

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**PALYATİF BAKIM VERİCİLERİNE
UYGULANAN GEVŞEME EGZERSİZLERİNİN
BAKIM VERME YÜKÜ, TÜKENMİŞLİK
VE KAYGI DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Ayşegül (GÖKER) YAMAN

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ**

İSTANBUL, 2020

**Ayşegül (GÖKER) YAMAN PALYATİF BAKIM VERİCİLERE UYGULANAN GİRİŞİMLERİN
ETKİLERİNİN İNCELENMESİ İSTANBUL, 2020**

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**PALYATİF BAKIM VERİCİLERİNE UYGULANAN
GEVŞEME EGZERSİZLERİNİN BAKIM VERME
YÜKÜ, TÜKENMİŞLİK VE KAYGI DÜZEYLERİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

**Ayşegül (GÖKER) YAMAN
174003034**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ**

İSTANBUL, 2020

TEZ ONAY SAYFASI

ÖZET

Araştırma; palyatif bakım vericilerine uygulanan gevşeme egzersizlerinin bakım verme yükü, tükenmişlik ve kaygı düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla planlandı.

Tek gruplu ön test-son test deseninde yarı-deneysel olarak planlanan çalışma, Temmuz 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında Beylikdüzü Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi'nde gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bakımlarında aktif rol üstlenen ve çalışmaya katılma için gönüllü olan 60 bakım verici oluşturdu. Bakım vericilere 4 hafta boyunca, haftada 2 kere, toplamda 8 kez gevşeme egzersizleri uygulaması gerçekleştirildi. Uygulama öncesi ve sonrası "Bakım Verici Bilgi Formu", "Maslach Tükenmişlik Ölçeği", "Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği" ve "Görsel Kıyaslama Ölçeği" aracılığı ile veriler toplandı. Ayrıca, çalışmaya katılan her bir bakım vericinin uygulama öncesi ve sonrası yaşam bulguları (beden sıcaklığı, nabız, oksijen saturasyonu ve kan basıncı değerleri) değerlendirildi. Araştırmanın istatistiksel analizi IBM SPSS for Windows 24.0 istatistik programıyla yapıldı ve istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ değeri kabul edildi.

Araştırmaya katılan bakım vericilerin %41,7'sinin 40 yaş ve altı olduğu, %68,3'ünün kadın, %43,3'ünün lise mezunu, %76,7'sinin evli, %53,3'ünün ailesi ile birlikte yaşadığı, %55'inin düzenli olarak çalışmakta olduğu, %66,7'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu, %80'inin ilçede yaşamakta olduğu, %93,3'ünün sosyo-ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu görüldü. Ayrıca bakım vericilerin, bakım verdikleri hastasının %58,3'ünün demans tanısı olduğu, %70'inin tanı süresinin 1-5 yıl arasında olduğu, %60'ünün kendi anne/babasına bakım verdiği, %71,7'sinin bakım verme sürelerinin 1-5 yıl arasında olduğu, %61,7'sinin günlük ortalama bakım verme saatinin 13-24 saat aralığında olduğu, %55'inin daha önce başka bir hastaya bakım vermediği, %75'inin verdikleri bakımdan dolayı maddi sıkıntı yaşamadığı ve %73,3'ünün diğer aile üyelerinden destek aldıkları belirlendi. Bakım vericilerin beden sıcaklığı, nabız, sistolik ve diastolik kan basıncı ölçüm değerlerinde gevşeme egzersizi uygulaması sonrasında olumlu anlamda azalma olduğu, saturasyon ölçüm değerlerinde ise, yükselme saptandı ($p<0,05$). Araştırma sonucunda palyatif bakım ünitesinde bakım veren bakım vericilerin; bakım yükü algıları, durumluk kaygı düzeyleri, genel olarak algıladıkları kaygı durumları ve tükenmişlik durumlarında (duygusal tükenme,

duyarsızlaşma ve toplam puan) gevşeme egzersizleri ile birlikte azalma olduğu, kişisel başarı puanlarında ise yükselme saptandı ($p<0,05$).

Araştırmada bakım vericilere uygulanan gevşeme egzersizlerinin, bakım vericilerin bakım yükü algıları, tükenmişlik ve kaygı düzeylerini azalttığı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Bakım Verici, Bakım Yükü, Gevşeme Egzersizi, Kaygı, Palyatif Bakım, Tükenmişlik

ABSTRACT

THE EFFECT OF THE RELAXATION EXERCISES ON THE BURDEN, BURNOUT, AND ANXIETY LEVELS IN PALLIATIVE CARE CAREGIVERS

The research was designed to examine the effect of relaxation exercises applied to palliative caregivers on caregiver burden, burnout, and anxiety levels.

The research, which was designed as a quasi-experimental study with a single-group pretest-posttest design, was conducted in Beylikdüzü State Hospital's Palliative Care Unit between July 2019 and January 2020. The sample of the study consisted of 60 caregivers who took an active role in the care of patients in the palliative care unit and volunteered to participate in the study. Relaxation exercises were applied to caregivers for 4 weeks, 2 times a week, 8 times in total. Data were collected via “Caregiver Information Form”, “Maslach Burnout Inventory (MBI)”, “State-Trait Anxiety Inventory (STAI)” and “Visual Analog Scale (VAS)” before and after the application. Moreover, the vital signs (body temperature, pulse, oxygen saturation, and blood pressure values) of each caregiver participating in the study were evaluated before and after the application. The statistical analyses in our research were conducted using the IBM SPSS for Windows 24.0 statistical software package, and $p < 0.05$ value was accepted as the statistical significance level.

It was observed that 41.7% of the caregivers participating in the study were at the age of 40 and below, 68.3% were female, 43.3% were high school graduates, 76.7% were married, 53.3% lived together with their family, 55% of them had a regular job, 66.7% of them had social security, 80% of them lived in the district, and 93.3% of them had a middle-level socio-economic status. It was also determined that 58.3% of the patients who received care from caregivers were diagnosed with dementia, the diagnosis period of 70% of the patients was between 1-5 years, the caregivers of 60% of the caregivers cared their own parents, 71.7% of them gave care for a period between 1-5 years, the average daily caregiving duration for 61.7% of them was between 13-24 hours, 55% of them had not given care to another patient before, 75% of them did not have financial difficulties due to caregiving, and 73.3% of them received support from other family members. The caregivers' body temperature, pulse, systolic blood pressure, and diastolic blood pressure measurement values were observed to have decreased positively after the application of relaxation exercise, while there was an increase in

saturation measurement values ($p < 0.05$). The results of the research revealed that perceived caregiver burden, state anxiety levels, perceived general anxiety levels, and burnout levels (emotional exhaustion, insensitivity, and total score) of the caregivers providing care in palliative care unit decreased with relaxation exercises, while there was an increase in personal achievement scores ($p < 0.05$).

The study concluded that relaxation exercises applied to caregivers reduced their perceived caregiver burden, burnout, and anxiety levels.

Keywords: Caregiver, Caregiver Burden, Relaxation Exercise, Anxiety,

Palliative Care, Burnout

ÖNSÖZ

Çalışmamın gerçekleşmesi ve akademik eğitimim sırasında her konuda bana sınırsız destek olan ve yol gösteren; bilgilerini, deneyimlerini ve zamanını esirgemeyerek bilimsel katkılarıyla rehberlik eden, özenli, sabırlı, özverili ve hoşgörülü yaklaşımıyla üzerimde büyük emeği olan değerli danışman hocam

Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ'a,

Bütün yüksek lisans eğitimim sırasında sabır gösterip çalışma hayatımı kolaylaştıran sevgili sorumlu hemşirem Şenay Şanlı'ya,

Tüm hayatım boyunca sırtımı dayadığım her zaman arkamda olduğunu hissettiren canım babam Hüseyin Göker'e,

Bugünlere gelmemi sağlayan, her daim yanımda olan, desteğini ve ışığını her zaman hissettiğim candan öte annem Aliye Göker'e,

Her düştüğümde beni yeniden ayağa kaldıran bir tanecik ablalarım ve abim Melike Göker, Esra Hırka ve Gökhan Hırka'ya,

Tüm stresli anlarıma katlanan ve beni çok sevdiğini her fırsatta hissettirerek her anımda bana destek olan sevgili eşim Bekir Yaman'a

Ve bir gülümsemesiyle beni dünyalar kadar mutlu eden biricik yeğenim Zeynep'e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

*Ayşegül (GÖKER) YAMAN
İSTANBUL/2020*

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Ayşegül (GÖKER) YAMAN



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEZ ONAY SAYFASI.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	vi
BEYAN.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Palyatif Bakım.....	3
2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Tarihçesi.....	3
2.1.2. Palyatif Bakımın Amacı ve Hedefleri.....	6
2.2. Palyatif Bakımda Bakım Vericilerin Rolü.....	9
2.2.1. Bakım Vericilerde Bakım Yüğü.....	9
2.2.2. Bakım Vericilerde Tükenmişlik.....	12
2.3. Gevşeme Egzersizleri.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	17
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	17
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	17
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	18
3.6. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi.....	18
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	21
3.8. Verilerin Analizi.....	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	22
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIşMA.....	44
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	49
KAYNAKÇA.....	51
EKLER.....	64
ÖZGEÇMİş.....	77

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1: Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	25
Tablo 2: Bakım Vericilerin Hastalarının Özelliklerine İlişkin Dağılımlar.....	27
Tablo 3: Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizi Öncesi ve Sonrası Beden Sıcaklığı Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	28
Tablo 4: Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizi Öncesi ve Sonrası Nabız Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	30
Tablo 5: Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizi Öncesi ve Sonrası Sistolik Kan Basıncı Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	32
Tablo 6: Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizi Öncesi ve Sonrası Diastolik Kan Basıncı Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	34
Tablo 7: Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizi Öncesi ve Sonrası Oksijen Saturasyon Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	36
Tablo 8: Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizi Öncesi ve Sonrası Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	38

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1: Palyatif Bakım Tanımının Analizi	8
Şekil 2: Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizi Öncesi ve Sonrası Beden Sıcaklığı Ölçümlerinin Dağılımı.....	29
Şekil 3: Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizi Öncesi ve Sonrası Nabız Ölçümlerinin Dağılımı.....	31
Şekil 4: Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizi Öncesi ve Sonrası Sistolik Kan Basıncı Ölçümlerinin Dağılımı.....	33
Şekil 5: Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizi Öncesi ve Sonrası Diastolik Kan Basıncı Ölçümlerinin Dağılımı	35
Şekil 6: Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizi Öncesi ve Sonrası Oksijen Saturasyon Ölçümlerinin Dağılımı.....	37
Şekil 7: Bakım Vericilerin Zarif Bakım Yüğü Ölçeği Toplam Puanı Dağılımı.....	39
Şekil 8: Bakım Vericilerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları Dağılımı.....	40
Şekil 9: Bakım Vericilerin Görsel Kıyaslama Ölçeği Toplam Puanı Dağılım.....	40
Şekil 10: Bakım Vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme Puanı Dağılımı.....	41
Şekil 11: Bakım Vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma Puanı Dağılımı.....	42
Şekil 12: Bakım Vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı Puanı Dağılımı.....	42
Şekil 13: Bakım Vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam Puanı Dağılımı.....	43

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

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

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HIV: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)

MI: Myokard Infarktüs

MS: Multiple Skleroz

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

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

YÖKTEZ: Yök Tez Tarama Sistemi

1. GİRİŞ

Türk Dil Kurumu sözlüğünde palyatif sözcüğü; “hastalığı tamamen iyileştirmeyen, yatıştırıcı olan, tesiri geçici olan ilaç veya tedavi, geçici ve kısa süreli, kesin çözüm sağlamayan, esaslı olmayan” şeklinde tanımlanmaktadır (1). Palyatif bakım kavramı 1989 yılında ilk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda yapılan bir uygulama” olarak tanımlanmıştır (2). DSÖ bu tanımı 2006 yılında tekrar güncellemiş ve Palyatif Bakımı; “hastalığın neden olduğu sağlık sıkıntılarına karşı hasta ve ailesinin, hastalığın etkisi ile ortaya çıkan semptomların erken farkına varılarak değerlendirilmesi ile hastanın ve yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanarak çekilen ıstırap ve sıkıntıların hafifletilmesinin sağlanarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesini amaç edinen yaklaşım” olarak tanımlanmaktadır (3,4). Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu (AKOT) da palyatif bakımı; “hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olan semptom, yaşam kalitesini etkileyen çeşitli durumlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesi” olarak açıklamaktadır (5,6). Ulusal Kanser Enstitüsü’nün (UKE) tanımına göre ise; “kansere gibi yaşamı tehdit eden veya ciddi hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini artırmak için verilen bakım” olarak tanımlanmaktadır (7). Sonuç olarak palyatif bakım; tıbbi tedavi yaklaşımlarının artık uygulanamadığı hastalar başta olmak üzere, bireyin tıbbi tanısının belirlendiği andan itibaren ölüm anına kadar geçen süre ve ölüm anından sonra hasta yakınlarının yas dönemini kapsayan sürede hasta ve ailesinin manevi, sosyal, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması için verilmesi gereken bakımın en iyi şekilde planlandığı multidisipliner bir yaklaşım olarak açıklanmaktadır (8,9). Bireyin yaşam kalitesinde artış sağlanmak, palyatif bakımın ilkelerinde ilk ve en önemli hedef olarak gösterilmektedir. İleri evre kanser hastalarında yapılan bir çalışmada; %86 gibi bir oranla, sağlık profesyonellerinin hastaların manevi kaygılarının dikkate alınmasının önemli olduğunu ve bu şekilde uygulanan bakımın bireylerin yaşam kalitelerini arttırdığı saptanmıştır (10). Balboni ve ark. tarafından 2008 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise; manevi gereksinimlerin dikkate alınması ile agresif bakım ve tedavi gereksiniminin azaltılabileceği vurgulanmaktadır (11). Bu bağlamda palyatif bakıma bireyin yanı sıra, bakım vericilerinin (yakınlarının) de dahil edilmesi önemlidir (12-15).

Bakım verici kavramı, bireye en çok bakımı veren, bireyi her konuda ve her şekilde destekleyen temel kişi olarak tanımlanmaktadır. Bakım verici rolünü genellikle

ailede bireye en yakın olan bir ya da iki kişi üstlenmektedir. Bakım verici rolünü üstlenen kişi ya da kişiler belirli sorumluluk duygusuna kapılırlar ve bu sorumluluk duygusu zamanla başta stres olmak üzere kendilerine zarar veren birçok duyguya dönüşebilir (16). Özellikle kanser, nörolojik sorunlar gibi uzun süreli bakım gerektiren durumlarda bakım vericinin bakım yükünün giderek artması ile kendi iş/sosyal yaşamından uzaklaşması, sağlığını göz ardı etmesi, ekonomik sorunlar gibi durumlar sıklıkla görülebilmektedir. Palyatif bakım ünitesinde yatarak tedavi gören bir yakının yanında kalması ise, bakım vericinin “ölüm” kavramı ile yüzleşmesine neden olabilmektedir (17-22).

Larsen; 1998 yılında yapmış olduğu çalışmasında bakım vericileri “gizli hastalar” olarak tanımlamaktadır. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda bakım vericilerde anksiyete ve depresyonun sık karşılaşılan bir sorun olduğu bildirilmektedir (23,24). Bakım vericilerde sıklıkla deneyimlenen bu psikososyal sorunların kaynağının ise, yakının bakımı ve geleceği ile ilgili deneyimlediği stres olduğu belirtilmektedir (25-27). Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda yakınlarının bakımında aktif rol alan bakım vericilerin bakım yüklerinin fazla olduğu, durumluk-sürekli kaygısının, tükenmişlik algılarının yüksek olduğu saptanmıştır (28-34).

Bu bağlamda palyatif bakım konusundaki kuruluşların tanımlarında ve yapılan çalışma sonuçlarında birey kadar bakımında aktif rol üstlenen bakım vericilerin de gereksinimlerinin dikkate alınması, psikososyal sorunlarına yönelik girişimler planlanması önemlidir.

Bu bilgiler ışığında araştırma, palyatif bakım vericilerine uygulanan gevşeme egzersizlerinin bakım verme yükü, tükenmişlik ve kaygı düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Tarihçesi

Palyatif kelimesi Latince'de "örtü" anlamındaki "pallium" sözcüğünden köken alır. Palyatif bakımın amacı, hastalığa yol açan sebebi ortadan kaldırmak değil; hastalığın yol açtığı olumsuz etkileri hafifletmektir (35). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ),1990 yılında palyatif bakımın ilk tanımını, kanser ağrısının giderilmesine odaklanmışken; 2002 yılında, bu tanım palyatif bakımın değişen doğasını yansıtacak şekilde revize edilmiştir. Palyatif bakımı 2006 yılında ise kansere odaklanmak yerine, tüm yaşamı tehdit eden hastalıkları kapsayacak şekilde "hastalığın neden olduğu sağlık sıkıntılarına karşı hasta ve ailesinin, hastalığın etkisi ile ortaya çıkan semptomların erken farkına varılarak değerlendirilmesi ile hastanın ve yakınının ihtiyaçlarının karşılanarak çekilen ızdırap ve sıkıntıların hafifletilmesinin sağlanarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesini amaç edinen yaklaşım' şeklinde tanımlanmıştır (3,4).

Tıbbi olarak bütün tedavi yöntemleri denenmesine rağmen iyileşme ihtimali kalmayan, yaşam beklentisi 6 aydan az olan hastaların, palyatif bakım alması ve huzurlu bir şekilde ölümünün gerçekleşmesi için yatırılan, hastanın aileleri ve bir sağlık personeliyle beraber kaldığı özel merkezler olan hospisler ise, latince bir kelime olan "hospes" den köken almaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı ise, hospis kelimesinin yerine "destek evi" ifadesinin kullanımını önermektedir. (36).

Palyatif bakım yaklaşımı ilk olarak 11. yy'da uzun süreli yolculuklar sırasında ölümcül hastalıklara yakalanan kişilerin tedavisi için kurulan, dinden köken alan gönüllüler hareketi olarak ortaya çıkmıştır. Daha sonra 1842 yılında Fransa'da Jeanne Garnier tarafından terminal dönem hastalar için hospis merkezi; 1967'de İngiltere'de, 1975'te Kanada'da,1983 yılında ise Almanya'da palyatif bakım merkezleri kurulmuştur. İngiliz hemşire ve sosyal çalışma uzmanı Cicely Saunders, çalışmış olduğu klinikte terminal dönem kanser hastalarının başta ağrı olmak üzere var olan semptomlarının yok edilmesindeki yetersizlikleri görüp bu alanda çalışmalar yapmış ve ilk modern palyatif tıp tesisi St. Christopher's Hospis'i 1967 yılında Londra'da kurmuştur. Palyatif servisi ilk olarak 1975'de Kanada Montreal'de Royal Victoria Hastanesi'nde kurulmuştur (37). Palyatif bakım kavramı 1980 ortalarına kadar hospis

bakımı yerine kullanılırken, 1990 yıllarında terminal dönem kanser hastalarının bakımı anlamında kullanılmıştır (38).

