89 \pm 7,31$ ve ek maliyet ihtiyacı yüksek olanların depresyon ölçeği puan ortalaması $13,88 \pm 11,45$ olarak elde edilmiş olup, hasta bakımına yönelik ek maliyet ihtiyacına göre depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Hasta bakımına yönelik ek maliyet ihtiyacına göre anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında bir farklılık bulunmuştur (**$p=0,017$**). Ek maliyet ihtiyacı

olmayanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $10,00 \pm 5,39$, ek maliyet ihtiyacı düşük olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $7,62 \pm 5,81$, ek maliyet ihtiyacı orta olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $7,20 \pm 4,94$ ve ek maliyet ihtiyacı yüksek olanların anksiyete ölçeği puan ortalaması $13,52 \pm 9,76$ olarak elde edilmiştir. Bu farklılık orta ve yüksek olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Hasta bakımına yönelik ek maliyet ihtiyacı olmayanların stres ölçeği puan ortalaması $12,67 \pm 7,09$, ek maliyet ihtiyacı düşük olanların stres ölçeği puan ortalaması $13,46 \pm 8,94$, ek maliyet ihtiyacı orta olanların stres ölçeği puan ortalaması $10,67 \pm 7,49$ ve ek maliyet ihtiyacı yüksek olanların stres ölçeği puan ortalaması $16,00 \pm 10,05$ olarak elde edilmiş olup, hasta bakımına yönelik ek maliyet ihtiyacına göre stres ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Hasta Yakını İçin Tanıtıcı Bilgilere Göre Karşılaştırılmasının İncelenmesi

Tablo 4.4. Hasta yakını tanıtıcı bilgilerine göre ölüme karşı tutum puanlarının karşılaştırılması

	Tarafsız kabullenme ve Yaklaşım kabullenme	Kaçış Kabullenme	Ölümden kaçınma ve Ölüm Korkusu	Ölüme karşı tutum
Cinsiyet				
Kadın	$57,16 \pm 8,98$	$18,73 \pm 6,23$	$65,09 \pm 4,62$	$112,01 \pm 20,05$
Erkek	$62,99 \pm 8,85$	$18,27 \pm 6,34$	$45,82 \pm 6,54$	$105,91 \pm 25,28$
	U=-0,865	t= 0,375	U= -2,859	t= 1,404
	p>0,05	p>0,05	p= 0,004	p>0,05
Hastaya Yakınlık Derecesi				
1.Derece Yakınlık	$57,84 \pm 13,1$	$18,79 \pm 6,45$	$28,33 \pm 11,78$	$109,48 \pm 23,51$
Diğer	$62,09 \pm 10,20$	$18,03 \pm 5,69$	$27,29 \pm 10,47$	$111,74 \pm 16,94$
	U= -1,440	t=0,578	U= -0,422	t= -0,489
	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Medeni Durum				
Evli	$59,50 \pm 12,26$	$18, 81 \pm 6,28$	$27,94 \pm 10,95$	$110,89 \pm 21, 31$
Bekar	$57,04 \pm 13,43$	$17,76 \pm 6,17$	$28,48 \pm 13,25$	$107,12 \pm 24,26$
	U= -0,918	t=0,747	U= -0,196	t=0,761
	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Eğitim				
İlköğretim ve altı	$57,61 \pm 8,90$	$18,63 \pm 6,15$	$54,50 \pm 5,92$	$107,71 \pm 23,65$
Ortaöğretim	$60,17 \pm 7,40$	$18,93 \pm 5,70$	$52,77 \pm 7,26$	$106,93 \pm 23,87$
Lise	$60,94 \pm 9,78$	$19,03 \pm 6,72$	$66,41 \pm 4,63$	$115,03 \pm 22,08$
Üniversite ve üzeri	$58,79 \pm 10,02$	$17,93 \pm 6,48$	$62,47 \pm 2,49$	$110,86 \pm 17,74$
	KW= 0,185	F= 0,166	KW= 2,910	F= 0,749
	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

Meslek				
Çalışıyor	61,68 ± 9,11	18,36 ± 6,31	29,15 ± 12,54	113,72 ± 50,75
Çalışmıyor	57,34 ± 13,96	18,72 ± 6,25	27,39 ± 10,71	107,89 ± 22,45
	U= -1,292	t= -0,303	U= -0,467	t=1,401
	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Sosyal Güvence				
Var	58,92 ± 12,22	18,40 ± 6,25	29,02 ± 11,83	110,90 ± 21,87
Yok	59,09 ± 13,41	19,09 ± 6,32	25,50 ± 9,94	107,90 ± 22,24
	U= -0,285	t= -0,533	U= -1,505	t=0,658
	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Gelir Durumu				
İyi	74,52 ± 11,82	20,14 ± 8,00	60,98 ± 5,32	119,47 ± 27,63
Orta	55,96 ± 8,61	18,30 ± 5,98	61,96 ± 4,51	109,64 ± 19,19
Kötü	54,08 ± 8,03	18,00 ± 5,04	43,89 ± 7,24	101,05 ± 22,71
	KW=5,414	F= 0,805	KW= 4,241	F=3,627
	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,03
Çocuk Varlığı				
Evet	59,48 ± 12,23	18,94 ± 6,22	28,72 ± 11,24	111,76 ± 21,62
Hayır	56,50 ± 13,78	16,85 ± 6,25	24,85 ± 11,97	101,95 ± 22,10
	U= -0,888	t=1,372	U= -1,699	t=1,841
	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Kronik Hastalık				
Evet	62,26 ± 13,02	17,14 ± 6,20	25,23 ± 9,7	109,20 ± 19,07
Hayır	57,62 ± 12,10	19,18 ± 6,20	29,21 ± 11,90	110,44 ± 23,08
	U= -2,385	t= -1,609	U= -1,454	t= -0,277
	p=0,017	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Günlük Bakım Süresi				
0-3 saat	61,43 ± 10,92	19,81 ± 7,45	61,41 ± 4,75	114,03 ± 26,06
3-6 saat	50,57 ± 7,42	18,26 ± 5,41	68,87 ± 3,89	110,04 ± 17,34
7-12 saat	54,33 ± 9,21	18,72 ± 3,96	68,69 ± 5,70	111,00 ± 19,27
13 saat ve üzeri	63,34 ± 9,28	18,02 ± 6,63	49,48 ± 6,04	107,59 ± 22,55
	KW= 2,707	F= 0,499	KW= 7,423	F= 0,508
	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Hasta Bakımına Yönelik Ek Maliyet İhtiyacı				
Yok	67,78 ± 6,67	18,22 ± 4,68	49,72 ± 6,75	108,44 ± 22,19
Düşük	54,69 ± 7,57	19,00 ± 6,59	64,69 ± 6,03	109,54 ± 23,50
Orta	56,43 ± 8,44	18,73 ± 5,31	52,74 ± 4,19	107,82 ± 15,66
Yüksek	66,94 ± 12,72	17,84 ± 7,89	65,44 ± 5,27	115,68 ± 28,74
	KW= 2,838	F= 0,188	KW= 4,188	F= 0,717
	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Bağımsız iki örnek t testi, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur, ortalama ± s. sapma, ortanca (minimum – maksimum)

Cinsiyete göre kadınların tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması $57,16 \pm 8,98$ iken erkeklerin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması $62,99 \pm 8,85$ olarak elde edilmiş olup, puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Cinsiyete göre kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Cinsiyete göre ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalamaları arasında bir farklılık bulunmuştur (**$p= 0,004$**). Kadınların ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalaması $65,09 \pm 4,62$ iken erkeklerin ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalaması $45,82 \pm 6,54$ olarak elde edilmiştir.

Hastaya yakınlık derecesine göre 1. Derece yakını olanların tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması $57,84 \pm 13,1$ iken yakınlığı diğer olanların puan ortalaması $62,09 \pm 10,20$ elde edilmiş olup, hastaya yakınlık derecesine göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Hastaya yakınlık derecesine göre 1. Derece yakını olanların kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalaması $18,79 \pm 6,45$ iken yakınlığı diğer olanların puan ortalaması $18,03 \pm 5,69$ elde edilmiş olup, hastaya yakınlık derecesine göre kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Hastaya yakınlık derecesine göre 1. Derece yakını olanların ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalaması $28,33 \pm 11,78$ iken yakınlığı diğer olanların puan ortalaması $27,29 \pm 10,47$ elde edilmiş olup, hastaya yakınlık derecesine göre ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Medeni duruma göre evli olanların tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması $59,50 \pm 12,26$ iken bekar olanların puan ortalaması $57,04 \pm 13,43$ elde edilmiş olup, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutuna göre puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Medeni duruma göre kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalaması $18,81 \pm 6,28$ iken bekar olanların puan ortalaması $17,76 \pm 6,17$ elde edilmiş olup, medeni duruma göre kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Medeni duruma göre evli olanların ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalaması $27,94 \pm 10,95$ iken bekar olanların puan ortalaması $28,48 \pm 13,25$

elde edilmiş olup, medeni duruma göre ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Eğitime göre ilköğretim ve altı mezun olanların tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması $57,61 \pm 8,90$, ortaöğretim mezunlarının puan ortalaması $60,17 \pm 7,40$, lise mezunlarının puan ortalaması $60,94 \pm 9,78$ ve üniversite ve üzeri mezunlarının puan ortalaması $58,79 \pm 10,02$ olarak elde edilmiş olup, eğitime göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Eğitime göre ilköğretim ve altı kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalaması $18,63 \pm 6,15$, ortaöğretim mezunlarının puan ortalaması $18,93 \pm 5,70$, lise mezunlarının puan ortalaması $19,03 \pm 6,72$ ve üniversite ve üzeri mezunlarının puan ortalaması $17,93 \pm 6,48$ olarak elde edilmiş olup, eğitime göre kaçış kabullenme puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Eğitime göre ilköğretim ve altı mezun olanların ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalaması $54,50 \pm 5,92$, ortaöğretim mezunlarının puan ortalaması $52,77 \pm 7,26$, lise mezunlarının puan ortalaması $66,41 \pm 4,63$ ve üniversite ve üzeri mezunlarının puan ortalaması $62,47 \pm 2,49$ olarak elde edilmiş olup, eğitime göre ölümden kaçınma puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Meslek durumuna göre çalışıyor olanların tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması $61,68 \pm 9,11$ iken çalışmıyor olanların puan ortalaması $57,34 \pm 13,96$ elde edilmiş olup, meslek durumuna göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Meslek durumuna göre çalışıyor olanların kaçış kabullenme puan ortalaması $18,36 \pm 6,31$ iken çalışmıyor olanların puan ortalaması $18,72 \pm 6,25$ elde edilmiş olup, meslek durumuna göre kaçış kabullenme puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Meslek durumuna göre çalışıyor olanların ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalaması $29,15 \pm 12,54$ iken çalışmıyor olanların ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalaması $27,39 \pm 10,71$ elde edilmiş olup, meslek durumuna göre stres ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Sosyal güvence durumuna göre cevabı var olanların tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması $58,92 \pm 12,22$ iken cevabı yok puan

