



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARA BAKIM
VEREN HASTA YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Gülçin EKİCİ KOCAKAFA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

İSTANBUL-2019

I. TEZ ONAYI

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Gülçin EKİCİ
Tez Başlığı : Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sınav Tarihi : 1.07.2019

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

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Kurumu

Marmara Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Dr. Öğr. Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK

Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Cemile SAVCI

Medeniyet Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...2.4.2019 tarih ve 81. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.

Prof. Dr.
Ayşen GABRİLİ KELEŞ

II. BEYAN

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

GÜLÇİN EKİCİ KOCAKFA

III. TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının oluşumunda yardımlarını, hoşgörüsünü, sabrını ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübeleriyle destekleyen, çalışmamı vizyonu ve bilimsel temellerle aydınlatan, birlikte çalışmaktan onur duyduğum saygıdeğer hocam Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı **Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR'a**,

Yüksek lisans eğitimimde hemşirelik mesleğine profesyonel yaklaşmamı sağlayan, bilgi ve tecrübesini benden esirgemeyen değerli hocam **Yrd. Doç. Dr. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK'a**,

Eğitim sürecim içerisinde mesleğim adına bana kazandırdıklarından dolayı **Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Değerli Hocaları'na**,

Verilerin toplanması, istatistiksel analizlerin yapılması ve çalışma süresince hep yanımda olan, anlayışı ve sevgisiyle desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim **Taner KOCAKAFa'ya**,

Varlığıyla hayatıma anlam katan, sınırsız sevgi ve sabrıyla vizyonumu her daim artıran canım annem **Gülbeste EKİCİ'ye**,

Zor ve uykusuz günlerimde beni motive eden, fikirleriyle hayatıma bakış açısı kazandıran canım babam **Mustafa EKİCİ'ye**,

Desteklerini ve sevgilerini her zaman gösteren değerli babam **Muharrem KOCAKAFa** ve annem **Nafiye KOCAKAFa'ya**,

Bir bakışıyla gücüme güç katan, en zor anlarımda sevgisiyle ve cesaretiyle umudumu yeşerten, yaşama sevincim biricik kızım **Derin KOCAKAFa'ya**,

Araştırmamı yaptığım İstanbul Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi, İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi, İstanbul Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi, İstanbul Silivri Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Üniteleri'nde görev yapan **değerli meslektaşlarıma**, içtenlikle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

GÜLÇİN EKİCİ KOCAKAFa

IV. İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Palyatif Bakımın Tanımı	5
4.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi ve Felsefesi	6
4.3. Palyatif Bakımın Amacı	7
4.4. Palyatif Bakımın Hizmet Verdiği Hastalar	7
4.5. Palyatif Bakımı Gerektiren Durumlar	8
4.6. Türkiye’de Palyatif Bakım	9
4.7. Dünya’da Palyatif Bakım	11
4.8. Palyatif Bakımda Hasta Bakımının Yönetimi	12
4.8.1. Palyatif Bakım Hizmeti Kimler Tarafından Verilir?	12
4.8.2. Palyatif Bakımda Hastaya Yaklaşım	14
4.8.3. Palyatif Bakımda Semptomlar	15
4.9. Palyatif Bakımda Etik	17
4.9.1. Palyatif Bakım Etiğinde Hasta ve Hasta Yakını	18
4.10. Bakım Verme İle İlgili Kavramlar	19
4.10.1. Bakım Verme Yüğü ve Etkileyen Faktörler	19
4.11. Palyatif Bakım Ünitelerinde Bakım Yüğü	20

5. GEREÇ VE YÖNTEM	22
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	22
5.2. Araştırmanın Soruları	22
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	23
5.6. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	23
5.7. Araştırma Değişkenleri	23
5.8. Veri Toplama Araçları	23
5.9. Verilerin Toplanması	24
5.10. Verilerin Değerlendirilmesi	25
5.11. Araştırmanın Etik Yönü	25
5.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
6. BULGULAR	26
6.1. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya Bakım Veren Bireyin Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi	27
6.2. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya İlişkin Sosyo-demografik Özelliklerin İncelenmesi	30
6.3. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya Bakım Veren Bireyin Bakım Verme Yüğü Ölçek Puanı	31
6.4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya Bakım Veren Bireyin Sosyo-demografik Özellikleri İle İlişkisi	32

6.5. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Palyatif Bakım Ünitesinde	
Yatan Hasta Bireyin Sosyo-demografik Özellikleri İle İlişkisi	36
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	38
7.1. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya Bakım Veren	
Bireyin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tartışılması	38
7.2. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya İlişkin	
Sosyo-demografik Özelliklerin Tartışılması	41
7.3. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya Bakım Veren	
Bireyin Bakım Verme Yüğü Ölçek Puanının Tartışılması	42
7.4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden Alınan Puanların Palyatif	
Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya Bakım Veren Bireyin	
Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tartışılması	43
7.5. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Palyatif Bakım Ünitesinde	
Yatan Hasta Bireyin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tartışılması	45
7.6. Sonuç ve Öneriler	46
8. KAYNAKLAR	48
9. EKLER	55
10. ÖZGEÇMİŞ	67

V. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Ölçeğe Ait Güvenirlilik Analizi Sonuçları	24
Tablo 2: Ölçeğin Bu Çalışmaya Ait Güvenirlilik Analizi Sonuçları	24
Tablo 3: Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N:100)	27
Tablo 4: Bakım Verenlerin Diğer Özelliklerine Göre Dağılımı (N=100)	28
Tablo 5: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N:100)	30
Tablo 6. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçek Puan Tablosu	31
Tablo 7: Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği İle İlişkisi (N:100)	32
Tablo 8: Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği İle İlişkisi Devamı (N:100)	33
Tablo 9: Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği İle İlişkisi Devamı (N:100)	34
Tablo 10: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği İle İlişkisi (N:100)	36

VI. SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

KETEM Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi



VII. ŐEKİLLER

Şekil 1. PALYA-TÜRK Projesi Organizasyon Şeması

9



1. ÖZET

Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi

Öğrencinin Adı: Gülçin EKİCİ KOCAKAFA

Danışmanı: Prof.Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Anabilim Dalı: Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışma, palyatif bakım ünitesinde yatan hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yüklerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır. Verilerin toplanmasında bakım veren birey ve hastaya ilişkin bilgi formu ve “Bakım Verme Yüğü Ölçeğı” (Burden Interview) kullanıldı. Araştırmanın evrenini Çekmece Kamu Hastaneleri Birliğı Genel Sekreterliğıne bağılı palyatif bakım ünitesi bulunan sağıık tesisleri; örneklemini ise, Ocak 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında bu ünitelerde yatan ve araştıma kriterlerini karşılayan 100 hasta yakını oluşturdu.

Veriler; ortalama, yüzdelik, standart sapma ilişkili ve ilişkisiz ölçümlerde ortalama puanların karşılaştırılmasında t-testi, iki sayısal değıışken arasındaki ilişkinin incelenmesinde korelasyon testi, ikiden fazla kategorik ile sonuçların ilişkisinin değıerlendirilmesinde tek yönlü ANOVA testi kullanılarak analiz edildi. Tüm sonuçlar $p<0.05$ için anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı’ne göre puan ortalaması 40.05 ± 14.03 (12–75) olarak bulundu. Hastaya bakım verme sürelerinin artması, sosyal güvencelerinin olmaması, hasta dışıında, evde bakımına ihtiyaç duyan kişı sayısının artması ile bakım verme sürecinde aile içi dinamiklerinin olumsuz etkilenmesi, hastanın kilosu artması durumlarının bakım verme yüğü ölçek puanının arttırdığı belirlendi.

Sonuç: Bu konuda palyatif bakım ekibinin bakım veren aile bireylerinin problemleri için çözümlere desteğı sunabilirler.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, hasta yakını, bakım yüğü, bağımlı hasta, bakım.

2. SUMMARY

Determination of the Caregiving Burden of Family Members Caring for the Inpatients in Palliative Care Unit

Student: Gülçin EKİCİ KOCAKAFA

Advisor: Prof.Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Department: Department of Principles of Nursing

Objective: The aim of this study was to determine the relationship between the socio-demographic characteristics of caregivers and their burden of care.

Material and Method: The research was carried out with the relatives of 100 patients who were hospitalized between January 2017 and January 2018 in health facilities with palliative care unit affiliated to Union of Istanbul Çekmece Public Hospitals.

Data were collected using a questionnaire about the caregiver and the patient and the Burden Interview, which was adapted to Turkish by İnci and Erdem in 2006.

Data were analyzed electronically; independent t-test was used to compare the mean scores in the mean, percentage, standard deviation-related and unrelated measurements, correlation test was used to examine the relationship between two numerical variables, and one-way ANOVA test was used to evaluate the relationship between more than two categorical variables and results. All results were considered significant for $p < 0,05$.

Results: The mean score of the caregivers included in the study was 40.05 ± 14.03 (12–75) according to the Burden Interview. Increased duration of patient care, lack of social security, increased number of people in need of home care outside the patient, negative effects of family dynamics during the caregiving process, increased weight of patient resulted in an increase in Burden Interview Score.

Conclusion: In this regard, the palliative care team can provide solution support to the caregiving family members for their problems.

Key words: nursing, family caregivers, burden, dependent patient, care.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında palyatif bakımı “Yaşamı tehlikeye atan hastalıklarla birlikte ortaya çıkan sorunlar yaşayan hasta ve ailesinin fiziksel, psiko-sosyal ve spiritüel problemlerinin erken evrede belirlenmesi, değerlendirilerek yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik bir yaklaşım” olarak tanımlamıştır. DSÖ 2018 yılında ise “yetişkin ve pediatrik hastaların hayatını tehdit eden hastalıkların varlığında, hasta ve ailesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak acı çekmelerinin önlenmesi ve azaltılması” tanımını da palyatif bakım tanımına dahil etmiştir (WHO 2018).

Kronikleşen ölümcül hastalığı olan kişiler yaşamlarının geri kalan zamanını iyi bir şekilde geçirmek konfor düzeylerini arttırmak amacıyla palyatif bakım ünitelerinde hizmet almaktadırlar. Palyatif bakım, hasta ve ailesini kapsayan bir hizmettir. Hasta ve ailesini, hastalığı ve seyrini kabullenmesinden yas evresine kadar uzanan süreçte ele almaktadır (Gültekin ve ark., 2010).

Palyatif bakım sürecinde, birey ve ailenin özerklikleri temel alınarak, açık ve farkındalıkla yaklaşılan bir bilgi ve deneyim aktarımının sağlanması palyatif bakımın temelinde yer almaktadır (Elçigil, 2012).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023 hedefleri doğrultusunda stratejiler geliştirmiştir ve bu stratejiler doğrultusunda palyatif bakım ünitelerinin yatak sayısı artmaya devam etmektedir (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 25 Mayıs 2018).

Palyatif bakım hastaları ailenin ya da bakım verenlerin yaşamını da etkilemektedir. Bakım verenlerin bu durumdan ne kadar etkilendiklerini belirlemek, hasta yakınlarının 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. Bakım yükünden kaynaklanan, bakım veren bireylerin üzerindeki olumsuz etkileri tanımlamak amacıyla bakım yükü kavramı ele alınmaktadır. Literatürde “yük” bakım verenin üstlendiği bakımdan kaynaklanan psikolojik sıkıntı, fiziksel bulgularla belirlenen sağlık problemleri, finansal problemler, sosyal problemler, aile içi dinamiklerin

bozulması gibi objektif ve subjektif yük kavramı olarak tanımlanmaktadır. Bakım veren bireylerin gereksinimlerinin erken dönemde tanımlanmaması, ihtiyaçlarının karşılanmaması, hastaların ve bakım verenlerin tedaviye uyumlanmasını olumsuz etkileyebilmektedir (Yıldız ve ark., 2016).

Bu kapsamda çalışmada, palyatif bakım ünitesinde yatan hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.



4.GENEL BİLGİLER

4.1. Palyatif Bakımın Tanımı

Palyatif kelimesi Latince’de “örtü” anlamına gelen “pallium” kelimesinden köken almaktadır (Sürmeli ve ark., 2016).

Palyatif sözcüğünün Türk Dil Kurumu sözlüğünde yer alan tanımı “Hastalık belirtilerini iyileştirmeksizin geçici olarak hafifleten veya ortadan kaldıran ilaç veya yöntemler” şeklindedir (<http://www.tdk.org.tr>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında palyatif bakımı “Yaşamı tehlikeye atan hastalıklarla birlikte ortaya çıkan sorunlar yaşayan hasta ve ailesinin fiziksel, psiko-sosyal ve spiritüel problemlerinin erken evrede belirlenmesi, değerlendirilerek yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik bir yaklaşım” olarak tanımlamıştır. DSÖ 2018 yılında ise “yetişkin ve pediatrik hastaların hayatını tehdit eden hastalıkların varlığında, hasta ve ailesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak acı çekmelerinin önlenmesi ve azaltılması” tanımını da palyatif bakım tanımına dahil etmiştir.

DSÖ’ye göre palyatif bakım;

- Erken tanılama, değerlendirme ve tedaviyi sağlar.
- Yaşam kalitesini artırarak hastalık seyrini olumlu yönde etkileyebilir.
- Hastalık boyunca hasta ve ailesinin yanında olur ve gerekirse hastanın ölümünden sonra yaslı aileye eşlik eder.
- Kasıtlı olarak ölümü hızlandırmaz. Hastanın iyi hal devamlılığı için gerekli olan her türlü tedaviyi sağlar.
- Birinci basamak tedavi hizmeti dahil olmak üzere tüm alanlarda ve evrelerde hasta ve hasta yakınlarına multidisipliner yaklaşımı sağlamaktadır. (WHO 2018).

Palyatif bakım hasta ve ailesine bütüncül yaklaşıp. Hastaya verilen hizmetler aynı zamanda hasta ve ailesini kapsamaktadır. Palyatif bakımda hastalığı kabullenme, bilgilendirme, ölüm ve yas ile başa çıkma gibi kavramlar önem oluşturmaktadır (Gültekin ve ark., 2010).

Palyatif bakımda, birey ve ailenin özerklikleri temel alınarak, açık ve farkındalıkla yaklaşılacak bir bilgi ve deneyim aktarımının sağlanması palyatif bakımın temelinde yer almaktadır (Elçigil, 2012).

4.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi ve Felsefesi

Geçmişte bugüne dini kuruluşlar yoksul ve kimsesi olmayan kişilere yaşam sonu dönemde bakım veren yerler olmuştur. Ölümü yaklaşan insanlara bakım veren bu kuruluşlar seferi ve hac seferini yapanlara yönelik olarak ortaya çıkmışlardır. Hospis kökenini “hospes” kelimesinden almaktadır ve anlamı gezgin evidir. İlk kez bakım evi kuranların 11. yüzyılda sağlık durumu kötüleşmiş ve iyileşmesi mümkün olmayanlar için bakım evi kuranlar olduğu tahmin edilmektedir. 14. yüzyılda “The Knights Hospital” gezginlere kalacak yer ve hastalığı son evrede olanlara bakım vermek üzere bir hospis merkezi olarak açılmıştır. Dini kurumlar 18. Ve 19. Yüzyıllarda da bakım vermeye devam etmişler, gezginlerin yanı sıra birden çok tanısı bulunan hastalara bakmışlardır. 1879’da İrlanda dini kurumu olan ‘The Irish Religious Sisters of Charity’ 1879’da Dublin’de ‘Our Lady’s Hospice’i açmıştır. Yaşam sonu bakımını tüberküloz ve kanserli hastalar için vermişlerdir. Adı geçen dini kurum başka ülkelerde de hospisler inşa etmiştir. Bu hospislerden biri olan ‘Saint Joseph’s Hospice’ Londra’da ilk modern hospis olmuştur. Bu hospisi kuran kişi Cicely Saunders’tir (Sürmeli ve ark., 2016).