Günümüzde palyatif bakım ve hospis bakımı ayrı kavramlar olarak kullanılmaktadır. Palyatif bakım tanıdan itibaren başlar ve ölüm sonrası yas döneminde aileye verilen desteği de kapsar. Hospis bakımı ise; palyatif bakımın içerisinde yer almakta ve çoğunlukla ölüme yaklaşan hastalara verilecek hizmeti ifade etmektedir (39).

Palyatif bakım üç uzmanlık düzeyinde sunulabilmektedir;

1. Palyatif Bakım Yaklaşımı: Uygun eğitimle bütün sağlık profesyonellerince palyatif bakım sunmadır. Palyatif bakım yaklaşımı hastane ve topluluk düzeyinde her klinisyenin temel becerisi olmalıdır.

2. Genel Palyatif Bakım: Palyatif bakımda tam zamanlı çalışmamasına rağmen, palyatif bakım konusunda ek eğitimler almış profesyoneller tarafından sunulan palyatif bakım yaklaşımıdır.

3. Uzman Palyatif Bakım: Temel faaliyeti palyatif bakım vermekle sınırlı olan servislerde, daha karmaşık sorunları olan hastalara verilen palyatif bakım yaklaşımıdır (40, 41).

Palyatif bakımda farklı disiplinlerin aynı amaç doğrultusunda birlikte çalışması oldukça önemlidir. İdeal bir palyatif bakım ekibi deneyimli, eğitilmiş sağlık çalışanları, diğer meslek gruplarından oluşur. Bu ekip üyeleri hastanın gereksinimine göre belirlenir (42, 43).

Palyatif bakım hizmetine gereksinim duyan tüm bireylerin kaliteli bir palyatif bakım hizmetine ulaşabilmesini kolaylaştırmak amacıyla 2003 yılında “Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA (Dünya Palyatif Bakım Birliği)” adında bir örgüt kurulmuştur (35, 44).

Ülkemizdeki palyatif bakım ihtiyacı her geçen gün artmasına rağmen, palyatif bakım konusunda yeterli farkındalığın olmaması ve sağlık bakımında tedavi edici hizmetler alanına öncelik verilmesi nedeniyle istenen gelişme kaydedilememiştir. Bunun diğer sebebi; aile ve kültürel yapımız nedeni ile hasta olan ve desteğe ihtiyacı olan aile büyüklerinin bakımlarının evde kendi aileleri tarafından karşılanması, bir nevi palyatif destek sorumluluğunun hastanın ailesi tarafından üstlenilmesidir (45).

Türkiye’de hospis benzeri ilk kuruluş; Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul’da kurulmuş ve 1993-1997 yıllarında hizmet vermiş olan “Kanser Bakım Evi” dir. 2006’da ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı “Hacettepe Umut Evi’ni açmış ve bu merkezde de kanserli hasta ve yakınlarına kısa süreli konaklama ve hemşirelik hizmeti verilmiştir (46, 47).

Ülkemizde palyatif bakıma yönelik atılan en büyük adımlardan biri T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı öncülüğünde, 2009 yılında başlatılan, 5 yıllık Ulusal Kanser Kontrol Programı’nda palyatif bakım programının tanımlanması ve 2011’de Palya-Türk Projesinin hazırlanmasıdır (48). Hemşire temelli, toplum tabanlı olan bu proje ile palyatif bakım farkındalığı artmış ve palyatif bakım merkezlerinin açılmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Kapsamlı palyatif bakım merkezi ise ilk olarak Ankara Ulus Devlet Hastanesi’nde hizmete sunulmuştur (49).

Türkiye’de 2010’da palyatif bakım organizasyon modeli geliştirebilmek amacıyla Sağlık Bakanlığı girişimlerde bulunmuştur (50). Palyatif bakım merkezleri 2010 yılının başında çoğunluğu üniversite hastaneleri içerisinde bulunmaktaydı ve 10 adet ile sınırlıydı. Bu nedenle 2015 yılında “Yeni Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” si yürürlüğe girmiş olup, bu yönerge kapsamında; palyatif bakım merkezlerinin tanımlanması, merkezlerin kurulması, fiziki koşulları, personellerin görev, yetki ve sorumlulukları, hizmetlerin kapsamı, eğitim ve denetimleri, diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliklerini içeren yönetmelik yayımlanmıştır (51). Günümüzde palyatif bakım merkezlerinin gittikçe artmakta olan sayıları hasta ve yakınları için çok önemlidir ve Sağlık Bakanlığı tarafından bu merkezler hem kurumsallaşma, hem de çalışan sağlık personelinin eğitimi için desteklenmektedir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı ve Palyatif Bakım Derneği düzenli olarak bu alanlarda toplantılar ve eğitim seminerleri düzenlemektedirler (50, 52). Türkiye’de yeni yapılandırılmaya çalışılan bu merkezlerin altyapı hazırlıkları ve eğitimi

olan personellerin yetiştirilmesi gibi birincil gereksinimlere öncelik verilmesi gerekmektedir (43, 45, 53). Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye'nin koşulları ve öncelikleri göz önünde bulundurularak hazırlamış olduğu yönergeler ile palyatif bakımın tanımlanması ve kurumsallaşmasını, palyatif bakım bilincinin yaygınlaştırılmasını, palyatif bakım hizmetlerinin kademeli şekilde 2023'e dek geliştirilmesini, palyatif bakım alanında eğitimi ve deneyimi olan profesyonel ekiplerin kurulmasını, palyatif bakım hizmetlerine ihtiyaç duymakta olanların bunlara ulaşabilmesini amaçlamaktadır. Bu amaçla T.C. Sağlık Bakanlığı Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi 09.10.2014'de yürürlüğe girmiş olup 24.12.2014'de geri ödeme kapsamına alınmış, 2015'de tescil işlemlerine başlanıp 07.07.2015'de müstakil merkez algısını düzeltmek için güncellenmiştir (54).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de palyatif bakım uygulaması giderek yaygınlaşmaktadır. Şuanda ülkemizde 81 ilde 5.302 yatak ile 396 sağlık tesisi ile palyatif bakım hizmeti sunulmaktadır (55).

2.1.2. Palyatif Bakımın Amacı ve Hedefleri

Palyatif bakımda, bireyin tanısının belirlenmesinden itibaren hastanın ve ailenin yaşam kalitesini en üst düzeyde tutmak amaçlanmaktadır.

Palyatif bakımın temel amaçları şunlardır:

-Hastaya verilen bakımı psikolojik, sosyal ve spiritüel yönleriyle değerlendirmek,

-Öncelikli olarak ağrı ve ağrının yanında diğer semptomları da azaltmak,

-Yaşamın ve ölümün doğal bir döngü olarak anlaşılmasını sağlamak,

-Ölümün zamanında gerçekleşmesini sağlamak,

-Hastanın ölümüne kadar olan süreçte mümkün olduğu kadar aktif yani kendi gereksinimlerini karşılayabilecek şekilde tutulmasına yardım etmek,

-Hastanın ailesine hastalık sürecinde yaşadığı zorluklar ile mücadele etmesi için destek vermek,

-Yas dönemi de içerisinde olacak şekilde hastanın ve ailesinin ihtiyaçlarını saptamak, bunları giderilmesini sağlamak ve

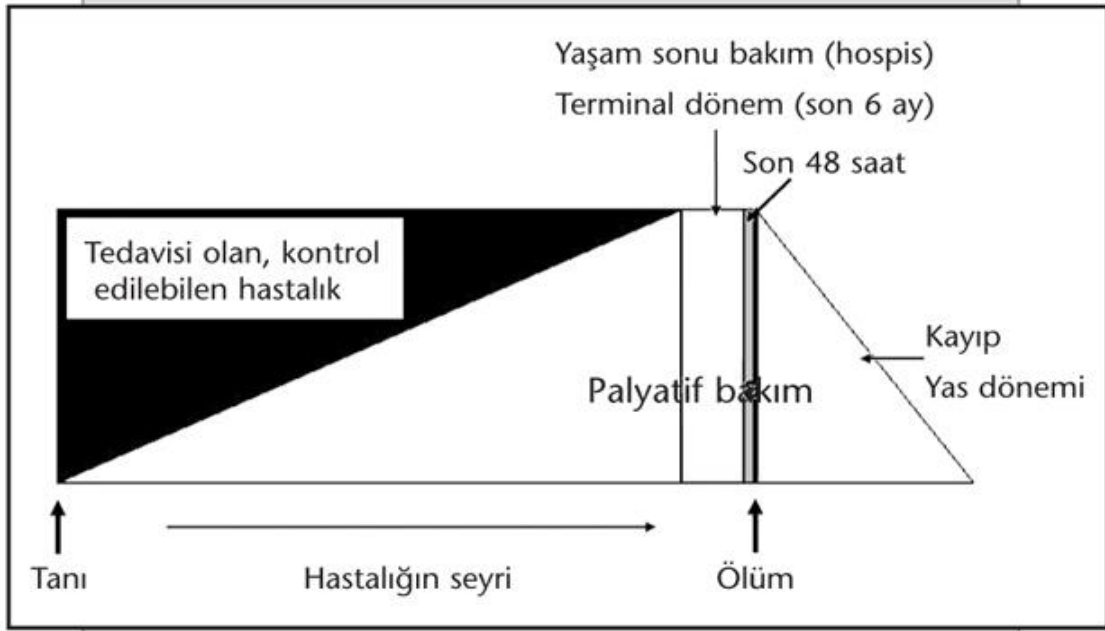
-Radyoterapi ve kemoterapi ile meydana gelen, hastayı ve yakınlarını üzen komplikasyonların yönetilmesini sağlamaktır (56, 57).

Daha önceki yıllarda palyatif bakımda, kanser tanısı olan hastalara odaklanılmıştır. Daha sonra, diğer hastaların da palyatif bakım ihtiyacı olduğu ve bu bakımdan yararlanması gerektiği kabul edilmiştir (58). Genel olarak palyatif bakıma ihtiyaç duyan hasta ve hastalıklar; HIV, AIDS, Multiple Skleroz, ileri evre demans, kanser, müsküler distrofi, motor nöron hastalıkları, kalp hastalıkları (MI, Kalp yetmezliği), karaciğer ve böbrek yetmezlikleri, Alzheimer, spinal kord yaralanmaları vb. olarak değerlendirilmektedir (59).

Palyatif bakıma gereksinim duyulan hastalıklar, ilerleyen, iyileştirici tedaviye cevap vermeyen, ileri düzeye ulaşmış, yaşamı tehdit eden hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (60). Dünya Sağlık Örgütü de yaptığı tanımında, palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaları, “iyileştirici tedaviye cevap vermeyen hastalar” olarak tanımlamış ve bu durumu son dönem, yani terminal bakım ile ilişkilendirilmiştir (61). Daha sonraki yıllarda, Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına “yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya kalan hasta ve hastaya bakım verenler” eklenmiştir (62).

Bazı otoriteler tarafından palyatif bakımın küratif tedavi yapılma ihtimalinin olmadığı veya hastalığın ileriki evrelerinde uygulanması gerektiği düşünülmektedir. Bazı otoriteler tarafından ise, palyatif bakımın hayatın sınırlanmaya başladığı, hastalığın erken evresinden, yani tanı koyulduğu andan itibaren küratif tedaviyle beraber başlatılması gerektiği savunulmaktadır. Palyatif bakımın hastalığın erken evrelerinde başlatılmış olması, hastaların semptomlarının yönetilmesini, desteğe ulaşılabilmesini ve verilen bakımın sağlanmasına odaklanarak hastanın palyatif bakıma geçişini kolaylaştırmaktadır (59). Palyatif bakım, palyatif bakım ekibi (hekim, hemşire, diyetisyen ve psikolog, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı) tarafından evde, hospiste, gündüz bakım evleri, hastaneler ve palyatif bakım merkezlerinde verilmektedir (63, 64).

Palyatif bakımda temel prensipler; biyo-fiziksel semptomlar, psikiyatrik, manevi, sosyal, ekonomik problemler, yaşam sonu gereksinim ve yas dönemi gibi hastalığa ait sorunlarla baş etme; ayrıca semptomların değerlendirilmesi, hasta odaklı bakımın planlanması, hasta ve ailesine bilgilendirme yapılması, planlanmış olan bakımın uygulanması, bakım sonuçlarının değerlendirilmesi, hastanın yaşam kalitesinin artırılmasının sağlanması, tedavi için sürekliliğin sağlanabilmesi ve maliyet etkinlik değerlendirmesinin yapılması gibi, kapsamlı bir bakım sürecidir (65).



Şekil 1: Palyatif bakım tanımının analizi, Kaynak 64'ten alınmıştır.

Palyatif bakım ilkeleri; semptomların özellikle ağrıya mümkün olduğunca erken müdahale edilmesi; hasta bakımında, hasta ve yakınlarına psiko-sosyo-kültürel olarak bütüncül (holistik) yaklaşılması; multidisipliner bir ekip çalışması yapılarak hasta ve ailenin bakım kalitesinin artırılması; hastalık süresince bireye ve yas sürecinde aileye sorunlarla baş etmede yardımcı olunması; hasta ve yakınlarının ölüm gerçeğine hazırlanması ve gerekirse yas danışmanlığı yapılmasıdır (66).

Palyatif bakımın temel bileşenleri; Palyatif bakımda birincil öncelik hasta olup onun ve ailesinin gereksinimlerini karşılayarak, konforlu ve güvenli bir ortam sağlamak ve insan onuruna ve değerlerine saygı göstermektir. DSÖ' ne göre Palyatif bakım 4 ana bileşenden oluşmaktadır.

1. Semptomların kontrolü ve azaltılması,

2. Hasta ve ailesi için psikolojik ve sosyal ihtiyacın karşılanması,
3. Hasta ve ailesi için manevi ihtiyacın karşılanması ve
4. Yaşamının son evresinde olan hastanın bakım ve fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasıdır (67).

2.2. Palyatif Bakımda Bakım Vericilerin Rolü

2.2.1. Bakım Vericilerde Bakım Yüğü

Bakım verici; hastaya fiziksel, sosyal, ekonomik, duygusal yönden destek sağlamak ile sorumluluğa sahip olmaktadır. Bakım verici kişi, tıbbi tedaviyle psiko-sosyal sağaltım süresince köprü rolü üstlenmektedir (68,69). TDK bakımı; “bir şeyin iyi gelişebilmesi, iyi bir durumda kalabilmesi amacıyla verilmekte olan emek verme şekli, başkasının beslenmesi, giyinmesi gibi ihtiyaçları üstlenmek ve sağlamak” şeklinde açıklamaktadır (70).

Bakım verme, formal veya informal olacak şekilde çoğunlukla iki grupta incelenir. Formal bakım vermek; evde ya da kurumdaki sağlık bakımı ve bireysel bakım hizmetlerini sunmakta olan ilgili meslek gruplarınınca verilmekte olan profesyonel bakım demektir (69).

İnformal veya uzmanlık gerektirmeyecek bakım vermek ise, bakım vericinin bir yakınına yardım etmek rolünü ve sorumluluklarını üstüne almasıdır (71). Uzmanlık gerektirmeyen bakım verme; kişinin beslenmesini sağlama, öz bakım gereksinimlerine yardım etme, bunların yanı sıra trakeostomi bakımı, PEG’li hastayı besleme gibi ileri düzey ihtiyaçları da kapsar (72).

Bakım verme, bakım verici kişiler için çok yönlü tecrübedir. Bakım verme süreci stresli de olsa, bazen bakım verici bunu ödül şeklinde algılayabilmektedir. Bu deneyim sayesinde bireylerin, hastasına olan sevgisi ve samimiyeti, kişisel gelişimi ve iletişim becerileri artabilmekte, bakım verirken doyum sağlayabilmektedir. Bireyler bakım verirken olumlu deneyimler kazanabildiği gibi pek çok güçlükle de karşı karşıya kalabilmektedir (73).

Bakım verici tıbbi tedaviyle psiko-sosyal sağaltım süresince birleştirici bir unsur görevinde olduğu bilinmektedir. Bakım verici için bu tanımlamada yalnızca klinik aşamada bir pozisyonu olmamakla birlikte sosyal çevresi gittikçe belirlenmeye başlayan kimlik durumuna gelmektedir. Kimlerin hangi şartlar altında aile üyeliğinden hasta yakınlığına ve sonrasında bakım vericiliğe geçmiş oldukları ve bu rollerin zamanla değişimleri açıklık getirilmesi gerekli konulardandır (74).

Yapılan çalışmalarda bakım vericilerin çoğunluğunun kadın olduğu belirtilmektedir (75). Stone ve ark.'nın (1987) yaptığı bir çalışmada, tüm bakım vericilerin %36'sını hastaların eşlerinin oluşturduğu ve bunların %63,9'unun kadın ve %36,1'inin erkek olduğu belirtilmektedir (76). Kadınların bakım verme işlevinde daha fazla yer almasının nedeni; çoğunlukla toplumların ev işlerinin ve aile hayatıyla ilişkili özel yaşantıların düzenlenmesinin kadınların doğal işi şeklinde görülmesinden kaynaklanmasındandır (75).

Bakım verme sürecinde bakım vericiler üzerinde olan olumsuz etkileri açıklamaya çalışmakta olan araştırmacılar “yük” kavramı üzerinde durmuşlardır. Tanımlamalarda yük; “bakım vericilerin rollerini yerine getirirken ortaya çıkan psikiyatrik sorunlar, fiziksel sağlık ve sosyal sorunlar, aile içi ilişkilerin bozulması, ekonomik problemler ve kontrolün kendi elinde olmadığını düşünmek vb. negatif nesnel ve öznel belirtiler” olarak açıklamaktadır (77).

Sağlık süreçleri birbirinden farklı formal ve informal dinamikleri barındıran karmaşık kişisel deneyimleri bir araya getirmektedir. Hasta-hekim, hasta-hemşire, aile hekim, aile-hemşire, bakım verici-sağlık çalışanı arasındaki ilişkilerin hastalık sürecine olan olası etkileri çok uzun bir süredir sağlığın ilgi alanlarının başında gelmektedir. Bu ilişkiler içerisinde belki de en yoğun biçimde günlük sorun ile gündeme yansıyan aile, hasta yakını ve bakım vericilerin hasta ile yaşadıklarıdır (68).

Bakım sürecinde hastanın eşi, çocukları, kardeşleri, ebeveyni, akrabaları, yakın arkadaşları ve hatta komşuları da bakım verici rolünü üstlenebilmektedirler. “İnformel bakım verici” şeklinde isim verilen bu kişilerin; profesyonel ekiple iş birliği içinde, hastanın semptomları ve tedavinin yan etkileriyle başa çıkmak için katkıları olmaktadır (68). Bu kişiler; hem hastanede, hem de evde hastaya kişisel bakım sağlama, hastanın gündelik ev işlerini üstlenme, hastaya ulaşımında yardımcı olma veya hastane işlerini

(örn. bürokratik işlemleri) yürütme gibi sorumluluklar almaktadırlar (78). Ayrıca, hastalığın ve tedavinin zorlukları karşısında hastanın duygusal ve sosyal destek kaynaklarının karşılanmasını da üstlenirler (68).