ortalaması $59,09 \pm 13,41$ elde edilmiş olup, sosyal güvence durumuna göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Sosyal güvence durumuna göre cevabı var olanların kaçış kabullenme puan ortalaması $18,40 \pm 6,25$ iken cevabı yok olanların puan ortalaması $19,09 \pm 6,32$ elde edilmiş olup, sosyal güvence durumuna göre kaçış kabullenme puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Sosyal güvence durumuna göre cevabı var olanların ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalaması $29,02 \pm 11,83$ iken cevabı yok olanların puan ortalaması $25,50 \pm 9,94$ elde edilmiş olup, sosyal güvence durumuna göre ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Gelir durumu iyi olanların tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması $74,52 \pm 11,82$, orta olanların puan ortalaması $55,96 \pm 8,61$, kötü olanların puan ortalaması $54,08 \pm 8,03$ olarak elde edilmiş olup, gelir durumuna göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Gelir durumu iyi olanlara göre kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalaması $20,14 \pm 8,00$, orta olanların puan ortalaması $18,30 \pm 5,98$, kötü olanların puan ortalaması $18,00 \pm 5,04$ olarak elde edilmiş olup, gelir durumuna göre kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Gelir durumu iyi olanların ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalaması $60,98 \pm 5,32$, gelir durumu orta olanların puan ortalaması $61,96 \pm 4,51$, gelir durumu kötü olanların puan ortalaması $43,89 \pm 7,24$ olarak elde edilmiş olup, gelir durumuna göre ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Çocuk varlığı durumuna göre cevabı evet olanların tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması $59,48 \pm 12,23$ iken cevabı hayır olanların puan ortalaması $56,50 \pm 13,78$ elde edilmiş olup, çocuk varlığı durumuna göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Çocuk varlığı durumuna göre cevabı evet olanların kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalaması $18,94 \pm 6,22$ iken cevabı hayır olanların puan ortalaması $716,85 \pm 6,25$ elde edilmiş olup, çocuk varlığı durumuna göre kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Çocuk varlığı durumuna göre cevabı evet olanların ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt

boyutu puan ortalaması $28,72 \pm 11,24$ iken cevabı hayır olanların puan ortalaması $24,85 \pm 11,97$ elde edilmiş olup, çocuk varlığı durumuna göre ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Kronik hastalık durumuna göre cevabı evet olanların tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması $62,26 \pm 13,02$ iken cevabı hayır olanların puan ortalaması $57,62 \pm 12,10$ elde edilmiş olup, kronik hastalık durumuna göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Kronik hastalık durumuna göre cevabı evet olanların kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalaması $17,14 \pm 6,20$ iken cevabı hayır olanların puan ortalaması $19,18 \pm 6,20$ elde edilmiş olup, kronik hastalık durumuna göre kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Kronik hastalık durumuna göre cevabı evet olanların ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalaması $25,23 \pm 9,7$ iken cevabı hayır olanların puan ortalaması $29,21 \pm 11,90$ elde edilmiş olup, kronik hastalık durumuna göre ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastanın günlük bakımı için ne kadar vakit harcıyorsunuz sorunun cevabı 0-3 saat sürenlerin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması $61,43 \pm 10,92$, 3-6 saat olanların puan ortalaması $50,57 \pm 7,42$, 7-12 saat olanların puan ortalaması $54,33 \pm 9,21$ ve 13 ve üzeri olanların puan ortalaması $63,34 \pm 9,28$ olarak elde edilmiş olup, günlük bakım süresine göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Hastanın günlük bakımı için ne kadar vakit harcıyorsunuz sorunun cevabı 0-3 saat sürenlerin kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalaması $19,81 \pm 7,45$, 3-6 saat olanların puan ortalaması $18,26 \pm 5,41$, 7-12 saat olanların puan ortalaması $18,72 \pm 3,96$ ve 13 ve üzeri olanların puan ortalaması $18,02 \pm 6,63$ olarak elde edilmiş olup, günlük bakım süresine göre kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Hastanın günlük bakımı için ne kadar vakit harcıyorsunuz sorunun cevabı 0-3 saat sürenlerin ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalaması $61,41 \pm 4,75$, 3-6 saat olanların puan ortalaması $68,87 \pm 3,89$, 7-12 saat olanların puan ortalaması $68,69 \pm 5,70$ ve 13 ve üzeri olanların $49,48 \pm 6,04$ olarak elde edilmiş olup, günlük bakım süresine göre ölümden

kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hasta bakımına yönelik ek maliyet ihtiyacına göre ihtiyacı olmayanların tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması $67,78 \pm 6,67$, düşük olanların puan ortalaması $54,69 \pm 7,57$, orta olanların puan ortalaması $56,43 \pm 8,44$ ve yüksek olanların puan ortalaması $66,94 \pm 12,72$ olarak elde edilmiş olup, hasta bakımına yönelik ek maliyet ihtiyacına göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Ek maliyet ihtiyacı olmayanların kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalaması $18,22 \pm 4,68$, düşük olanların puan ortalaması $19,00 \pm 6,59$, orta olanların puan ortalaması $18,73 \pm 5,31$ ve yüksek olanların puan ortalaması $17,84 \pm 7,89$ olarak elde edilmiş olup, hasta bakımına yönelik ek maliyet ihtiyacına göre kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$). Ek maliyet ihtiyacı olmayanların ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalaması $49,72 \pm 6,75$, düşük olanların puan ortalaması $64,69 \pm 6,03$, orta olanların puan ortalaması $52,74 \pm 4,19$ ve yüksek olanların puan ortalaması $65,44 \pm 5,27$ olarak elde edilmiş olup, hasta bakımına yönelik ek maliyet ihtiyacına göre ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutu puan ortalamaları arasında bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.3. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği ile Ölüm Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Arasındaki Etkinin İncelenmesi

Tablo 4.5. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması	Anksiyete Ölçeği Puan Ortalaması	Stres Ölçeği Puan Ortalaması	Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu Puan Ortalaması	Kaçış Kabullenme Alt Boyutu Puan Ortalaması	Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu Puan Ortalaması
Anksiyete Ölçeği Puan Ortalaması	r=0,744 p=0,000					
Stres Ölçeği Puan Ortalaması	r=0,838 p=0,000	r=0,795 p=0,000				
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu Puan Ortalaması	r= -0,011 p>0,05	r= 0,083 p>0,05	r= -0,015 p>0,05			
Kaçış Kabullenme Alt Boyutu Puan Ortalaması	r= 0,082 p>0,05	r=0,102 p>0,05	r= 0,006 p>0,05	r=0,243 p=0,008		
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu Puan Ortalaması	r= 0,137 p>0,05	r= 0,214 p=0,021	r= 0,224 p=0,015	r=0,051 p>0,05	r=0,500 p=0,000	
Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	r= 0,80 p>0,05	r= 0,180 p>0,05	r= 0,095 p>0,05	r= 0,748 p=0,000	r= 0,741 p=0,000	r= 0,736 p=0,000

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

Yapılan korelasyon analizi sonucunda, Anksiyete ile Depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki vardır (r=0,744; **p=0,000**). Stres ile Depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki vardır (r=0,838; **p=0,000**). Stres ile Anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki vardır (r=0,795; **p=0,000**).

Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalaması ile depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalaması ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki vardır ($r=0,243$; $p=0,008$). Kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalaması ile depresyon, anksiyete, stres ve diğer alt boyut puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak

Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalaması ile anksiyete ($r=0,214$; $p=0,021$) ve stres ($r=0,224$; $p=0,015$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki vardır. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalaması ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalaması ile kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki vardır ($r=0,500$; $p=0,000$). Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalaması ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Ölüme karşı tutum ölçeği toplam puan ortalaması ile depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ölüme karşı tutum ölçeği toplam puan ortalaması ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ($r=0,748$; $p=0,000$), kaçış kabullenme ($r=0,741$; $p=0,000$) ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma ($r=0,736$; $p=0,000$) alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki vardır.

5. TARTIŞMA

Palyatif bakım, ciddi hastalığı olan kişilerin ve ailelerinin yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmayı amaçlayan bir yaklaşımdır. Ciddi bir hastalıktan ölüm olasılığı ile karşı karşıya kalan hastaların ve yakınlarının ölüm sürecinde iyi ölüm deneyimlemelerine ve ölümlerine başa çıkmalarına yardımcı olan özelleşmiş bir yaklaşım oluşturur. Bakım veren olmak, palyatif bakım hastaları için birden fazla sorumluluk taşımayı gerektirir. Bu, semptomlarla ilgilenmeyi, tedaviyi ve zorlukları, ulaşım, mali meseleler ve özel yaşam gibi diğer pratikleri ve aynı zamanda hasta ve yakınlarının karşılaştıkları sıkıntılara karşı psikolojik tepkilerini kapsar.

Bu araştırmada Palyatif Bakım Servisindeki Hasta Yakınlarının sosyodemografik özelliklerine göre Depresyon, Anksiyete, Stres durumları ve Ölüme Karşı Tutumları ile Alt Boyutlarının puanları ve aralarındaki ilişki incelenmiştir. Bu bölümde analiz sonuçları literatür araştırmalarına göre üç başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgileri ile Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bakım verenin bakım esnasında ve hastane ortamında karşılaştığı kişisel zorlukların depresyon ile ilişkili olabileceği önceki çalışmalarda değerlendirilmiştir (7). Ayrıca bakım verenlerin kronik hastalık olarak depresyon ile yaşamalarının da bakımı etkilediği bilinmektedir. Ayraller ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, depresyonun hasta bakıcı kişilerde tanısı konulmuş en sık üçüncü kronik hastalık olduğu bildirilmiştir. Depresyonun bireylerin %10,37'sini etkilediği belirtilen çalışmada ilk iki sırada diyabet ve hipertansiyon rahatsızlıkları yer almıştır (126).