Cicely Saunders 1967 yılında St. Christopher Hospice’i Londra’da açmıştır. Hastalığı ağır bir şekilde geçen hastalara yaşam sonu bakım vermek üzere palyatif bakım ve tedavi izlemi belirlenmiştir. Yoğun talep oluşmasından dolayı İngiltere’de ve diğer Avrupa ülkelerinde hizmet verilmesi palyatif bakımın gelişimi de hızlandırmıştır (Bağ B., 2012).

Palyatif bakımın felsefesi

- Ağır hastalığı olan bireylere kuruluşlarda bakım ve destek vermektir.
- Palyatif bakım, ölümü hayatın bir döngüsü olduğunu kabul etme görüşüyle hizmet verir.
- Ölümü, hasta ve ailesinin bir tecrübesi olarak ele alır ve bakım planlamasıyla huzurlu bir ölüme hazırlanmalarına destek olur.

- Yaşam kalitesinin yükseltilmesini önemseyerek, birey ve ailesine verilen bakımın fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönlerini göz önünde bulundurur (Turgay, 2010).

4.3. Palyatif Bakımın Amacı

Palyatif bakımda hayatın devamlılığı ve sonlanması doğal olarak kabul edilir. Ölüm hızlandırılmaz. Amaç ölüme geçişi kolaylaştırarak destek sağlanır. Ölüme giden süreçte hasta ve bakım verenlerini rehabilite etmeye odaklanılır. Hastanın kayıbdan sonra yas sürecini desteklemeye devam eder (Kabalak ve ark., 2013).

Palyatif bakımın temel amacı hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini, niteliğini artırmaktır. Hastalıkların ağır semptomlara odaklanarak psikososyal alanda destek vermektir (Rome ve ark., 2011).

4.4. Palyatif Bakımın Hizmet Verdiği Hastalar

Palyatif bakımın ivme kazanarak artmasının nedenlerinden biri yaşam riskini oluşturan hastalıklarla mücadelede tedavi ve bakım verilmesinin gerekliliğidir. Palyatif bakım sadece yaşamın son dönemdeki hastaların tedavisinin giderilmesini amaçlamamaktadır. Hastane dışında da hastalık ve yaşamın sonunu yaşayan bireylere vakit ayırarak, hastaya yönelik çalışmaktadır. Ayrıca hastanın bireysel sorunlarını, acılarını anlamayı amaç edinmiştir. Palyatif bakımda hasta bireye bütüncül yaklaşmak bireyin fiziksel şikayetlerini azaltmak için yapılan girişimlerin etkilendiğini psikolojik ve manevi açıdan da değerlendirmeyi mümkün kılabilir (Bağ, 2012).

Palyatif bakımda kanserin yanı sıra, Alzheimer ve diğer demans hastalıkları, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, siroz, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, diabetes mellitus, HIV/AIDS, böbrek yetmezliği; çoklu skleroz; Parkinson hastalığı, romatoid artrit, ilaca dirençli tüberküloz hastaları da palyatif bakım ünitelerinden hizmet almaktadır (<https://www.thewhpca.org>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2017).

4.5. Palyatif Bakımı Gerektiren Durumlar

ABD (Amerika Birleşik Devletleri)'de palyatif bakım hastanelerde konsültasyon isteminde göz önünde bulundurulmuş kriterler şunlardır:

Genel Kriterler

Ciddi hastalık ile birlikte aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının varlığı;

- Yaşamı sınırlayan yeni bir teşhiste semptomların kontrolü için hasta ve ailesine destek gerekmesi
- Günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde azalma
- Kilo kaybı
- İlerleyici metastatik kanser
- Uzun dönem bakım veren merkezlerden sağlık tesisine yatış
- Yatış sebebinin aynı hastalıktan olması kaydıyla son 3 ayda 3 veya daha fazla hastane yatışı
- Otokontrolü güç olan fiziksel ve psikolojik belirtiler
- Hasta/aile ve hekimde tedavi prognozunun belirlenmesi ile ilgili kararsızlık
- Hasta ve ailesinin prognoza etki etmeyecek istemlerinin olması
- DNR kararı verilmesinde belirsizlik veya tartışma
- İlerleyen hastalık varlığında veya ölümü yaklaşan hastaların beslenmesi/sıvı

alımı ile ilgili konularda kararsızlık

- Ciddi bir hastalığı olan ve yalnız yaşayan kişilerin sosyal desteğinde kısıtlılık
- Hasta ve ailesinin veya hekiminin hospis açısından uygunluk istemi
- Hasta veya ailesinde psikolojik veya manevi sıkıntı olması

Kanser Kriterleri

• Yapılan sistemik tedavilere rağmen lokal alanda ileri veya metastatik kanser seyri

• Kanser hastaları için kullanılmakta olan ölçeklerinde değerlendirme puanlarının Karnofsky <50 veya ECOG >3 olması

- Beyin metastazı, spinal kord baskılaması veya neoplastik menenjit
- Malign hiperkalsemi
- İlerleyen plevral/peritoneal veya perikardiyal efüzyon olması

Nörolojik Kriterler

- Folstein Mini Mental Score <20 olması
- Olası bir nörolojik durum için feeding tüp düşünülmesi
- Status epileptikus >24 saat olması
- Mekanik ventilasyon düşünülen motor nöron hastalığı veya diğer nörolojik

hastalıklar

- Herhangi tekrarlayan bir beyin tümörü
- Zayıf fonksiyonel durum veya demansla birlikte Parkinson hastalığı
- Zayıf fonksiyonel durum ve son altı ay içinde bir veya daha fazla enfeksiyon

sebebiyle hastaneye yatış yapılan ileri Alzheimer veya demans

- İki haftadan daha uzun süren koma veya Preserved Speech Variant (PSV)

Yoğun Bakım Kriterleri

- Bakımevinden bir veya daha fazla kronikleşmiş yaşam sınırlandıran ortamın kabulü
- Aynı hastanede yapılan yatışlarda iki veya daha fazla yoğun bakım kabuünün bulunması
- Ventilatörden ayrılmasının uzun sürmesi veya reentübasyon durumunun oluşması
- Çoklu organ yetmezliği
- Beklenen ölümle birlikte ventilatörden ayrılma kararının dikkate alınması
- Metastatik kanser
- Oksijen eksikliği kaynaklı ensefalopati
- Uzun süre ventilatöre bağlı olan hastanın transferinin yapılması
- Karar vermede ailede sıkıntı olması
- İki haftadan fazla süren koma veya PVS (<https://media.capc.org>, Erişim tarihi: 25 Mayıs2018).

4.6. Türkiye’de Palyatif Bakım

Türkiye’de artan kanser oranının artmasıyla birlikte hastaların palyatif bakıma olan ihtiyaçları artmıştır. Artan ihtiyaçla birlikte palyatif bakım ünitelerinin ihtiyacı karşılaması amacıyla ülkemizde çalışmalar hızlanmıştır (Uysal ve ark., 2015).

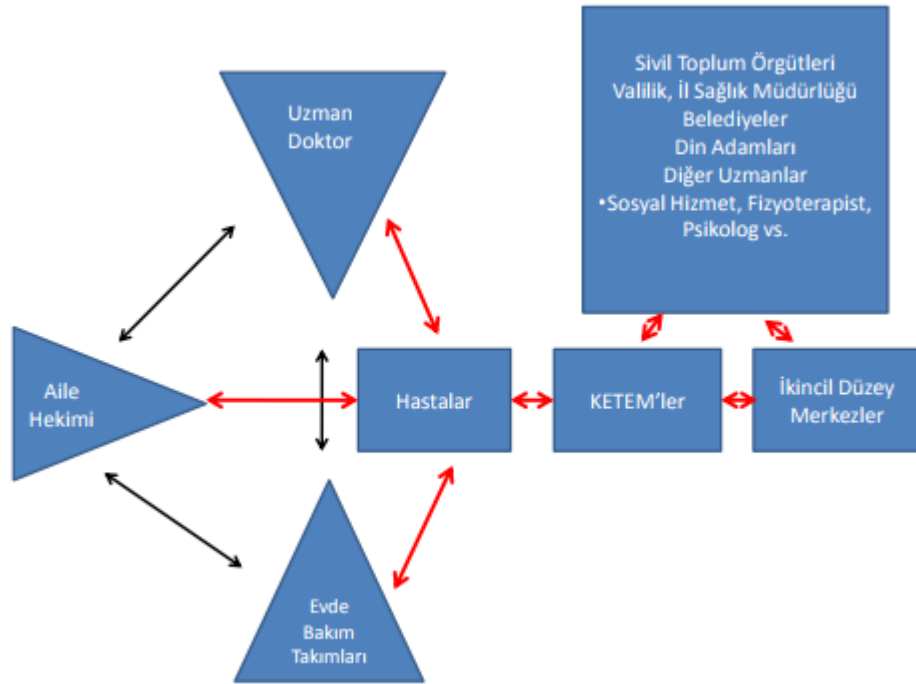
Palyatif bakım kişinin yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle palyatifin önemi sağlık çalışanlarınca kavranmış, verilen önem artmıştır. (Gültekin ve ark., 2010; Tanrıverdi ve Kömürcü, 2016)

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı kapsamında palyatif bakım organizasyon modeli geliştirilmesi için çalışmalar yapılmıştır (Demir, 2016).

Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığı tarafından 2010 yılında Palya-Türk projesi sunulmuştur. Bu projede iki temel amaç yer almaktadır.

- Opioid kullanımının artırılması,
- Toplum tabanlı palyatif bakım modelinin faaliyete geçirilmesidir.

Palya-Türk'te temel basamak aile hekimliği ile başlamaktadır. KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama Ve Eğitim Merkezi) ve sivil toplum kuruluşları ile desteklenen yapılanma olmakla birlikte, hemşire bakımını temel almaktadır. ülkemizin sosyo-kültürel yapısı ile uyum sağladığı belirtilmektedir (Gültekin ve ark., 2010).



Şekil 1: PALYA-TÜRK PROJESİ ORGANİZASYON ŞEMASI (Gültekin M ve ark., 2010).

Ülkemizde ve gelişmekte olan ülkelerde kanserin geç dönemde teşhisi, narkotik ilaçlara erişim zorluğu nedenleriyle birlikte ağrı prevalansı artmaktadır (Şenel ve ark., 2016).

Türkiye’de ağrı ve palyatif bakım ünitelerinin yeteri kadar olmamasından kaynaklı olarak ağrı yönetiminin istenilen seviyede yapılamaması ile sonuçlanmaktadır (Utku ve ark., 2017).

Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023 hedefleri doğrultusunda palyatif bakımın hizmetlerinin artırılması ve yayılması amacıyla tüm ihtiyaç sahiplerine ulaştırmayı hedeflenmektedir. Oluşturulan standartlar doğrultusunda pilot merkezler kurulması planlanmıştır.

Hedefler doğrultusunda multidisipliner yaklaşım ön planda tutularak hizmet veren ekip üyelerine “Palyatif Bakım Kursu” verilmesi planlanmıştır. Palyatif bakım organizasyon ve yönetimi ile ilgili uluslararası eğitimlere iştirak edileceği belirtilmiştir (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 25 Mayıs 2018).

4.7. Dünya’da Palyatif Bakım

Batı Avrupa, Kuzey Amerika ve Avusturalya/Yeni Zelanda’daki hastanelerde son 30 yıldaki palyatif bakım alanındaki yaklaşımlar sınırlıydı. Dünya çapında palyatif bakım ünitelerinde son 10-20 yıl içerisinde bir artış gözlenmektedir. Palyatif bakımın dünyadaki en son halini oluşturan Yaşamın Sonunda Palyatif Bakım Küresel Atlası 2011 yılında en az 3 milyon kişinin palyatif bakım gereksinimi olduğunu ortaya koymakta ve dünya çapında yaklaşık 16 bin hasta ve ailesi için bakımı verildiği yer almaktadır.

Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde palyatif bakım ihtiyaç oranı %80 olarak tespit edilmiştir. Gelişmiş ülkelerde palyatif bakım ihtiyacının karşılanması ile ilgili oran %80’dir. Gelişmemiş, gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkelerin palyatif bakım hizmetine ulaşılabilirliği ile ilgili oranlar dünya çapında kabul edilemez bir durumdur ve aradaki bu boşluğun kapatılması gerekmektedir.

DSÖ palyatif bakımı sağlık sistemi içerisinde tanımlamaktadır. Yaşamın Sonunda Palyatif Bakım Küresel Atlası dünyada sadece 20 ülkenin palyatif bakımı sağlık sistemi içerisine entegre ettiğini belirlemiştir. Halk sağlığı modeli ve mevcut kaynakların kullanımının palyatif bakımın gelişimi için paylaşılması ve geliştirilmesi gerekmektedir. (Connor, 2017).

Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Derneği’nin tüm dünya vatandaşları için kabul edilen 2030 yılı vizyonu şu şekildedir:

- Eşit erişim: Palyatif bakımın kimsenin ihtiyaçlarını, tercihlerini ve isteklerini geride bırakmayacak şekilde ulaşılabilir olması.
- Kaliteli bakım: Palyatif bakım hizmetlerinin insanların yaşadığı yerlerde (ev, bakımevi, hastane) erişilebilirliğinin olması sağlanarak; hastaların ve bakım verenlerin hastalık ve ölüm gibi durumlarda desteklenmesi.
- Evrensel koruma: Evrensel sağlık kapsamının bir parçası olarak herkes ihtiyaç duyduğunda sağlık sigortası, finansal sıkıntı gibi sorunlar çekmeden bakım evlerine ve palyatif bakıma erişmesinin sağlanması.
- İnovasyon: Palyatif bakım yaklaşımında yenilikçi sürdürülebilirlik ve teknoloji kullanımıyla, bakımı ve bireyi iyileştirmek için kanıt temelli yaklaşım sağlanması.
- Birey odaklı bakım: Bireylerin talepte bulunmasına destek verilmesi. Hizmet sağlayıcıların hastalık, ölüm gibi süreçlerde mümkün olan en iyi bakım ve desteği vermesinin sağlanması (Jackson, 2015)

4.8. Palyatif Bakımda Hasta Bakımının Yönetimi

4.8.1. Palyatif Bakım Hizmeti Kimler Tarafından Verilir?

Palyatif bakımda multidisipliner yaklaşımda hasta, hasta yakını, hekim, hemşire, psikiyatri uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, terapist (solunum terapisti), fizik tedavi uzmanı, psikolog, diyetisyen ve din görevlisi yer almaktadır.

Hasta ve hasta yakını: Hasta kendi ile ilgili durumunu veya hastaya bakım veren bireyler, hastalık ve hastalığın seyri hakkında ekip üyeleriyle bilgi paylaşır. Karşılıklı bilgi paylaşımı tedavi ve bakım verme ile ilgili kararlarının alınması ve uygulanmasında etkin bir yoldur (Bağ, 2012).

Hekim: Palyatif bakımda tedavinin etkinliği hastanın fiziksel iyilik durumu ile de ilişkilidir. Hekimler hastalık semptomlarının kontrol edilmesi ve özellikle ağrının tedavi edilmesinde etkindir. Hastaya ve hastalığın seyrine hakimdir ve bu konuda ekip üyelerini bilgilendirir ve planlamaların yapılmasında rol oynar. Hastaların durumuyla ilgili olarak ekinin iletişim ve yönetimini sağlar (Bağ, 2012).

Hemşire: 2001'de yapılan Robin Shirley Palyatif Bakım Konferansı'nda palyatif bakım hemşiresinin rolleri belirtilmiştir. Hastaya bütüncül bir yaklaşım ile hastanın sağlık durumunu ve aile bireyleriyle işbirliğini, tedavi ve bakımını, yaşam

kalitesi değerlendirmesini, hasta ile ilgili verilecek kararların yol haritasının belirlenmesini, yasal vekili olmayan hastalar için yasal vekil tayini, spiritüel destek verme gibi konularda hastanın iyilik halini ön planda tutarak etkileşimde olur. Hasta ve ailesinin palyatif bakımı ekibiyle işbirliği içerisinde olmasını sağlar. Hastalık seyrinde gelişen durumlar ile ilgili kabullenme süreçlerinde destek olur (Burkhart ve Nathaniel, 2013).