Bakım vericilik rolü fiziksel, emosyonel ve finansal yönden sıkıntı/stres yaratan bir durumdur. Bakım verici rolündeki aile üyesinin yaşadığı zorlanma, bir bütün olarak aileyi de etkilemektedir. Bakım vermesi nedeniyle geçimini sağladığı işinden ayrılmak zorunda kalan, hastayı tüm boyutlar kapsamında rahat ettirmek için çaba sarf eden, hayatının neredeyse tamamını, yakınına göre belirlemek zorunda kalan aile bireyleri olabilmektedir (79). Ailenin bakım sunma sorumluluğu arttıkça bu tek taraflı bağımlı bir değişken olup kişi için bunaltıcı bir zorlanmaya dönüşmektedir. Bakım görevlerinin kısıtlayıcıları arttıkça yük de paralel şekilde artmaktadır. Hastayı besleme ve yıkama gibi kişisel görevler, alışverişe gitme gibi kişisel olmayan görevlerden daha güç ve zahmetli olarak adlandırılmaktadır (80).

Bakım verme yükü özellikle birincil (primer) bakım vericileri daha çok etkileyebilmektedir. Birincil bakım verici, hastanın her gün düzenli olarak esas bakımını sağlayacak kişi olabildiği gibi bakımı sağlayan düzenlemeyi yapan, bakım işini düzenleyip bu düzenin yürütülmesinden sorumlu olan da olabilmektedir. Bu görev bakım vericilerin, yaşamlarını biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bakımdan tümüyle zorlayan bir süreçtir. Yapılan bir çalışmada, bakım vermenin zorluklarına ilave kızgınlık, kaygı, suçluluk vb. duygusal sıkıntıların da yaşanabildiği belirtilmektedir (81). Ailenin bakım sürecinde uyum sağlayamadığı ve aile içi çekişmelerin olduğu durumlarda aile bireyleri arasında, bakım verme kararından memnuniyetsizlik ve bundan dolayı da bakım vericilerde daha çok depresif belirtiler görülebilmektedir (68).

Kim ve ark. 2005 yılında, bakım verme zorluğu yaşamadığını belirten bakım vericilerin daha az depresif semptom gösterdiğini belirtmişlerdir. Endişeli, sinirli ve güvensiz kişilik yapısına sahip veya kişilerarası ilişkilerde yetersiz olduğunu düşünen bakım vericilerin yeterli sosyal destek alamadıkları ve bakım vermede güçlük yaşadıkları belirtilmiştir. Bu kişilerde ayrıca daha fazla depresyon belirtileri rapor edilmiştir (82). Fiziksel ya da ruhsal rahatsızlığı bulunan kadın bakım vericilerin, destek ağlarının kısıtlı olduğu ve kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadıkları durumlarda, daha yoğun sıkıntılar yaşadığı belirtilmiştir (83).

Aile ve sosyal destek ağının geniş ve yeterli olduğunu düşünen bakım vericilerin (destek ağının dar ve yetersiz olduğunu veya destek ağının olmadığını düşünenlere göre) bakım sürecindeki sıkıntılar ve zorluklar karşısında daha iyi başa çıkabildiği ve daha az fiziksel problemleri olduğu belirtilmiştir (84).

2.2.2. Bakım Vericilerde Tükenmişlik

Bakım veren durumuna gelmek tercih edilemez ya da tasarlanamaz, ancak bu durumla karşılaştıktan sonra uyum sağlanabilmektedir. Bu rolün gidişatı bakım gerektirmekte olan hastalıkların seyriyle belirlenebilmekte, çoğunlukla da giderek ağırlaşmaktadır (85). Toplumlardaki yaşlı nüfusun artışı bütün dünyadaki gibi ülkemizde de bakım veren gereksiniminde de artış meydana getirmiştir (86). Yapılan araştırmalarda bakım verme görevini; ailedeki bakım verme sorumluluğunun üstesinden gelebilecek bireyler tarafından gerçekleştirilmeyip, bu görevin maddi nedenlerden ötürü bu işi yapan kişilere verildiği saptanmıştır (71). Bakım veren kişinin bakım sorumluluğunun yanı sıra, kendisinin yaşamında olan iş, aile hayatı ve sosyal çevresindeki birtakım sorunlarında eklenmesiyle “bakım veren yükü” olarak tarif edilen durum meydana gelebilmektedir (86). Bu yük, bakım veren kişilerde hem biyo-fiziksel hem de psikolojik belirtilere neden olabilir (87).

Bakım veren, hastanın gündelik yaşantısıyla birebir ilgili olduğu için genellikle hastalıkla ilişkili şekilde hastanın her türlü sorunuyla iç içedir (88). Bakım sunmadaki sorumluluklar ve süre fazlaştıkça bakım sunma-alma ilişkisi, bakım veren kişilerin hayatlarını zorlaştırmakta, zorlu ve uzunca bir dönem içeren zorunluluk haline dönüşmektedir. Bazı zamanlarda bakım verenler bakımın kendilerine olan etkilerini yönetmede başarılı olamamakta ve yetersizlik, suçluluk, kızgınlık, korku ve sosyal alandan soyutlanma vb. sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Ayrıca bakım verenlerin yaşadıkları olumsuzluklar nedeniyle sağlıklarının bozulabileceği bilinmektedir (89).

Yapılan çalışmalarda bakım veren kişilerin %60,6’sı bakım verdikleri için kendi hayatlarına ayırabilecek yeterli zaman bulamadıklarını, %78,8’i yorgunluk deneyimlediklerini, %84,9’u hastayla iletişim kurarken zorlandıklarını, %56,9’u ekonomik açıdan problemler yaşadıklarını belirtmişlerdir (89). Depresyon, bakım verme aşamasında görülen, bakım veren kişilerin yaşam kalitelerini azaltan, fonksiyonel

açından kötüleşmelerine ve kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olan negatif durumlardandır (90). Duygusal ve fiziksel yükler bakım veren kişilerin daha çok anksiyete ve depresyona maruz kalmalarına, beden ve ruh sağlıklarının olumsuz etkilenmesine, hekime başvurularının ve psikiyatrik ilaç kullanımlarının artmasına sebep olabilmektedir. Bakım verenin depresyonuna neden olan başlıca etkenler arasında; bakım veren kişinin hastanın eşi veya birinci derece akrabası olması, bakım verenle hastanın daha önce olan ilişkileri, bakım veren kişinin sağlık sorunları, bakım süresi vb. durumlar olarak belirtilmektedir (91). Anksiyete ve depresyonun bakım süresiyle doğru yönde, boş zaman aktiviteleri ve eğitim düzeyiyle ters yönde ilişkisi görülmüştür. Bakım verenin depresyonu erken belirlenir ve tedavi edilir ise, bakım işini daha uzun süreli ve daha etkili olarak sürdürmesi beklenmektedir (92).

Tükenmişlik, fiziksel açıdan ilk önce hafif belirtiler biçiminde kendini hissettirmektedir. Bunlar; yorgunluk ve halsizlik, baş ağrısı, güçsüzlük, uyku sorunları olarak sayılabilmektedir. Önlem alınmaz ise, bir sonraki aşamada; yineleyen ve geçmesi zorlaşan soğuk algınlıkları, enfeksiyona yatkınlık, kilo kaybı ya da şişmanlık, solunum güçlüğü, vücudun çeşitli bölgelerinde ortaya çıkan ağrılar, mide-bağırsak problemleri, hipertansiyon, hiperlipidemi, kas krampları, taşikardi ve döküntülü cilt hastalıkları oluşabilir (93). Bunların devamlı ortaya çıkması halinde, kişi bunları dikkate almalı, zaman geçirmeden de önlemlerini almalıdır. Bu durumlar tükenmişliğin erken habercisi olabilir.

Psikolojik olarak tükenmişlik yaşayanlarda görülenler ise; fiziksel olanlara kıyasla daha az belirgin özelliktedir. Bu belirtiler; engellenmiş olma duygusu ve anksiyete, gücenmeye yatkınlık, sebebi olmayan huzursuzluk ve tedirginlik hali, tahammülsüzlük, özgüven kaybı, çevreye güvensizlik-öfke hissetme, güçsüzlük, enerji kaybı, işle ilişkili beklentinin olmaması, karşısındakini eleştirme, ilgisizlik, aile içi sorunlarla başa çıkamama, tatmin olmama, hayata negatif olumsuz bakış açısı sergileme, nezaket, saygı ve arkadaşlıklarda azalma, düşüncelerde tutarsızlık ve karışıklık, yersiz kuşku ve paranoyalar, depresyon, suçluluk duygusu ve çaresizlik olarak sayılabilir. Diğer yandan tükenmişliğin psikolojik semptomları işi bırakmayı düşünmek ve sık sık iş değiştirmek veya işe gitmek istememek de olabilir (94).

Davranış olarak gösterilen belirtiler fiziksel ve psikolojik belirtilere oranla karşısındaki kişi tarafından daha kolayca fark edilebilir. Bu belirtiler ise; unutkanlık,

başarısızlık duygusu, aile içinde olan çatışmalar, konsantrasyon zorluğu, ani öfkelenmek, ani sinir patlamalarının olması, sık gelen ağlama nöbetleri, yalnız kalma isteği, alıngan davranmak ve takdir görmediğini düşünmek, işi yavaşlatmak, hırsızlık eğilimlerinde bulunmak, işine karşı artış gösteren ilgisizlik, hizmetin kalitesinde azalma, hizmet verilen bireylere hatalı davranışlar ve hizmet verilen bireylerin memnuniyetsizliklerinde artma, evraklarda sahtekarlık yapmak, düşük iş performansı, iş arkadaşlarıyla alay etmek ve mesafeli olmak, iş tatminsizliği, yeni bir meslek edinme düşüncesi, işe geç gitmek ve gitmemek, hastalıktan kaynaklanan nedenler ile işe gelmemede ve geç gelmede artış, işten ayrılmak ve farklı iş alanlarına yönelme istekleri olarak sayılabilir (95).

Tükenmişlik bireylerin yaşama karşı olan olumlu duygularının olmamasıdır. Kişi yaşadığı ortamdan ve zamandan memnun değildir ve bunu psikolojik olarak yaşar. Tükenmişlik durumu kişiden kişiye farklılık gösterir. Kişilerin içinde buldukları sosyo-kültürel durum, ekonomik durum, çevresel sorunlar, ailevi sorunlar ve diğer çeşitli nedenler tükenmişliğe sebep olabilir. Kişilerde tükenmişlik sendromu genellikle iş hayatından kaynaklanıyor olsa da birçok etmen tükenmişliğe neden olabilir. Kişilerin tükenmişlik sendromunu atlattıklarında, mevcut durumların iyileşmesi veya psikolojik tedavi gerekebilmektedir (96).

Tükenmişlik kavramı; bireyin iş hayatında olduğu kadar özel hayatında da önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin yaşadıkları çeşitli olaylar tükenmişlik algılarını artırabilir. Kanser hastalığı, bireyin kendisini hem de ailesini yakından ilgilendiren bir durumdur. Kanser hastalarının bakımı ve tedavisi oldukça uzun bir süreçtir. Bu süreçte, kanser hastasına bakım veren kişinin yaşamış olduğu çeşitli fiziksel ve psikolojik sorunlar onun tükenmişliğini arttırabilir. Bakım veren kişinin yaşam aktivitelerinde yaşanan sınırlandırmalar, kişinin anksiyete ve depresyon algılarını yükseltebilir ve bu durum kişinin kendisini tükenmiş hissetmesine neden olabilir. Bakım veren kişinin sosyal ilişkilerinin zayıflaması, sosyal rolünün değişmesi ve finansal olarak yaşadığı sıkıntılar tükenmişlik algısını artırabilir. Bakım veren kişinin tükenmişlik algısının artması hem kendi sağlığını, hem de hastanın sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle bakım veren kişinin tükenmişlik algısının saptanması ve bu doğrultuda önlemler alınması hasta sağlığı adına da önem göstermektedir (97, 98).

2.3. Gevşeme Egzersizleri

Cambridge İngilizce Sözlüğüne göre gevşeme; “gevşemiş olma durumu, gerginliğin giderilmesi, memnuniyet verici ve dinlendirici zaman aralığı” olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik literatüründe ise; “anksiyetenin ve iskelet kaslarındaki gerginliğin kademeli olarak giderilmesi veya zihinsel ve fiziksel gerginliğin olmaması” olarak tanımlanmaktadır (99, 100).

Vücudumuzdaki gerginlik ve gevşeklik hisleri arasındaki farkı algılayıp, günlük yaşantımızda kendi kendimize gevşeyebilmeyi öğrenebilmemiz amacıyla yapılan progresif gevşeme, vücudun her bölgesi gevşeyinceye kadar, büyük kas gruplarının istemli şekilde, düzenli ve birbirini izleyen hareketler ile gerilip gevşetilmesini içermektedir (101). Edmund Jacobsen tarafından 1920 yılında geliştirilen bu teknik, 1929 yılında Edmund Jacobsen'un “Progresif Gevşeme” adlı kitabında tanımlanmıştır. Daha sonra Herbert Benson tarafından 1975 yılında herkesçe anlaşılabilir formata getirilmiştir (102, 103).

Bu egzersiz için birey rahat bir koltukta oturmalıdır. Güzel hisler uyandıran hafif bir müziğin veya görsel işaretlerin olması önemlidir. Egzersizlere başlamadan önce, gevşeme ile ilgili prosedürler açıklanmalıdır. Birey derin bir nefes alır, sonra bu nefesi yavaşça vererek eğitime başlar. Daha sonra germe egzersizleri uygulanması yapılır. Bu süreç baştan ayağa doğru ya da ayaktan başa doğru ilerler. Bu egzersizin uygulanması sonucunda birey kaslarının yerini öğrenir ve gerginlik esnasında kaslarının ne duruma geldiğini hisseder. Böylece kasların aşırı gergin hali ile bu gerginliğin ortadan kalkması sonucundaki farkı algılayabilecektir (99, 100, 104, 105). Birey her kas grubunu ortalama 10 saniye süre ile gergin tutar, bu sırada egzersizi yaptıran kişi “şimdi ellerinizdeki sıcaklığı fark edin”, “şimdi gerginliğin omuzlarınızdan aşağı süzülüp kaybolduğunu hissedin” gibi yönlendirmeler yaparak gerginlik ile gevşeme arasındaki farkın hissedilmesine yardımcı olur (106, 100, 104). Uygulama tekrarlandıkça ve zaman ilerledikçe kişi gerginlik sinyalleri almayı ve bu durumu tersine çevirmeyi öğrenecektir (99, 107).

Gevşemenin egzersizlerinin biyo-fizyolojik, bilişsel ve davranışsal yanıtları ise;

-Biyo-Fizyolojik yanıtlar; nabız hızında yavaşlama, sistolik ve diastolik kan basıncında azalma, solunum hızında azalma, O₂ tüketiminde azalma, metabolik hızın yavaşlaması, pupillalarda daralma,

-Bilişsel yanıtlar; bilinçlilik durumunun artması, tek bir zihinsel görüntü veya tek bir ses üzerine olan konsantrasyonun artması, algılanan stres ve anksiyete gibi negatif duygularda azalma, pozitif duygularda artış,

- Davranışsal yanıtlar; çevresel uyaranlara olan ilgide ve dikkatte azalma, sözel etkileşim olmaması, istemli hareketlerde azalma ve pasif hareketlerde artma olarak belirtilmektedir (108, 109).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma; palyatif bakım vericilerine uygulanan gevşeme egzersizlerinin bakım verme yükü, tükenmişlik ve kaygı düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla tek gruplu ön test-son test deseninde yarı deneysel bir çalışma olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1. Gevşeme egzersizlerinin bakım vericilerin, yaşam bulguları üzerine etkisi vardır.

H2. Gevşeme egzersizlerinin bakım vericilerin, bakım verme yükü üzerine etkisi vardır.

H3. Gevşeme egzersizlerinin bakım vericilerin, tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi vardır.

H4. Gevşeme egzersizlerinin bakım vericilerin, kaygı düzeyi üzerine etkisi vardır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; Beylikdüzü Devlet Hastanesi Palyatif Servisi'nde Temmuz 2019 - Ocak 2020 tarihleri arasından gerçekleştirildi. Bu servis 30 yataklı olup, her hastanın yanında bir yakını refakat etmektedir. Ayrıca serviste gündüz 7 hemşire, gece 4 hemşire olmak üzere, toplam 11 hemşire hizmet vermektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi Seçimi

Araştırma Evrenini, Beylikdüzü Devlet Hastanesi Palyatif Servisi'nde yatan hastaların bakımlarında aktif rol üstlenen bakım vericiler oluşturdu. Örneklem ise; araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirme sonrası araştırmaya katılım için izin alınarak, istekli ve gönüllü olan evren içindeki bakım vericilerden seçildi. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde bir önceki yılın yatan hasta sayısı temel alındı (N=456). Hastanın bakımından primer sorumlu olan hasta yakını sayısının da hasta sayısı ile benzer olacağı öngörüldü. Bu doğrultuda; örneklem sayısının hesabında, bir önceki yılın evren sayısı dikkate alınarak, %95 güven aralığı, 0,80 güçlük değeri, 0,05

yanılma düzeyi, 0,25 etki düzeyi dikkate alınarak güç (power) analizi ile hesaplandı. Ayrıca yarı-deneysel çalışmalar için önerilen en az örneklem sayısı ve verilerin analizinde parametrik ve nonparametrik testlerin uygulanabilmesi için; en az 30 hasta yakının alınması planlandı. Bu doğrultuda çalışma, belirlenen zaman diliminde araştırmaya katılmayı kabul eden ve örneklem kriterlerine uyan 60 hasta yakını ile gerçekleştirildi.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Bakım Yüğü, Tükenmişlik ve Kaygı Düzeyleri

Bağımsız Değişken: Bakım Verici Bilgi Formunda Bulunan Sorular

3.6. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi

Araştırmada Veriler; Bakım Verici Bilgi Formu (EK-1), Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (EK-2), Maslach Tükenmişlik Ölçeğı (EK-3), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğı (STAI TX-1, STAI TX-2) (EK-4) ve Görsel Kıyaslama Ölçeğı (Visual Analog Scale-VAS) (EK-5) ile toplandı. Araştırmanın bağımlı değışkeni bakım yüğü, tükenmişlik ve kaygı düzeyleri; bağımsız değışkenler ise bakım verici bilgi formunda bulunan sorulardır.

Veri Toplama Araçları

Bakım Verici Bilgi Formu: Araştırmaya katılmayı kabul eden palyatif bakım vericilerinin bireysel özelliklerini (yakınlık derecesi, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleğı vb.) içeren ve araştırmacı tarafından hazırlanan soru formudur.

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı: Ölçek Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (110), 2009 yılında Özlü ve arkadaşları tarafından geçerlik-güvenilirlik çalışması yapılmıştır ve Türkçeye çevrilmiştir (111). Bu ölçek yaşlı, genç demeden, tanısı ister kanser olsun ister demans ya da Alzheimer fark etmeksizin tam bağımlı veya yarı bağımlı her türlü bakıma gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadıkları stres boyutunu değılendirmemizi sağlamaktadır. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler bakım verenin sosyal ve duygusal durumuna yönelik olup, ölçek sonucu çıkan yüksek puan değıeri, yaşanan stres düzeyinin fazla olduğunu göstermektedir (111,112). Ölçek; ‘asla’, ‘nadiren’, ‘bazen’, ‘sık sık’ ya da ‘nerdeyse her zaman’ şeklinde 1’ den 5’e kadar değışen Likert

tipi değerlendirmeye sahiptir. Hastaya bakım veren kişinin verebileceği minimum puan 22, maksimum puan 110'dur. Sonuçta çıkan puan değeri toplamı 22-46 puan arası ise 'hafif yük', 47-55 puan arası ise 'orta derecede yük', 56-110 puan arası ise 'şiddetli yük' olarak tanımlanır (111).