Yunanistan'da ilerlemiş kanserli palyatif bakım hastalarına bakım veren aile bakıcılarının kaygı ve depresyon durumları araştırılmıştır. Araştırma sonucuna göre kadın olmak, akciğer kanseri olan erkeklere bakmak, ameliyat olmayan hastalara bakmak, birlikte yaşamak, daha genç olmak, hastaneye özel ulaşım araçlarıyla gitmek, daha önce bakım deneyimine sahip olmak ve artan derecede genel yük gibi özelliklere sahip olan bakıcıların daha fazla depresyon ve anksiyete yaşadıkları tespit edilmiştir (127). İleri derece kanser hastalarına bakım verenler üzerinde yapılan bir

başka araştırmada fiziksel yaşam kalitesi her iki cinsiyette de anlamlı derecede yüksekken, zihinsel yaşam kalitesi erkek bakım verenlerde anlamlı derecede düşüktü. Anksiyete düzeyi her iki cinsiyette de normalden anlamlı olarak yüksekti. Her iki cinsiyette de depresyon düzeyi için anlamlı bir fark bulunamamıştır (128).

Bu araştırmada bakım verenlerin *Depresyon* puan ortalaması hafif düzeyde bulunmuştur. Bakım verenlerin depresyon puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu yönüyle araştırma Özdemir ve arkadaşları tarafından yayınlanan araştırmaya benzerlik göstermektedir. Anılan çalışmada hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerinin (yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk sahipliği, iş ve ekonomik durumu, kronik hastalık durumu, hastaya bakım verme süresi ve hastayla birlikte yaşama durumu) depresyon puan ortalaması üzerinde anlamlı bir fark bulunamadığı bildirilmiştir (129). Duran ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada ise bu araştırmayla aynı DASS 42 ölçeği kullanılmış ve hastalara bakım verenlerin cinsiyet, kronik hastalık ve hastayla birlikte yaşama durumları değerlendirilmiştir. Buna göre cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çocuk sahipliği, meslek durumu, aylık gelir ve hasta ile akrabalık derecesinin depresyon düzeyi üzerine etkili olmadığı ancak hastayla birlikte yaşayan ve kronik hastalığı olan bakım verenlerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bakım verenlerin depresyon düzeylerinin normal, hafif, orta, ciddi ve aşırı ciddi şeklinde gruplandırıldığı çalışmada ciddi ve aşırı ciddi depresyonu olan bakım verenlerin oranının toplam bakım verenlerin %20,1'ini oluşturduğu tespit edilmiştir (130). Arkin tarafından yapılan çalışmada palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeyleri araştırılmıştır. Bu çalışmada, bakım verenlerin %33'ünde anksiyete, %55'inde depresyon bulguları saptanmıştır. Çalışmada, kadınların bakım verme sürecinden daha fazla etkilendiği ve anksiyete ve depresyon bulgularının daha fazla olduğu bildirilmiştir (131). Veriler bu araştırmayla birlikte değerlendirildiğinde bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre depresyon düzeyleri hakkında literatürde bir görüş birliği mevcut değildir. Bu araştırmada depresyon puan ortalaması düşük düzeyde bulunmuştur. Bu durum için Isparta Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisinin hasta yakınlarına sağladığı maddi ve manevi imkân ve olanakların iyi düzeyde olması, ayrıca serviste çalışan sağlık ekibinin hasta yakınlarına karşı gösterdiği şefkat ve merhamet

duyguları ile yardım severlik, güler yüzlülük ve etkili iletişim becerileri gibi olumlu davranışlarının, bakım veren hasta yakınlarının depresyon düzeylerinin düşük bulunmasının nedeni olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada bakım verenlerin *Anksiyete* puan ortalaması hafif düzeyde bulunmuştur. Bakım verenlerin anksiyete puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında kronik hastalığa sahip olan ve hasta bakımında ek maliyet ihtiyacını yüksek olarak değerlendiren bakım verenlerin anksiyete puan ortalamaları anlamlı derecede daha yüksek tespit edilmiş olup, diğer sosyodemografik özelliklere göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde bakım verenlerin bakım esnasında ve hastane ortamında karşılaştığı kişisel zorlukların, kısıtlamaların ve bilgi eksikliğinin sonucunda anksiyete ile ilişkili semptomların ortaya çıkabileceği bildirilmiştir (132,133,134). Bu araştırmaya benzer olarak Ay ve arkadaşları tarafından bir araştırmada bakım verenlerde anksiyete ile cinsiyet, yaş, medeni durum, iş ve mesleki durumu, gelir düzeyi ve kronik rahatsızlık varlığı gibi sosyodemografik özellikler açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. İlave olarak bakım vermektan memnun olduğunu ifade eden bakım verenlerde anksiyete puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir (135). Büyükbayram tarafından yapılan bir araştırmada kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere oranla anksiyete düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir. Bakım verenlerden; sosyoekonomik durumu kötü olanların, kronik hastalığa sahip olanların, sorumlulukları etkilenenlerin anksiyeteleri yüksek bulunmuştur (136). Benzer bir sonuca sahip olan Arkin tarafından yapılan çalışmada da anksiyete semptom varlığının sosyodemografik özellikler ile ilişkisi incelendiğinde; cinsiyet ile arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaş, hastaya yakınlık durumu, medeni hal, eğitim ve meslek durumu, algılanan gelir durumu, sosyal güvence varlığı değişkenleri ile arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ayrıca hasta bakımında destekçi varlığı ile anksiyete semptomları arasında anlamlı bir fark saptanmış olup; destekçi varlığı ile anksiyete semptomları arasında negatif ilişki görülmüştür (131). Veriler bu araştırmayla birlikte değerlendirildiğinde bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre anksiyete düzeyleri hakkında literatürde bir görüş birliği mevcut değildir. Bu araştırmada anksiyete puan ortalamasının düşük düzeyde bulunmasının sebebinin,

yukarıda bahsedildiği gibi Isparta Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisinin hasta yakınlarına sağladığı maddi, manevi imkân ve olanakların iyi düzeyde sağlanmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Literatürde bakım verenin bakım esnasında ve hastane ortamında karşılaştığı kişisel zorlukların, kısıtlamaların ve bilgi eksikliğinin sonucunda stres ile ilişkili semptomların ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Bu da bakım vermeyi etkilemektedir. Penning ve Wu tarafından bakım verenler üzerinde yapılan bir araştırmada eşe, çocuklara, kardeşlere, diğer aile üyelerine, arkadaşlara ve diğerlerine bakım vermenin stres ve ruh sağlığı üzerindeki etkileri incelenmiştir. Analiz sonucunda kadınlar için bir eşe veya çocuklara bakmanın, ebeveynlere veya başkalarına bakmaktan daha stresli ve ruh sağlığına zararlı olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, erkekler için bir eşe ve çocuklara bakmak, başkalarıyla ilgilenmekten daha stresli bulunmuştur fakat genel ruh sağlığını olumsuz etkilememiştir (137). Bakım verenler üzerinde yapılan bir başka çalışmada bakım vermede yaşanan güçlüklerin ve yükün bakım verenin iyilik hali ve stres düzeyi ile ilişkili olduğu ve algılanan bakım yükü ve bakım vermede zorluklar arttıkça bakım verenlerin yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeylerinin azaldığı, stres düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (138).

Bu araştırmada bakım verenlerin *Stres* puan ortalaması normal düzeyde bulunmuştur. Bakım verenlerin stres puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ullrich ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada palyatif bakım alan ileri kanser hastalarına bakım sağlayan aile üyelerinin % 95'inin stres yaşadığı bulunmuştur (139). Bu araştırma sonucuna benzer olarak Atila tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinden cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, herhangi bir hastalık varlığı ile stres puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Farklı olarak medeni durum ile stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup bekar olanların stres düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca bakım verenin bakımını destekleyen birinin varlığında bakım verenlerin depresyon ve stres puan ortalamaları daha düşük olarak saptanmıştır (132). Amankwaa yaptığı bir çalışmada, cinsiyete göre sosyodemografik özellikler değerlendirildiğinde kadınların erkeklere oranla anlamlı düzeyde daha fazla stres yaşadıkları, fiziksel ve psikolojik sağlıklarının anlamlı düzeyde olumsuz etkilendiği saptanmıştır (140). Bu veriler araştırma sonucuyla birlikte

değerlendirildiğinde bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre stres düzeyleri hakkında literatürde bir görüş birliği mevcut değildir. Bu araştırmada stres puan ortalamasının normal düzeyde bulunmasının sebebi, yukarıda bahsedildiği gibi Isparta Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisinin hasta yakınlarına sağladığı maddi, manevi imkân ve olanakların iyi düzeyde sağlanması olabilir.

5.2. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanlarının Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgilerine Göre Karşılaştırılması

Doğum gibi ölüm de hayatın doğasında vardır, insan varoluşunun doğal bir parçasıdır ve kültürel, etnik veya dini inançlara bağlıdır ve kişinin ölüm ve ölme sürecine karşı tutumunu şekillendirmeye yardımcı olur. Ölüme yönelik tutumlar ister olumlu ister olumsuz olsun, farklı bakış açılarıyla algılanabilmekte ve tanımlanabilmektedir. Olumlu tutumlar ölümü kabul etme, olumsuz tutumlar ise ölümden korkma ve kaçınma olarak sınıflandırılmaktadır. Ölümü kabul etme ile ilgili olarak, üç farklı tutum türü tespit etmek mümkündür: tarafsızlık, yaklaşma ve kaçış. Tarafsız kabul, ölümün yaşamın normal ve doğal bir parçası olduğu anlayışı olarak karakterize edilir. Yaklaşma kabulü, ölümden sonra mutlu bir hayata olan inançla işaretlenir ve kaçış kabulü, kişinin acı ve ıstıraba yol açan belirli koşullarda yaşadığında ölümün bunların sona erdirilmesine bir alternatif olduğu varsayımından anlaşılabilir. Ölüme karşı tutumda, ölümden korkma ve kaçınma gibi olumsuz tutumlar da belirlenmelidir. Ölüm korkusu, ölümden korkmak ve ölüm hakkında düşünmemek ya da konuşmamak için mümkün olanı yapma tutumu ve kaçınma ile karakterizedir (123, 141).