Psikiyatri uzmanı: Hastanın hastalık süreci ve ölmekte olan hastanın kaygılarını dinleme, destek sağlama, hastanın bulunduğu durum ile ilinti olarak psikoterapi planlama, kriz durumunda müdahale etme gibi durumlarda psikiyatri uzmanı etkin rol oynar. Hastalarda görülen psikiyatrik bozuklukların tedavisi, hastalığı sebebiyle hayatını kaybetmiş hastaların yakınlarına yas süreci desteği verme ve yönetimi için görev alır. Palyatif bakım ekip üyelerinin ölmekte olan hastaların yaşadıkları psikolojik durumu ve psikiyatrik hastalıkları ile ilgili bilgi verme ve etik yaklaşım gerektiren hastalar ile ilgili karar almada görev almaktadır (Özçelik ve ark., 2014).

Sosyal hizmet uzmanı: Hasta ve ailesinin veya bakım veren kişilerin bakım yükünü azaltmak ve yaşam kalitesini artırmakla görevlidir. Hasta ve ailesinin sistemdeki mevcut hizmetlerden yararlanmasını ve bunu koordine edilmesini sağlar. Hastaneye yapılan yatış ve çıkışlardaki ücretlendirme, ailevi sorunları, hastalık ile ilgili travmalar, oryantasyon güçlüğü, bakım için oluşan direnç, hastane çıkışı sonrası kaygılar, ulaşım, barınma, bakım alma gibi problemlerle ilgili durumlarda toplumsal düzeydeki kaynakların etkin kullanımı için gerekli işlemleri yapar ve yönlendirir. (Özçelik ve ark., 2014).

Terapist: Hastanın farkındalığını başka bir yöne çekerek hastanın sözsüz iletişimini, hastalığı kabullenmesini ve duygularına açığa çıkararak rahatlamasını yardımcı olur (Bağ, 2012).

Fizik tedavi uzmanı: Hastanın fonksiyonel durumunda iyileşmeler yapmak, hasta ve ailesini ihtiyaçlarına karşı açık olma ve rehabilitasyonun hastanın tedavi ve bakıma uyumlu olmasını sağlar. Palyatif rehabilitasyonda hedef hastanın konforunu sağlamaktır. Bu rehabilitasyon kapsamında hasta ve ailesine fiziksel eğitim, hastanın durumuna göre hareket planlaması, ağrı ve diğer hastalık bulgularının yönetimini,

mesleki terapi, destek araçlarının kullanımı ve hastanın bulunduğu ortamın organizasyonunda yer alır (Özçelik ve ark., 2014).

Psikolog: Hastanın ve ailesinin hastalık sürecinde hastalıkla başa çıkabilmesi için depresyon korku gibi durumların tedavisinde yardımcı olur. Hastanın durumuyla ilgili ekip üyeleriyle işbirliği içerisinde olur (Bağ, 2012).

Diyetisyen: Öncelikle hastanın ihtiyaçlarına yönelik olarak uygun miktarda dengeli beslenme eğitimi verir ve planlar. Yeterli miktarda oral alımı olmayan hastalara oral beslenme destekleri ile takviye sunar. Hastalık seyrinde gelişen oral alımı olmayan/olamayan hastaların durumuna yönelik farklı beslenme yolları ile (nazogastrik, gastronomi gibi) desteklenmesini sağlar. Parenteral beslenme yapılması gereken durumlarda beslenmeyi düzenler. Hastanın beslenmesi ile ilgili kararsızlık durumlarında palyatif bakım hastası, ailesi ve ekip üyeleriyle işbirliği yaparak beslenme planlar (Özçelik ve ark., 2014).

Din görevlisi: Hastanın dini inancına yönelik dini ve manevi destek sunar. Hastalığı kabullenmesinde yardımcı olur, dinler, ortaya çıkabilecek suç ve affetme konularında destek sağlayabilir. (Bağ, 2012).

4.8.2. Palyatif Bakımda Hastaya Yaklaşım

Hastanın bakım ve semptom yönetimi gereksinimini tespit edebilmek için hastanın tıbbi durumu ve semptomlarının analizinin iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Analizleri değerlendirme ölçekleriyle yapılmalıdır. Tedavi ve bakım verenlerin arasındaki iletişimi ve işbirliğini kolaylaştırmak için yaygın olarak kullanılmaktadır.

Hastalarda palyatif bakıma gereksinim olup olmadığını anlamak için hastanın prognozu ve palyatif bakım gereksinimi değerlendirilmelidir. Durum tespitinin ardından ihtiyaçları doğrultusunda tedavi ve bakım planı yapılmalıdır. Hastaya durumuyla ilgili açıklama yapılırken olası komplikasyonlar ve durumun iyiye gitmesi durumunda evde sağlık ile koordinasyonda olunacağı belirtilmelidir. Palyatif bakım gereksinimi %60 veya altında bir durumdaysa hastanın evde sağlık bakımı alabileceği belirtilmelidir.

Hastanın yaşam aktivitelerini etkileyen hastalığın yaklaşık 6 ay sürmesi durumunda palyatif gereksinimi değerlendirilmelidir. Değerlendirme esnasında

hastanın bağımlılık ve semptom artışına bağlı olarak evde bakım hastası olma süreci belirlenmeli ve yaşam sonu bakım planına başlanmalıdır.

Bağımlılığın ve semptomların artışı durumunda ihtiyaçlarını evde sağlık hizmeti vererek desteklenmelidir.

Hastanın birkaç hafta içinde ölümünün beklenmesi durumunda evde sağlık ekibiyle hastanın durumu, tedavisi ve bakımı hakkında fikir alışverişi yapılmalıdır. Hastanın durumuna uygun olarak yapılan yaşam sonu bakım planının revize edilmesi sağlanmalıdır. Hastanın durumu ziyaretle takip edilmelidir (<https://www2.gov.bc.ca>, Erişim tarihi:23 Nisan 2017).

4.8.3. Palyatif Bakımda Semptomlar

Palyatif bakım hizmetinden yararlanan hastalarda hastalık belirtilerinin şiddetinin azaldığı ve psikolojik açıdan iyilik durumunun artışa geçtiği belirtilmektedir (Uysal ve ark., 2015).

Palyatif bakımda hastalık belirtilerinin kontrolü, hastalığın prognozu ile ilgili tahminleme yapmak, disiplinlerarası işbirliği içerisinde olmak ve mevcut durumun detaylı bir şekilde değerlendirilmesiyle birlikte tedavi ve bakımın etkinliği artabilir.

Palyatif bakımda başlıca semptomlar şu şekildedir:

Ağrı: Palyatif bakımda görülen en sık semptomlardan biri olan ağrı, palyatif bakım ihtiyacının bir parametresidir (Connor ve Bermado, 2014).

Ağrı yaşam kalitesini bozan semptomların başında gelmektedir ve direkt müdahaleyi gerektirir. Ağrı yaşayan bireyin ağrısına yönelik tedavi alması insan hakkıdır (Şenel ve Uyar, 2015).

Ağrı yönetim basamakları şu şekilde sıralanabilir:

Ağrı 5. vital bulgudur ve düzenli aralıklarla ölçülmeli ve davranışlarla tanımlanmalıdır.

- Ağrının etiyolojisi belirlenmelidir.
- Hastanın demografik özellikleri ve klinik durumu, mevcut ağrının tipi, karaciğer böbrek fonksiyonları dikkate alınarak müdahale edilmelidir.
- Ağrıya yapılacak her müdahale, 1-10 arasında puanlanabilen bir ölçek kullanılarak izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

- Ağrı kesicinin oral yolla alınan dozdan bir saat sonra, subkutan olarak yapılan dozundan yarım saat sonra, intravenöz olarak yapılan dozdan 5-10 dakika sonra ağrı üzerindeki etkinlikleri belirlenmelidir.
- Hedeflenen ağrı eşiği yakalanana kadar ağrıyı yönetme planı gözden geçirilmelidir.
- Hedeflenen amaca ulaşamadığında palyatif bakım uzmanına danışılmalıdır (<http://www.palliativecareswo.ca>, Erişim tarihi 23 Nisan 2017).

Bulantı-Kusma, Beslenme Bozuklukları: Hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen birçok faktöre bağlı semptomlardır. Hastalığın mevcut durumuna, kemoterapiye bağlı veya opioid kullanımının yan etkileri olarak görülebilir (Kabalak ve ark., 2013).

Dispne: Palyatif bakımda yatış endikasyonları ile ilişkili olarak nefes darlığı çeken hastalarda akciğer sıkıntısı olması, nefes darlığında azalma olmaması semptom kontrolü açısından önem arz etmektedir (Uysal ve ark, 2015).

Hastanın soluk alamaması veya güçlükle nefes alıp vermenin farkında olması ile ilişkili rahatsızlık veren bir durumdur. Hasta ve bakım verenler için ciddi bir sorun olmakla birlikte yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkilidir (Palyatif bakım el kitabı ankara ulus devlet hastanesi).

Dehidratasyon: Palyatif bakımda uzun yatış döneminde sıvı dengesiyle ilgili olarak oluşabilir. Hastanın dolaşımına yönelik değerlendirme ile dehidratasyon durumu saptanır. Sıvı kısıtlaması ödem, asit gibi durumlarda uygulanırken hasta sık sık değerlendirilir ve tedavisi buna yönelik düzenlenir (Şen ve ark., 2016).

Bası Ülserleri: Palyatif bakım hastalarında hareketin azalması ve yatağa bağımlılık gelişmesinin sonucunda dokuların basıya maruz kalmasıyla ortaya çıkan iskemik dokunun kaybına bası ülserleri denir.

Bası ülserlerinin oluşması veya gelişmesine hastada gelişen duyu kaybı, hareketsizlik, spastisite, beslenme bozukluğu, iskemi, alt ekstremitte ödem gibi semptomlar yol açabilir. Palyatif bakımdaki ilk muayenede hasta deri bütünlüğü açısından değerlendirilmelidir. Bası ülseri riski değerlendirmesinde ölçeklerle çalışmak ekip açısından kolaylık sağlar. Bası yarasını önlemek amacıyla ölçek değerlendirmeleri sık sık tekrarlanmalıdır. Bası yaralarını önlemek için 3 faktör önemli rol oynamaktadır. Bası ülserlerini tanımak, komplikasyonlara neden olacak

risk faktörlerinin bilinmesi, koruyucu önlemlerin uygulanmasıdır (Kasım ve Ünal, 2017).

Konstipasyon: Palyatif bakımda hastalar dışkılama sıklığı ve dışkının özellikleri açısından izlenmelidir. Konstipasyon yaşayan hastada ağrı ve distres oluşmasına bağlı olarak acı çekme hissi oluşabilir (Özkan, 2010).

Uysal N ve arkadaşlarının yaptığı çalışma neticesinde palyatif bakıma kabul sırasında hastaların %60'ı konstipasyon yaşadıklarını belirtmişlerdir (Uysal ve ark., 2015).

Ağrı ve stres aktivitelerde azalmaya, bulantı kusma veya iştahsızlık sebebiyle sıvı ve besin alımında azalmaya neden olduğundan konstipasyon oluşabilir. Beslenmenin sıvı alımına ve lifli gıdalara yönlendirilmesi, hareketin artırılması, yapılan girişimlere rağmen geçmeyen konstipasyonda abdominal görüntülemeler, sıvı-elektrolit dengesi kontrolü, hormon kontrolü, diyabetin kontrol edilmesi gibi yollar izlenebilir (Şen ve ark., 2016).

Halsizlik, yorgunluk: Palyatif bakımda yatan hastalarda en sık görülen semptomdur. Yapılan araştırmalarda yatan hastaların semptomunun üçüncü günden itibaren azaldığı belirlenmiştir (Uysal ve ark., 2015).

Oryantasyon Bozukluğu, Deliryum Anksiyete: Deliryum genellikle tanımlanması güç olmasıyla bağlantılı olarak tedavi edilmeyen klinik bir sendromdur. Genelde hastalığın bitmesiyle doğru orantılı olarak kaybolabilmektedir. Bu durum palyatif bakımda önem oluşturmaktadır. Deliryum durumunda morbidite, mortalite, atışı ve tedavi ve bakım süreçlerinin uzamasına neden olmaktadır. (LeGrand, 2012).

4.9. Palyatif Bakımda Etik

Tıp etiğinin temel yapıtaşları 4 tanedir. Bu yapıtaşlar tıp etiği için altın değerindedir. Bunlar;

- Özerklik (Otonomi) - hastanın tedaviyi seçme veya reddetme hakkı var olmasıdır.
- Yararlı olmak - sağlık profesyoneli hastanın yararına olmalıdır
- Zarar vermemek – hastaya zarar vermeme prensibinin olmasıdır.
- Adalet - sağlık kaynaklarının eşit dağılımıyla ilgilidir.

Adalet etiğine yön verenlerden bir tanesi itibardır. İtibar; hasta ve hastanın tedavisini sağlayan kişilerin saygınlığının olması kavramıdır. Bir diğeri ise dürüstlüktür. Bu kavram da hastanın hastalığı hakkındaki doğruları bilmesinin hakkını ve bilgilendirilmiş onamı içermektedir (Mohanti, 2009).

DSÖ palyatif bakımda yaşam ve ölüme karşı normal bir süreç olarak bakış açısı sürdürmektedir. Palyatif bakımın ölümü hızlandırması veya yavaşlatması gibi bir amacının olmadığını belirtmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının ekseninde yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili etik hususların yaşandığı bir alandır (Demir, 2016).

4.9.1. Palyatif Bakım Etiğinde Hasta ve Hasta Yakını

Palyatif bakım ciddi seyreden hastalıklarda hasta ve hasta yakınının acısını önleme veya dindirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır. Palyatif bakımda başarıyı ekip iletişimi ile sağlamak mümkündür. Karşılıklı empati oluşması amacıyla hasta ve hasta yakını önemsenmeli ve iletişim kanalları iyi kurulmalıdır. Hasta ve hasta yakınlarını palyatif bakıma dahil etmek hasta ve hasta yakının iyilik hali üzerinde olumlu gelişmeler sağlar (Öztekin, 2017).

Hasta ve hasta yakınının palyatif bakım sürecinin her aşamasında olduğu ve karar vermede önemli rol üstlendikleri bilinerek ekiple uyum içerisinde olması gerektiği bilinmelidir. Palyatif bakımdaki yaşam sonu kararlarda hastanın tıbbi tedavi içerisindeyken bilinç bozukluğu/kaybı durumu için yerine vekil karar verici belirleyebilir.

Hasta ve hasta yakınları ile oluşturulan aydınlatılmış onam aşamasında, hasta yakınları alınacak kararlar içerisinde yer almaktadır. Hastada gerçekleşebilecek herhangi bir kötü durumda, uygulanan tedavinin yararının beklenmemesi ile ilgili bir sonraki aşamada pahalı veya daha riskli tedavilere devam edilip edilemeyeceği veya mevcut durumun düzelme ihtimalinin düşük olarak belirlenmesi ya da hastanın klinik durum olarak düzelmesi olasılığı olmaması durumlarında “boşunalık” olarak adlandırılan kavram ortaya çıkmaktadır. Belirtilen boşunalık durumlarında hasta yakınının alacağı kararlar ekip içi yaklaşım ile etik açıdan değerlendirilir (Demir, 2016). Hastanın ölümünden sonra da hasta yakınları yas sürecinde desteklenmeli, yaşama devamlılığı sağlanmalıdır (Utlı, 2015).

4.10. Bakım Verme İle İlgili Kavramlar

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmıştır. (<http://www.tdk.org.tr>, Erişim tarihi: 10 Temmuz 2017).

İnsanın yaşam döngüsünde sağlık, hastalık, ölüm gibi durumlarla ilişkili olarak bu süreçte bağımlılık/bağımsızlık halleriyle bağlantılı olarak bakım ile karşılaşmış veya karşılaşacaktır. Bakım en az iki kişi arasında başlayan ve fiziksel, psikososyal, spiritüel kavramlarıyla gelişen ikili bir ilişkidir (Babadağ, 2010).