Bu çalışmadan elde edilen iç tutarlılık katsayısı gevşeme egzersizi öncesi Cronbach's alfa değeri 0,866 iken, gevşeme egzersizi sonrası Cronbach's alfa değeri 0,840 olarak bulundu.

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri: "Kaygı Ölçeği", 1970 yılında Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeği Türkçeye uyarlayan isimler ise; Öner ve Le Compte'dir. Bu ölçeğin likert formatını incelediğimizde; ölçeğin toplam 40 maddesi vardır ve bu maddelerin 20'si sürekli kaygı, 20'si ise durumluk kaygıyı ölçer. Ölçeğin işaret bölümünde; ölçeği uyguladığımız bireylerin davranışlarının ve duygularının belirlenebilmesi açısından 'hiç', 'biraz', 'çok', 'tamamiyle' seçenekleri bulunmaktadır. İki ölçekten elde edilen puan değerlerinin toplamı değişebilir (113). Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'nden elde edilen toplam puanın artması kişinin kaygı düzeyinin artmakta olduğunu bildirirken; toplam puanın azalması kişinin kaygı düzeyini azaldığını gösterir.

Bu çalışmadan elde edilen iç tutarlılık katsayısı durumluk kaygı için; gevşeme egzersizi öncesi Cronbach's alfa değeri 0,941 iken, gevşeme egzersizi sonrası Cronbach's alfa değeri 0,927'dir. Sürekli kaygı ölçeği için; gevşeme egzersizi öncesi Cronbach's alfa değeri 0,901 iken, gevşeme egzersizi sonrası Cronbach's alfa değeri 0,933 olarak bulundu.

Görsel Kıyaslama Ölçeği: 10 cm'lik düz bir çizgi şeklinde olan Görsel Kıyaslama Ölçeği'nin (GKÖ); bir ucunda bireyin hissedebileceği en yüksek kaygı seviyesini gösteren diğer ucunda ise bireyin kaygısının hiç olmadığını gösteren subjektif tanımlayıcı ifadeler bulunur (114). Birey kendi kaygı seviyesine göre ölçekte işaretleme yapar.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği: Bu ölçek Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir (115-119). Özgün formunda yedi kademeli olan yanıt seçenekleri; Çam (1991) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak "0 hiçbir zaman", "4 her zaman" olarak beş kademeli olarak düzenlenmiştir. Tükenmişlik alt

ölçeklerinin iç tutarlılık katsayıları Duygusal Tükenme alt ölçeği 0,82; Duyarsızlaşma alt ölçeği 0,64; Kişisel Başarı alt ölçeği 0,77 şeklindedir (120).

Maslach tükenmişlik ölçeği 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte tükenmişlik üç farklı alt boyutta değerlendirilir.

* Duygusal tükenme boyutu; 9 maddeden (1., 2., 3., 6., 8., 13., 14., 16., ve 20. maddeler) oluşmaktadır.

* Duyarsızlaşma boyutu; 5 maddeden (5., 10., 11.,15., 22. maddeler) oluşmaktadır.

* Kişisel başarı alt boyutu; 8 maddeden (4., 7., 9., 12., 17., 18., 19., 21 maddeler) oluşmaktadır.

Duyarsızlaşma boyutu ile duygusal tükenme boyutu adından da anlaşılacağı üzere olumsuz ifadeleri içerirken, kişisel başarı boyutu ise diğer ikisinin aksine olumlu ifadeler içerir. Düşük düzey tükenmişlik; Duygusal Tükenme Boyutu ve Duyarsızlaşma Boyutu olan alt ölçeklerinden düşük puan, Kişisel Başarı alt ölçeğinden ise yüksek puan alınması ile ortaya çıkmaktadır. Orta düzeyde tükenmişlik, her üç alt ölçekten orta düzey puan alınması ile ortaya çıkmaktadır. Yüksek düzey tükenmişlik, Duygusal Tükenme Boyutu ve Duyarsızlaşma Boyutu alt ölçeklerinden yüksek puan alınması, Kişisel Başarı alt ölçeğinden ise düşük puan alınması ile ortaya çıkmaktadır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden en az 0 puan, en fazla 88 puan alınmaktadır (120).

Bu çalışmadan elde edilen iç tutarlılık katsayısı incelendiğinde; duygusal tükenme alt boyutu için gevşeme egzersizi öncesi Cronbach's alfa değeri 0,900 iken, gevşeme egzersizi sonrası Cronbach's alfa değeri 0,859'dur. Duyarsızlaşma alt boyutu için gevşeme egzersizi öncesi Cronbach's alfa değeri 0,531 iken, gevşeme egzersizi sonrası Cronbach's alfa değeri 0,484'dür. Kişisel başarı alt boyutu için gevşeme egzersizi öncesi Cronbach's alfa değeri 0,556 iken, gevşeme egzersizi sonrası Cronbach's alfa değeri 0,512'dir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplamı için gevşeme egzersizi öncesi Cronbach's alfa değeri 0,871 iken, gevşeme egzersizi sonrası Cronbach's alfa değeri 0,840 olarak bulundu.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Veri toplamaya başlamadan önce araştırmanın amacı, kapsamı, içeriği, kullanılan veri toplama araçları hakkında araştırma kapsamına alınan palyatif serviste yatarak tedavi gören hastaların bakım vericilerine, araştırmacı hemşire tarafından bilgi verildi, çalışmaya katılmak için gönüllü olan hasta yakınlarından sözlü ve yazılı izin alındıktan sonra veri toplama sürecine geçildi. İlk olarak çalışmayı kabul eden palyatif servis hasta yakınına veri toplama formları (bakım yükü, tükenmişlik ve kaygı) verildi, doldurmaları için yeterli zaman ayrıldı. Daha sonra her birey için bir dosya oluşturuldu. Çalışmaya katılan her bir hasta yakınının uygulama öncesi yaşam bulguları (beden sıcaklığı, nabız, oksijen saturasyonu ve kan basıncı değerleri) ölçülüp dosyasına kayıt edildi. Hasta yakınına gevşeme egzersizleri uygulanarak, sonrasında tekrar yaşam bulguları ölçülüp kayıt edildi. Bu işlem 4 hafta boyunca, haftada 2 kere, toplamda ise 8 kez hasta yakınına uygulandı. Bu uygulama palyatif bakım ünitesinde kullanılmayan boş bir odada 3-4'erli gruplar halinde uygulandı. Uygulama için; Türk Psikologlar Derneği tarafından hazırlanan 'Gevşeme Egzersizleri CD'si kullanıldı. CD 3 bölümden oluşmaktadır. Gevşemenin tanımı, amacı ve uygulama sırasında dikkat edilmesi gerekenlerin açıklandığı 10 dakikalık kısım 1. Bölümü oluşturmaktadır. 2. Bölüm; gevşeme egzersizlerinin sözlü yönerge ve akarsu sesi eşliğinde açıklandığı bölümdür. 3. Bölüm ise 30 dakikadan oluşur ve bu bölüm; yönerge olmadan sadece gevşeme müziği içermektedir. Bu çalışmada gevşeme egzersizlerinin, sadece ikinci bölümü kullanılmıştır. Araştırmacının kendisine ait olan dizüstü bilgisayarda ses yüksekliği bakım vericilerin tercihine göre ayarlanarak, gevşeme egzersizleri bakım vericilere araştırmacı tarafından günün uygun bir saatinde (hasta bakım ve tedavisinin yoğun olmadığı, bakım vericinin istediği zaman diliminde) uygulandı.

Uygulama, servisin arka tarafında bakım vericilerin kullanımı için ayrılmış olan etkinlik odasına yapıldı. Bu oda orta büyüklükte ve krem rengi duvarlara sahiptir. İçerisinde 6-7 adet sandalye, 2 adet masa, 1 adet televizyon bulunmaktadır. Bakım vericiler odaya geldiklerinde sandalyelere aralarında mesafe olacak şekilde oturtuldu. Etkinlik odasının pencereleri kapatıldı ve perdeleri çekildi, ışıklar hafif kısık hale getirildi ve odanın kapısı kapatıldı. Hasta yakınlarına kısaca yapılacak egzersizden bahsedildi ve olabildiğince araştırmacıya ve yapılan açıklamalara odaklanmaları istendi. Konsantrasyonlarını bozabileceği için kendi aralarında konuşmamaları rica edildi. Bakım vericiler hazır olduklarını söylediklerinde yaşam bulguları ölçüldü kayıt edildi.

Daha sonra “Gevşeme Egzersizleri CD”si bilgisayara takıldı ve egzersiz uygulamalarına başlandı. Toplam 20-30 dakika kadar süren egzersiz uygulaması bittiğinde bakım vericilerin yaşam bulguları tekrar ölçüldü ve kayıt edildi.

Dört haftanın sonunda veri toplama formları hasta yakınına verilerek, aynı soru formlarını (bakım yükü, tükenmişlik ve kaygı) tekrar doldurulması istendi. Son olarak uygulanan gevşeme egzersizlerinin etkili olup olmadığına dair ön formlar ile son formlar ve yaşam bulguları değerleri arasında karşılaştırma yapıldı.

3.8. Verilerin Analizi

Araştırmamızın istatistiksel analizi IBM SPSS for Windows 24.0 istatistik programıyla yapılmıştır. Araştırmadaki değişkenler normal dağılıma uyanlar için parametrik; uymayan veriler için nonparametrik testler kullanıldı. Verilerin normal dağılım uygunluğu histogram ve olasılık grafikleri ve çarpıklık ve basıklık katsayıları ve normallik testleri ile analiz edildi. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (frekans, ortalama, standart sapma) yanı sıra, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında kıkare (χ^2) ve niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Student-t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi), tekrarlı ölçümlerin varyans analizinde Pillai’s Trace testi, gruplar arasındaki çoklu karşılaştırma analizleri (Post Hoc) için ise Bonferroni testi kullanıldı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında ve anlamlılık $p \leq 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

- Araştırma İstanbul Beylikdüzü Devlet Hastanesi Palyatif Sevisi ile sınırlıdır.
- Araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden bakım vericilerin verdiği cevaplar ile sınırlıdır.
- Araştırmaya başlandıktan sonra gevşeme egzersizleri uygulanırken bakım vericinin hastasının taburcu olması veya vefat etmesi sonucu bakım vericinin örneklemden çıkarılmak zorunda kalındı (n= 13 hasta yakını).

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

- Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Okan Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuru yapılarak gerekli izin alınmıştır (EK-6).

- Zarit Bakım Yüğü Ölçeği'nin kullanılması için gerekli izin Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ'den e-posta yolu ile alınmıştır (EK-7).

- Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin kullanılması için gerekli izin Prof. Dr. Mahire Olcay ÇAM'san e-posta yolu ile alınmıştır (EK-8).

- İstanbul Beylikdüzü Devlet Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (EK-9).

- Araştırmaya katılan bakım vericilere aydınlatılmış onam formu imzalatılarak izin alınmıştır (EK-10).

- Araştırmaya katılan bakım vericilere verilerin araştırma dışında başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve gizli tutulacağı açıklanmıştır.

4. BULGULAR

Palyatif bakım vericilerine uygulanan gevşeme egzersizlerinin bakım verme yükü, tükenmişlik ve kaygı düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yarı-deneysel olarak yapılan çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılarak elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tablolar şeklinde sunulmaktadır.

1. Bakım vericilerin demografik özelliklerine ilişkin bulgular
2. Bakım vericilerin hastalarının özelliklerine ilişkin bulgular
3. Bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam bulguları
 - Gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası beden sıcaklığı ölçümlerinin dağılımı
 - Gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası nabız ölçümlerinin dağılımı
 - Gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sistolik kan basıncı ölçümlerinin dağılımı
 - Gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası diastolik kan basıncı ölçümlerinin dağılımı
 - Gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası oksijen saturasyon ölçümlerinin dağılımı
4. Gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası ölçek puanlarının değerlendirilmesine ilişkin bulgular

4.1. Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de sunuldu.

Tablo 1. Bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=60)

		n	%
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	21-68 (42)	
	<i>Ort±Ss</i>	43,82±10,19	
	< 40 yaş	25	41,7
	40-49 yaş	18	30,0
	≥ 50 yaş	17	28,3
Cinsiyet	Kadın	41	68,3
	Erkek	19	31,7
Eğitim durumu	İlkokul	16	26,7
	Lise	26	43,3
	Üniversite	18	30,0
Medeni durum	Evli	46	76,7
	Dul/ Boşanmış	5	8,3
	Bekar	9	15,0
Kiminle yaşıyor	Yalnız	12	20,0
	Eşle	15	25,0
	Aileyle	32	53,3
	Çocuk/ çocuklarla	1	1,7
Meslek	Çalışıyor	33	55,0
	Çalışmıyor	27	45,0
Sosyal güvence	Emekli Sandığı	11	18,3
	SSK	40	66,7
	Ücretli	9	15,0
Yaşadığı yer	İl	12	20,0
	İlçe	48	80,0
Sosyo-ekonomik durum	İyi	4	6,7
	Orta	56	93,3

Araştırmaya katılan bakım vericilerin %41,7'sinin 40 yaş ve altı olduğu ve bakım vericilerin yaş ortalamasının $43,82 \pm 10,19$ yıl olduğu saptandı. Bakım vericilerin %68,3'ünün kadın, %43,3'ünün lise mezunu, %76,7'sinin evli, %53,3'ünün ailesi ile birlikte yaşadığı, %55'inin düzenli olarak çalışmakta olduğu, %66,7'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu, %80'inin ilçede yaşamakta olduğu ve %93,3'ün sosyo-ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu saptandı.

4.2. Bakım Vericilerin Hastalarının Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamına alınan bakım vericilerin hastalarının özelliklerine ilişkin bulgularının dağılımı Tablo 2'de sunuldu.

Tablo 2: Bakım vericilerin hastalarının özelliklerine ilişkin dağılımlar (N=60)

		n	%
Tıbbi tanısı	SVO	7	11,7
	Demans	35	58,3
	Kanser	17	28,3
	Diğer	1	1,7
Tanı süresi	1-5 yıl	42	70
	> 5 yıl	18	30
Hastaya yakınlığı	Çocuk	36	60
	Eş	7	11,7
	Diğer akraba	5	8,3
	Ücretli bakıcı	12	20
Bakım verme süresi	1-5 yıl	43	71,7
	> 5 yıl	17	28,3
Günlük ortalama bakım süresi	1-8 saat	7	11,7
	9-12 saat	16	26,6
	13-24 saat	37	61,7
Başka hastaya bakma durumu	Evet	27	45
	Hayır	33	55
Bakımdan dolayı maddi sıkıntı yaşama durumu	Evet	15	25
	Hayır	45	75
Aile üyelerinden destek alma durumu	Evet	44	73,3
	Hayır	16	26,7

Palyatif bakım ünitesinde araştırmaya katılan bakım vericilerin, bakım verdikleri hastasının %58,3'ünün demans tanısı olduğu, %70'inin tanı süresinin 1-5 yıl arasında olduğu, %60'ının kendi anne/babasına bakım verdiği, %71,7'sinin bakım verme sürelerinin 1-5 yıl arasında olduğu, %61,7'sinin günlük ortalama bakım verme saatinin 13-24 saat aralığında olduğu, %55'inin daha önce başka bir hastaya bakım vermedikleri, %75'inin verdikleri bakımdan dolayı maddi sıkıntı yaşamadıkları ve %73,3'ünün diğer aile üyelerinden destek aldıkları saptandı.

4.3. Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Ölçülen Yaşam Bulguları

Araştırmaya katılan bakım vericilerin gevşeme öncesi ve sonrası beden sıcaklığı, nabız, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı ve oksijen saturasyon ölçümlerinin dağılımı Tablo 3'te, Tablo 4'te, Tablo 5'te, Tablo 6'da ve Tablo 7'de sunuldu.

Tablo 3: Bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası beden sıcaklığı ölçümlerinin değerlendirilmesi

		Gevşeme egzersizi öncesi	Gevşeme egzersizi sonrası	Test değeri	<i>p</i>
		Ort±Ss	Ort±Ss		
Beden sıcaklığı ölçümleri	1. uygulama	36,59±0,08	36,57±0,08	t= 3,027	0,004**
	2. uygulama	36,59±0,07	36,56±0,06	t= 4,957	0,001**
	3. uygulama	36,61±0,12	36,57±0,12	t= 5,077	0,001**
	4. uygulama	36,59±0,07	36,55±0,08	t= 4,886	0,001**
	5. uygulama	36,61±0,06	36,57±0,07	t= 5,152	0,001**
	6. uygulama	36,59±0,07	36,58±0,08	t= 1,734	0,088
	7. uygulama	36,57±0,09	36,55±0,08	t= 2,688	0,009**
	8. uygulama	36,58±0,07	36,56±0,08	t= 2,737	0,008**

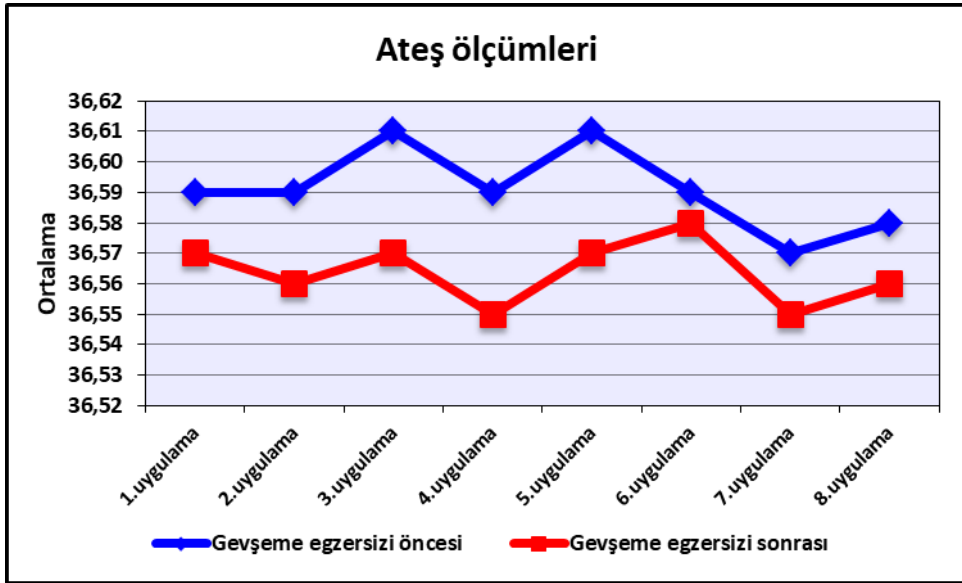
*a*Paired Samples t Test

****p<0,01**

İlk uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi timpanik yoldan değerlendirilen beden sıcaklığı ölçümü ortalamasının 36,59±0,08 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise, 36,57±0,08 olduğu saptandı. 2. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi beden sıcaklığı ölçümü ortalamasının 36,59±0,07 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise, 36,56±0,06 olduğu saptandı. 3. Uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi beden sıcaklığı ölçümü ortalamasının 36,61±0,12 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise, 36,57±0,12 olduğu saptandı. 4. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi beden sıcaklığı ölçümü ortalamasının

36,59±0,07 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise, 36,55±0,08 olduğu saptandı. 5. Uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi beden sıcaklığı ölçümü ortalamasının 36,61±0,06 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise, 36,57±0,07 olduğu saptandı. 6. Uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi beden sıcaklığı ölçümü ortalamasının 36,59±0,07 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise, 36,58±0,08 olduğu saptandı. 7. Uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi beden sıcaklığı ölçümü ortalamasının 36,57±0,09 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise, 36,55±0,08 olduğu saptandı. 8. Uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi beden sıcaklığı ölçümü ortalamasının 36,58±0,07 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise, ortalamasının 36,56±0,08 olduğu saptandı.