Bu çalışma kapsamında hasta yakınlarının / bakım verenlerin ölüme karşı tutumu Ölümü Karşı Tutum Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bu araştırma da bakım verenlerin Ölümü Karşı Tutum toplam puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur. Bu sonuç, hasta yakınlarının ölüme pozitif baktıklarını ifade etmektedir. Bakım verenlerin Ölümü Karşı Tutum toplam puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında gelir düzeyi yüksek olan hasta yakınlarının ölüme karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu saptanmış olup diğer sosyodemografik özellikler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Literatüre bakıldığında *Ölüme Karşı Tutum* ölçeğini baz alan çalışmaların daha çok sağlık eğitimi gören öğrenciler ve aktif sağlık çalışanlarını kapsayan çalışmalar olduğu dikkati çekmektedir. Sönmez Benli ve Yıldırım tarafından hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile ölüme karşı tutumlarının ölçüldüğü çalışmada, hemşirelerin yaşı arttıkça ölüme karşı toplam puan ortalamasının azaldığı görülmüştür. Genç yaşta olan hemşirelerin ileri yaşta olan hemşirelere göre ölüme karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu yapılan çalışmalarda saptanmıştır (11). Yılmaz ve Vermişli'nin yaptıkları araştırmada mesleki çalışma süresi 10 yıl ve üzerinde olan hemşirelerde ölümü kabul edici yaklaşımın anlamlı derecede farklı olduğu saptanmıştır (142).

Bilge ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme ilişkin tutumları cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerin ise ölüm kaygısını daha çok yaşadığı tespit edilmiştir (143). Jansen ve arkadaşları tarafından Almanya'da tıp öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da *Ölüme Karşı Tutumun* alt ölçeklerinin hiçbirinde yaş, cinsiyet, dönem, eğitim geçmişi ve önceki ölüm deneyimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış, sadece diğer çalışmalara benzer şekilde kadınların ölüme karşı erkeklerden daha olumlu bir tutumlarının olduğu tespit edilmiştir (144).

Literatürün geneline bakıldığında ölüme karşı tutum ölçeği çalışmalarının çoğu sağlık eğitimi gören öğrencilere ve aktif sağlık çalışanlarına uygulanmış ve ölüme karşı tutumları incelenmiştir. Bu araştırmada *Ölüme Karşı* tutumun düşük çıkmasının sebebinin, hasta yakınlarının yaş ortalamasının $47,03 \pm 11,81$ olmasından, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin düşük olmasından ve palyatif servisinde manevi destek uzmanı, psikolog ve sosyal hizmet uzmanının haftalık düzenli destek vermesinden kaynaklandığı söylenebilir. Bu araştırmada mevcut çalışmalardan farklı olarak ölüme karşı tutum ölçeği hastaya bakım veren yakınlarına uygulanmış ve çalışma sonucunda sosyodemografik özellikler açısından herhangi bir istatistiksel anlamlı fark bulunmamış olmasına rağmen bu yönüyle çalışmanın literatüre yeni bir katkı sağlamaktadır. Bu çalışma sonuçları ile literatür arasındaki farklılığın palyatif servis olanaklarının kadın, erkek tüm hasta yakınlarına yeterli düzeyde verilmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Bu araştırmada bakım verenlerin *Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu* puan ortalamalarının ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerde bu alt boyut puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri arasında kronik hastalığa sahip olanların bu alt boyuttan anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları belirlenmiş olup diğer sosyodemografik özellikler açısından herhangi bir anlamlı fark saptanmamıştır. Bilge ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme ilişkin tutumları cinsiyete göre incelendiğinde kadınların erkeklere göre ölümlü daha çok tarafsız kabullendiği bulunmuştur (143). Altaş'ın araştırmasında bakım verenler sosyodemografik özelliklere göre değerlendirildiğinde, ev hanımı hasta yakının diğer meslek grubundaki hasta yakınlarına göre ölümlü tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu; eğitim durumları arasındaki farklılık sonuçlarına göre eğitim durumu yükseldikçe hasta yakınlarının ölümlü kabullenmelerinin azaldığı tespit edilmiştir (10). Araştırma sonucunun literatürle benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Bu sonucun hasta yakınlarının çoğunlukla Müslüman olmalarından ve inançları gereği kadere inandıklarından kaynakladđı düşünölmektedir.

Bu araştırmada bakım verenlerin *Kaçış Kabullenme* puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Altaş'ın araştırmasında, serbest meslek sahibi hasta yakınlarının diğer meslek sahibi hasta yakınlarına göre ölümlü kaçış olarak kabullenmelerinin daha az olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte cinsiyete göre erkeklerin ölümlü kaçış olarak görme düzeyinin, kadınlara göre daha yüksek olduğu, medeni duruma göre ise evli olan hasta yakınlarının ölümlü kaçış olarak kabullenmelerinin bekar olanlara göre daha olumlu olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (10). Bu sonucun orta düzeyde çıkmasının nedeninin hasta yakınlarının hastalarının terminal dönemde olmalarından dolayı bu dünyada yařadđı sıkıntıların çözüm yolunun yokluğu ve kaybında, ölümlü tek are kabul ettiği ve ölümlü bir kaçış olarak gördüğu düşünölmektedir. Literatür sonuçları ile çalışma bulgularımız arasındaki farklılıkların örnekleme gruplarının sosyodemografik özellikleri arasındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünölmektedir.

Literatürde ölüm korkusunun anksiyete ile ilişkili, depresif, travma ile ilişkili ve bağımlılık yapan bozukluklar dahil olmak üzere en az 15 farklı bozukluğun belirti şiddetini yordadığı bulunmuştur (145,146). Bu nedenle bireylerde ölüm korkusunun belirlenmesi önemlidir. Bu araştırmada bakım verenlerin *Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu* puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında erkek cinsiyetin ölüm korkusunun kadın cinsiyete göre anlamlı derecede daha az olduğu tespit edilmiş olup diğer sosyodemografik özellikler yönünden herhangi bir anlamlı fark saptanmamıştır. Özer ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka araştırmada hemşirelik öğrencilerinin ölüme karşı tutumları incelenmiştir. Sosyodemografik özellikler doğrultusunda kız öğrencilerin ve 1.sınıf öğrencilerin daha çok ölüm korkusu yaşadıkları saptanmıştır (147). Cruzado ve arkadaşları tarafından İspanya’da yapılan bir başka çalışmada da ölüme karşı tutumun alt ölçeklerinden ölüm korkusu faktörü ile ölümden kaçınma arasında pozitif ilişki, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma faktörleri ile tarafsız kabullenme arasında negatif ilişki bulunmuştur (148). Literatürde bakım veren kişi hemşire olduğunda da benzer sonuçlar görülmektedir. Araştırma sonucuna benzer olarak Sönmez Benli ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada kadın hemşirelerin ölüm korkusu puan ortalamasının erkeklerden önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (11). Bu durumun toplumsal cinsiyet rolü kapsamında erkeklerin kadınlara göre duygularını daha az göstermesinden ve kadınların erkeklere göre daha duygusal, hassas ve kaygılı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ölümden kaçınma ile ilgili bulgulardaki farklılıkların, örneklem grubundaki katılımcıların sosyodemografik özellikleri arasındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışma bulgularımızda ölüm korkusu ve ölümden kaçınmanın orta düzeyde bulunmasının nedeninin, katılımcıların çoğunluğunun kadın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bu bulgular, hasta yakınlarının ölüme karşı olumlu tutuma sahip olmalarına karşın hastanın yakını (eşi, çocuğu vb.) olmalarından dolayı hastalarının ölümü ile yüzleşmekten kaçınıyor olduklarını göstermektedir.

5.3. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği ile Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yapılan analizler sonucunda depresyon, anksiyete ile stres arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ile anksiyete ve stres arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde düşük düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Bu tür negatif duyguların birbirini tetiklediğini ve ölüm korkusunun anksiyeteyi artırdığı söylenebilir.

Yapılan analizler sonucunda kaçış kabullenme alt boyutu ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutları arasında pozitif yönde düşük düzeyde, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu ile de orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte ölüme karşı tutum ölçeği toplam puan ortalaması ile depresyon, anksiyete ve stres herhangi bir ilişki bulunmazken, ölçeğin tüm alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Duran ve Polat'ın yaptığı hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının incelendiği bir çalışmada anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (149). Hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir başka çalışmada öğrencilerin yarısından fazlası ölümlle baş etmede yaşayacakları stres ve kaygı gibi olumsuz duygular nedeniyle palyatif bakım ünitesinde çalışmak istemediklerini belirtmişlerdir (150). Bu çalışma sonuçları ile literatür arasındaki farklılıkların örneklem gruplarının sosyodemografik özellikleri arasındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada Isparta Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisindeki Hasta Yakınlarının sosyodemografik özelliklerine göre Depresyon, Anksiyete, Stres durumları ve Ölüme Karşı Tutumları ile Alt Boyutlarının puanları ve aralarındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan analizleri sonucunda aşağıdaki çalışma sonuçları elde edilmiştir.

1. Araştırmada bakım verenlerin Depresyon puan ortalaması hafif düzeyde ($11,15 \pm 8,61$) bulunmuştur. Bakım verenlerin depresyon puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.
2. Araştırmada bakım verenlerin Anksiyete puan ortalaması hafif düzeyde ($8,90 \pm 6,93$) bulunmuştur. Bakım verenlerin anksiyete puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında kronik hastalığa sahip olma ve hasta bakımına yönelik ek maliyeti yüksek olarak değerlendiren bakım verenlerin anksiyete puan ortalamaları anlamlı derecede daha yüksek tespit edilmiş olup, diğer sosyodemografik özelliklere göre anlamlı bir fark bulunmamıştır.
3. Araştırmada bakım verenlerin stres puan ortalaması normal düzeyde ($12,85 \pm 8,66$) bulunmuştur. Bakım verenlerin stres puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.
4. Araştırmada bakım verenlerin Ölüme Karşı Tutum toplam puan ortalaması orta düzeyde ($110,09 \pm 21,92$) bulunmuştur. Bakım verenlerin Ölüme Karşı Tutum toplam puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında gelir durumu yüksek olan hasta yakınlarının ölüme karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu saptanmış olup diğer sosyodemografik özellikler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.
5. Araştırmada bakım verenlerin Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu puan ortalamalarının orta düzeyde ($28,05 \pm 11,41$) olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin Ölüm Korkusu Alt Boyutu puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında erkek

cinsiyetin ölüm korkusunun kadın cinsiyete göre anlamlı derecede daha az olduğu tespit edilmiş olup diğer sosyodemografik özellikler yönünden herhangi bir anlamlı fark saptanmamıştır.