Genel bir bakış açısıyla bakım, formal ve informal olmak üzere 2 şekilde incelenmektedir. Sağlık bakımı ve öz bakım gereksinimlerinin bir meslek bakımı ile ev ortamında veya bir kurumda verilmesine formal bakım denir. Hemşire başta olmak üzere terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım vermek üzere görev yapan uzman kişilerden oluşmaktadır. Uzmanlık gerektirmeyen bakım verme, bakım verecek olan kişinin bir yakınına yardımı üstlenmesiyle oluşan durum da informal bakımdır. Bu bakımda bakım veren bireyler işini ücret almadan yapan aile üyeleri veya yakınlarıdır (İnci, 2006).

4.10.1. Bakım Verme Yüğü ve Etkileyen Faktörler

Yük, bir bakıcının bakım sağlama taleplerine verdiği tepki ve davranışlarla ilgili finansal, fiziksel ve psikolojik sonuç olarak tanımlanmıştır. Kişinin iyilik durumu, bakım verdiği hastanın durumu ve değişimlere sağladığı uyum ile çok boyutlu bir kavramdır. (Gratao ve ark., 2019).

Bakım yüğü genellikle negatif bir kavram olarak görülmekle birlikte bakım veren bireyin fiziksel, duygusal, ekonomik ve psikolojik etmenlerin etkisiyle algıladığı stresle oluşan bir durum olarak tanımlanabilir. Bakım veren bireyin bakım yükünün incelenmesinde 2 kavram ele alınmaktadır (Arslantaş, 2018).

Objektif yük: Bakım verme ile açığa çıkan somut olarak gözlenebilir fiziksel iş yüğü olarak tanımlanabilir. Bakım verilen bireyin kontrol edilmesi, ödemelerinin gerçekleştirilmesi, sosyal ilişkilerde aracı olunması, mesleğini gerçekleştirmesi ve hobilerine destek olunması gibi ihtiyaçlarına yönelik harcanan zaman ve enerjidir. (Sıkılmaz, 2018)

Bakım verilen bireyin gereksinimlerinden dolayı değişen roller nesnel boyutlar ortaya çıkarmıştır. Bu nesnel boyutlar, aile düzeninin bozulması, davranışların yönetimi, hastanın ekonomik yönden bağımlı olup olmadığı, hastalığın ekonomik açıdan etkileri, hastaya hizmet veren kişilerle iletişim, psikolojik açıdan gerekli olan zaman ve enerji, diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarının karşılanması, sosyal aktivite ve ortam yoksunluğu, meslek ile ilgili işlere ara verme, uygun bakım ortamının sağlanamaması olarak saptanmıştır. (Atagün ve ark., 2011)

Subjektif yük: Bakım verenin bakım verme esnasında yaşadığı ve algıladığı durum ile ilişkili olarak ortaya çıkan tutum ve davranışlardır. Stres, suçluluk duygusu, utanç, keder gibi duygularla ortaya çıkabilir. (Sıkılmaz, 2018; Or, 2013; Ödemiş, 2018).

Bakım veren yükünü etkileyen faktörler incelendiğinde bakım veren bireye ait özellikler ve bakım verilen hastaya ait etmenler olarak belirlenebilir. Bakım veren bireye ait faktörlerde; yaş, cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, içinde bulunulan toplumun kültürel özellikleri, hastaya olan yakınlığı, bakım vermeye gönüllü olma tercihinin olup olmaması, hastaya yakın ikamette bulunması, depresyon, sosyal izolasyon, ekonomik kaygılar, stresle başa çıkma yöntemleri, sosyal izolasyon bulunur. (Ak ve ark., 2012).

4.11. Palyatif Bakım Ünitelerinde Bakım Yüğü

Bakım verenler bakım vermede depresyon veya anksiyete gibi diğer duygusal tepkilerden farklı bir sıkıntı çekerler (Northouse ve ark., 2012). Bu sıkıntı, bir bakıcı yükünü, bakıcının algılarının bozulması ve bakım veren kişinin bakım taleplerinin aşırı olması ve duygusal bir etkiye neden olduğunda öznel bir yükü içerir (Savundranayagam ve ark., 2011).

Hasta, bakıcı ve bakım durumu özellikleri de bakıcıyı etkiler. Palyatif bakımda bakım veren aile üyeleri refahı sağlayan çeşitli görevleri yerine getiren, acıyı azaltma ve yönetme kabiliyetinde olan, palyatif bakımı kolaylaştıran ve bakımın sürekliliğini sağlayan birey olarak görülür. Genellikle kendi sorunlarından çok bakım verilen hastanın sorunlarını önemser ve neredeyse “görünmez” olur (Veloso, 2016).

Palyatif bakımda manevi bakımın çok boyutluluğunun incelenmesi, bakım verenlerin yaşam kalitesi açısından önem arz etmektedir. Manevi refahı hedef alan

ihtiyaçların tespit edilmesi ve bakıma dahil edilmesi desteklenmektedir (Sun ve ark., 2016).

Bakım veren bireyin bakım yükünü azaltmaya yönelik olarak başlıca pratik müdahaleler şu şekilde sıralanabilir.

- Bakım veren bireyi ekibin bir parçası olarak kabul etmek ve birlikte çalışmak için işbirliğinde bulunmak.
- Bireyleri kendi öz bakımlarını geliştirmeleri için teşvik etmek ve kendi sağlığını korumasına ilişkin farkındalık sağlamak.
- Bakım verdikleri hastanın veya bakım vericilerin durumuna ilişkin olarak eğitim ve bilgi akışı sağlamak.
- Gelişen teknolojinin bireyin günlük yaşamına entegre etmesine yardımcı olmak (Bakım vericilerin aileleri ile iletişimi için görüntülü konuşma sağlaması gibi).
- Bakım veren bireylerin bakım verme sürecinde karşılaşılabacak sorunlara çözüm arayışlarında destek vermek ve problem çözme yetilerinin gelişmesine ortam sağlamak (Adelman, 2014).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma; palyatif bakım ünitelerinde yatan hastaların yakınlarının bakım verme yüklerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Soruları

- Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının bakım yüküne düzeydedir?
- Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaya bakım veren yakınlarının sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
- Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının bakım verme yükleri ile sosyo-demografik özellikleri arasında ilişki var mıdır?
- Hasta yakınlarının bakım verme yükleri ile hastanın sosyo-demografik özellikleri arasında bir ilişki var mıdır?

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul İli Çekmece Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı palyatif bakım ünitesi bulunan 4 sağlık tesisinde Ocak 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul İli Çekmece Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı palyatif bakım üniteleri bulunan sağlık tesislerinde, araştırmanın yapıldığı dönemde palyatif bakım ünitelerinde yatan hastaların yakınları oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek üzere istatistiksel güç analizi yapıldı. Bu çalışmada, gerekli olan minimum örnek sayısı 100 olarak belirlendi. Örneklemi, evren içinden araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 birey oluşturmaktadır.

5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaya bakım veren hasta yakını olması,
- Sözel iletişim kurulabilmesi,
- Psikiyatrik ve serebral sorunu olmaması,
- Araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü olarak kabul etmesi ve gönüllü olması.

5.6. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Çalışma süreci içerisinde çalışmaya alınma kriterlerine uygunluk durumu bozulan ve çalışmadan ayrılmak isteyen bireyler çalışmadan çıkarılacaktır.

5.7. Araştırmanın Değişkenleri

- Araştırmanın Bağımlı Değişkeni: Bakım verme yükü düzeyi.
- Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Sosyo-demografik özellikler, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, aylık ortalama gelir vb.

5.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya Bakım Veren Bireye Yönelik Bilgi Formu (Ek-1) ve Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya İlişkin Bilgi Formu (Ek-2) ve Bakım Verme Yükü Ölçeği (Ek-3)'nden oluşmaktadır.

Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya Bakım Veren Bireye Yönelik Bilgi Formu (Ek-1): Bu form, palyatif bakım ünitesinde yatan hastaya bakım veren bireyin yaşayabileceği psikolojik, sosyo-ekonomik ve fiziksel güçlükleri etkilediği düşünülen hasta yakınının yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, çocuk sayısı, aylık geliri ve sosyal güvencesine ilişkin bilgileri içeren 16 sorudan oluşmaktadır.

Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya İlişkin Bilgi Formu (Ek-2): Bu formda ise palyatif bakım ünitesinde yatan hastanın yaşını, bağımlılık durumunu belirlemek amacıyla oluşturulan bilgiler 10 sorudan oluşmaktadır.

Bakım Verme Yükü Ölçeği (Ek-3): Bakım Verme Yükü Ölçeği Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş, 2008 yılında İnci ve Erdem tarafından Türkçe'ye uyarlanarak, geçerlilik ve güvenilirliğini yapılmış, bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım veren bireylerin kendisi veya araştırmacı

tarafından doldurulabilecek olan ölçekte, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerindeki etkisini belirleyen 22 ifade yer almaktadır (İnci, 2006).

Ölçek hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ya da hemen her zaman şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin yapılan faktör analizi sonucunda tek boyutlu olarak kullanılabileceğı belirlenmiştir.

Tablo 1. Ölçeğe Ait Güvenirlilik Analizi Sonuçları

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Bakım Verme Yüğü Ölçeğı	0,90	22

Tablo 2. Ölçeğın Bu Çalışmaya Ait Güvenirlilik Analizi Sonuçları

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Bakım Verme Yüğü Ölçeğı	0,81	22

Ortalama puanı 20.37 ± 16.54 olan ölçeğın iç tutarlılık katsayısının 0.95 olduğı, madde toplam korelasyon katsayılarının orta, güçlü ve çok güçlü düzeyde değerler (0.43-0.85) aldığı, Tablo 1’de belirtilen 22 maddeden oluşan Bakım Verme Yüğü Ölçeğı’ne yapılan güvenilirlik analizi sonucunda test-tekrar test değışmezlik katsayısının 0.90 olduğı saptanmıştır. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (İnci, 2006). Söz konusu değerlere bakılarak ölçeğın güvenilir olduğı söylenebilir.

5.9. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından bireylere bilgi verildikten sonra 20 dakika sürede yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

5.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde şeklinde tablo halinde verildi. Grupların karşılaştırılmasında iki grup için Independent Samples t test, üç ve daha fazla grup için One-Way ANOVA kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılıklar ise Post Hoc testlerinden Scheffe ve LSD ile kontrol edildi. İstatistik analizler spss statistics subscription paket programı ile yapılmış ve istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak dikkate alındı.

5.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan (Ek 5), araştırmanın yapıldığı İstanbul İli Çekmece Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden palyatif bakım ünitesi bulunan sağlık tesisleri için gerekli kurum izni alınmıştır (Ek 6).

Örnekleme alınan hastaların bakım vericilerine araştırmanın amacı doğrultusunda bilgilendirilmiş, araştırmaya gönüllü olmaları halinde katılım sağlayacakları, araştırmaya katılmaları veya katılım sağlamamaları durumunda kendilerine kişisel olarak zarar getirmeyeceği belirtilmiş, “Gönüllü Bilgilendirme Formu” ve “Gönüllü Onam Formu” okutularak kişilerin insan haklarına sahip oldukları dikkate alınarak tüm bilgilerin gizli tutulacağı ve sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve herhangi bir kurum veya kişiyle paylaşılmayacağı açıklanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarına “Gönüllü Bilgilendirme Formu” (Ek 3), “Gönüllü Onam Formu” (Ek 4), imzalı onam alınmıştır.

5.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya sadece palyatif bakım ünitesinde yatmakta olan hasta ve hasta yakınları alınmıştır. Araştırma verilerinin toplandığı dönemde hastanelerin palyatif bakım ünitelerinin yeni kurulmuş olması nedeniyle yatak sayılarının az olması, örneklem grubunun küçüklüğü araştırmamızın kısıtlılıkları arasında bulunmaktadır.

6. BULGULAR

Palyatif bakım ünitelerinde yatan hastaların yakınlarının bakım verme yükünün belirlenmesinde Bakım Verme Yüğü Ölçeğı kullanıldı. Araşıma verileri Ocak 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında toplandı. Çalışmadan elde edilen sonuçlar ve istatistiksel analizler, aşağıdaki başlıklar altında sunuldu.

- 1- Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaya bakım veren bireyin sosyo-demografik özellikleri (Tablo 3, 4)
- 2- Palyatif bakım ünitesinde yatan hastanın sosyo-demografik özellikleri (Tablo 5)
- 3- Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaya bakım veren bireyin Bakım Verme Yüğü Ölçek puanı
- 4- Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamasının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması (Tablo 7, 8, 9).

6.1. Palyatif Bakım Ünitesi'nde Yatan Hastaya Bakım Veren Bireyin Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 3. Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=100)

Değişken	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	82	82
	Erkek	18	18
Yaş	15 yaş ve altı	1	1
	16-32	14	14
	33-49	40	40
	50+	45	45
Medeni Hali	Evli	78	78
	Bekar	22	22
Çocuk Sayısı	Çocuğu yok	13	13
	1	16	16
	2	43	43
	3+	28	28
Eğitim	Okur-Yazar Değil	2	2
	Okur-Yazar	3	3
	İlköğretim	64	64
	Lise	21	21
	Üniversite ve üstü	10	10
Çalışma Durumu	Tam zamanlı	26	26
	Yarım zamanlı	7	7
	Vardiyalı	6	6
	Çalışmıyor	61	61
Gelir	1300 ve altı	38	38
	1301-2600	42	42
	2601-3900	10	10
	3901+	10	10

Tablo 4. Bakım Verenlerin Diğer Özelliklerine Göre Dağılımı (N=100)

Değişken	Gruplar	n	%
Baktığı süre	1 aydan az	17	17
	1 ay-1 yıldan az	32	32
	1 yıl-2 yıldan az	13	13
	2 yıl-3 yıldan az	11	11
	3 yıl ve üzeri	27	27
Sosyal Güvence	Evet	83	83
	Hayır	17	17
Bakım Verilen	Anne-Babası	43	43
Kişiyne Yakınlık Derecesi	Eşi	26	26
	Çocuğu	11	11
	Kardeşi	5	5
	Akraba	6	6
	Akraba bağı olmayan	9	9
Evde Bakıma	Yok	66	66
İhtiyaç Duyan	1	21	21
Kişiyne Sayısı	2	8	8
	3	5	5
Hastadan Maddiyne Kazanç	Evet	18	18
	Hayır	82	82
Bakım Sürecinde Gelir	Evet	41	41
Durumunun Etkilenmesi	Hayır	59	59
Geçmiş Deneyimi	Evet	26	26
	Hayır	74	74
Aile İçi Dinamiklerin	Evet	61	61
Olumsuz Etkilenmesi	Hayır	39	39
Kronik Sağlık Sorunu	Evet	45	45
	Hayır	55	55

Tablo 3 ve 4’te palyatif bakım ünitesinde yatan hastalara bakım veren bireylerin %82’si (n:82) kadın, %45’i (n:45) 50 yaş ve üzeri yaş aralığında, %78’inin (n:78) evli, %43’ünün (n:43) çocuk sayısı 2, %64’ünün (n:64) eğitim düzeyi ilköğretimdir. Bakım verenlerin %61’i (n:61) çalışmamakta, %42’sinin (n:42) gelir durumu 1301-2600 TL arasında değişmekte, %32’si (n:32) hastaya 1 ay ile 1 yıldan az süre ile bakmakta, %83’ünün (n:83) kendi sosyal güvencesi bulunmakta, %43’ü (n:43) anne-babasına bakım vermekte, %66’sının (n:66) evde bakımına ihtiyaç duyan kişi bulunmamakta, %81’i (n:81) bakım verdiği kişiden maddi kazanç elde etmemekte, %59’u (n:59) bakım verme sürecinde gelir durumunun etkilenmediği, %74’ü (n:74) daha önce sürekli bakıma gereksinimi olan bir hastaya bakmadığı, %61’i (n:61) bakım verme sürecinde aile içi dinamiklerinin olumsuz etkilendiğini belirtmekte, %55’inin (n:55) kronik bir sağlık sorunu bulunmamaktadır.