Bakım vericilerin uygulama öncesi ve sonrası beden sıcaklığı ölçüm değerleri incelendiğinde, 6. Gevşeme egzersizi uygulaması hariç, diğer tüm uygulama sonrasında ölçümlerin, öncesine göre olan değerlerden daha düşük olduğu görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).



Şekil 2: Bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası beden sıcaklığı ölçümlerinin dağılımı

Tablo 4: Bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası nabız ölçümlerinin değerlendirilmesi

		Gevşeme egzersizi öncesi	Gevşeme egzersizi sonrası	Test	
		Ort±Ss	Ort±Ss	değeri	p
Nabız ölçümleri	1. uygulama	78,62±11,13	77,88±10,74	t= 4,056	0,001**
	2. uygulama	79,28±10,14	77,73±10,21	t= 7,459	0,001**
	3. uygulama	79,87±10,02	78,52±9,74	t= 5,802	0,001**
	4. uygulama	78,75±9,43	77,77±9,46	t= 3,395	0,001**
	5. uygulama	79,05±10,53	77,92±9,96	t= 5,098	0,001**
	6. uygulama	79,52±10,12	78,32±10,11	t= 5,131	0,001**
	7. uygulama	79,67±10,38	78,63±9,82	t= 3,538	0,001**
	8. uygulama	79,43±9,09	77,65±9,23	t= 3,959	0,001**

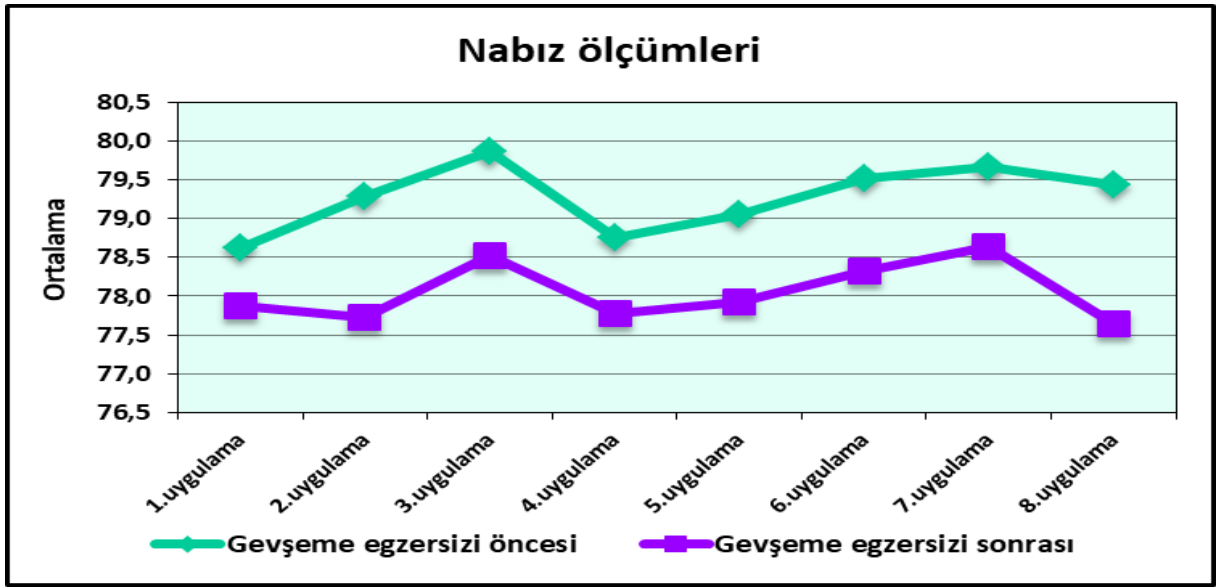
^aPaired Samples t Test

**p<0,01

İlk uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi nabız ölçümü ortalamasının 78,62±11,13 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 77,88±10,74 olduğu saptandı. 2. Uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi nabız ölçümü ortalamasının 79,28±10,14 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 77,73±10,21 olduğu saptandı. 3. Uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi nabız ölçümü ortalamasının 79,87±10,02 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 78,52±9,74 olduğu saptandı. 4. Uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi nabız ölçümü ortalamasının 78,75±9,43 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 77,77±9,46 olduğu saptandı. 5. Uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi nabız ölçümü ortalamasının 79,05±10,53 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 77,92±9,96 olduğu saptandı. 6. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi nabız ölçümü ortalamasının 79,52±10,12 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 78,32±10,11 olduğu saptandı. 7. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi nabız ölçümü ortalamasının 79,67±10,38 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 78,63±9,82 olduğu saptandı. 8. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi nabız ölçümü

ortalamasının $79,43 \pm 9,09$ olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise $77,65 \pm 9,23$ olduğu saptandı.

Bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası nabız ölçüm değerleri incelendiğinde; tüm uygulama sonrasında ölçümlerin, öncesine göre olan değerlerden daha düşük olduğu görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).



Şekil 3: Bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası nabız ölçümlerinin dağılımı

Tablo 5: Bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası sistolik kan basıncı ölçümlerinin değerlendirilmesi (N=60)

		Gevşeme egzersizi öncesi		Gevşeme egzersizi sonrası		Test değeri	p
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss		
Sistolik kan basıncı ölçümleri	1. uygulama	125,50±17,21	124,33±16,61	t= 2,791	0,007**		
	2. uygulama	124,17±15,22	122,50±14,80	t= 3,085	0,003**		
	3. uygulama	122,50±16,33	120,33±15,29	t= 4,040	0,001**		
	4. uygulama	124,67±15,56	123,33±14,92	t= 2,654	0,010*		
	5. uygulama	123,00±15,55	121,67±14,86	t= 2,654	0,010*		
	6. uygulama	122,50±16,01	119,83±15,68	t= 4,632	0,001**		
	7. uygulama	123,00±16,50	120,67±15,61	t= 3,617	0,001**		
	8. uygulama	121,50±13,76	121,33±13,34	t= 0,178	0,859		

^aPaired Samples t Test

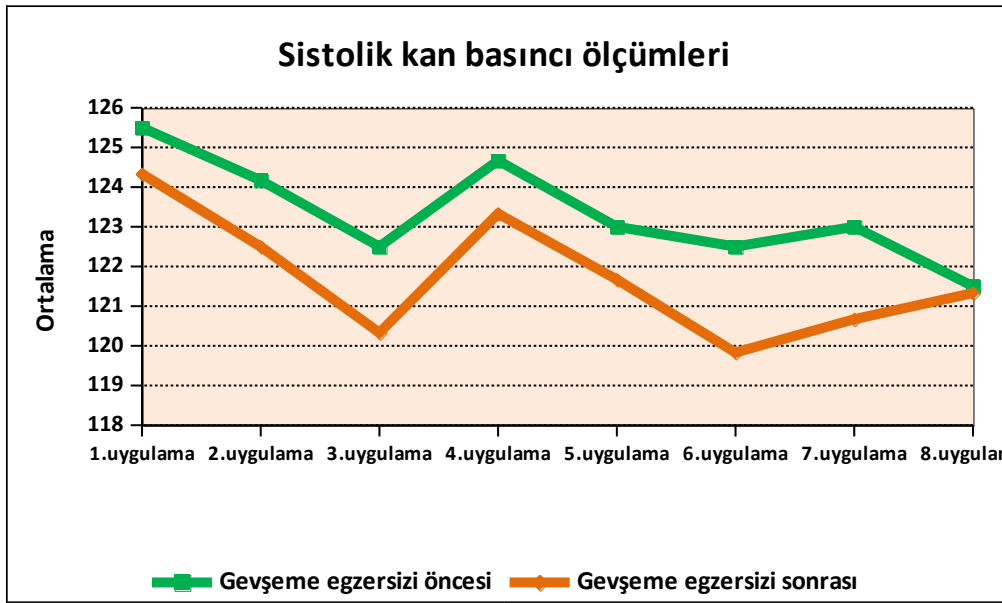
**p<0,01

*p<0,05

İlk uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi sistolik kan basıncı ölçümü ortalamasının 125,50±17,21 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 124,33±16,61 olduğu saptandı. 2. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi sistolik kan basıncı ölçümü ortalamasının 124,17±15,22 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 122,50±14,80 olduğu saptandı. 3. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi sistolik kan basıncı ölçümü ortalamasının 122,50±16,33 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 120,33±15,29 olduğu saptandı. 4. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi sistolik kan basıncı ölçümü ortalamasının 124,67±15,56 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 123,33±14,92 olduğu saptandı. 5. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi sistolik kan basıncı ölçümü ortalamasının 123,00±15,55 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 121,67±14,86 olduğu saptandı. 6. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi sistolik kan basıncı ölçümü ortalamasının 122,50±16,01 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 119,83±15,68 olduğu saptandı. 7. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi

öncesi sistolik kan basıncı ölçümü ortalamasının $123,00 \pm 16,50$ olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise $120,67 \pm 15,61$ olduğu saptandı. 8. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi sistolik kan basıncı ölçümü ortalamasının $121,50 \pm 13,76$ olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise $121,33 \pm 13,34$ olduğu saptandı.

Bakım vericilerin uygulama öncesi ve sonrası sistolik kan basıncı ölçüm değerleri incelendiğinde; 8. Gevşeme egzersizi uygulaması dışında, diğer tüm uygulama sonrasındaki ölçümlerin, öncesine göre olan değerlerden daha düşük olduğu görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).



Şekil 4: Bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası sistolik kan basıncı ölçümlerinin dağılımı

Tablo 6: Bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası diastolik kan basıncı ölçümlerinin değerlendirilmesi (N=60)

		Gevşeme egzersizi öncesi		Gevşeme egzersizi sonrası		Test değeri	p
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss		
Diastolik kan basıncı ölçümleri	1. uygulama	77,92±9,17	75,25±8,71	t= 4,000	0,001**		
	2. uygulama	77,00±7,66	75,17±7,70	t= 2,818	0,007**		
	3. uygulama	75,17±9,83	72,83±8,65	t= 3,208	0,002**		
	4. uygulama	75,50±9,10	73,83±8,46	t= 2,098	0,040*		
	5. uygulama	75,50±8,52	74,00±7,85	t= 2,256	0,028*		
	6. uygulama	75,67±8,90	73,17±8,13	t= 4,086	0,001**		
	7. uygulama	76,83±9,48	73,67±7,80	t= 4,324	0,001**		
	8. uygulama	73,67±8,82	73,50±7,99	t= 0,184	0,854		

^aPaired Samples t Test

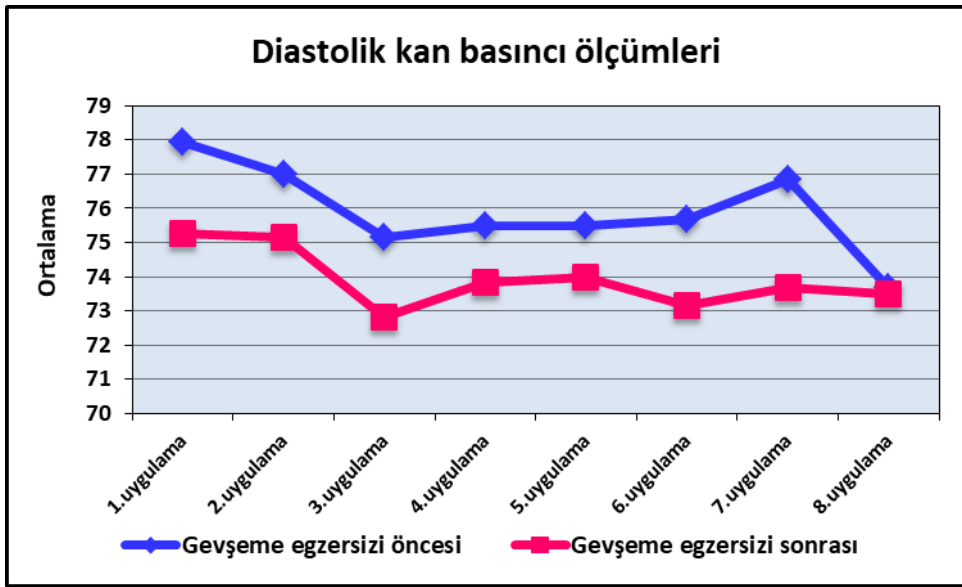
**p<0,01

*p<0,05

İlk uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi diastolik kan basıncı ölçümü ortalamasının 77,92±9,17 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 75,25±8,71 olduğu saptandı. 2. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi diastolik kan basıncı ölçümü ortalamasının 77,00±7,66 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 75,17±7,70 olduğu saptandı. 3. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi diastolik kan basıncı ölçümü ortalamasının 75,17±9,83 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 72,83±8,65 olduğu saptandı. 4. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi diastolik kan basıncı ölçümü ortalamasının 75,50±9,10 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 73,83±8,46 olduğu saptandı. 5. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi diastolik kan basıncı ölçümü ortalamasının 75,50±8,52 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 74,00±7,85 olduğu saptandı. 6. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi diastolik kan basıncı ölçümü ortalamasının 75,67±8,90 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 73,17±8,13 olduğu saptandı. 7. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi diastolik kan

basıncı ölçümü ortalamasının $76,83 \pm 9,48$ olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise $73,67 \pm 7,80$ olduğu saptandı. 8. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi diastolik kan basıncı ölçümü ortalamasının $73,67 \pm 8,82$ olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise $73,50 \pm 7,99$ olduğu saptandı.

Bakım vericilerin uygulama öncesi ve sonrası diastolik kan basıncı ölçüm değerleri incelendiğinde; 8. Gevşeme egzersizi uygulaması dışında, diğer tüm uygulama sonrasındaki ölçümlerin, öncesine göre olan değerlerden daha düşük olduğu görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).



Şekil 5: Bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası diastolik kan basıncı ölçümlerinin dağılımı

Tablo 7: Bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası oksijen saturasyon ölçümlerinin değerlendirilmesi (N=60)

		Gevşeme egzersizi öncesi	Gevşeme egzersizi sonrası	Test	p
		Ort±Ss	Ort±Ss	değeri	
Saturasyon ölçümleri	1. uygulama	97,05±0,96	97,58±0,91	t= -5,529	0,001**
	2. uygulama	97,27±1,01	97,82±1,03	t= -4,589	0,001**
	3. uygulama	97,37±1,04	97,92±1,05	t= -4,682	0,001**
	4. uygulama	97,48±0,97	98,02±1,21	t= -5,705	0,001**
	5. uygulama	97,37±0,94	97,83±0,94	t= -4,340	0,001**
	6. uygulama	97,18±1,08	97,83±1,08	t= -5,992	0,001**
	7. uygulama	97,42±1,06	98,00±1,09	t= -4,979	0,001**
	8. uygulama	97,32±1,00	97,93±1,16	t= -4,260	0,001**

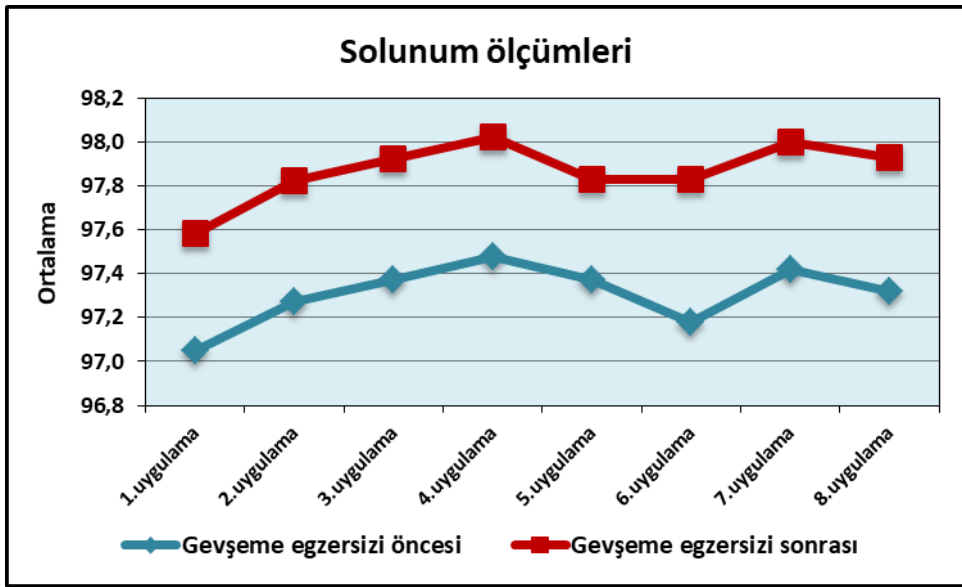
^aPaired Samples t Test

**p<0,01

İlk uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi oksijen saturasyon ölçümü ortalamasının 97,05±0,96 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 97,58±0,91 olduğu saptandı. 2. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi oksijen saturasyon ölçümü ortalamasının 97,27±1,01 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 97,82±1,03 olduğu saptandı. 3. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi oksijen saturasyon ölçümü ortalamasının 97,37±1,04 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 97,92±1,05 olduğu saptandı. 4. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi oksijen saturasyon ölçümü ortalamasının 97,48±0,97 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 98,02±1,21 olduğu saptandı. 5. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi oksijen saturasyon ölçümü ortalamasının 97,37±0,94 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 97,83±0,94 olduğu saptandı. 6. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi oksijen saturasyon ölçümü ortalamasının 97,18±1,08 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 97,83±1,08 olduğu saptandı. 7. uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi oksijen saturasyon ölçümü ortalamasının 97,42±1,06 olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise 98,00±1,09 olduğu saptandı. 8.

uygulamada bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi oksijen saturasyon ölçümü ortalamasının $97,32 \pm 1,00$ olduğu, gevşeme egzersizi sonrası ise $97,93 \pm 1,16$ olduğu saptandı.

Bakım vericilerin uygulama öncesi ve sonrası oksijen saturasyon ölçüm değerleri incelendiğinde; tüm uygulama sonrasındaki ölçümlerin, öncesine göre olan değerlerden daha yüksek olduğu görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).