6. Depresyon, anksiyete ve stres ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir.
7. Araştırmada bakım verenlerin Kaçış Kabullenme Alt Boyutu ile Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt boyutu arasında düşük düzeyde; Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu puan ortalamaları arasında orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.
8. Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu puan ortalamaları ile anksiyete ve stres ölçeği puan ortalamaları arasında düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.
9. Yapılan analizler sonucunda ölüme karşı tutum ölçeği toplam puan ortalaması ile tüm alt boyutları puan ortalamaları arasında yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

1. Palyatif bakım kavramı ülkemizde yeterince bilinmemekle birlikte son yıllarda gelişim göstermektedir. Toplumun palyatif bakım konusunda bilinçlendirecek çalışmalar yapılmalı ve ülkemizdeki palyatif bakım servislerinin kaliteli niteliğe sahip olacak şekilde sayısı artırılmalıdır.
2. Palyatif bakım verme süreci, bakılan kişi için olduğu kadar bakım verici kişi için ya da hastanın ailesi için de oldukça zorlayıcı bir süreçtir. Dolayısıyla Palyatif Bakım geniş bir kesime hizmet vermektedir. Amacı hasta ve yakınlarının yaşam kalitelerini artırmak olan palyatif bakımın sadece hasta için değil, hasta yakınlarının tıbbi ve sosyal ihtiyaçlarına destek verebilecek; diyetisyen, psikolog, manevi destek uzmanı, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve yaşlı bakım teknikeri gibi profesyonel ekibin yanı sıra kütüphane, banyo, mutfak, ibadethane,

dinlenme salonu vb. ortamların oluşturulması hasta yakınlarının dinlenebilmesi ve rahatlama sağlayabilmesi için önerilmektedir.

3. Bakım veren bireylerin stres, anksiyete, depresyon gibi durumlardan korunması için bakım verme yüklerini paylaşmaları sağlanmalı, günlük rutinlerinden kopmamalarına olanak sağlanmalı, sosyal aktivitelere yönlendirmeleri desteklenmeli ve sağlık çalışanları da bakım veren bireylere yaşayabileceği güçlüklerle karşı çözüm odaklı yaklaşılmalıdır.
4. İlgili dernekler, kurum ve kuruluşlar Palyatif bakım hastaları ve bakım verenlerin yaşam kalitelerini yükseltecek, hastalar ve bakım verenlerin psikososyal gereksinimlerini karşılayacak, bakım verenlerin bakım yükünü azaltacak çalışmalara katkı sağlamalıdır.
5. Literatürde palyatif servisinde bakım veren hasta yakınlarına yönelik az çalışmaya rastlanmış olup bakım verenlerde bakım yükü arttıkça depresyon, anksiyete ve stres riski artmaktadır sonucu karşımıza çıkmaktadır. Depresyon, anksiyete ve stres durumları yanı sıra palyatif servisinde yaşamın sonuna yaklaşan hastaya bakım verenlerin ölüm hakkındaki tutumları ile ilgili çok az çalışmaya rastlanmıştır. Bu tür çalışmaların artırılarak literatüre katkı sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/palliative-care> (Erişim: Ocak 2022).
2. Weibull A, Olesen F, Neergaard MA. Caregivers' active role in palliative home care - to encourage or to dissuade? A qualitative descriptive study. *BMC Palliat Care*. 2008;7:15.
3. Lund L, Ross L, Petersen MA, Groenvold M. Cancer caregiving tasks and consequences and their associations with caregiver status and the caregiver's relationship to the patient: a survey. *BMC Cancer*. 2014;14:541.
4. Sherman DW, McGuire DB, Free D, Cheon JY. A pilot study of the experience of family caregivers of patients with advanced pancreatic cancer using a mixed methods approach. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48:385–399.
5. Kulkarni P, Kulkarni P, Ghooi R, Bhatwadekar M, Thatte N, Anavkar V. Stress among care givers: the impact of nursing a relative with cancer. *Indian J Palliat Care*. 2014;20:31–39.
6. Gotze H, Braehler E, Gansera L, Polze N, Kohler N. Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. *Support Care Cancer*. 2014;22:2775–2782.
7. De Korte-Verhoef MC, Pasma HR, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. Burden for family carers at the end of life; a mixed-method study of the perspectives of family carers and GPs. *BMC Palliat Care*. 2014;13:16.
8. Hudson P, Aranda S, McMurray N. Intervention development for enhanced lay palliative caregiver support - the use of focus groups. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2002;11:262–270.
9. <https://sozluk.gov.tr/> (Ölüm:Erişim:2022).
10. Altaş H. Palyatif bakımda hasta yakınlarının maneviyat düzeylerinin ölüme karşı tutumlarına etkisi. [Yüksek lisans tezi]. Sakarya: Sakarya Üniversitesi; 2020.
11. Benli SS, Yıldırım A. Hemşirelerde yaşam doyumu ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişki. *Güsbd*. 2017;6(4):167-179.
12. Tunç AY, Yapıcı G. Bir tıp fakültesindeki öğrencilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin değerlendirilmesi. *Turk J Public Health*. 2019;17(2):153-168. doi: 10.20518/tjph.423636.
13. Öztürk M, Tuncer Ertem G, Kotanoğlu MS, Erdinç Ş, Kınıklı S. Covid-19 pandemisinde görev alan sağlık çalışanlarının algıladıkları sosyal desteğin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisi. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg..* 2021;54(1):70-77.

14. Yalçın H, Özdemir E. Anne-baba tutumlarının ergenlerdeki depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisi. *Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2021;(7):229-248.
15. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/palliative-care> (Erişim: Ocak 2022).
16. Yakut B. Palyatif bakım merkezinde yatan yaşamları sürdüren bakımların anksiyete, depresyon ve bakım yüklerinin değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi]. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi; 2019.
17. Emuk Y, Naz İ. The current situation of palliative care in Turkey. *Journal Of Cancer Policy*. 2017;(13):33-37.
18. Radbruch L, Lima LD, Knaut F, Wenk R et al. Redefining palliative care: a new consensus-based definition. *Journal Of Pain And Symptom Management*. 2020;60(4):754-764.
19. WHO-WPCA. (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: Ocak, 2022.
20. https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf (Erişim: Ocak, 2022).
21. Murray SA, Kendall M, Mitchell G, Moine S, Ambler S, Novellas J, Boyd K et al. Palliative care from diagnosis to death *BMJ* 2017; 356 :j878 doi:10.1136/bmj.j878
22. Sudhakaran D, Shetty RS, Mallya SD, Bidnurmath AS, Pandey AK, Singhai P, Kumar P et al. Screening for palliative care needs in the community using pict. *Med J Armed Forces India*. 2021;79(2):213-219.
23. Lutz S. The history of hospice and palliative care. *Curr Probl Cancer*. 2011;35(6):304-9.
24. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013;11(2):56-70.
25. Sağlam Z. Palyatif hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım ve tedavi sürecine ilişkin gereksinimleri [Doktora tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2020.
26. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>. Erişim: Ocak, 2022.
27. Walker DK, Edwards RL, Bagcivan G, Bakitas MA. Cancer and palliative care in the united states, turkey, and malawi: developing global collaborations. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2017;4(3):209-219.
28. Özgül N, Koç O, Gültekin M, Göksel F, Kerman S, Tanyeri P, Ekinçi H, et al. Opioids for cancer pain: availability, accessibility, and regulatory barriers in turkey and pallia-turk project. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2011;33(1):29-32.

29. Çelik M, Koç A. Ülkemizdeki palyatif bakım modeli ve ölçüm araçlarının kullanımının değerlendirilmesi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2021;4(3):30-41.
30. Liben S. Chapter 34 - Pediatric Palliative Care, Editor(s): Linda L. Emanuel, S. Lawrence Librach, Palliative Care (Second Edition), W.B. Saunders, 2011, Pages 482-492, ISBN 9781437716191, <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1619-1.00034-2>.
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9781437716191000342>)
31. Jeffrey Burns, Cynda H. Rushton, Chapter 12 - Palliative Care, Editor(s): Bradley P. Fuhrman, Jerry J. Zimmerman, Pediatric Critical Care (Fourth Edition), Mosby, 2011, Pages 115-121.
32. Akçakaya, A. Palyatif bakım: Ülkemizde ve dünyada son durum. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, 2020. Mart, Nisan, Mayıs (54):(46-51).
33. Brereton L, Clark J, Ingleton C, Gardiner C, Preston L, Ryan T, Goyder E. What do we know about different models of providing palliative care? Findings from a systematic review of reviews. Palliat Med. 2017 Oct;31(9):781-797.
34. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a Global Update. J Pain Symptom Manage. 2013 Jun;45(6):1094-106.
35. Wright M, Wood J, Lynch T. Mapping levels of palliative care development: A Global View. Journal of Pain and Symptom Management. 2021; 5(35), 469-485.
36. IAHP
37. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, sayı: 2575, 10 Mart 2005. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim: Ocak, 2022.
38. Wells R, Stockdill ML, Dionne-Odom JN et al. Educate, nurture, advise, before life ends comprehensive heartcare for patients and caregivers (ENABLE CHF-PC): study protocol for a randomized controlled trial. 2018;19:422.
39. Akyar İ, Dionne-Odom JN, Yang GM, A Bakitas M. Translating a us early palliative care model for turkey and singapore. Asia Pac J Oncol Nurs. 2018;5(1):33-39.
40. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, DEM. National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care guidelines, 4th edition. Journal Of Palliative Medicine. 2018;21(12):1684-1689.
41. Ferrell B, Connor S, Cordes A, Dahlin CM, İnce PG, Hutton N, et al. The national agenda for quality palliative care: the national consensus project and the national quality forum. Journal Of Pain And Symptom Management. 2007;33(6):737-744.
42. Kittelson SM, Elie MC, Pennypacker L. Palliative Care Symptom Management. Crit Care Nurs Clin North Am. 2015;27(3):315-39. doi: 10.1016/j.cnc.2015.05.010. PMID: 26333754.