6.2. Palyatif Bakım Ünitesi'nde Yatan Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Özelliklerin İncelenmesi

Tablo 5. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=100)

Değişken	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	57	57
	Erkek	43	43
Yaş	50 yaş ve altı	4	4
	50 yaş ve üzeri	96	96
Kilo	26-45 kg	8	8
	46-65 kg	26	26
	66-85 kg	49	49
	86 kg ve üzeri	17	17
Yardımsız Yemek	Evet	35	35
	Hayır	65	65
Yardımsız Tuvalet	Evet	17	17
	Hayır	83	83
Yardımsız Giyinme	Evet	11	11
	Hayır	89	89
Yardımsız Banyo	Evet	2	2
	Hayır	98	98
İdrar Kontrol Edebilme	Evet	28	28
	Hayır	72	72
Dışkı Kontrol Edebilme	Evet	29	29
	Hayır	71	71
Vücudunda Kalıcı Araç	Evet	42	42
	Hayır	58	58

Tablo 5'te belirtildiği üzere palyatif bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların %57'si (n:57) kadın, %96'sı (n:96) 50 yaş ve üzeri yaş aralığında, %49'u (n:49) 66-85 kg aralığında , %65'i (n:65) yardımsız yemek yememekte, %83'ü (n:83) yardımsız tuvalete gidememekte, %98'i (n:98) yardımsız banyo yapamamakta,

%72'si (n:72) idrarını kontrol edememekte, %71'i (n:71) dışkı kontrolünü sağlayamamakta, %58'i (n:58) vücudunda kalıcı olarak bir araç kullanmamaktadır.

6.3. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya Bakım Veren Bireyin Bakım Verme Yüğü Ölçek Puanı

Tablo 6. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçek Puan Tablosu (N=100)

	Ort.	Std. Sapma	Min.	Maks.
Bakım Verme Yüğü Ölçeğı	40.05	14.03	12	75

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'ne göre puan ortalaması 40.05±14.03 (12–75) olarak elde edilmiştir.

6.4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Palyatif Bakım Ünitesi'nde Yatan Hastaya Bakım Veren Bireyin Sosyo-demografik Özellikleri İle İlişkisi

Tablo 7. Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği İle İlişkisi (N=100)

		N	$\bar{x}$	ss	Sh	t -F Testi		
						t	F	p
Cinsiyet	Kadın	82	40,46	14,42	1,59	0,62		0,53
	Erkek	18	38,17	12,81	3,02			
Yaş	16-32 yaş	15	38,67	12,72	3,28	0,29		0,75
	33-49 yaş	40	39,25	14,25	2,25			
	50 yaş ve üzeri	45	41,22	14,62	2,18			
Medeni Hal	Evli	78	41,08	13,78	1,56	1,38		0,17
	Bekar	22	36,41	14,97	3,19			
Çocuk Sayısı	Çocuk yok	13	36,23	13,92	3,86	1,12		0,35
	1	16	45,25	13,16	3,29			
	2	43	40,07	15,19	2,32			
	3+	28	38,82	12,80	2,42			
Eğitim Durumu	Okur-yazar Değil	2	43,50	7,78	5,50	0,33		0,86
	Okur-yazar	3	48,33	11,68	6,74			
	İlköğretim	64	39,91	15,34	1,92			
	Lise	21	39,90	13,14	2,87			
	Üniversite ve Üstü	10	38,10	9,61	3,04			

Tablo 8. Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Bakım Verme Yükü Ölçeği İle İlişkisi Devamı (N=100)

						t -F Testi		
		N	$\bar{x}$	ss	Sh	t	F	p
Çalışma Durumu	Tam Zamanlı	26	39,62	11,55	2,26		0,80	0,50
	Yarım Zamanlı	7	33.43	19,63	7,42			
	Vardiyalı	6	36,67	12,75	5,21			
	Çalışmıyor	61	41,33	14,59	1,87			
Gelir Durumu	1300 TL ve altı	38	39,05	13,05	2,12		0,39	0,76
	1301-2600 TL	42	40,52	14,50	2,24			
	2601-3900 TL	10	38,00	14,93	4,72			
	3901 TL +	10	43,90	16,80	5,31			
Bakım Verilen Süre	1 aydan az	17	30,47	10,86	2,63		4,83	0,00*
	1 ay-1 yıldan az	32	37,09	15,14	2,68			
	1 yıl-2 yıldan az	13	42,00	9,91	2,75			5 > 1
	2 yıl-3 yıldan az	11	45,00	14,61	4,40			
	3+	27	46,63	12,52	2,41			
Sosyal Güvence	Evet	83	38,64	14,26	1,57	-2,26		0,03**
	Hayır	17	46,94	11,32	2,74			
Hasta ile Yakınlık Derecesi	Anne- Babası	43	40,35	15,84	2,42		1,21	0,31
	Eşi	26	40,08	13,15	2,58			
	Çocuğu	11	35,45	11,37	3,43			
	Kardeşi	5	34,80	11,12	4,97			
	Akraba	6	51,67	14,07	5,74			
	Akraba bağı olmayan	9	39,33	10,49	3,50			
Hasta Dışında Bakım İhtiyacı Olan Kişi Sayısı	0	66	37,42	14,11	1,74		3,12	0,03***
	1	21	42,62	13,84	3,02			
	2	8	47,50	10,47	3,70			
	3	5	52,00	10,19	4,56			4 > 1
Bakımdan Maddi Kazanç Sağlama	Evet	19	46,67	15,30	3,61			
	Hayır	81	38,74	13,52	1,50	2,20		0,03 **

*Post Hoc Scheffe testi

**Independent t testi

***Post Hoc LSD testi

Tablo 9. Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Bakım Verme Yükü Ölçeği İle İlişkisi Devamı (N=100)

						t -F Testi		
		N	$\bar{x}$	ss	Sh	t	F	p
Aylık Gelir Etkilendi mi?	Evet	41	41,27	13,92	2,17	0,72		0,47
	Hayır	59	39,20	14,30	1,86			
Daha Önce Sürekli Bakıma Gereklinimi Olan Bir Hastaya Baktınız mı?	Evet	26	41,65	13,41	2,63	0,67		0,50
	Hayır	74	39,49	14,39	1,67			
Bakım Verme Sürecinde Aile İçi Dinamikleriniz (Zaman Ayırma, İletişim vb.) Olumsuz Etkilendi mi?	Evet	61	44,21	14,04	1,80	3,95		0,00*
	Hayır	39	33,54	11,65	1,87			
Kronik Bir Sağlık Sorununuz Var mı?	Evet	45	38,86	14,79	2,23	-0,76		0,45
	Hayır	55	41,05	13,72	1,85			

* Independent t testi

Bakım veren hasta yakınlarının cinsiyet ($p=0,53$), yaş ($p=0,75$), medeni hal ($0,17$), çocuk sayısı ($p=0,35$), eğitim durumu ($p=0,86$), çalışma durumu ($p=0,50$), gelir durumu ($p=0,76$) ve hasta ile yakınlık derecesinin ($p=0,31$) bakım verme yükü ölçeği anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Ayrıca bakım veren hasta yakınlarının hastaya bakım verme süresince aylık gelir düzeyleri ($p=0,47$), daha önce sürekli bakıma gereksinimi olan bir hastaya bakma deneyimi ($p=0,50$), kronik bir sağlık sorunu varlığı ($p=0,45$) ile bakım verme yükü ölçeği anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 8 ve 9'da görüldüğü üzere; bakım veren hasta yakınlarının sosyal güvencesinin olmaması ($p=0,03$), hasta dışında bakım ihtiyacı olan kişi sayısı ($p=0,03$) ve bakım verme süresince aile içi dinamiklerinin olumsuz etkilenmesi durumu ($p=0,00$) ile Bakım Verme Yükü ölçeği anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,05$).

Bakım veren hasta yakınlarının bakım verme süresi ($p=0,001$) ile bakım verme yükü ölçeği anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Bakım verme süreleri seçeneklerinin hangilerinin arasında anlamlı fark olduğu konusunda Post Hoc testlerinden Scheffe testi uygulanmıştır. 1 aydan az ile 3 yıl ve üzeri arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,00$) ($p<0,01$).

Bakım veren hasta yakınlarının hasta dışında bakıma ihtiyacı olan kişi sayısı ($p=0,03$) ile bakım verme yükü ölçeği anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Hasta dışında bakıma ihtiyacı olan kişi sayıları arasında anlamlı fark olduğu konusunda Post Hoc testlerinden LSD testi uygulanmıştır. Bakıma ihtiyacı olan kişi sayısının bulunmaması ile bakıma ihtiyacı olan 3 kişi olması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,03$) ($p<0,01$).

6.5. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Bireyin Sosyo-demografik Özellikleri İle İlişkisi

Tablo 10. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği İle İlişkisi (N=100)

						t -F Testi		
		N	$\bar{x}$	ss	Sh	t	F	p
Cinsiyet	Kadın	57	40,82	14,49	1,92	0,63		0,53
	Erkek	43	39,02	13,69	2,09			
Yaş	50 yaş ve altı	4	48,50	13,67	6,84	1,23		0,22
	50 yaş ve üzeri	96	39,70	14,08	1,44			
Hastanın Kilosu	26-45	8	43,75	13,24	4,68		3,98	4 > 2 0,01*
	46-65	26	33,35	13,81	2,71			
	66-85	49	40,49	14,03	2,00			
	86+	17	47,29	11,41	2,77			
Hasta Yardımsız Yemek Yiyebiliyor mu?	Evet	35	42,06	15,32	2,59	1,04		0,30
	Hayır	65	38,97	13,41	1,66			
Hasta Yardımsız Tuvalete Gidebiliyor mu?	Evet	17	38,65	13,93	3,38	-0,45		0,65
	Hayır	83	40,34	14,21	1,56			
Hasta Yardımsız Giyinebiliyor mu?	Evet	11	46,36	9,96	3,00	1,59		0,12
	Hayır	89	39,27	14,39	1,53			
Hasta Yardımsız Banyo Yapabiliyor mu?	Evet	2	48,00	9,90	7,00	0,80		0,42
	Hayır	98	39,89	14,17	1,43			
Hasta İdrarını Kontrol Edebiliyor mu?	Evet	28	39,32	13,41	2,53	-0,32		0,75
	Hayır	72	40,33	14,45	1,70			
Hasta Dışkısını Kontrol Edebiliyor mu?	Evet	29	41,17	13,57	2,52	0,51		0,61
	Hayır	71	39,59	14,39	1,71			
Hasta Vücudunda Bakımı Etkileyen Tıbbi Amaçlı Kalıcı Bir Araç Var Mı?	Evet	42	42,29	14,95	2,31	1,35		0,18
	Hayır	58	38,43	13,37	1,76			

* Post Hoc Scheffe testi

Bakım verilen hastaların özelliklerine ilişkin olarak cinsiyet ($p=0,53$), yaş ($p=0,22$) ile bakım verme yükü ölçeği anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Bakım verilen hastanın yardımsız yemek yeme durumu ($p=0,30$), yardımsız tuvalete gitme durumu ($p=0,65$), yardımsız giyinme durumu ($p=0,12$), yardımsız banyo yapma durumu ($p=0,42$), idrarını kontrol etmesi ($p=0,75$), dışkısını kontrol etmesi ($p=0,61$), hastanın vücudunda bakım verilmesini etkileyen tıbbi amaçlı kullanılan bir aracın varlığı ($p=0,18$) ile bakım verme yükü ölçeği anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Bakım verilen hastanın kilosu ile ($p=0,01$) bakım verme yükü ölçeği anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Bakım verilen hastanın kilosuna ilişkin seçeneklerin hangilerinin arasında anlamlı fark olduğu konusunda Post Hoc testlerinden Scheffe testi uygulanmıştır. 46-65 kilo ile 86 ve üzeri kiloda olan hastalara bakım veren kişilerin arasında anlamlı olarak fark bulunmuştur ($p<0,05$).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Palyatif bakım ünitesinde yatan hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada bakım veren bireylere ve hasta özelliklerine ilişkin bulgular ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'ne ilişkin bulgular tartışılmıştır.

7.1. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya Bakım Veren Bireyin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tartışılması

Bu çalışmada palyatif bakım ünitesinde yatan hastalara bakım veren bireylerin %82'si kadındır (Tablo 3). Bu çalışmayla aynı yönde Tel ve ark'ın (2012) KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde yaptığı çalışmasında bakım vericilerin %93,6'sı kadın, Yılmaz'ın (2017) yaptığı çalışmada %65,8'i kadındır. Buna göre yapılan literatür incelemelerinde bakım veren bireylerin genellikle kadın olduğunu saptamak mümkündür. Ancak Gülpak ve Kocaöz'ün (2014) çalışmasında bakım verenlerin %71,1'i erkektir.

Yapılan çalışmada bakım verenlerin %45'i 50 yaş ve üzeri yaş aralığındadır (Tablo 3). Işık ve Erci'nin (2018) yaşlı hastaların bakım vericilerinde yaptığı çalışmasında %42,5'i 40-59 yaş aralığında, Tayaz ve Koç'un (2018) %26'sı 30-39 yaş aralığında, Dağdeviren ve ark'ın (2019) evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım vericilerinde yaptığı çalışmasında %63,75'i 35-64 yaş aralığındadır. Yaş aralığı seçenekleri her araştırmada farklı aralıklarda yer almaktadır. Yine de bakım vericilerin yaşlarının birbirlerine benzerlik gösterdiği söylenebilir..

Tablo 3'te yer alan sosyodemografik özelliklerden medeni durum ile ilgili bilgide bakım verenlerin %78'inin evli olduklarını belirtmişlerdir. Tel ve ark'ın (2012) %82,6'sı evli, Tuncay ve ark'ın (2015) %78,8'i evli, Işık ve Erci'nin (2018) %83,8'i evli, Tayaz ve Koç'un (2018) %91,5'i evli, Dağdeviren ve ark'ın (2019) %73,75'i evlidir. Yapılan çalışmaların incelenmesinde bakım verenlerin büyük çoğunluğunun evli olması bu araştırmayla aynı yönde bir bulgudur.

Tayaz ve Koç'un (2018) yaptığı çalışmada %72,3'ü çocuk sahibi olduğunu ifade etmekte, Dağdeviren ve ark'ın (2019) çalışmasında, %48,75'inin 3 ve üstü çocuğı bulunmaktadır. Bu çalışmanın bulgusunda %43'ünün 2 çocuğı bulunmaktadır (Tablo 3). Bakım verenlerin çocuk sayılarına ilişkin bilgilerin her çalışmada yer almadığı

belirlenmiştir. Dağdeviren ve ark'ın (2019) çalışması, bu çalışma bulgusuna uyumludur.

Tablo 3'te belirtildiği üzere bakım verenlerin %64'ünün eğitim düzeyi ilköğretim, Kalav ve Yurtsever'in (2019) %50,8'inin eğitim düzeyi ilköğretim, Şirzai ve ark'ın (2105) innmeli hastaların bakım vericilerinde yapmış oldukları çalışmada % 53,1'i ilköğretim düzeyinde eğitim aldıkları tespit edilmiştir. Yapılan incelemelerde eğitim düzeyi ilköğretim olan bakım verenlerin oranı bütün çalışmalarda yüksek bulunmuştur. Bu bulgu araştırmamızla aynı yöndedir.

Bu çalışmada bakım verenlerin %61'i çalışmamakta, Dağdeviren ve ark'ın (2019) çalışmasında bakım veren bireylerin %98,75'i çalışmamakta, Kalav ve Yurtsever'in (2019) %85,4'ü çalışmamakta, Şirzai ve ark'ın (2105) %63,3'ü çalışmamaktadır. Bu çalışmayla uyumlu bir bulgudur.

Bakım veren bireylerin Dağdeviren ve ark'ın (2019) araştırmasında %60'ının geliri giderinden az ve Kalav ve Yurtsever'in (2019) çalışmasında da %87,7'sinin geliri giderinden az olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada gelir durumu belirlenmesinde % 42'sinin 1301- 2600 TL arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Bu çalışmada bakım verenlerin %32'si hastaya 1 ay ile 1 yıldan az süre ile bakmaktadır (Tablo 4). Kalav ve Yurtseven'in (2019) %49,2'si 2-6 ay arasında bakım vermektedir. Bu bulgu çalışmamızla uyumludur. Aşiret ve Kapucu'nun (2013) çalışmasında bakım verenler %47,1'i 2 yıl ve üzeri bakım vermektedir. Bu çalışmadan farklı bir bulgu içermektedir.