Şekil 6: Bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası oksijen saturasyon ölçümlerinin dağılımı

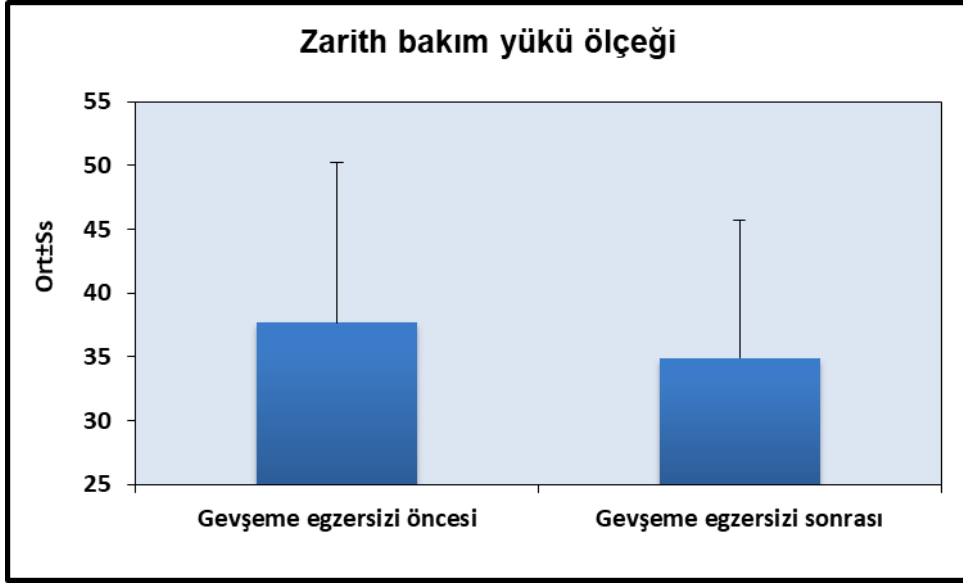
4.4. Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizi Öncesi ve Sonrası Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bakım vericilerin gevşeme egzersizleri öncesi ve 8 uygulama sonrasında değerlendirilen Zarit Bakım Yükü Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Görsel Kıyaslama Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının ortalamaları Tablo 8’de sunuldu.

Tablo 8: Bakım vericilerin gevşeme egzersizi öncesi ve sonrası ölçek puanlarının değerlendirilmesi (N=60)

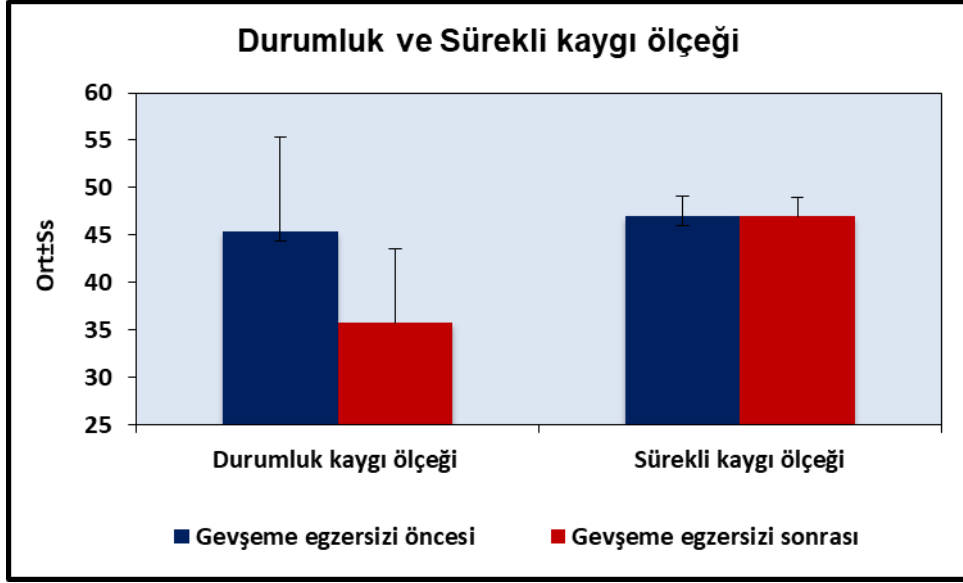
		Gevşeme egzersizi öncesi	Gevşeme egzersizi sonrası	Test değeri	p
Zarit Bakım Yüğü Ölçeği					
Toplam puanı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	11-79 (36)	10-66 (35,5)	t= 6,694	<i>a0,001**</i>
	<i>Ort±Ss</i>	37,67±12,53	34,90±10,84		
Durumluk Kaygı Ölçeği					
Toplam puanı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	24-67 (44,5)	24-57 (34)	t= 11,137	<i>a0,001**</i>
	<i>Ort±Ss</i>	45,33±10,03	35,73±7,78		
Sürekli Kaygı Ölçeği					
Toplam puanı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	42-52 (47)	42-51 (47)	t= - 0,044	<i>a0,965</i>
	<i>Ort±Ss</i>	46,95±2,19	46,97±1,98		
Görsel Kıyaslama Ölçeği					
Toplam puanı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-10 (6,5)	0-8 (4,0)	t= - 6,191	<i>c0,001**</i>
	<i>Ort±Ss</i>	6,20±2,60	3,90±2,03		
Maslach Tükenmişlik Ölçeği					
Duygusal tükenme	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	2-32 (16)	1-26 (13)	t= 8,256	<i>a0,001**</i>
	<i>Ort±Ss</i>	15,62±7,30	12,92±5,70		
Duyarsızlaşma	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-8 (2)	0-7 (2)	t= - 3,735	<i>c0,001**</i>
	<i>Ort±Ss</i>	2,85±2,06	2,23±1,78		
Kişisel başarı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	19-31 (25)	20-31 (25)	t= - 4,516	<i>a0,001**</i>
	<i>Ort±Ss</i>	24,42±2,76	25,55±2,75		
Toplam puanı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	4-47 (25,5)	3-43 (21)	t= 9,611	<i>a0,001**</i>
	<i>Ort±Ss</i>	26,05±10,34	21,60±8,61		
<i>aPaired Samples t Test</i>		<i>cWilcoxon Signed Ranks Test</i>		<i>**p<0,01</i>	

Gevşeme egzersiz öncesi bakım vericilerin Zarit Bakım Yüğü Ölçeği toplam puanı ortalaması 37,67±12,53 iken, egzersiz sonrası ortalamasının 34,90±10,84 olduğu görüldü. Uygulama sonrasındaki Zarit Bakım Yüğü Ölçeği ortalamasının, öncesine göre olan puandan daha düşük düzeyde olduğu görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05).



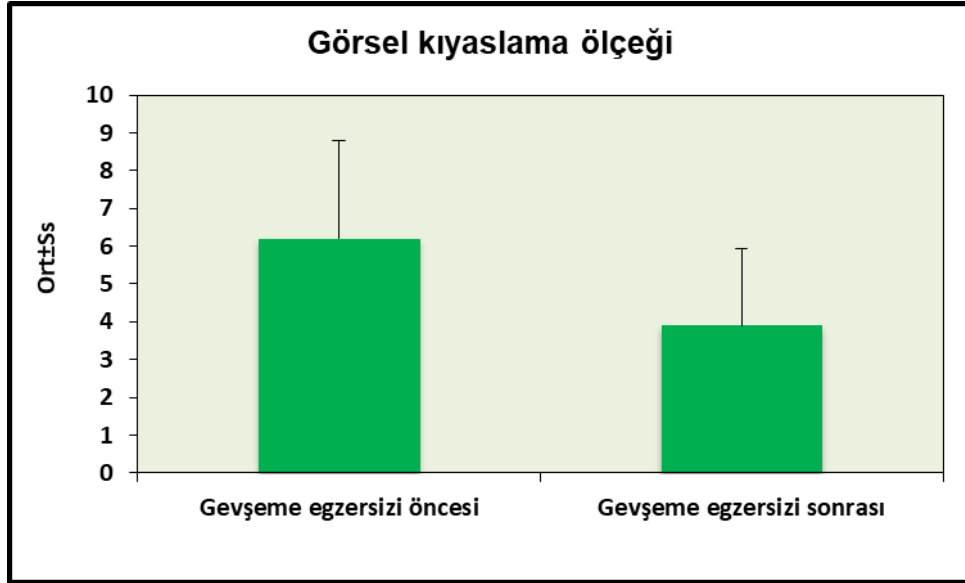
Şekil 7: Bakım vericilerin Zarit bakım yükü ölçeği toplam puanı dağılımı

Gevşeme egzersiz öncesi bakım vericilerin Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puanı ortalaması $45,33 \pm 10,03$ iken, egzersiz sonrası ortalamasının $35,73 \pm 7,78$ olduğu saptandı. Uygulama sonrasındaki Durumluk Kaygı Ölçeği ortalamasının, öncesine göre olan puandan daha düşük düzeyde olduğu görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Gevşeme egzersiz öncesi bakım vericilerin Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puanı ortalaması $46,95 \pm 2,19$ iken, egzersiz sonrası ortalamasının $46,97 \pm 1,98$ olduğu saptandı. Gevşeme egzersiz öncesi ve sonrası sürekli kaygı puanındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p > 0,05$).



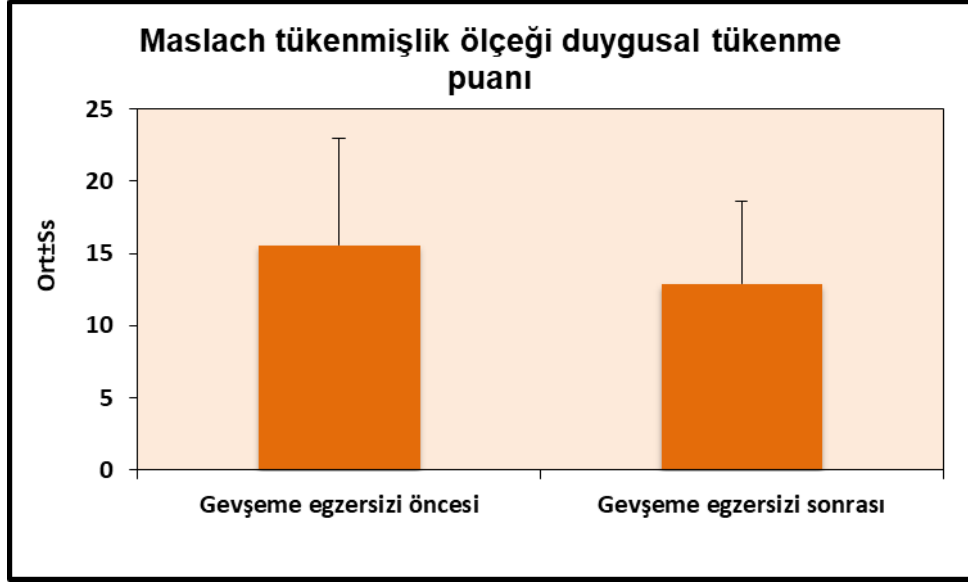
Şekil 8: Bakım vericilerin Durumluk ve Sürekli kaygı ölçeği puanları dağılımı

Gevşeme egzersizleri öncesi bakım vericilerin Görsel Kıyaslama Ölçeğine göre kaygı durumları algıları $6,20 \pm 2,60$ iken, egzersiz sonrası ortalamasının $3,90 \pm 2,03$ olduğu saptandı. Uygulama sonrasındaki Görsel Kıyaslama Ölçeği değerinin, öncesine göre olan puandan daha düşük düzeyde olduğu görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).



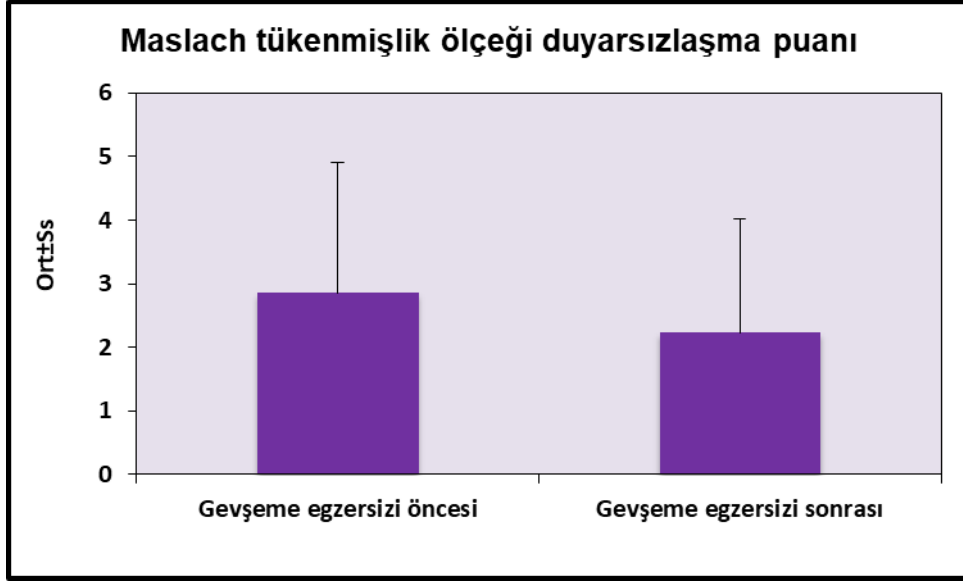
Şekil 9: Bakım vericilerin Görsel kıyaslama ölçeği toplam puanı dağılımı

Gevşeme egzersiz öncesi bakım vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme puanı ortalaması $15,62 \pm 7,30$ iken, egzersiz sonrası ortalamasının $12,92 \pm 5,70$ olduğu saptandı. Uygulama sonrasındaki Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme değerinin, öncesine göre olan puandan daha düşük düzeyde olduğu görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).



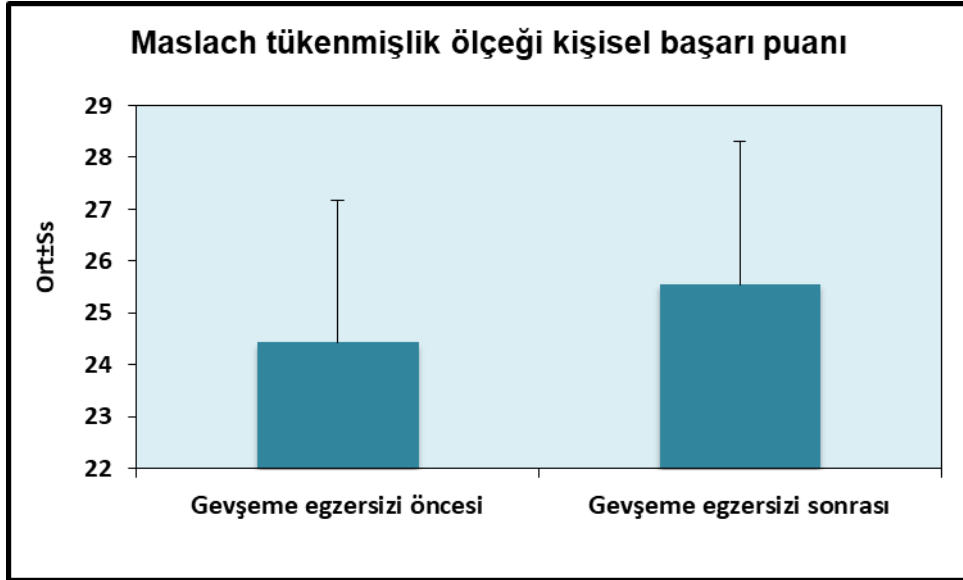
Şekil 10: Bakım vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme puanı dağılımı

Gevşeme egzersiz öncesi bakım vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma puanı ortalaması $2,85 \pm 2,06$ iken, egzersiz sonrası ortalamasının $2,23 \pm 1,78$ puan olduğu saptandı. Uygulama sonrasındaki Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma değerinin, öncesine göre olan puandan daha düşük düzeyde olduğu görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).



Şekil 11: Bakım vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma puanı dağılımı

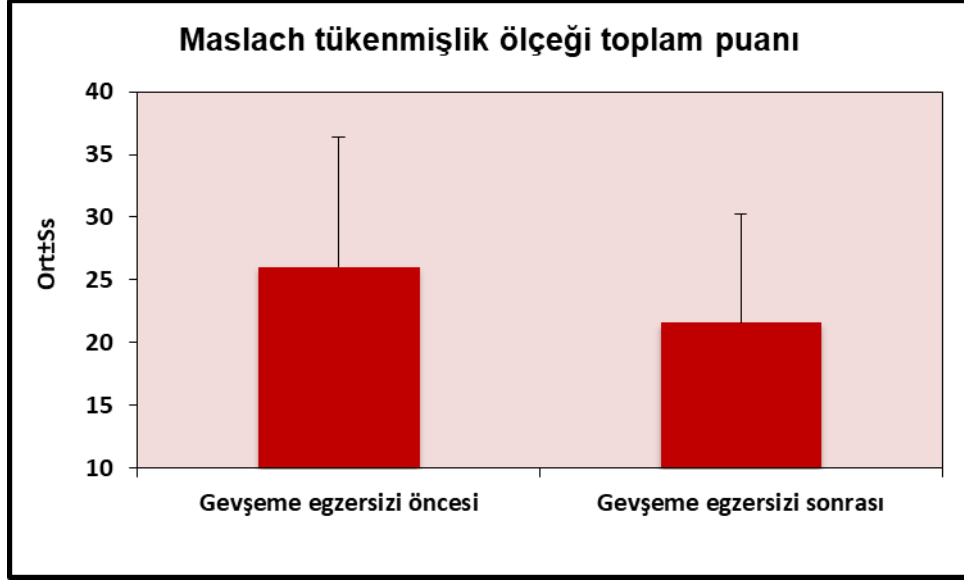
Gevşeme egzersiz öncesi bakım vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı puanı ortalaması $24,42 \pm 2,76$ iken, egzersiz sonrası ortalamasının $25,55 \pm 2,75$ olduğu saptandı. Uygulama sonrasındaki Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı değerinin, öncesine göre olan puandan daha yüksek düzeyde olduğu görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).



Şekil 12: Bakım vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı puanı dağılımı

Gevşeme egzersiz öncesi bakım vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ortalaması $26,05 \pm 10,34$ iken, egzersiz sonrası ortalamasının $21,60 \pm 8,61$ olduğu

saptandı. Uygulama sonrasındaki Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puan değerinin, öncesine göre olan puandan daha düşük düzeyde olduğu görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).



Şekil 13: Bakım vericilerin Maslach tükenmişlik ölçeği toplam puanı dağılımı

5. TARTIŞMA

Bu çalışma palyatif bakım vericilerine uygulanan gevşeme egzersizlerinin bakım verme yükü, tükenmişlik ve kaygı düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla tek gruplu ön test-son test bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

Araştırma; palyatif bakım servisinde SVO – Demans ve Kanser tanısı ile yatmakta olan hastalara en az 1 yıldır bakım vermekte olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 60 bakım verici ile gerçekleştirildi.

Palyatif bakım vericilerine uygulanan gevşeme egzersizlerinin bakım verme yükü, tükenmişlik ve kaygı düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amacı ile yürütülen bu çalışmada elde edilen bulgular ilgili literatür çalışmaları ile karşılaştırılarak tartışıldı. Araştırmanın sonucunda elde edilen bulguların; bakım vericilere uygulanan destek programlarına eklenmesi, planlanması ve uygulanması konusunda hemşirelere destek sağlayacağı düşünülmektedir.