43. Star A, Boland JW. Updates in palliative care - recent advancements in the pharmacological management of symptoms. *Clin Med (Lond)*. 2018;18(1):11-16. doi: 10.7861/clinmedicine.18-1-11. PMID: 29436433; PMCID: PMC6330925.
44. Yürüyen M, Özbaş Tevetoğlu I, Tekmen Y, Polat Ö, Arslan İ, Okuturlar Y. Palyatif bakım hastalarında klinik özellikler ve prognostik faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi* . 2018;10(1):74-80.
45. Rao A, Cohen HJ. Symptom management in the elderly cancer patient: fatigue, pain, and depression. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;(32):150-7.
46. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Hastalarda Görülen Semptomlar ve Palyatif Bakımın Semptom Kontrolüne Etkisi. *Ağrı*. 2015;27(2):104-110.
47. <https://docplayer.biz.tr/2958666-Palyatif-bakim-evde-ve-hastanede-calistay-raporu-editorler-prof-dr-fehmi-akcicek-prof-dr-gokhan-akbulut-prof-dr-z.html>. Erişim: Ocak, 2022. (Evde Sağlık Çalıştay Raporu).
48. <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim, 2022. (Bakım)
49. Mitchell M, Hansen E, Tseng TY, Shen M, Catanzarite Z, Cruz-Oliver D, Parker L, Knowlton A. Caregiver role strain in caring for vulnerable persons living with HIV: correlates of caregiver and care recipient reports. *AIDS Care*. 2022;34(10):1314-1320.
50. National Hospice and Palliative Care Organization. *NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America*. Alexandria, VA: National Hospice and Palliative Care Organization; 2015.
51. Karabal N. Yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerde sağlık algısı ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2020.
52. Hudson J, Reblin M, Clayton MF, Ellington L. Addressing cancer patient and caregiver role transitions during home hospice nursing care. *Palliat Support Care*. 2019;17(5):523-530.
53. Camak DJ. Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *J Clin Nurs*. 2015 Sep;24(17-18):2376-82.
54. Robinson MT, Holloway RG. Palliative Care in Neurology. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(10):1592-1601.
55. Çetin, Ö. Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. [Yüksek lisans tezi]. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi; 2018.
56. Swartz K, Collins LG. Caregiver Care. *Am Fam Physician*. 2019; 1;99(11):699-706.
57. González-Fraile E, Ballesteros J, Rueda JR, Santos-Zorrozúa B, Solà I, McCleery J. Remotely delivered information, training and support for informal caregivers of people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; 4;1(1):CD006440.

58. Wittenberg E, Kerr AM, Goldsmith J. Exploring Family Caregiver Communication Difficulties and Caregiver Quality of Life and Anxiety. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021;38(2):147-153.
59. Veloso VI, Tripodoro VA. Caregivers burden in palliative care patients: a problem to tackle. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10(4):330-335.
60. Tripodoro VA, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Family caregiver's burden in palliative care patients. *Revista Argumentos*. Instituto de Investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires 2015;17:307-330.
61. Ramírez JFV, Grijalva MG, Avilés AGP. Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. Repercussions on the primary caregivers' basic needs in chronic and terminal patients. *Medicina Paliativa* 2015; 22:146-151.
62. O'Donnell KJ, Meaney MJ. Fetal Origins of Mental Health: The Developmental Origins of Health and Disease Hypothesis. *Am J Psychiatry*. 2017 Apr 1;174(4):319-328.
63. Akil H, Gordon J, Hen R, Javitch J, Mayberg H, McEwen B, Meaney MJ, Nestler EJ. Treatment resistant depression: A multi-scale, systems biology approach. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;84:272-288.
64. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, Mohr DC, Schatzberg AF. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16065.
65. Geschwind DH, Flint J. Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science*. 2015 Sep 25;349(6255):1489-94.
66. Dwyer JB, Aftab A, Radhakrishnan R, Widge A, Rodriguez CI, Carpenter LL, Nemeroff CB, McDonald WM, Kalin NH; APA Council of Research Task Force on Novel Biomarkers and Treatments. Hormonal Treatments for Major Depressive Disorder: State of the Art. *Am J Psychiatry*. 2020;177(8):686-705.
67. Knight MJ, Baune BT. Cognitive dysfunction in major depressive disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31(1):26-31.
68. MacDonald E, Horton J. Bupropion for Major Depressive Disorder or Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571946/>.
69. Ventriglio A, Bhugra D, Sampogna G, Luciano M, De Berardis D, Sani G, Fiorillo A. From dysthymia to treatment-resistant depression: evolution of a psychopathological construct. *Int Rev Psychiatry*. 2020;32(5-6):471-476.
70. Hendrickson B, Girma M, Miller L. Review of the clinical approach to the treatment of disruptive mood dysregulation disorder. *Int Rev Psychiatry*. 2020;32(3):202-211.

71. Laporte PP, Matijasevich A, Munhoz TN, Santos IS, Barros AJD, Pine DS, Rohde LA, Leibenluft E, Salum GA. Disruptive mood dysregulation disorder: symptomatic and syndromic thresholds and diagnostic operationalization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;60(2):286-295.
72. Bruno A, Celebre L, Torre G, Pandolfo G, Mento C, Cedro C, Zoccali RA, Muscatello MRA. Focus on Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A review of the literature. *Psychiatry Res*. 2019;279:323-330.
73. Mishra S, Elliott H, Marwaha R. Premenstrual dysphoric disorder. 2022. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 30335340.
74. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DSM-IV. American Psychiatric Association.
75. Reid RL, Soares CN. Premenstrual Dysphoric Disorder: Contemporary Diagnosis and Management. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018;40(2):215-223.
76. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Jan;21(1):14-8.
77. Kotzalidis GD, Lombardo G, Matrone M, Amici E, Perrini F, Cuomo I, De Filippis S. Vortioxetine vs. other antidepressants in patients with major depressive episode with or without substance use disorder. *Curr Neuropharmacol*. 2021;19(12):2296-2307.
78. Thom R, Silbersweig DA, Boland RJ. Major Depressive Disorder in Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options. *Psychosom Med*. 2019;81(3):246-255.
79. Roy-Byrne P. Treatment-refractory anxiety; definition, risk factors, and treatment challenges. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(2):191-206.
80. Giacobbe P, Flint A. Diagnosis and management of anxiety disorders. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2018;24(3):893-919.
81. Cohen SD, Cukor D, Kimmel PL. Anxiety in patients treated with hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016 Dec 7;11(12):2250-2255.
82. Haller H, Breilmann P, Schröter M, Dobos G, Cramer H. A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders. *Sci Rep*. 2021;11(1):20385.
83. Kupfer DJ. Anxiety and DSM-5. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep;17(3):245-6.
84. Wolgensinger L. Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep;17(3):347-51.
85. Gustavson K, Knudsen AK, Nesvåg R, Knudsen GP, Vollset SE, Reichborn-Kjennerud T. Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):65.
86. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int*. 2018 Sep 14;155(37):611-620.

87. Kim J, Gorman J. The psychobiology of anxiety. *Clinical Neuroscience Research*. 2005;4(5-6):335-347.
88. Dolan RJ, Fletcher P, Morris J, Kapur N, Deakin JF, Frith CD. Neural activation during covert processing of positive emotional facial expressions. *Neuroimage*. 1996 Dec;4(3 Pt 1):194-200.
89. Silove D, Alonso J, Bromet E, Gruber M, Sampson N, Scott K, Andrade L, Benjet C, et al. Pediatric-onset and adult-onset separation anxiety disorder across countries in the world mental health survey. *Am J Psychiatry*. 2015;172(7):647-56.
90. Baldwin DS, Gordon R, Abelli M, Pini S. The separation of adult separation anxiety disorder. *CNS Spectr*. 2016;21(4):289-94.
91. Muris P, Ollendick TH. Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2021 Jun;24(2):294-325.
92. Oerbeck B, Overgaard KR, Stein MB, Pripp AH, Kristensen H. Treatment of selective mutism: A 5-year follow-up study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Aug;27(8):997-1009.
93. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005;(62): 617-627.
94. Horenstein A, Morrison AS, Goldin P, Ten Brink M, Gross JJ, Heimberg RG. Sleep quality and treatment of social anxiety disorder. *Anxiety Stress Coping*. 2019 Jul;32(4):387-398.
95. Bighelli I, Castellazzi M, Cipriani A, Girlanda F, Guaiana G, Koesters M, Turrini G, Furukawa TA, Barbui C. Antidepressants versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;4(4):CD010676.
96. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(4):415-24.
97. Coelho, CM ve Purkis, H. (2009). Spesifik Fobilerin Kökenleri: Etkili Teoriler ve Güncel Perspektifler. *Genel Psikolojinin Gözden Geçirilmesi* , 13 (4), 335–348.
98. Eaton WW, Bienvenu OJ, Miloyan B. Specific phobias. *Lancet Psychiatry*. 2018 Aug;5(8):678-686.
99. Wardenaar KJ, Lim CCW, Al-Hamzawi AO, Alonso J, Andrade LH, Benjet C, Bunting B, de Girolamo G, et al. The cross-national epidemiology of specific phobia in the world mental health surveys. *Psychol Med*. 2017;47(10):1744-1760.
100. DeMartini J, Patel G, Fancher TL. Generalized anxiety disorder. *Ann Intern Med*. 2019 Apr 2;170(7):ITC49-ITC64.

101. Strawn JR, Geraciotti L, Rajdev N, Clemenza K, Levine A. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. *Expert Opin Pharmacother*. 2018;19(10):1057-1070.
102. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. 2011;45(8):1027-35.
103. Caniglia EC, Khan M, Ban K, Braithwaite RS. Integrating screening and treatment of unhealthy alcohol use and depression with screening and treatment of anxiety, pain, and other substance use among people with hiv and other high-risk persons. *AIDS Behav*. 2021;25(Suppl 3):339-346.
104. Raines AM, Ennis CR, Allan NP, McGrew SJ, Walton JL, Rogers AH, Zvolensky MJ, Schmidt NB, Laurel Franklin C. Anxiety sensitivity and substance use: Differential levels across individuals primarily using opioids, cannabis, or stimulants. *Addict Behav*. 2021 May;116:106791.
105. Lu S, Wei F, Li G. The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*. 2021; 26;5(6):76-85.
106. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: A review. *EXCLI J*. 2017;21;16:1057-1072.
107. Ray A, Gulati K, Rai N. Stress, anxiety, and immunomodulation: *Vitam Horm*. 2017;(103):1-25.
108. Kim Y, Carver CS., Shaffer KM, Gansler T, Cannady RS. Cancer caregiving predicts physical impairments: Roles of earlier caregiving stress and being a spousal caregiver. *Cancer*, 2015;121:302-310.
109. Llanque S, Savage L, Rosenburg N, Caserta M. Concept analysis: alzheimer's caregiver stress. *Nurs Forum*. 2016;51(1):21-31.
110. Penkunas J, Chan AW, Wong CH, Korne DFD, Tan SM, Wong SF, et al. The role of a multicomponent home-health intervention in reducing caregiver stress in singapore: A Qualitative Study, *The Journals Of Gerontology*: 2018;73(2):314–325.
111. Tanco K, Prado B, Qian Y, Park M, Liu D, Guzman-Gutierrez D, Bruera E. A comparison of caregiver burden of patients with advanced cancer in different palliative cancer care settings. *J Palliat Med*. 2021;24(12):1766-1775.
112. Kim Y, Carver CS. Unmet needs of family cancer caregivers predict quality of life in long-term cancer survivorship. *J Cancer Surviv*. 2019 Oct;13(5):749-758.
113. Tan SY, Yip A. Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory. *Singapore Med J*. 2018;59(4):170-171.
114. Elsenbruch S, Enck P. The stress concept in gastroenterology: from Selye to today. *F1000Res*. 2017 Dec 19;6:2149.
115. Buckner SL, Mouser JG, Dankel SJ, Jessee MB, Mattocks KT, Loenneke JP. The general adaptation syndrome: potential misapplications to resistance exercise. *J Sci Med Sport*. 2017 Nov;20(11):1015-1017.