Tablo 4'te yer aldığı üzere, bakım verenlerin %83'ünün kendi sosyal güvencesi bulunmaktadır. Literatür araştırmasında Türkoğlu ve Kılıç'ın (2012) %78,9'unun, Dağdeviren ve ark'ın (2019) %96,25'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bu araştırma ile aynı yönde bulgular saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin %43'ü anne-babasına bakım vermektedir. Şirzai ve ark'ın (2015) çalışmasında bakım verenlerin %87'si 1. Derece yakınına bakım verdiği belirtmiştir. Orak ve Sezgin'in (2015) kanserli hastalara bakım veren aile bireylerinde yaptığı çalışmasında %85'inin bakım verdikleri hastanın çocuğu olduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışma ile aynı yönde bulgu tespiti mevcuttur.

Bu çalışmada bakım verenlerin %66'sının hasta dışında, evde bakıma ihtiyacı olan bir birey olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 4). Tayaz ve Koç'un (2018) çalışmasında bakım veren bireylerin %91,5'inin evlerinde baktığı başka bir bireyin sorumluluğunu almadıklarını belirtmişlerdir. Bulgular bu çalışma ile aynı yöndedir.

Araştırmalar incelendiğinde Şirzai ve ark'ın (2015) çalışmasında bakım verenlerin %92,9'u bakım parası almamakta, %7,1'i devlet tarafından verilen bakım parasını almaktadır. Bu çalışmada bakım verenlerin %81'i bakım verdiği kişiden maddi kazanç elde etmemektedir (Tablo 4). Her iki çalışma da aynı yönde bulgular içermektedir.

Tablo 4'te belirtildiği üzere, bu çalışmada bakım verenlerin %59'u bakım verme sürecinde gelir durumunun etkilenmediğini belirtmektedir. Tuncay ve ark'ının (2015) çalışmasında bakım verenlerin %30,7'si bakım verilen bireye maddi destek sağlamada zorlandıklarını ifade etmişlerdir ve bu sonuca istinaden bakım verenlerin gelir durumunun etkilendiği söylenebilir. Bu çalışmanın bulgusuyla aynı yöndedir.

Çalışmada bakım verenlerin %74'ünün daha önce bakıma gereksinimi olan bir hastaya bakmadığı bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4). Orak ve Sezgin'in (2015) çalışmasında %40'ının daha önce kanserli bir hastanın dışında başka bir hastaya bakım verdiği tespit edilmiştir. Araştırmalar incelendiğinde bakım verenlerin daha önce bir hastaya bakım vermemiş olma oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve bu çalışma sonucunu desteklemektedir.

Bu çalışmada bakım verenlerin %61'inin bakım verme sürecinde aile içi dinamiklerinin olumsuz etkilendiği tespit edildi (Tablo 4). Aşiret ve Kapucu'nun (2013) çalışmasında hasta bakımında %29,4'ünün gergin aile ilişkileri nedeniyle zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Eğilli ve Sunal'ın (2017) demanslı hastaya bakım veren bireylerin hasta bakımı ile ilgili ailede günlük yaşama durumları ile ilgili bulgusunda katılımcıların %64'ünün aile içinde güçlükler yaşandığı ile ilgili bulgular tespit edilmiştir. Eğilli ve Sunal'ın çalışması bu çalışma ile aynı yönde bulgulara sahiptir.

Tablo 4'te belirtildiği üzere, bakım verenlerin %55'inin kronik bir sağlık sorunu bulunmamaktadır. Mollaoğlu ve ark'ının (2011) çalışmasında bakım verenlerin %36,2'si sağlık sorunu olmadığını belirtmiştir. Şirzai ve ark'ının (2011) çalışmasında %48'inde sistemik bir hastalık olmadığı belirtilmiştir. Bu çalışma bulguları ile ters

orantılı olarak bakım verenlerde sağlık sorunu olanların oranı, literatür çalışmalarından daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

7.2. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tartışılması

Tablo 5’te belirtildiği üzere palyatif bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların %57’si kadındır. Hudson ve ark.’ının palyatif bakım ünitesinde yapılan çalışmasında hastaların %47,8’i kadındır. Selçuk ve Avcı’nın (2016) çalışmasında hastaların %49,1’i kadınlardan oluşmaktadır. Bu çalışmada bakım verilenlerin kadın cinsiyetinde olması durumunun diğer çalışmalardan yüksek bulunmuş olması farklı zamanlarda ve farklı gruplarla yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Literatürde hastalara ilişkin verilerin bu çalışma ile benzer özelliklerin yer aldığı çalışmalar Yaşar (2009) ile Orak ve Sezgin’in (2015) çalışmalarıdır.

Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların %65’i yardımsız yemek yiyememektedir. Yaşar’ın (2009) yapmış olduğu çalışmada ise hastaların %10’unun beslenme durumunda tam bağımlı olduğu saptanmıştır. Orak ve Sezgin’in (2015) çalışmasında hastaların %61’i yardımsız yemek yemekte, bu çalışma ile aksi yönde bulgu yer almaktadır.

Bu çalışmada hastaların %83’ü yardımsız tuvalete gidememektedir. Yaşar’ın (2009) yapmış olduğu çalışmada hastaların %10,7’si tuvalet durumunda tam bağımlı, Orak ve Sezgin’in (2015) çalışmasında ise hastaların %69,2’si yardımsız tuvalete gitmektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda bu çalışmanın aksine hastalar daha yüksek oranda yardımsız tuvalete gidebilmektedir.

Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların %89’u yardımsız giyinememektedir. Yaşar’ın (2009) yapmış olduğu çalışmada hastaların %16,7’si giyinme durumunda tam bağımlıdır. Orak ve Sezgin’in (2015) çalışmasında %56,4’ü yardımsız giyinememektedir. Orak ve Sezgin’in çalışmasında bu çalışmaya yakın sonuç elde edildiği söylenebilir.

Bu çalışmada hastaların %98’i yardımsız banyo yapamamaktadır. Yaşar’ın (2009) çalışmasında hastaların %32’si banyo yapabilmekte tam bağımlıdır. Orak ve Sezgin’in (2015) çalışmasında hastaların %33,8’i yardımsız banyo yapabilmektedir. Orak ve Sezgin’in (2015) çalışması bu çalışma ile aynı yönde bulgular içermekle

birlikte bu çalışmada oranın yüksek olmasının, diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmanın palyatif bakım ünitesindeki hastalarda yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Hastaların idrarını kontrol etme ile ilgili bulguları incelendiğinde bu çalışmada hastaların %72'sinin idrarını kontrol edemediği, Orak ve Sezgin'in (2015) çalışmasında hastaların %70,8'inin idrarını kontrol edebildiği bulunmuştur. Bu çalışma ile aksi yönde bir bulgu içermektedir.

Bu çalışmada hastaların %71'i dışkısını kontrol edememektedir. Yaşar'ın (2009) çalışmasında hastaların %7'si dışkılama durumunda tam bağımlıdır. Orak ve Sezgin'in (2015) çalışmasında hastaların 73,8'i dışkısını kontrol edebilmektedir. Dışkılama ile ilgili özelliğin literatür incelemesinde bu çalışma ile aksi yönde bulguların olduğu tespit edilmiş olup, palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların yaşam sonu bakım aldıkları göz önünde bulundurularak farkın bundan kaynaklandığı düşünülebilir.

7.3. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya Bakım Veren Bireyin Bakım Verme Yükü Ölçek Puanının Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne göre puan ortalaması en yüksek 40.05, en düşük 14.03 olarak elde edilmiştir. Casado ve Sacco'nun (2012) yaptığı çalışmada bakım verme yükü ölçeğinden alınan en yüksek puan 40, en düşük puan 8 olarak elde edilmiştir. Tel ve ark'ın (2012) KOAH'lı hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışmasında ölçekten alınan en yüksek puan 72, en düşük puan 9 olmuştur. Şahin ve ark'ının (2009) kemoterapi alan hastaların bakım vericileri ile yaptığı çalışmada en yüksek bakım verme yükü ölçeği puanı 49,5, en düşük 18 puan olarak elde edilmiştir. Bakım yükünü, bakım verilen bireyin hastalık durumu, sosyo-demografik özellikleri, yaşam aktivitelerinde bakım veren bireye olan ihtiyaç durumu ve bakım veren bireylerin, içinde bulundukları fiziksel, sosyo-demografik, psikolojik durumları da etkileyebilmektedir. Bu nedenle farklı bölgelerde / ülkelerde farklı gruplardayapılmış araştırmalarda aynı/benzer bulgulara ulaşılması kadar ulaşılamaması da mümkün olabilmektedir.

7.4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği’nden Aldığı Puanların Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaya Bakım Veren Bireyin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tartışılması

Bu çalışmada bakım verenlerin sosyal güvencesinin olmaması, bakımdan maddi kazanç elde etmeyenlerin, bakım verme süresince aile içi dinamiklerinin olumsuz etkilendiğini belirtenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği anketinden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 7, 8, 9).

Literatür incelemesinde Yurtseven’in (2013) ve Orak ve Sezgin’in (2015) çalışmalarında sosyal güvencesinin olmamasının bakım verme yüğü puanı üzerinde etkili olmadığını bulmuşlardır. Bu çalışmada sosyal güvence önem arz etmekte, sosyal güvencesi olmayan bireylerin bakım verme yükleri artmaktadır.

Verdikleri bakımdan maddi kazanç elde eden bireylerin bakım verme yüğü daha azdır. Bakım veren bireyin hastayla yakınlık derecesi ne olursa olsun bakımdan elde edilen kazanç bakım yükünü olumlu yönde etkilemekte, bakım yükünü azaltmaktadır. Sosyal güvencesi olmayan, bakım veren bireyler hasta bakımını kendilerine maddi kazanç sağlayan, bir iş olarak görmektedir.

Literatürde aile içi dinamiklerinin olumsuz etkilendiğini belirtecek sosyo-demografik özellik sorusuna rastlanmamıştır. Çalışmada bakım veren bireyin bakım verme yükünün artması ile aile içi dinamiklerin değiştıği ve olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir.

Bakım veren bireylerin cinsiyet, yaş , medeni hal, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu ve hasta ile yakınlık derecesinin Bakım Verme Yüğü Ölçeği’nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7, 8). Grunfeld ve ark’ın (2004), Gratao ve ark’ın (2019), Hung ve Chunmi’nin (2018), Mollaoğlu ve ark’ın (2011), Zaybak ve ark’ın (2012), Ak ve ark’ın (2012) ve Orak ve Sezgin’in (2015) yaptığı çalışmalar incelendiğinde bakım verenlerin cinsiyetinin yüksek oranda kadın olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu çalışmamız ile uyumludur. Rezende ve ark’ın (2017), “Burden On Family Caregivers Of The Elderly In Oncologic Palliative Care” başlıklı çalışmalarında cinsiyetin bakım verme yüğü puanında etkili ve anlamlı olduğu tespit edilmiş, kadınların bakım verme yüğü puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yapılan literatür incelemesinde bakım verenin yaşı ile bakım verme yükü arasında doğru orantılı sonuçlar görülmüştür. Bu çalışmada olduğu gibi, Zaybak ve ark'ın (2012) ve Hung ve Chunmi'nin (2018) çalışmalarında da bakım verenin yaşı arttıkça, bakım verme yükü puan ortalaması da doğru orantılı olarak artmakta fakat istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmemektedir. Or'un (2013) çalışmasında bakım verenin yaşı arttıkça bakım verme yükünün istatistiksel olarak anlamlı artışı tespit edilmiştir. Bakım verici yaşı ilerledikçe hem hastanın hem de kendi sağlık sorunlarının yüklerini taşımaktadır (Bodur ve Cingil 2006). Mollaoğlu ve ark 'ın (2011) çalışmasında eğitim durumunun 'okur-yazar değil' özelliğine sahip olanlar ve Orak ve Sezgin'in (2015) çalışmasında eğitim durumu okuma-yazma düzeyinde olanlar ile bakım verme yükü karşılaştırılmış; eğitim durumu düşük olanların bakım verme yükü puanlarının diğer gruplara göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Mollaoğlu ve ark'ın (2011) ve Orak ve Sezgin'in (2015) çalışmalarında çalışma durumu ile bakım verme yükü puanında anlamlı bir artış bulunmamıştır. Zaybak'ın (2012) yaptıkları çalışmada çalışmayan grupta yer alan bakım veren bireylerin bakım verme yükü daha fazla olarak belirlenmiş olup, Ödemiş'in (2018) yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin çalışmakta olması bakım verme yükünü artırmaktadır.

Zaybak ve ark'ın (2012), Ak ve ark'ın (2012) ve Orak ve Sezgin'in (2015) yaptığı çalışmalar gelir durumu özelliğine göre incelendiğinde, bu çalışma ile uyumlu olarak bakım verme yükü üzerinde istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmemektedir. Fakat Brodaty (2009)'un yaptığı çalışma ile bulgularımız karşılaştırıldığında hasta yakınının gelir düzeyi arttıkça bakım verme yükü ölçeğinden alınan puan ortalaması azalmaktadır. Her iki çalışmada da gelir düzeyi ile bakım verme yükü arasında ters orantı olduğu söylenebilir.

Or'un (2013) ve Ödemiş'in (2018) yaptığı çalışmalarda hastaya olan yakınlık arttıkça bakım verme yükü artmaktadır. Özellikle eşine bakım veren bireylerin bakım verme yükü artmaktadır. Bu çalışma ile aynı yönde sonuç elde edilememesi katılımcıların farklı sosyo-demografik özelliklere sahip olmasından kaynaklanabilir.

Bakım verenlerin hastaya bakım verme sürelerinin bakım yükü puanlarını etkilediği, "1 aydan az" süresince bakım verenlerin bakım verme yükü puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlendi. (Tablo 8). Literatür incelenmesi yapıldığında, bu çalışmada belirlendiği gibi Orak ve Sezgin (2015)'in çalışmasında

bakım verme süresi ile bakım verme yükü karşılaştırılmış bakım verme yükü süresi azaldıkça bakım verme yükü puanının azaldığı belirlenmiştir.

Literatürde hasta dışında bakıma ihtiyacı olan kişi sayısı ile bakım verme yükünü karşılaştıran çalışma bulgusuna rastlanmamıştır. Bu çalışmada bakım veren bireyin bakım verme yükünün artmasını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkileyen faktörlerden birisidir. Bakıma ihtiyacı olacak kişi sayısı artıkça bakım verenin bakım verme yükü artmaktadır.

Bakım verenlerin %45'inde kronik bir sağlık sorunu bulunmakla birlikte bakım verme yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Işık ve Erci (2018)'nin çalışmasında kronik sağlık sorunu olan bakım verenlerin oranı %38,8'dir.

7.5. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Bireyin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tartışılması

Bu çalışmada bakım verilen hastanın kilosuna ilişkin parametre analizinde bakım verme yükü ölçeği anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı. 46-65 kilo ile 86 ve üzeri kiloda olan hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü daha fazladır (Tablo 10).

Literatürde hastanın kilosuna ilişkin bir özelliğe rastlanmamış olup, hastanın bakım esnasında mobilizasyonunun sağlanması bakımından üzere önem teşkil etmekte ve bakım aktivitelerini etkilemektedir.

Bu çalışmada bakım verilen hastaların özelliklerine ilişkin olarak cinsiyet, yaş, hastanın yardımsız yemek yemesi, tuvalete gitme, giyinme, banyo yapma, idrarını kontrol edebilme, dışkısını kontrol edebilme durumları, hastanın vücudunda bakım verilmesini etkileyen tıbbi amaçlı kullanılan bir aracın bulunması ile bakım verme yükü ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 10).