5.1. Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan bakım vericilerin %41,7'sinin 40 yaş ve altı olduğu, %30'unun 40-49 yaş arasında olduğu, %28,3'ünün 50 yaş ve üzeri olduğu, %68,3'ünün kadın olduğu, %31,7'sinin erkek olduğu, %43,3'ünün lise mezunu olduğu, %30'unun üniversite mezunu olduğu, %26,7'sinin ilkokul mezunu olduğu, %76,7'sinin evli olduğu, %15'inin bekar olduğu, %8,3'ünün dul/boşanmış olduğu, %53,3'ünün ailesi ile birlikte yaşadığı, %25'inin eşi ile yaşadığı, %20'sinin yalnız yaşadığı, %1,7'sinin çocukları ile yaşadığı, %55'inin düzenli olarak çalışmakta olduğu, %45'inin çalışmadığı, %66,7'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu, %80'inin ilçede yaşamakta olduğu, %20'sinin ilde yaşamakta olduğu, %93,3'ünün sosyo-ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu ve %6,7'sinin sosyo-ekonomik düzeyinin iyi olduğu görüldü (Tablo 1). Çetin'in 2018 yılında yapmış olduğu "Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşama Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu çalışmasında; bakım vericilerin %37,5'inin 40 yaş ve üstü olduğu, %52,5'inin kadın olduğu, %35'i lise ve %35'i yüksek okul mezunu olduğu, %65'i eşi ile yaşadığı, %52,5'inin çalışmakta olduğu, %60'ının ilde yaşamakta olduğu ve %57,5'inin sosyo-ekonomik

durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (121). Başdinç'in 2019 yılında yapmış olduğu; "Palyatif Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Gereksinimleri" konulu çalışmasında bakım vericilerin %73,5'inin kadın olduğu, %41,5'inin ilkokul mezunu olduğu, %79,5'inin evli olduğu, %61,5'inin ev hanımı olduğu, %82,'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu, %75,5'inin sosyo-ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (122). Kocakafa'nın; "Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi" konulu çalışmasında, bakım vericilerin %45'inin 50 yaş ve üzeri olduğu, %82'sinin kadın olduğu, %64'ünün ilkokul mezunu olduğu, %78'inin evli olduğu, %61'inin düzenli olarak çalışmakta olduğu, %83'ünün sosyal güvencesinin bulunduğu, %42'sinin sosyo-ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (123). Yine Duman'ın 2020 yılında yapmış olduğu "Hasta Yakınlarının Palyatif Bakıma İlişkin Görüşlerinin Bakım Verici Yüküne Etkisi" konulu çalışmasında bakım vericilerin %45,9'unun 46-60 yaş aralığında olduğu, %68,5'inin kadın olduğu, %39,6'sının ilkokul mezunu olduğu, %80,2'sinin evli olduğu, %60'ının ev hanımı olduğu, %78,4'ünün il merkezinde yaşadığı, %64,9'unun sosyo-ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (124). Bu doğrultuda çalışma grubuna alınan palyatif hasta bakım vericilerinin sosyo-demografik özelliklerinin yaş aralığı, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve sosyo-ekonomik durum açısından, bu konuda yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik gösterdiği görüldü. Araştırma grubuna alınan palyatif hasta bakım vericilerinin eğitim düzeyleri kategorisinde diğer çalışmalardan farklılık gösterdiği belirlendi.

5.2. Bakım Vericilerin Hastalarının Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Palyatif bakım ünitesinde araştırmaya katılan bakım vericilerin bakım verdikleri hastasının %58,3'ünün demans tanısı olduğu, %28,3'ünün kanser tanısı olduğu, %11,7'sinin SVO tanısı olduğu, %70'inin tanı süresinin 1-5 yıl arasında olduğu, %30'unun tanı süresinin 5 yıl ve üzeri olduğu, %60'ının kendi anne/babasına bakım verdiği, %20'sinin ücretli bakıcı olduğu, %11,7'sinin hastanın eşi olduğu, %71,7'sinin hastaya 1-5 yıl arasında bakım verdiği, %28,3'ünün hastaya 5 yıldan uzun süredir bakmakta olduğu, %61,7'sinin hastaya günlük 13-24 saat aralığında bakım verdiği, %26,6'sının hastaya günlük 9-12 saat aralığında bakmakta olduğu, %55'inin daha önce başka bir hastaya bakım vermediği, %45'inin daha önce başka bir hastaya bakım verdiği, %75,0'ının verdikleri bakımdan dolayı maddi sıkıntı yaşamadıkları. %25'inin

verdikleri bakımdan dolayı maddi sıkıntı yaşadıkları, %73,3'ünün bakım verirken diğer aile üyelerinden destek aldığı ve %26,7'sinin bakım verirken diğer aile üyelerinden destek almadıkları görüldü (Tablo 2). Başdınç'ın "Palyatif Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Gereksinimleri" konulu çalışmasında, bakım vericilerin bakım verdikleri hastasının %29'unun kanser tanısı olduğu, %48,5'inin hastanın kendi çocuğu olduğu, %40,0'ının hastaya 6-12 ay ve üzeri arasında bakım verdiği, %55,5'inin hastaya 24 saat bakım verdiği, %94' ünün başka bakım hastası olmadığı, %85'inin bakım verirken destek aldığı belirlenmiştir (122). Duman'ın "Hasta Yakınlarının Palyatif Bakıma İlişkin Görüşlerinin Bakım Verici Yüküne Etkisi" konulu çalışmasında, bakım vericilerin bakım verdikleri hastasının %36'sının Serebrovasküler Hastalık (SVH) tanısı olduğu, %36'sının tanı süresinin 32 ay ve üzeri olduğu, %55'inin hastanın kendi çocuğu olduğu, %48,6'sının hastasına 6 aydan az bir süre bakım verdikleri, %71,2'sinin bakım verirken destek aldığı belirlenmiştir (124). Kurtgöz'ün 2019 yılında yapmış olduğu "Palyatif Bakım Hastalarının Yakınlarına Uygulanan Hemşirelik Bakımının Spiritüel İyilik Hali ve Umut Üzerine Etkisi" konulu çalışmasında; bakım vericilerin bakım verdikleri hastasının %51,7'sinin kanser tanısı olduğu, %41,7'sinin tanı alma süresinin 13-25 ay ve üzeri olduğu, %48,3'ünün hastanın kendi çocuğu olduğu, %40,0'ının hastasına 1 yıl ve üzeri olarak bakım verdikleri, %68,3'ünün hastaya günlük 19-24 saat aralığında bakım verdiği, %58,3'ünün daha önce başka bir hastaya bakım vermediği, %41,7'sinin bakım verirken destek aldığı belirlenmiştir (125). Köleoğlu'nun 2018 yılında yapmış olduğu "Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Deneyimlediği Bakım Verme Yükü ve Baş Etme Stratejileri" konulu çalışmasında; bakım vericilerin %52,5'inin hastanın kendi çocuğu olduğu, %45'inin hastasına 1-4 yıl ve üzeri olarak bakım verdikleri, %31,3'ünün hastaya günlük 13 saatin üzerinde bakım verdikleri ve %28,8'inin bakım verirken aile üyelerinden destek aldığı belirlenmiştir (126). Bu doğrultuda araştırmaya katılan bakım vericilerin hastalarının özelliklerine ilişkin bulgular ile diğer çalışmalardaki bakım vericilerin hastalarının özelliklerine ait bulgular benzerlik göstermektedir. Bu sonuçların ülkemizdeki palyatif bakım hastalarının ve bakım vericilerinin özelliklerini de yansıttığı düşünülmektedir.

5.3. Bakım Vericilerin Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Ölçülen Yaşam Bulgularının Tartışılması

Araştırma sonucunda gevşeme egzersizleri uygulanan bakım vericilerden elde edilen bulgular doğrultusunda; bakım vericilerin beden sıcaklığı, nabız, sistolik kan basıncı ve diastolik kan basıncı ölçüm değerlerinde gevşeme egzersizi uygulaması sonrasında azalma olduğu, saturasyon ölçüm değerlerinde ise, artış meydana geldiği saptandı (Tablo 3, Tablo 4, Tablo 5, Tablo 6, Tablo 7). Bu sonuçların, palyatif bakım ünitesinde bakım veren bakım vericilere gevşeme egzersizi uygulamasının yaşam bulguları üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda gereç-yöntem bölümünde belirlenen H1 hipotezi doğrulandı. Kow'un 2018 yılında yapmış olduğu "Müzik Rehberliğinde Derin Solunum Egzersizinin Kan Basıncı Kontrolü Üzerine Etkisi" konulu çalışmasında, derin solunum egzersizinin sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerinde azalmaya neden olduğu belirlenmiş (127). Manandhar 'ın "Yavaş Ritimde Uygulanan Derin Solunum Egzersizinin Kan Basıncı ve Reaksiyon Süresi Üzerindeki Etkisi" konulu çalışmasında, gönüllü bireylere yavaş ritimde uygulanan derin solunum egzersizinin sistolik ve diastolik kan basıncınca azalma sağladığı belirlenmiştir (128). Ergen'in 2010 yılındaki çalışmasında ise; endoskopi sırasında hastalara progresif gevşeme egzersizleri uygulanmış ve bunun sonucunda beden sıcaklığı, nabız ve kan basıncı bulgularında azalma olduğu belirlenmiştir (129). Koç'un 2019 yılında yaptığı araştırmada, ameliyat öncesi hastalara lavanta yağı koklatılmış ve bu uygulamanın hastaların beden sıcaklığı, nabız, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı ve solunum sayısında azalma sağladığı saptanmıştır (130). Ecer'in yapmış olduğu çalışmada, laparoskopik kolesistektomi sonrası hastalara müzik dinletilmiş ve araştırma sonucunda müziğin yaşam bulgularını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (131). Yüce'nin 2019 yılında yapmış olduğu araştırmada ise; kanser hastasına bakım veren bireylere reiki uygulaması yapılmış ve bu uygulama sonucunda nabız hızı, sistolik kan basıncı ve diastolik kan basıncı bulgularında azalma sağladığı belirlenmiştir (132). Yapılan literatür taraması sonucunda; palyatif bakım verenlere doğrudan gevşeme egzersizlerinin yaşam bulgularına etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanamamakla birlikte; gevşeme egzersizlerine benzer rahatlatıcı girişimlerin yetişkin bireyler ve hastalar üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu görülmektedir.

5.4. Gevşeme Egzersizi Öncesi ve Sonrası Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesinin Tartışılması

Araştırma sonucunda palyatif bakım ünitesinde bakım veren bakım vericilerin; bakım yükü algıları, durumluk kaygı düzeyleri, genel olarak algıladıkları kaygı durumları ve tükenmişlik durumlarında (duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam puan) gevşeme egzersizleri ile birlikte azalma olduğu, kişisel başarı puanlarında ise yükselme olduğu görüldü (Tablo 8). Bu sonuçların, palyatif bakım ünitesinde bakım veren bakım vericilere gevşeme egzersizi uygulamasının bakım yükü algıları, durumluk kaygı düzeyleri, genel olarak algıladıkları kaygı durumları ve tükenmişlik durumlarında üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda gereç-yöntem bölümünde belirlenen H2, H3 ve H4 hipotezleri doğrulandı. Jerath'ın 2015 yılında yaptığı "Solunum Tekniklerinin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi" konulu çalışmasında sonucunda solunum egzersizlerinin stres, kaygı, depresyon ve bazı duygusal bozukluklar için birinci basamak ve tamamlayıcı tedavilerinde güvenle kullanılabileceği önerilmektedir (133). Perciavalle'nin "Derin Nefes Egzersizinin Stres Üzerindeki Rolü" konulu çalışmasında, yetişkin sağlıklı bireylere uygulanan düzenli derin nefes egzersizlerinin ruh hali ve stres üzerinde etkili bir iyileşme sağladığı görülmüştür (134). Pedersen, 2018 yılında dokunsal masajın palyatif bakım hastalarının ağrı ve anksiyete seviyelerini azalttığını ve hastaları refaha ulaştırdığını gözlemlemiştir (135). Yine Zwan'ın 2015'teki çalışmasında; gönüllü katılımcılara farkındalık meditasyonu, fiziksel aktivite ve nefes egzersizleri uygulanmıştır. Araştırma sonucunda anksiyete, stres ve depresif belirtilerde azalma, uyku kalitesi ve psikolojik iyilik halinde artış olduğu saptanmıştır (136). Yüce'nin yaptığı çalışmada ise, kanser hastalarına bakım verenlerde rahatlama tekniği olarak reiki uygulamış ve çalışma sonucunda reikin bakım vericilerin stresini azalttığını belirlenmiştir (132). Düzgün'ün 2020'de yapmış olduğu çalışmada ise, palyatif bakım hastalarına dinletilen Türk Musikisi'nin ağrı, kaygı, konfor ve fonksiyonel kapasite üzerinde ve yaşam bulguları kontrolünde etkin olduğu belirlenmiştir (137). Yapılan literatür taraması sonucunda palyatif bakım verenlere gevşeme egzersizi uygulanan ve bakım yükü, kaygı düzeyleri ve tükenmişlik ölçeklerinin kullanıldığı benzer bir çalışma olmadığı; yapılan çalışmaların daha çok hastalar üzerinde olduğu görülmüştür. Ancak sağlıklı bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda dinlendirici etkinliklerin stres, kaygı vb. duygusal sorunları hafifletmede/azaltmada etkili girişimler olduğu vurgulanmaktadır.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Palyatif bakım vericilerine uygulanan gevşeme egzersizlerinin bakım yükü, tükenmişlik ve kaygı düzeyleri üzerine olan etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen veriler sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

- Araştırmaya katılan bakım vericilerin %41,7'sinin 40 yaş ve altı olduğu, %68,3'ünün kadın olduğu, %43,3'ünün lise mezunu olduğu, %76,7'sinin evli olduğu, %53,3'ünün ailesi ile birlikte yaşadığı, %55'inin düzenli olarak çalışmakta olduğu, %66,7'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu, %80'inin ilçede yaşamakta olduğu ve %93,3'ünün sosyo-ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirlendi.
- Palyatif bakım ünitesinde araştırmaya katılan bakım vericilerin bakım verdikleri hastasının %58,3'ünün demans tanısı olduğu, %70,0'mının tanı süresinin 1-5 yıl arasında olduğu, %60'ının kendi anne/babasına bakım verdiği, %71,7'sinin hastaya 1-5 yıl arasında bakım verdiği, %61,7'sinin hastaya günlük 13-24 saat aralığında bakım verdiği, %55'inin daha önce başka bir hastaya bakım vermediği, %75'inin verdikleri bakımdan ötürü maddi sıkıntı yaşamadıkları ve %73,3'ünün bakım verirken diğer aile üyelerinden destek aldığı belirlendi.
- Bakım vericilerin beden sıcaklığı, nabız, sistolik kan basıncı ve diastolik kan basıncı ölçüm değerlerinde gevşeme egzersizi uygulaması sonrasında olumlu anlamda azalma olduğu, saturasyon ölçüm değerlerinde ise, yükselme saptandı ($p<0,05$).
- Bakım vericilerin; bakım yükü algıları, durumluk kaygı düzeyleri, genel olarak algıladıkları kaygı durumları ve tükenmişlik durumlarında (duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam puan) gevşeme egzersizleri ile birlikte azalma olduğu, kişisel başarı puanlarında ise yükselme saptandı ($p<0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Palyatif bakım vericilerinin bakım yükü, tükenmişlik ve kaygı durumlarını azaltacak girişimlerin planlanması ve uygulanması,

- Palyatif bakım vericilerin yaşam bulgularını düzenlemelerine yardımcı olacak girişimlerin planlanması ve uygulanması,
- Hemşirelik bakım planlarında hastalara yer verildiği kadar bakım vericilere de yer verilmesi,
- Araştırmanın farklı örneklem gruplarında ve farklı girişimler uygulanarak, tam deneysel tasarım ile yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <http://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif> Erişim: 26.05.2016
2. T.C. Sağlık Bakanlığı, İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Palyatif Bakım Çalışma Raporu, (Akçiçek F, Akbulut G, Fadiloğlu Ç.), Ege Geriatri Derneği Yayınları:1, İzmir, 2013 - 14.
3. WHO. “Palliative Care”, 2007. http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative_Care_Module.pdf Erişim: 10 Ekim 2016
4. http://www.tard.org.tr/tark2015/videos/N_INAN.pdf Erişim;01.08.2016
5. Smith RA, Brooks D, Cokkinides V, Salsow D, Brawley OW. “Cancer screening in the United States, 2013: A review of current American Cancer Society guidelines, current issues in cancer screening, and new guidance on cervical cancer screening and lung cancer screening”, *CA Cancer J Clin*, 2013, 63: 87 - 105.
6. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM. “American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care.” *J Clin Oncol*, 2012, 30(8): 880-887.
7. <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet> Erişim: 25 Ocak 2019
8. Aydoğan F, Uygun K. “Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler”, *Klinik Gelişim*, 2011, 24(3): 4-9.
9. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. “Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım”, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2013, 11(2): 56-70.
10. Winkelman WD, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Peteet JR, Block SD, Kachnic LA, VanderWeele TJ, Balboni TA. “The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: preliminary findings”, *J Palliat Med*, 2011, 14: 1022–1028.

11. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ. “Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death”, *J ClinOncol*, 2010, 28: 445–452
12. Elçigil A. “Palyatif Bakım Hemşireliği”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2012, 54: 329-334.
13. Kahveci K, Gökçınar D. *Palyatif Bakım*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2014: 1-7.
14. WHO. “Definition of Palliative Care”, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim: 30 Ocak 2019
15. Madenoğlu Kıvanç M. “Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri”, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi (Journal of Health Science and Profession-HSP)*, 2017, 4(2): 132-135.
16. Atagün Mİ, Balaban OD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. “Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3(3): 513-552.
17. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. “Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia”, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005, 40: 899-904.
18. Terakye G. “Kanserli Hasta Yakınları ile Etkileşim” *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2011, 4(2): 718–82.
19. Weissman DE, Meier DE. “Identifying Patients in Need Of A Palliative Care Assessment in The Hospital Setting: A Consensus Report From The Center To Advance Palliative Care”, *J Palliat Med*, 2011, 14: 17-23.
20. Sherwood P, Given BA, Given CW, Champion VL, Doorenbos AZ, Azzouz F. “A Cognitive Behavioral Intervention For Symptom Management in Patients With Advanced Cancer”, *Oncol Nurs Forum*, 2005, 32(6): 1190 – 8.
21. Hacıalioglu N, Özer N, Yılmaz Karabulutlu E, Erdem N, Erci B. “The Quality Of Life Of Family Caregivers Of Cancer Patients in The East Of Turkey”, *Eur J Oncol Nurs*, 2010, 14(3):211-7.