116. Mohammadpour A, Sadeghmoghadam L, Shareinia H, Jahani S, Amiri F. Investigating the role of perception of aging and associated factors in death anxiety among the elderly. *Clin Interv Aging*. 2018;13:405-410.
117. Li L, Lv J, Zhang L, Song Y, Zhou Y, Liu J. Association between attitude towards death and spiritual care competence of Chinese oncology nurses: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2021 Sep 29;20(1):150.
118. Neimeyer RA. *Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application*. New York:Taylor & Francis; 2016.
119. Cybulska AM, Żołnowska MA, Schneider-Matyka D, Nowak M, Starczewska M, Grochans S, Cymbaluk-Płoska A. Analysis of nurses' attitudes toward patient death. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 12;19(20):13119.
120. Lehto RH, Stein KF. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Res Theory Nurs Pract*. 2009;23(1):23-41.
121. Zawisłak, A. Postawy pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne Nurs. Public Health*, 2016;(6), 197-203.
122. Brudek P, Sękowski M, Steuden S. Polish adaptation of the death attitude profile-revised. *Omega (Westport)*. 2020;81(1):18-36.
123. Wong PT, Reker GT, Gesser G. (1994). Death attitude profile-revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, 121, 121-148.
124. Işık EA. Ölümüne karşı tutum ölçeği' nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2008.
125. Arıkan R. Anket yöntemi üzerinde bir değerlendirme . *Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018;1(1):97-159.
126. Ayraller A, Akturan S, Kumlu G. Onkolojik palyatif bakım servisinde yatan hastaların bakımını üstlenen bireylerin algılanan stres düzeylerinin ve strese etki eden faktörlerin belirlenmesi: Kesitsel bir çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi* 2020;12(2): 227-235.
127. Govina O, Vlachou E, Kalemikerakis I, Papageorgiou D, Kavga A, Konstantinidis T. Factors associated with anxiety and depression among family caregivers of patients undergoing palliative radiotherapy. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019 ;6(3):283-291.
128. Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fosså SD. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncol*. 2005 ;16(7):1185-91.
129. Özdemir F. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi, [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Medipol Üniversitesi; 2016.
130. Duran S, Kaynak S, Karadas A. Depression, anxiety and stress levels in caregivers of palliative patients: A descriptive, cross-sectional study. *Fam Pract Palliat Care*. 2019;4(3):120-125.

131. Arkin S. Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerde anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi, [Tıpta uzmanlık tezi]. İzmir: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2017.
132. Atila, N. Sol ventrikül destek cihazlı hastaya bakım verenlerin depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları, [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2020.
133. Karakaya C, Işıkhani V. Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2020; 31(4): 1437-58.
134. Bıçak Ayık D, Şentürk S. The effects of care-giving upon family members of individuals who are treated in the palliative care unit: A phenomenological approach. *Int. J. of Health Serv. Res. and Policy*, 2020;5(3):215-228.
135. Ay S, Ünübol H, Ezer S, Omay O, Hızlı Sayar G. Yaşlı hastalara bakım verenlerin bakım verme yükleri ve başa çıkma biçimleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Fam Pract Palliat Care*. 2017;2(3):38-44.
136. Büyükbayram Z. Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler, [Yüksek lisans tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2014.
137. Penning MJ, Wu Z. Caregiver stress and mental health: impact of caregiving relationship and gender. *Gerontologist*. 2016 Dec;56(6):1102-1113.
138. Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. Effects of the caregiver burden perceived by caregivers of patients with neurological disorders on caregiver wellbeing and caregiver stress. *Perspect Psychiatr Care*. 2019 Oct;55(4):697-702.
139. Ullrich A, Ascherfeld L, Marx G, Bokemeyer C, Bergelt C, Oechsle K. Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliat Care*. 2017;16(1):31.
140. Amankwaa, B. Informal caregiver stress. *ABNF journal*, 2017;28(4), 92-95.
141. Loureiro LM J. Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Rev Enf Ref [Internet]*. 2010 [cited 2014 Jun 10]; 3(1):101-8.
142. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *CBU-SBED*, 2015;2(2):41-46.
143. Bilge A, Embel N, Kaya FG. Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing* 2013;4(3):119-124.
144. Jansen J, Schulz-Quach C, Eisenbeck N, Carreno DF, Schmitz A, Fountain R, Franz M, Schäfer R, Wong PTP, Fetz K. German version of the Death Attitudes Profile- Revised (DAP-GR) - translation and validation of a multidimensional measurement of attitudes towards death. *BMC Psychol*. 2019;7(1):61.

145. Martz E. Death anxiety as a predictor of posttraumatic stress levels among individuals with spinal cord injuries. *Death Studies*, 2004;28, 1–17.
146. Menzies RE, Sharpe L, & Dar-Nimrod I. The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. *British Journal of Clinical Psychology*, 2019; 58(4), 452–467.
147. Özer Z, Yıldırım D, Pınar Bölüktaş R. Hemşirelik öğrencilerinin ölüme karşı tutumları. *Journal of Economics and Social Research* ISSN: 2148-1407. 2015;2(4).
148. Cruzado JA, Ibáñez Del Prado C, Carrascosa Pujalte E, Wong PTP, Eisenbeck N, Carreno DF. Spanish version of the death attitude profile-revised. translation and validation into spanish. *Omega (Westport)*. 2022:302228221092860.
149. Duran S, Polat S. nurses' attitudes towards death and its relationship with anxiety levels. *Omega (Westport)*. 2022:302228211065963.
150. Dobrowolska B, Mazur E, Pilewska-Kozak A, Dońka K, Kosicka B, Palese A. Predicted difficulties, educational needs, and interest in working in end of life care among nursing and medical students. *Nurse Education Today*, 2019;83, 104194.

EKLER

Ek 1. Hasta Yakını için Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız ?.....
2. Cinsiyetiniz nedir? 1.()Kadın 2.()Erkek
3. Hastaya Yakınlık Dereceniz? 1. () Çocuğu 2. () Eşi 3.() Kardeşi 4.()Anne 5.() Baba 6.() Diğer
4. Medeni durumunuz? 1. () Evli 2.() Bekar
5. Eğitim Durumunuz? 1.() Okuryazar Değil 2.() Okur yazar 3. () İlköğretim
4. () Ortaöğretim 5.() Lise 6.() Üniversite ve üzeri
6. Mesleğiniz? 1. () Çalışıyor 2. () Çalışmıyor
7. Sosyal güvenceniz? 1.() Var 2.() Yok
8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 1. () İyi 2.() Orta 3.() Kötü
9. Çocuğunuz var mı ? 1.() Evet 2.() Hayır
10. Hasta ile birlikte mi yaşıyorsunuz ? 1.() Evet 2. Hayır ()
11. Psikiyatrik hastalığınız var mı ? 1.() Evet 2.() Hayır
12. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? 1.() Var (Adı)..... 2.()Yok
13. Bakım verirken destek aldığınız kişiler var mı ? 1.() Evet 2.() Hayır
14. Ne kadar süredir bakım veriyorsunuz ?.....
15. Hastanın bakım yükü günlük ne kadar vaktinizi alıyor? 1) Vaktimi almıyor ()
2) 0-3 saat () 3) 3-6 saat () 4) 7-12 saat () 5) 13 saat ve üzeri ()
16. 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 ()
17. Sürekli siz mi bakım veriyorsunuz ? 1.() Evet 2.() Hayır

18. Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde destek ihtiyacı nedir? 1.() Sürekli bakım desteği ihtiyacı var 2.() Yardımla bakım ihtiyacı karşılanıyor

3.() Bakım desteği ihtiyacı yok

19. Hastanın tanısı?

20. Hastanızın gelir durumunu nasıl değerlendirirsiniz? 1. () İyi 2.() Orta 3.() Kötü

21. Hastanızın bakımı için ne kadar ek maliyet gerekiyor mu?

1. () Hayır 2. () Biraz 3. () Orta 4. () Çok

22. Normalde nerede ikamet ediyorsunuz?

1. () Isparta merkezde 2. ()Isparta'nın ilçesinde 3. ()Isparta'ya komşu ilde

4. () Isparta'ya uzak bir şehirde

Ek 2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS 42)