Orak ve Sezgin'in (2015) yaptığı çalışmada, yardımsız tuvalete gidebilen, idrarını kontrol edebilen, dışkısını kontrol edebilen hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü puanlarının gereksinimlerini yapamayan hastalara bakım verenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Zaybak ve ark'ın (2012) tarafından yapılan çalışmada bakım verilen hastanın bağımlılık düzeyinin bakım verme yükünü artırdığı belirtilmiş fakat bağımlılık düzeyi ile ilgili kriterler bilinmemektedir. Bağımlılık

düzeyi artan bireyin yakınının bakımına daha çok ihtiyacının olması ve bakım verenin hasta bakımındaki rolünün artmasının bakım yükünü etkileyebileceği düşünüldüğü ifade edilmektedir.

7.6. Sonuç ve Öneriler

- Palyatif bakım ünitesinde yatan hastalara bakım veren bireylerin %82'si (n:82) kadındır.
- Bakım veren hasta yakınlarının sosyal güvencesinin olmaması, bakımdan maddi kazanç sağlaması, bakım verme süresince aile içi dinamiklerinin olumsuz etkilenip etkilenmediği gibi parametreler ile bakım verme yükü ölçeği anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı.
- Bakım veren hasta yakınlarının bakım verme süresi ile bakım verme yükü ölçeği anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Bakım verme süreleri “1 aydan az” olanlar ile “3 yıl ve üzeri” olanlar arasında olanlar arasında “1 aydan az” bakım verenlerin bakım yükü puanının daha düşük olduğu belirlendi.
- Bakım verenlerin hasta dışında bakıma ihtiyacı olan kişi sayısı ile bakım verme yükü ölçeği anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bakıma ihtiyacı olan kişi sayısının bulunmaması ile bakıma ihtiyacı olan 3 kişi olması arasında anlamlı fark bulundu. Bakımını üstlendiği kişi sayısı arttıkça bakım yükü puanının arttığı görüldü.
- Palyatif bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların %57'si (n:57) kadındır.
- Bakım verilen hastanın kilosuna ilişkin parametre analizinde bakım verme yükü ölçeği anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi. 46-65 kilo ile 86 ve üzeri kiloda olan hastalara bakım veren kişilerin bakım verme yükü ölçek puanları arasında anlamlı olarak fark bulundu.

Öneriler;

- Bakım vermede aktif rol oynayan bireylerin cinsiyeti kadındır. Cinsiyetler arasındaki dengenin sağlanabilmesi ve bakım verme rolünün yalnızca tek cinsiyete özgü bir olgu olduğu algısının düzeltilebilmesi için bakım

verenlerin cinsiyet gözetilmeksizin planlı bir şekilde bakımları üstlenmesi sağlanabilir.

- Bakım verenlerle ilgili yapılacak olan çalışmalarda bakım verenlerin bakım verme sürecinde aile içi dinamiklerinin durumu ile ilgili soruların yöneltilmesi durum tespiti açısından önemlidir. Araştırma sonuçlarına göre bakım vericilerin yükünün azaltılmasına yönelik girişimler planlanabilir.
- Bakım verme süresi artan bireylerin bakım yüklerini azaltmak, amacıyla başka bir bakım veren tarafından dinlendirilmesi, mümkünse bir süre bakıma ara vermesi sağlanmalıdır.
- Bakım verenin, bakım verdiği hasta birey dışında bakımına ihtiyacı olan başka bireylerin olması bakım yükünü arttırdığından, bu bireylerin bakım verme yükünün paylaşılması önerilebilir.
- Yaşam süresinin artışı, yaşlı nüfusun artışı, kronik hastalıkların artması sebebiyle ihtiyaç duyulan palyatif bakım ünitelerinin Türkiye’de istenilen seviyeye ulaşmasına katkıda bulunmak için bakım veren bireylerin yükü göz önünde bulundurulmalıdır.
- Bakım veren yükünü azaltmak amacıyla palyatif bakımın evde sağlığa entegrasyonunun sağlanması, hasta bireylere evlerinde hizmet verilmesi hem hasta ve hasta yakını açısından hem de ülke ekonomisi açısından yarar sağlayabilir.
- Bakım veren bireylerin stres, depresyon gibi durumlardan korunması için kendi aileleriyle daha fazla vakit geçirmeleri ve sosyal aktivitelere yönelmeleri amacıyla palyatif bakımdan evde bakıma geçişi geniş bir perspektifle planlanmalı ve hasta yakını gerekli dinlenme zamanı sağlanarak nitelikli personel sayısının artırılması önerilebilir.
- Bakım veren bireylerin hastane ortamında karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkabilmesi için hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının bakım veren aile bireylerinin yaşayabileceği güçlüklerle çözüm odaklı yaklaşması hem hasta hem hasta yakını hem de disiplinlerarası çalışma ortamının refahını sağlayabilir. Bakım yüküne ve diğer problemlerine ilişkin farkındalık oluşturarak gerekli çözümlere yönelik destek olmaları önerilebilir.

KAYNAKLAR

Adelman RD, Lyubov L, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS, Caregiver Burden. JAMA.2014;311 (10): 1052-1059.

Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar M.H. Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Açısından Değerlendirilmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2012; 25:330-337.

Akdağ R, Tosun N, Çinal A, Yeşilyurt H, Şencan İ, Koç O, Dilsiz A, Bayraktar G, Küçük A, Yastı AÇ, Bastı AY, Kervan Ü, Göksel F. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 836. Ankara. 2011; sf:58-63.

Aktürk Z, Acemoğlu H. Sağlık Çalışanları İçin Araştırma ve Pratik İstatistik. Ailem Yayınları, 2011; İstanbul.

Arslantaş H. Burden and Coping Strategies of Psychiatric patients' Caregivers. Türkiye Klinikleri J Psychiatri Nurs-Special Topics.2018; 4(1):39-47.

Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(3): 513-552.

Babadağ K. Hemşirelik ve Değerler. Alter Yayıncılık, 2010; s:19-23.

Bag B. Almanya Örneğinde Sağlık sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi. 2012; 27(3):142-149.

Brodsky H. Family Caregivers of People with Dementia. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2009; 11(2):217-228.

Bölükbaş RP. Kalp Yetmezlikli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinde Bakım Yüğü. Türkiye Klinikleri. 2017;3(3):147-153.

Burkhardt MA, Nathaniel AK. Ethics Issues In Contemporary Nursing. Çeviri Editörleri: Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü. Çağdaş Hemşirelikte Etik. 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul; 2013, s:249-251.

Casado B, Sacco P. Correlates of Caregiver Burden Among Family Caregivers of Older Korean Americans. *The Journals of Gerontology*. 2012; 67(3), 331–336.

Chang H, Chiou C, Chen N. Impact of Mental Health and Caregiver Burden On Family Caregivers' Physical Health. *Elsevier Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010;50 (3): 267-271.

Cingil D, Gözüm S, Bodur S. Bağımlı Yaşlısına Bakım Veren Aile Üyelerine Sunuş Yolu İle Verilen Eğitimin Bakım Verme Yeterliliği ve Yaşlı Bakımı Bilgi Düzeyine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.2015; 18(4): 259-267.

Dağdeviren TS, Dağdeviren M, Demir N, Atatorun M, Özşahin OA, Adahan D. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Verenlerinin Sosyodemografik Özellikleri. *Ankara Medical Journal*. 2019; 1:232-243.

Delalibera M, Barbosa A, Leal I. Circumstances and Consequences of Care: Characterization of the Family Caregiver In Palliative Care. *Ciencial Saude Coletiva*. 2018; 23(4):1105-1117.

Eğilli CS, Sunal N. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*. 2017; 3(2): 83-91.

Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*; 2012; 54:329-334.

Gratao ACM, Brigola AG, Ottaviani AC, Wiches BM, Souza EN, Rossetti ES, Oliveria NA, Terassi M, Pavarini SC. Brief Version of Zarit Burden Interview (ZBI) for Burden Assesment In Older Caregivers. *Dement Neuropsychol*.2019;13(1):122-129.

Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, Willian A, Viola R, Coristine M, Janz T, Glossop R, Family Caregivers Burden: Results of A Longitudinal Study of Breast Cancer Patients and Their Principal Caregivers. *Canadian Medical Association Journal*. 2004; 170(12):1795- 1801.

Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi; 2010; 1:1-6.

Hudson PL, Thomas K, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Psychological and Social Profile of Family Caregivers on Commencement of Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management. 2011;41(3):522-534.

Hung Sa L, Chunmi K. Factors Affecting Family Caregivers’ Burden and Depression in Home-based Long-Term Care Service Under The Long-Term Care Insurance System. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 2018; 29(4):530-538.

Işıl Ö, Onan N. Yaşlı ve Demanslı Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri. 2016; 2(1):74-80.

Işık K, Erci B. Life Satisfaction and Care Burden of Caregivers Who Provide Care at Home to Elderly Patients and the Influencing Factors. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2018; 10(1):11-7.

İnal HC, Günay S. Olasılık ve Matematiksel İstatistik. Hacettepe Üniveristesi Yayınları, 2002; İstanbul.

İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı’nin Türkçe’ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11(4): sf:85-95.

Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi. 2013;11 (2):56-70.

Kalav S, Yurtsever S. The Relationship Between Caregiving Burden and Quality of Life In Family Caregivers of Stroke Patients. International Refereed Journal of Nursing Researches. 2019; 15:48-69.

Mohanti BK. Ethics In Palliative Care.Indian Journal of Palliative Care. 2009;15(2):89-92.

Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2011; 4(3): 125-130.

Northouse L, Williams AL, Given B, McCorkle R. Psychosocial Care for Family Caregivers of Patients With Cancer. Journal of Clinical Oncology. 2012; 30(11):1227-1234.

Or R. Yaşlıya Bakım Veren aile Bireylerinin Bakım Verme Yükü ve Bakım Vereyin İyilik Hali. P:Ü: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Denizli(Danışman: Yard.Doç.Dr. Kartal A).

Orak OS, Sezgin S. Kanserli Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2015; 6(1):33-39.

Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. Kanser hastaları ve aileleri için palyatif bakım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 2010. 45-51.

Ödemiş H. İnmeli Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. M.S.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Muğla (Danışman: Doç.Dr. Irmak Z).

Rezende G, Gomes CA, Rugno FC, Eva G, Lima NKC, Carlo MMRP. Burden on Family Caregivers of The Elderly In Oncologic Palliative Care. European Geriatric Medicine. 2017; 887: 1-5.

Rome RB, Luminais HH, Bourgeois DA, Blais CM. The Role of Palliative Care At The End of Life. The Ochsner Journal. 2011; 11:348-352.

Ronald D. Adelman MD; Lyubov L. Tmanova, DVM, MLIS, MS; Diana Delgado, MLS; Sarah Dion, BA; Mark S. Lachs. Caregiver Burden. American Medical Association. 2014; 311(10): 1052-1060.

Sampson C, Finlay I, Byrne A, Snow V, Nelson A, The Practice of Palliative Care From The Perspective of Patients and Carers. BMJ Support Palliative Care. 2014; 4(3):291-298.

Savundranayagam MY, Montgomery RJ, Kosloski K, Little TD. Impact Of A Psychoeducational Program On Three Types Of Caregiver Burden Among Spouses. International Journal Geriatr Psychiatry.2011; 26(4): 388-396.

Selçuk KT, Avcı D. Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenler. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016; 7(1):1-9.

Sıkılmaz DÇ. Evde Yatağa Tam Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. İ.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Ü. Sunal N).

Sun V, Kim JY, Irish TL, Borneman T, Sidhu RK, Klein L, Ferrell B. Palliative Care and Spiritual Well-Being in Lung Cancer Patients and Family Caregivers. Psychooncology, Author manuscript. 2017; 25(12): 1448–1455.

Sürmeli DM, Akçiçek F. Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. Türkiye Klinikleri. 2016;9(1):8-11.

Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(2): 1-9.

Şenel G, Uyar M. Palyatif Bakım. Palyatif Bakım Derneği Bülteni. 2015:4-8.

Şirzai H, Delialioğlu SÜ, Sarı Fİ, Özel S. İnme ve Bakım Verme Yükü. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi. 2015; 18:162-169.

Tanrıverdi Ö, Kömürcü Ş. Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma. İçinde: Gülhan M, Yılmaz Ü, (Eds.) Akciğer Kanseri Destek Tedavisi. 2. Baskı, İstanbul: Probiz Ltd. Şti, 2016. p.391-407.

Tayaz E, Koç A. Engelli Bireye Bakım Verenlerde Algılanan Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Bakırköy Tıp Dergisi. 2018; 14:44-52.

Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesi. Türk Torak Dergisi. 2012;13:87-92.

Tuncay FÖ, Mollaoğlu M, Fertelli TK. Kronik Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Sosyal Destek Düzeyi. Davranış Bilimleri Dergisi. 2015; 8:5-10.

Turgay G. Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Sultan Kav).

Turkoglu N, Kılıc D. Effects of Care Burdens of Caregivers of Cancer Patients on Their Quality of Life. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2012; 13:4141-4145.

Uslu FŞ, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi Ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015; 4(2):81-90.

Utku EŞ, Hacıkamiloğlu E, Boztaş G, Keklik K, Gültekin M. Türkiye'de Palyatif Bakım Tedavi ve Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları. Türkiye Klinikleri.2017;10(3):240-244.

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 Dergisi. 2015;27 (2):104-110.

Veloso VI, Tripodoro VA. Caregivers Burden In Palliative Care Patients: A Problem to Tackle. Wolters Kluwer Health.2016; 10:1-10.

Wilkie DJ, Ezenwa M.O. Pain and Symptom Management in Palliative Care and At End of Life. The Official Journal of The American Academy of Nursing. 2012;60 (6): 357-364.

Yaşar EK. Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İzmir (Prof. Dr. Temel AB).

Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz SÇ. Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2016;13 (3): 216-225.

Yılmaz E.Bir Üniversite Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Refakatçilerinin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. Özyıldırım BA).

Yurtseven İK. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin, Bakım Yükü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,2018, İstanbul (Danışman:Doç Dr. Oğuz S).

Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu EG, Ülker E. Yatağa bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15 (1):48-54.

9. EKLER

EK-1: PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTAYA BAKIM VEREN BİREYE YÖNELİK BİLGİ FORMU

1-) Cinsiyetiniz?

- A) Kadın B) Erkek

2-) Kaç yaşındasınız?

- A) 15 yaş ve altı
B) 16-32
C) 33-49
D) 50 yaş ve üzeri

3-) Medeni haliniz nedir?

- A) Evli B) Bekar

4-)Kaç çocuğunuz var?

- A)Çocuk yok B)1 C)2 D)3 ve üzeri

5-) Öğrenim durumunuz nedir?

- A) Okur - yazar değil
B) Okur - yazar
C) İlköğretim
D) Lise
E) Üniversite ve üstü

6-) Çalışma durumunuz nedir?

- A) Tam zamanlı çalışıyor
B) Yarım zamanlı çalışıyor
C) Vardiyalı çalışıyor
D) Çalışmıyor

7-) Aylık kazancınız ne kadar?

- A)1300TL ve altı B)1301TL - 2600TL
C) 2601TL - 3900TL D)3901TL ve üzeri

8-)Hastanıza ne kadar zamandır bakım vermekttesiniz?

- A) 1 aydan az
- B) 1 ay - 1 yıldan az
- C) 1yıl - 2 yıldan az
- D) 2yıl - 3 yıldan az
- E) 3 yıl üzeri

9-) Sosyal güvenceniz var mı?

- A)Evet
- B)Hayır

10-) Hastayla yakınlık dereceniz nedir?

- A) Anne-babası
- B) Eşi
- C) Çocuğu
- D) Kardeşi
- E) Akraba
- F) Akraba bağı olmayan

11-) Hasta dışında evde sizin bakımınıza ihtiyaç duyan kaç kişi (çocuk, yaşlı) var?

.....

12-)Hastaya verdiğiniz bakım nedeniyle maddi kazanç sağlıyor musunuz?

- A) Evet
- B) Hayır

13-)Bakım verme sürecinde eve giren aylık geliriniz etkilendi mi?

- A)Evet
- B)Hayır

14-)Daha önce sürekli bakıma gereksinimi olan bir hastaya baktınız mı?