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1 S	Oldukça önemsiz şeyler için üzülmediğimi farkettilim	0	1	2	3
2 A	Ağızımda kuruluk olduğunu farkettilim	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşamadığımı farkettilim	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>)	0	1	2	3
5 D	Hiçbir şey yapamaz oldum	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
7 A	Bir sarsaklık duygusu vardı (<i>sanki bacaklarım beni taşıyamayacakmış gibi</i>)	0	1	2	3
8 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
9 A	Kendimi, beni çok tedirgin ettiğii için sona erdiğinde çok rahatladığım durumların içinde buldum	0	1	2	3
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11 S	Keyfimin pek kolay kaçırılabilmediğii hissine kapıldım	0	1	2	3
12 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettilim	0	1	2	3
13 D	Kendimi üzgün ve depressif hissettilim	0	1	2	3
14 S	Herhangi bir şekilde geciktirildiğimde (<i>asansörde, trafik ışıklarında, bekletildiğimde</i>) sabırsızlandığımı hissettilim	0	1	2	3
15 A	Baygınlık hissine kapıldım	0	1	2	3
16 D	Neredeyse herşeye karşı olan ilgimi kaybettiğimi hissettilim	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettilim	0	1	2	3
18 S	Alınan olduğumu hissettilim	0	1	2	3
19 A	Fizik egzersiz veya aşırı sıcak hava olmasa bile belirgin biçimde terlediğimi gözledim (<i>örneğin ellerim terliyordu</i>)	0	1	2	3
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettilim	0	1	2	3
21 D	Hayatın değersiz olduğumu hissettilim	0	1	2	3
22 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
23 A	Yutma güçlüğü çektim	0	1	2	3
24 D	Yaptığım işlerden zevk almadığımı farkettilim	0	1	2	3
25 A	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettilim (<i>kalp atışlarının hızlandığımı veya düzensizleştiğini hissettilim</i>)	0	1	2	3
26 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettilim	0	1	2	3
27 S	Kolay sınırlendirilebildiğimi farkettilim	0	1	2	3
28 A	Panik haline yakın olduğumu hissettilim	0	1	2	3
29 S	Bir şey canımı sıkıtığında kolay sakinleşemediğimi farkettilim	0	1	2	3
30 A	Önemsiz fakat alışkın olmadığım bir işin altından kalkamayacağım korkusuna kapıldım	0	1	2	3
31 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
32 S	Birşey yaparken ikide bir rahatsız edilmeyi hoş göremediğimi farkettilim.	0	1	2	3
33 S	Sinirlerimin gergin olduğumu hissettilim	0	1	2	3
34 D	Oldukça değersiz olduğumu hissettilim	0	1	2	3
35 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
36 A	Dehşete düştüğümü hissettilim	0	1	2	3
37 D	Gelecekte ümit veren birşey göremedim	0	1	2	3
38 D	Hayatın anlamsız olduğii hissine kapıldım	0	1	2	3
39 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettilim	0	1	2	3
40 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
41 A	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
42 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3

A= ANKSİYETE

D= DEPRESYON

S= STRES

PUANTAJ TABLOSU

	Depresyon	Anksiyete	Stres
NORMAL	0-9	0-7	0-14
HAFİF	10-13	8-9	15-18
ORTA	14-20	10-14	19-25
İLERİ	21-27	15-19	26-33
ÇOK İLERİ	28+	20+	34+



Ek 3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtlandırmanız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derece katılmıyorum	Kararsızım	Orta derece katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.							
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.							
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım.							
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.							
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımın bitmesini sağlayacak.							
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.							
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.							
8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.							
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.							
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.							
11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.							
12. Ölümü hiçbir zaman düşünmemeye çalışırım.							
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.							
14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.							
15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.							
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.							
17. Ölümünden ne korkarım, ne de ölümün gelmesini isterim.							
18. Yoğun bir ölüm korkum var.							
19. Ölüm hakkındaki her şeyi düşünmekten kaçınırım.							
20. Ölümünden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.							

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtladığınız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derece katılmıyorum	Kararsızım	Orta derece katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.							
22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.							
23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.							
24. Ölüm, yaşamın sadece bir parçasıdır.							
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.							
26. Ölüm konusu ile ilgili hiçbir şey yapmamaya çalışırım.							
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.							
28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.							
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.							
30. Ölüm ne iyi, ne de kötüdür.							
31. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.							
32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.							

Ek 4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS 42) İzin İsteği

DASS-42 Ölçek İzni



NAZAN GÖNÜL BİLGEL
11.09.2021 (Cmt), 13:34
SERİFE SACİDE ÖZ_2030353212

Tümünü yanıtla



İlgilik 1.doc
80 KB

İndir

DASS42 ölçeği Lovibond&Lovibond tarafından geliştirilmiştir. Orijinali İngilizcedir. Ölçeği geliştirenler, serbest kullanımı öngörmüşlerdir. Dolayısıyla DASS-42 ölçeğinin Türkçe uyarlamasını serbestçe kullanabilirsiniz.

D ile belirtilen maddeler (14 adet) depresyonu, A ile belirtilenler (14 adet) Anksiyeteyi, S ile belirtilenler (14 adet)Stresi göstermektedir. Bu sorulara verilen cevaplara karşılık gelen puanlar ölçekte gösterilmiştir. Depresyon, anksiyete ve stres puanları kendi içlerinde ayrı ayrı toplanarak, toplam depresyon, toplam anksiyete ve toplam stres puanı bulunacak ve tabloda belirtildiği şekilde değerlendirilecektir.

Umarım açıklamalarım yararlı olmuştur.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Nazan Bilgel

iPad'inden gönderildi

SERİFE SACİDE ÖZ_2030353212

şunları yazdı (10 Eyl 2021 08:29):

Sayın BİLGEL,

Ben Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Palyatif Bakım Servisinde yatan hastaların yakınlarının depresyon, anksiyete ve stres durumlarının ölçülmesine yönelik çalışma yapmayı planlamaktayım. Yapacağım çalışmada tarafınızdan geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan 'Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeğinin (DASS-42)' Türkçe versiyonu ölçeğini eğer izniniz olursa kullanmak istiyorum.

İlginiz için şimdiden teşekkür ediyor ve saygılarımı sunuyorum.

Ek 5. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul Kararları

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri
Etik Kurul Kararları

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
10.11.2021	53	4

4- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Şerife Sacide ÖZ tarafından yürütülen "Palyatif Bakım Servisindeki Hasta Yakınlarının Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumlarının Ölümüne Karşı Tutumlarına Etkisi" başlıklı bilimsel çalışma hk.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Şerife Sacide ÖZ tarafından yürütülen "Palyatif Bakım Servisindeki Hasta Yakınlarının Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumlarının Ölümüne Karşı Tutumlarına Etkisi" başlıklı bilimsel çalışmanın kapsam ve uygulama açısından etik ilkelere ve insan haklarına uygun olduğuna,

Mevcutdur oybirliği ile karar verildi.

Prof.Dr. Mehmet SALTAN
Başkan

Prof.Dr.M.Cem KOÇKAR
Başkan Yard.

Prof.Dr.M.Ökan ÖZKAYA
Üye

Prof.Dr.Mehmet ŞAHİN
Üye

Prof.Dr.F. Yeşim KIRZIOĞLU
Üye

Prof.Dr.Şenol GÜLMEZ
Üye

Prof.Dr.Zelila BAŞKURT
Üye

10.11.2021
Zühal BARDAK
Raporör

Ek 6. T.C. Isparta Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : E-16657963-799
Konu : Şerife Sacide Öz'ün Bilimsel Anket Çalışması Hk.

ISPARTA ŞEHİR HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI'NE

İlgi : 09/12/2021 tarihli ve 52416961-799-E-52416961-799-72 sayılı yazı.

Hemşire Şerife Sacide ÖZ'ün "Palyatif Bakım Servisindeki Hasta Yakınlarının Depresyon ,Anksiyete ve Stres Durumlarının Ölüm Karşı Tutumlarına Etkisi" konulu bilimsel anket çalışmasını uygulama talebi; kimlik ve kişisel bilgilerinin kullanılmaması, yapılan çalışma sonuçlarının çalışma amacı dışında paylaşılmaması, bakanlığımızın izni olmadan herhangi bir yerde yayımlanmaması, ayrıca araştırma yapılacak bölümlerin kurallarına riayet edilmesi kaydı ile uygun görülmüş olup, Gereğini rica ederim.

Dr.Mehmet KARAKAYA
İl Sağlık Müdürü

Bu belge, görevli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 23317a1f-7aed-4396-bc06-4bc2043bc236

Telefon: Faks No:

Bilgi için: Eylem İsmet ALYÖRÜK
HEMŞİRE



Ek 7. Isparta Şehir Hastanesi Araştırma Ön İzin Belgesi

ISPARTA ŞEHİR HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad : Serpil Başak ÖZ
Tarih : 24.12.2021
Çep Tel. :
İmza :

Araştırmanın Adı:	Poligüf Bakım Servisinde Hasta Yakınlarının Depresyon Belirtilerine ve İyileşim Durumlarının Bilimsel Araştırılması, Etkeliliği
Amacı:	Araştırmanın poligüf bakım servisinde, gelecek yılın başlarında, belirli süreli ve sürekli nitelikte, diğer varlığı belirtilen ve yakınlarından oluşan bireylerin ve ileri kontrol edilebilirliği ile ilgili olarak gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, poligüf bakım servisinde bulunan hasta yakınlarının iyileşim süreciyle ilgili olarak, depresyon, anksiyete ve diğer psikolojik durumların değerlendirilmesi için araştırmaların yapılması amaçlanmaktadır.
Yöntemi:	Çalışma Bilgi Formu: Bakan ve diğerleri ilgili konularla ilgili ve hasta bakım süreci, destekli sosyal işlemlerle ilgili olarak Depresyon Belirtilerine İlişkin Ölçek (DAS-12) kullanılarak ve Lantana (2007) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de uygulanmış Bilgi ve Depresyon (2010) tarafından uygulanmıştır. D-12 ölçeğinde L2 maddeleri uygulanmıştır. Bilimsel Araştırma Servisi: Uzun süreli, kompulsif (2008) poligüf bakım servisinde (2008) Türkiye'de uygulanmıştır. 22 maddede uygulanmıştır.
Uygulanacağı Yerler:	Isparta Şehir Hastanesi Poligüf Bakım Servisi
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/ Kuruluş Adı:	Yok.
Başlama Tarihi ve Süresi:	Aralık 2021 - Nisan 2022
Tez Çalışması İse Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Doc. Dr. Esin ÇETİNKAYA USLUSOY

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü**

İmza

24.12.2021

Hastane Başhekimisi

İmza

ISPARTA ŞEHİR HASTANESİ
Uzm. Dr. Yavuz YÜCEK
Baştabip Yardımcısı

**Sadece bilimsel araştırma için Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürüne onaylanması gereklidir.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı ve Soyadı : Şerife Sacide ÖZKÖYLÜ

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi : Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Yabancı Dil(ler) ve Düzeyi

1. İngilizce – (Orta Düzey)

İş Denevimi

1. Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Ünitesi (2014-2014)
2. Isparta Devlet Hastanesi, Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi (2014-2017)
3. Isparta Şehir Hastanesi, Palyatif Bakım Servisi (2017- Halen)

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar

1. Uslusoy Çetinkaya E, Öz ŞS. Hemşirelerin Basınç Ülseri Önleme ile İlgili Bilgi Düzeyleri. 3. Ulusal Sağlık Hizmetleri Sempozyumu. 19-20 Kasım 2021, Türkiye. (Sözel Bildiri)