- A)Evet
- B)Hayır

16-) Bakım verme sürecinde aile içi dinamikleriniz (zaman ayırma, iletişim vb.) olumsuz etkilendi mi?

- A) Evet
- B)Hayır

17-) Kronik bir sağlık sorunuz var mı?

- A) Evet
- B) Hayır

EK-2: PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTAYA İLİŞKİN BİLGİ FORMU

1-)Hastanın cinsiyeti nedir?

A)Kadın B)Erkek

2-)Bakım verilen hastanın yaşı nedir?

A)50 ve altı B)50 yaş üzeri

3-) Hastanın kilosu nedir?

A) 6-25 B)26-45 C)46-65 D)66-85 E)86 ve üzeri

4-) Hasta yardımsız yemek yiyebiliyor mu?

A)Evet B)Hayır

5-) Hasta yardımsız tuvalete gidebiliyor mu?

A)Evet B)Hayır

6-) Hasta yardımsız giyinebiliyor mu?

A)Evet B)Hayır

7-) Hasta yardımsız banyo yapabiliyor mu?

A)Evet B)Hayır

8-) Hasta idrarını kontrol edebiliyor mu?

A)Evet B)Hayır

9-) Hasta dışkısını kontrol edebiliyor mu?

A)Evet B)Hayır

10-) Hasta vücudunda bakım vermenizi etkileyen tıbbi amaçlı kullanılan kalıcı bir araç var mı?

(Trakeostomi, gastrostomi, kalp pili, kolostomi vb.)

A)Evet B)Hayır

EK-3: BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

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

1-) Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

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

2-) Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

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

3-) Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

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

4-) Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

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

5-) Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

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

6-) Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

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

7-) Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

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

8-) Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

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

9-) Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

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

10-) Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

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

11-) Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

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

12-) Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

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

13-) Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

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

14-) Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

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

15-) Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

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

16-) Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

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

17-) Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

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

18-) Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

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

19-) Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

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

20-) Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

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

21-) Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

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

22-) Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK-4: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

“Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi” başlıklı bu araştırma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gülçin Ekici Kocakafa ve danışmanı Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR tarafından planlanmıştır.

Bu araştırma kapsamında sizden bir anket formu doldurmanız istenecektir. Bu formu doldurmanız yaklaşık 20 dk sürecektir.

Bu çalışmaya katılma ya da katılmama ya da istediğiniz zaman çıkma hakkına sahipsiniz. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğinizi önceden bildirmeniz daha uygun olacaktır.)

Araştırmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle araştırmadan çıkarılmanız veya çıkmanız halinde, hastalığınız ile ilgili tedavinizde hiç bir aksama olmayacaktır.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili sizden herhangi bir para talep edilmeyecek veya size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katıldığınız takdirde araştırmacılar ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında ve sonrasında büyük özen gösterilecektir. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler herhangi bir şekilde, herhangi bir kurum veya kişiye başka bir amaçla verilmeyecektir.

Bir soru ya da sorun olduğunda temas kurulacak kişi Gülçin EKİCİ KOCAKAFA’dır.

Gönüllü Adı Soyadı

Araştırmacının Adı Soyadı

İmza/Tarih

İmza/Tarih

EK-5: GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR ve Gülçin EKİCİ KOCAKAFA tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacılar ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum.

Araştırmayla ilgili bir soru ya da sorun olduğunda temas kurulacak kişi Gülçin Ekici Kocakafa’yı arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no.,faks no,...)

**EK 6. MARMARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK AŞTIRMALAR ETİK KURUL İZNİ**



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu**

PROJENİN ADI : Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Prof.Dr. Şule ECEVİT ALPAR
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Gülçin EKİCİ KOCAKAYA
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 06.02.2017-70

Sayın Prof.Dr. Şule ECEVİT ALPAR

70 protokol nolu "Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

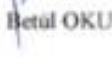

Prof. Dr. Göksel ŞENER
Komisyon Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Pınar MEGA TİBER


Prof. Dr. Hülya ASÇI


Prof. Dr. Nefise AHÇECİK


Doç. Dr. Hakkı ARIKAN


Yrd. Doç. Dr. Betül OKUYAN


Yrd. Doç. Dr. İlkşan DEMİRBÜKEN

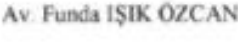

Prof. Dr. Dışad SAVE


Prof. Dr. Tuğba TUNALI AKBAY


Doç. Dr. Oya ORUN


Doç. Dr. Gürkan SERT


Yrd. Doç. Dr. M. Ümit UĞURLU


Av. Funda IŞIK ÖZCAN



Marmara Üniversitesi
Kampüs Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Sağlık Kurulu
ETİK KURULU

0216) 414 44 23 12 (Faks)
0216) 414 44 23
etik.kurulu@marmara.edu.tr
http://saalik.marmara.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için
Sakayman
TÜRKMENÖZÜ

EK 7. KURUM İZİN YAZISI



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

İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ KHBGS İDARİ
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
21/07/2017 18:14 - 40580992 - 604.02 - E 14763



60049381555

Sayı : 40580992-604.02
Konu : Gülçin EKİCİ KOCAKFA'nın
Araştırma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 10/07/2017 tarihli dilekçe.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Gülçin EKİCİ KOCAKFA'nın *"Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi"* konulu araştırması kapsamında; Genel Sekreterliğimize bağlı İstanbul Avcılar Murat Köllük Devlet Hastanesi, İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi, İstanbul Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi ve İstanbul Silivri Devlet Hastanesinde çalışma yapma talebi ile ilgili yapmış olduğu başvuru değerlendirilmiş olup, söz konusu araştırma konusundaki çalışmaların hizmeti aksatmayacak şekilde, gönüllülük esası, kişisel veriler ve özel hayatın korunması ile yapılacak çalışmanın kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi ilkelerine dikkat edilmesi kaydıyla yapılması uygun görülmüştür.

Adı geçenin araştırma onay yazısı ile birlikte söz konusu sağlık tesislerinin Eğitim ve Ar-Ge Birimine başvurusu hususunda;
Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Mehmet Emin KALKAN
Genel Sekreter

DAĞITIM:
İstanbul Avcılar Murat Köllük Devlet Hastanesi
İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi
İstanbul Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi
İstanbul Silivri Devlet Hastanesi
Sayın Gülçin EKİCİ KOCAKFA (Atakent Mah. 3.Etap A-63 Blok K:4 D:17
Küçükçekmece-İstanbul)

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNIYDIR
24.07.2017

T.C.
İSTANBUL ÇEKMECE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
A. Osman TUNÇAY
Uzman

İstanbul İli Çekmece Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Ge
Birimi Zafer Mah.Çınar Sok. Adapark Plaza No:1 Yenibosna/İSTANBUL
Faks No: 454 61 00 - 6238 Fax: 0212 454 61 61
e-Posta: bilal.alegoz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Biyolog Bilal ALEGÖZ İletişim: 0212
454 61 00 - 6238 Fax: 0212 454 61 61
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a9581233-eebe-4e29-8500-186c023292cd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Bilal ALEGÖZ
Unvan: BIYOLOG
Telefon No:

EK 8. TEZ ÇALIŞMASINDAN ÜRETİLEN ULUSAL YAYIN

15. Uludağ İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi'nde 4 Mart tarihinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

15. ULUDAĞ
İÇ HASTALIKLARI ULUSAL KIŞ KONGRESİ
4. BURSA AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ ULUSAL KONGRESİ
9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi
02 - 04 Mart 2019, Grand Yazıcı Otel - Uludağ



11.06.2019

Konu / İliği: 15. Uludağ İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi ve 4. Bursa Aile Hekimliği Derneği Ulusal Kongresi ve 9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi Bildiri Kabul Yazısı

Sayın Gülçin EKİCİ KOCAKAFA
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları A.B.D.

02 - 04 Mart 2019 tarihlerinde Grand Yazıcı Otel, Uludağ' da gerçekleştirilecek olan **15. Uludağ İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi ve 4. Bursa Aile Hekimliği Derneği Ulusal Kongresi ve 9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi**'ne göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederiz.

Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi
Gülçin EKİCİ KOCAKAFA , Şule ECEVİT ALPAR

başlıklı bildiriniz, bilimsel kurul tarafından kongrede **Sözel Bildiri Sunumu** olarak kabul edilmiştir, ve kongre kitabına girecektir.

Bildirinizin kongre kitabında yayımlanabilmesi için **15 Şubat 2019** tarihine kadar kongreye kayıt yaptırmış olmanız gerekmektedir.

Kongreye ilginiz için teşekkür eder, başarılarınızın devamını dileriz.


Prof. Dr. Fahir Özkalemkaş
Kongre Başkanı


Dr. Özlem Sezen
Aile Hekimliği Kongre Başkanı

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Bursa Aile Hekimliği Derneği

www.uludagichastaliklari.org

**Bilimsel Bütçesi**
Prof. Dr. Fahir Özkalemkaş
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Hematoloji BD
Görükle / Bursa
E-posta: fahir@uludag.edu.tr

burken
TUTAN & YATIRAN
Organizasyon Sekreteryesi
444 9 443
info@burken.com - www.burken.com

15. ULUDAĞ

İÇ HASTALIKLARI

ULUSAL KIŞ KONGRESİ

4. BURSA AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ
ULUSAL KONGRESİ

9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi

02 - 04 Mart 2019

Grand Yazıcı Otel - Uludağ



Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Bursa Aile Hekimliği Derneği



www.uludagichastaliklari.org



Bilgi ve Sorular İçin
Prof. Dr. Fahri Özkalemli
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Hematoloji BD
Gönder : Bursa E-posta: fahri@uludag.edu.tr



Organizasyon Sekreteryanı
444 9 443
organ@burken.com.tr www.burken.com.tr

PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARA BAKIM VEREN HASTA YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKLERİNİN BELİRLENMESİ

¹Gülçin Ekici KOKAKAFA, ¹Şule ECEVİT ALPAR

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları A.D., İstanbul

GİRİŞ ve AMAÇ: Palyatif bakım DSÖ tarafından yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunlar yaşayan hasta ve ailelerinin, fiziksel, psiko-sosyal ve spiritüel problemlerini erken tanılama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır. Palyatif bakımın nihai amacı hastanın tanısı ne olursa olsun, kendisinin ve ailesinin yaşam kalitesini artırmaktır. Bu çalışma, palyatif bakım ünitesinde yatan hastalara bakım veren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile bu özelliklerin bakım verme yükleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Araştırmanın evrenini İstanbul İli Çekmece Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Palyatif Bakım Ünitesi bulunan sağlık tesisleri oluşturmaktadır. Avcılar Murat Köhük Devlet Hastanesi, Başakşehir Devlet Hastanesi, Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi, Silivri Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Ünitelerinde Ocak 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında yatan hastaların yakınları, örneklemini ise bu evren içinden araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 birey oluşturmaktadır. Elektronik ortamda yapılan analize göre örneklem büyüklüğü minimum 100 olarak belirlenmiştir. Verilerin toplanmasında bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesine yönelik cinsiyet, yaş, medeni durum, aylık geliri gibi bilgilerin yer aldığı soru formu, hastaya ilişkin yaş, kilo, yatağa bağımlılığı, yarımsız yemek yeme, tuvalet ihtiyacını karşılayabilme gibi bilgilerinde yer aldığı soru formu ve Zarit, Reeve ve BachPeterson tarafından 1980 yılında geliştirilip, 2006 yılında İnci ve Erdem tarafından Türkçe'ye uyarlanan ve Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0.95 olarak bulunan Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Burden Interview) kullanılmıştır. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, tek boyutlu olarak kullanılmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Veriler

10. ARAŞTIRMACININ KISA ÖZGEÇMİŞİ

Adı	GÜLÇİN	Soyadı	EKİCİ KOCAKAFA
Doğum Yeri	SİVAS	Doğum Tarihi	10.02.1988
Email	ekici.gulcin@gmail.com	Telefon	0212 454 61 00

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Pedagojik Formasyon	Sağlık	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi	2015
Yüksek Lisans	Hemşirelik Anabilim Dalı	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2013-DEVAM
Lisans	Hemşirelik	Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksek Okulu	2007-2011

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Çocuk Ergen Kadın Üreme Sağlığı Birimi Uluslararası Hasta Koordinasyon Birimi	İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı-6	2017 Aralık- Halen
Uluslararası Hasta Koordinasyon Birimi	İstanbul İli Çekmece Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği (MÜLGA)	2015 Şubat- 2017 Aralık
Çocuk Kardiyoloji Hemşiresi	İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi EAH	2014 Eylül- 2015 Şubat
Klinik Eğitim Hemşiresi	Acıbadem Atakent Hastanesi	2014 Haziran -2014 Ağustos
Çocuk Yoğun Bakım Hemşiresi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2011 Eylül- 2014 Mart

Yabancı Dil Bilgisi:

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	YÖKDİL Puanı
İNGİLİZCE	ORTA	ORTA	ORTA	68,75
İTALYANCA	BAŞLANGIÇ	BAŞLANGIÇ	BAŞLANGIÇ	-

Uluslararası/Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

1. 15. Uludağ İç Hastalıkları Kış Kongresi & 4. Bursa Aile Hekimliği Kongresi & 9. Uludağ Hemşirelik Kongresi. Sözel Bildiri. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Bursa; Mart 2019.
2. 10.Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Poster Bildiri. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakımı Bölümü Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumlarının İncelenmesi. Gaziantep; Nisan 2011.
3. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Uluslararası Katılımlı IX. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi ve V. Ulusal Acil Tıp ve Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi. Poster Bildiri. Stevens Johnson Sendromu'nda Tedavi ve Bakım. Ankara; Mayıs 2012.

Projeler

1. İstanbul Kalkınma Ajansı. Sağlık Turizmi Kapsamında İstanbul'da Bir İlk: Kamu Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Akreditasyon Sisteminin Kurulması. Proje İdari Hizmetler Sorumlusu. 2015-2016.

Katılmış Olduğu Seminer/Kongre/Sertifika Programı:

1. Mindful Breastfeeding Practitioner with Anne Le Grange. Anne Le Grange İle Farkındalıkla Emzirme Uygulayıcı Eğitimi, Yogatime, İstanbul, 2019. (Etkinlik ve Organizasyon Sorumlusu).
2. TEMAS Derneği Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi, Yogatime, İstanbul, 2019. (Etkinlik ve Organizasyon Sorumlusu).
3. Deniz Bağan ile Temel Yoga Uzmanlık Programı, Yogatime. İstanbul, 2019.
4. Hemşirelik Haftası Sempozyumu - Kamu Hastanelerinde Öncü Bir Ses: Hemşirelik, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı-6. İstanbul, 2019.
5. 15. Uludağ İç Hastalıkları Kış Kongresi & 4. Bursa Aile Hekimliği Kongresi & 9. Uludağ Hemşirelik Kongresi. Uludağ Üniversitesi. Bursa, 2019.
6. Sağlıkta Yapay Zeka Zirvesi, İstanbul Üniversitesi. İstanbul, 2019.
7. Dr. Neslihan İskit ile Çocuk Yogası Eğitmenlik Kursu, Maya Yoga. İstanbul, 2018.
8. Dr. Neslihan İskit ile Hamile Yogası Eğitmenlik Kursu, Maya Yoga. İstanbul, 2018.
9. Bebek Masajı Eğitmenlik Eğitimi, International Association of Infant Massage. İstanbul, 2018.
10. 1. Palyatif Bakım Sempozyumu, Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi. İstanbul, 2016.
11. Risk Altındaki Çocuklar Çalıştayı, Kadıköy Belediyesi. İstanbul, 2015.
12. SANERC Yoğun Bakım Hemşireliği Seminer Programı, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi. İstanbul, 2013.
13. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Uluslararası Katılımlı IX. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi ve V. Ulusal Acil Tıp ve Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi. Ankara, 2012.
14. Sağlık Kuruluşlarında Kurumsallaşma ve Kurum Kültürü, Medicana Hastanesi. İstanbul 2011.

15. Kırklareli Üniversitesi Kariyer Günleri Optimed Hastanesi Hemşirelikte Kalite, Stres ve Zaman Yönetimi. Kırklareli, 2011.
16. 10.Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Gaziantep, 2010.
17. Trakya Üniversitesi Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu. Edirne, 2010.