22. Lagman R, Walsh D. “Integration Of Palliative Medicine Into Comprehensive Cancer Care”, *Semin Oncol*, 2005, 32: 13-48
23. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, “Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 21: 203-212.
24. Rivera HR. “Depression Symptoms in Cancer Caregivers”, *Clin J Oncol Nurs*, 2009, 13(2): 195-202.
25. Babaoğlu E, Öz F. “Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki”, *Hemarge Dergisi*, 2013, 2: 24-33.
26. Taşdelen P, Ateş M. “Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012, 9 (3): 22-29.
27. Kim Y, Given BA. “Quality Of Life Of Family Caregivers Of Cancer Survivors: Across The Trajectory Of The Illness”, *Cancer*, 2008, 112(11): 2556-6.
28. Koca E, Taşkapılıoğlu Ö, Bakar M. “Alzheimer Hastalığı'nda Evrelere Göre Hastaya Bakım Veren Kişilerin Yükü”, *Nöropsikiyatri Arşivi (Arch Neuropsychiatry)*, 2017, 54: 82-6.
29. Taşdelen P, Ateş M. “Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012, 9 (3): 22-29.
30. Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. “İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011, 4 (3): 125-130.
31. Orak OS, Sezgin S. “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 2015, 6(1): 33-39.
32. Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. “Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk - sürekli kaygıyı yordama düzeyi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2014, 15: 39-44.

33. Kalinkara V, Kalaycı I. “Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yüğü ve Tükenmişlik”, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD)*, 2017, 10(2): 19-39.
34. Yılmaz A, Turan E. “Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Baş etme Yolları”, *Türkiye Klinikleri J MedSci*, 2007, 27: 445-454.
35. Sürmeli DM, Akçiçek F. “Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi”, *Türkiye Klinikleri General Surgery-Special Topics*, 2016, 9(1): 8-11.
36. Akciğer Kanserinde Palyatif Bakım Çalıştay Raporu, Türk Akciğer Kanseri Derneği, İzmir, 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2013.
37. Graham F, Clark D. “The changing model of palliative care”, *Medicine*, 2008, 36(2): 64-6.
38. Kıvanç MM. “Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri”, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2017, 4(2): 132-5.
39. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. “Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım”, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2013, 11(2): 56-70.
40. Alliance WPC, Organization WH. “Global atlas of palliative care at the end of life”, *London: Worldwide Palliative Care Alliance*, 2014.
41. Care INACOP, O'Brien T. Report of the National Advisory Committee on Palliative Care: Department of Health and Children; 2001.
42. Connolly M, Beattie J, Walker D, Dancy M. “End of life care in heart failure: a framework for implementation”, *London: National End of Life Care Programme/NHS Improvement*, 2010.
43. Kabalak AA. “Türkiye’de Palyatif Bakım; Güncel Gelişmeler ve Gereksinimler”, 2014.
44. ÖNGEL K. “Palyatif Bakım Tarihçesi ve Gelişimi”, *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 2017, 8(4): 236-40.

45. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. “Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu”, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2010, 13(1): 1-6.
46. Erbaycu AE, “Seren S. Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi”, 2017.
47. Bağ B. “Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma”. *Akademik Geriatri Dergisi*, 2012, 4(3): 120-5.
48. Utku EŞ, Hacıkamiloğlu E, Boztaş G, Keklik K, Gültekin M. “Türkiye’de Palyatif Tedavi ve Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları”, *Türkiye Klinikleri Medical Oncology-Special Topics*, 2017, 10(3): 240-4.
49. Benli AR, Erbesler ZA. “Türkiye’de Palyatif Bakımda Uygulama ve Anlayış Farklılıkları”, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2016, 20(1): 5-6.
50. Demir M. “Palyatif Bakım Etiği (Palliative Care Ethics)”, *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yorum Bakım Dergisi*, 2016, 7(2): 62.
51. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html> Erişim: 16 Temmuz 2018.
52. <http://www.palyatifbakim.org.tr/> Erişim: 30 Temmuz 2019.
53. Hacıkamiloğlu E, Utku ES, Çukurova Z, Keskiniliç B, Topçu I, Gültekin M. “Community palliative care in Turkey: A collaborative promoter to a new concept in the Middle East”, *Journal of Public Health Management and Practice*, 2016, 22(1): 81-8.
54. Mevcut PBHY, Planlama Dv. [Available from: <http://www.tkhk.gov.tr/DB/9/3302>. Erişim: 30 Temmuz 2019
55. T.C Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Palyatif Bakım Hizmetleri, 2019, <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php> Erişim: 30 Temmuz 2019.
56. Mert H, Barutcu CD. “Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2012, 11(2).

57. WHO LTCLiFDCAR. 2000 [Available from: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_laws_5developed_countries.pdf?ua=1]. Erişim: Eylül 2000.
58. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM. “American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care”, *Journal of clinical oncology*, 2012, 30(8): 880-7.
59. Pastrana T, Jünger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. “A matter of definition—key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care”. *Palliative medicine*, 2008, 22(3): 222-32.
60. World Health Organization (WHO). Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee(WHO Technical Reports Series NGWHO. 1990 [Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>]. Erişim Tarihi: 2 Ağustos 2019.
61. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. “Palliative care: the World Health Organization's global perspective”, *Journal of pain and symptom management*, 2002, 24(2): 91-6.
62. Care WDoP. 2002 [Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim Tarihi: 2 Ağustos 2019.
63. Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. “Kanser hastaları ve aileleri için palyatif bakım”, İzmir Ege Üniversitesi, 2010.
64. Aydoğan F, Uygun K. “Kanser hastalarında palyatif tedaviler”, *Klinik Gelişim Dergisi*, 2011, 24(3): 4-9.
65. Borasio GD. “Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice”, *Palliative & supportive care*, 2011, 9(1): 1-2.
66. Strand JJ, Kamdar MM, Carey EC. “Top 10 things palliative care clinicians wished everyone knew about palliative care”, *Mayo Clinic Proceedings*, 2013, Elsevier.
67. Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Karabulut B, Uyar M, Elbi H, Eyigör S. “Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü”, *Ağrı Dergisi*, 2014, 26(2): 47-56.

68. Kuşcu K. “Sağlık Süreçleri ve Bakım Vericilik Deneyimi: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Perspektifinde Bir Değerlendirme”, *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2006, 2(47): 108-12.
69. Karahan A, Güven S. “Yaşlılıkta evde bakım”, *Geriatric-Turkish Journal of Geriatrics*, 2002, 5(4): 155-9.
70. Sayfası TTDKW. [Available from: <http://tdk.org.tr/tdksozluk/sozbul>. Erişim: 2 Ağustos 2019.
71. Kasuya RT, Polgar-Bailey MP, Takeuchi M. “Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians”, *Postgraduate medicine*, 2000, 108(7): 119.
72. İnci F, Erdem M. “Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2006, 11(4): 85-95.
73. Chapman DG, Toseland RW. “Effectiveness of advanced illness care teams for nursing home residents with dementia”, *Social Work*, 2007, 52(4): 321-9.
74. Kuşcu M. “Rehabilitasyon süreci ve bakım vericilik: Zedeleyen mi yoksa iyileyen mi”, *3P Dergi*, 2000, 8: 30-4.
75. Akın A, Demirel S. “Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri”, *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 25(4): 73-82.
76. Stone R, Cafferata GL, Sangl J. “Caregivers of the frail elderly: A national profile”, *The Gerontologist*, 1987, 27(5): 616-26.
77. Shanks-McElroy HA, Strobino J. “Male caregivers of spouses with Alzheimer's disease: Risk factors and health status”, *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 2001, 16(3): 167-75.
78. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Alpert H, Baldwin D, Emanuel LL. “Assistance from family members, friends, paid care givers, and volunteers in the care of terminally ill patients”, *New England Journal of Medicine*, 1999, 341(13): 956-63.
79. Erdem M. “Yaşlıya Bakım Verme”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005, 8(3): 101-6.

- 80.** Uğur Ö. *Onkoloji Hastalarına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi* (TEZ). EÜ Sağlık Bilimler Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi; 2006.
- 81.** Brewer L. “Gender socialization and the cultural construction of elder caregivers”, *Journal of Aging Studies*, 2001, 15(3): 217-35.
- 82.** Kim Y, Duberstein PR, Sörensen S, Larson MR. “Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: effects of personality, social support, and caregiving burden”, *Psychosomatics*, 2005, 46(2): 123-30.
- 83.** Pitceathly C, Maguire P. “The psychological impact of cancer on patients’ partners and other key relatives: a review”, *European Journal of cancer*, 2003, 39(11): 1517-24.
- 84.** Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given BA. “Depression and physical health among family caregivers of geriatric patients with cancer—a longitudinal view”, *Medical Science Monitor*, 2004, 10(8): 447-56.
- 85.** Brenn BR, Brislin RP, Rose JB. “Epidural analgesia in children with cerebral palsy”, *Canadian journal of anaesthesia*, 1998, 45(12): 1156.
- 86.** Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. “Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi”, *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2014, 15(1).
- 87.** Toseland R, Smith G, McCallion P. “Handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations”, *Family caregivers of the frail elderly*, Columbia University Press, US. 2001.
- 88.** Silver HJ, Wellman NS. “Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies”, *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102(6): 831-6.
- 89.** Larsen LS. “Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives”, *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 1998, 36(8): 26-32.
- 90.** Stommel M, Collins CE, Given BA. “The costs of family contributions to the care of persons with dementia”, *The Gerontologist*, 1994, 34(2): 199-205.

91. Schulz R, Beach SR. "Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study", *Jama*, 1999, 282(23): 2215-9.
92. MacNeil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, DeCoster J, Williamson GM. "Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: The central role of caregiver anger", *The Gerontologist*, 2009, 50(1): 76-86.
93. Ardiç K, Polatçı S. "Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ Örneği)", *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2008, 10(2): 69-96.
94. Tümkaya S. "Akademik tükenmişlik ölçeğinin geliştirilmesi", *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2000, 19(19).
95. Çam O. *Tükenmişlik envanterinin geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması*, 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı, Ankara, Psikologlar Derneği Yayınları, 1992.
96. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Flichtentrei D, Prats M, Braga F, Font-Mayolas S. "The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries", *Burnout research*, 2014, 1(2): 82-9.
97. Türkmen C. *Örgütlerde riskli meslek gruplarında çalışan personelin tükenmişlik düzeylerinin mesleki doyumlarına etkisi (Tez)*. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
98. ELBİ H. "Palyatif Bakımda Tükenmişlik Sendromu", *Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics*, 2017, 10(1): 94-8.
99. Şahin NH. *Bir Kilometre Taşı: Menopoz*. 1. Baskı. İstanbul, Çevik Matbaacılık, 1998, 11-30, 78-80.
100. Türk Psikologları Derneği Yayınları, *Gevşeme Egzersizleri CD'si*. Ankara.
101. Demiralp M, Oflaz F. "Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8: 132-9.

- 102.** Frias CM, Vega NF, Malacara JM. “Relationship of sleep alterations with perimenopausal and postmenopausal symptoms”, *Menopause* 2014, 21(9): 101722.
- 103.** Cuadros JL, Fernández-Alonsob AM, Cuadros-Celorrío AM, Fernández-Luzón N, Guadix-Peinado MJ, Cid-Martín N, Chedrauí P, Pérez-Lópezd FR. “Perceived stress, insomnia and related factors in women around the menopause”, *Maturitas* 2012,72: 367– 72.
- 104.** Guy’s and St Thomas. “Jacobson’s progressive relaxation technique”, NHS Foundation Trust, 2013.
- 105.** Mongan MF. “Introduction to Hypnosis for Birthing”, *America, Hypnobirthing Institute*, 2013, 59-60.
- 106.** Çetinkaya F. *Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Total Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Uyku Kalitesine Etkisi (Tez)*. Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2013.
- 107.** Yung P, Fung MY, Chan TMF, Lau BWK. “Relaxation training methods for nurse managers in hong kong: a controlled study”, *Int J Ment Health Nurs* 2004, 13: 255–61
- 108.** National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services. *Relaxation Techniques for Health: An Introduction*, 2013.
- 109.** <http://www.helpguide.org/articles/stress/relaxation-techniques-for-stressrelief.htm#>
Erişim: 10 Nisan 2015.
- 110.** Zarit SH, Zarit JM. “The Memory and Behavior Problems Checklist and The Burden Interview”, Pennsylvania State University Gerontology Center Press, 1990.
- 111.** Özlü A, Yıldız M, Aker T. “Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması”, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2009, 46: 38-42.
- 112.** Zarit SH, Zarit JM. “The Memory and Behavior Problems Checklist and The Burden Interview”, Pennsylvania State University Gerontology Center Press, 1990.

113. Öner N, Le Compte A. *Süreksiz Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, Boğaziçi Üniversitesi Yayinevi, İstanbul, 1998.
114. Aslan F. “Ağrı Değerlendirme Yöntemleri”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6(1).
115. Maslach C, Goldberg J. “Prevention of Burnout: New Perspectives”, *Applied & Preventive Psychology*, 1998, 7: 63 – 74.
116. Maslach C, Schaufeli W.B, Leiter M.P. “Job Burnout”, *Annual Review Psychology*, 2001, 52: 397 - 422.
117. Maslach C, Jackson SE. “The Measurement of Experienced Burnout”, *Journal of Organizatio*, 2001.
118. Glasberg AL, Eriksson S, Norberg A. “Burnout and ‘Stress of Conscience’ among Healthcare Personnel”, *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 57: 392-403.
119. Maslach C, Jackson SE. “Maslach Burnout Inventory Manual”, *Consulting Psychologists Press*, 1986.
120. Egici M, Can M, Toprak D, Öztürk G, Esen E, Özen B, Sürekçi N. “Palyatif Bakım Merkezlerinde Tedavi Gören Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükleri ve Tükenmişlik Durumları”, *Jaren Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 2019, 5(2): 123-131.
121. Çetin Ö. *Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi* (Tez). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2018.
122. Başdinç. ŞE. *Palyatif Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Gereksinimleri* (Tez). İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2019.
123. Kocakafa EG. *Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi* (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2019.

- 124.** Duman Ö. *Hasta Yakınlarının Palyatif Bakıma İlişkin Görüşlerinin Bakım Verici Yüküne Etkisi* (Tez). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2020.
- 125.** Kurtgöz A. *Palyatif Bakım Hastalarının Yakınlarına Uygulanan Hemşirelik Bakımının Spiritüel İyilik Hali ve Umut Üzerine Etkisi* (Tez). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2019.
- 126.** Köleoğlu Ş. *Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Bakım Servisinde Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Deneyimlediği Bakım Verme Yükü ve Baş Etme Stratejileri* (Tez). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2018.
- 127.** Kow FP, Adlina B, Sivasangari S, Punithavathi N, Ng KK, Ang AH, Ong LM. “The Impact of Music Guided Deep Breathing Exercise on Blood Pressure Control - A Participant Blinded Randomised Controlled Study”, *Med J Malaysia*, 2018, 73(4): 233-238.
- 128.** Manandhar SA, Pramanik T. “Immediate Effect of Slow Deep Breathing Exercise on Blood Pressure and Reaction Time”, *Mymensingh Med J*, 2019, 28(4): 925-929.
- 129.** Ergen H. *Endoskopi Uygulanan Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin İşlemin ve Ağrının Algılanması ile Yaşam Bulgularına Etkisinin İncelenmesi* (Tez). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
- 130.** Koç E. *Lavanta Yağının Kronik Otitis Media Hastalarının Ameliyat Öncesi Yaşam Bulguları ve Kaygı Düzeyine Etkisi* (Tez). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2019.
- 131.** Ecer DH. *Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Ayılma Ünitesinde Müziğin Hastaların Yaşam Bulguları Üzerine Etkisi* (Tez). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2018.
- 132.** Yüce ÖU. *Kanser Hastalarına Bakım Verenlere Uygulanan Reikin Stres Düzeyine Etkisi* (Tez). Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2019.

- 133.** Jerath R, Crawford WM, Barnes AV, Harden K. “Self-regulation of Breathing as a Primary Treatment for Anxiety”, *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 2015, 40(2): 107-15.
- 134.** Perciavalle V, Blandini M, Fecarotta P, Buscemi A, Corrado DD, Bertolo L, Fichera F, Coco M. “The Role of Deep Breathing on Stress”, *Neurol Sci*, 2017, 38(3): 451-458.
- 135.** Pedersen K, Björkhem-Bergman L. “Tactile Massage Reduces Rescue Doses for Pain and Anxiety: An Observational Study”, *BMJ Support Palliat Care*, 2018, 8(1): 30-33.
- 136.** Zwan EJ, Vente W, Huizink CA, Bögels MS, Bruin IE. “Physical Activity, Mindfulness Meditation, or Heart Rate Variability Biofeedback for Stress Reduction: A Randomized Controlled Trial”, *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 2015, 40(4): 257-68.
- 137.** Düzgün G. *Palyatif Bakım Servisinde Yatan Hastalara Dinletilen Müziğin Ağrı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi; Randomize Kontrollü Bir Çalışma (Tez)*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2020.

EKLER

EK-1: Bakım Verici Bilgi Formu

Cinsiyetiniz	1-Kadın 2-Erkek
Yaşınız	
Medeni Durum	1-Evli 2-Dul/Boşanmış 3-Bekar
Kiminle Yaşıyorsunuz?	1-Yalnız 2-Eşle 3-Aile 4-Çocuk
Meslek	1-Çalışıyor 2-Çalışmıyor
Sosyal Güvenceniz Nedir?	1-Emekli Sandığı 2-SSK 3-Yeşil Kart 4-Ücretli
Yaşadığınız Yer	1-İl 2-İlçe 3-Köy
Sosyo-Ekonomik Durum	1-İyi 2-Orta 3-Kötü
Eğitim Seviyeniz	1-İlkokul 2-Lise 3-Üniversite
Palyatif Serviste Yatan Hasta Yakınınızın Tıbbi Tanısı Nedir?	1-SVO 2-Demans 3-Kanser 4-Diğer
Tanı Alma Süresi Nedir?	1-1yıldan az 2-1-5 3-5 yıldan çok
Hastaya Yakınlık Dereceniz Nedir?	1-Anne-Baba-Kardeş 2-Çocuk 3-Eş 4-Diğer Akraba 5-Ücretli Bakıcı
Hastaya Bakım Verme Süreniz Nedir?	1-1 yıldan az 2-1-5 3-5 yıldan fazla
Hastaya Günlük Ort. Bakım Verme Süreniz Nedir?	1-1-8 saat 2-9-12 saat 3-13-24 saat
Daha Önce Başka Bir Hastaya Baktınız mı?	1-Evet 2-Hayır
Bakım Sebebiyle Maddi Durumunuzda Sıkıntı Yaşıyor musunuz?	1-Evet 2-Hayır
Aile Üyelerinde Destek Alıyor musunuz?	1-Evet 2-Hayır

EK-2: Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

Hastalığı olan yakınınızın bakımıyla ilgilenmenin sizi ne kadar etkilediğini ya da sizin üzerinizde ne kadar yük oluşturduğunu anlamak için aşağıdaki sorulara kendi düşünce ve hislerinize en uygun olan yanıtı veriniz. şiddet derecesi 1-5 arasında değişmektedir.

1-Hiç - Yakınımın hastalığı beni hiç etkilemedi, hiç sıkıntı ve yük hissetmedim.

2-Biraz - Yakınımın hastalığı beni hafif derecede etkiledi, biraz sıkıntı ve yük hissettim.

3-Orta derece - Yakınımın hastalığı beni orta derecede etkiledi, orta derecede sıkıntı ve yük hissettim

4-Çok - Yakınımın hastalığı beni oldukça fazla derecede etkiledi, epeyce sıkıntı ve yük hissettim

5-Aşırı derece - Yakınımın hastalığı beni aşırı derecede etkiledi, aşırı derecede sıkıntı ve yük hissettim.

Ad-soyadı:

Tarih:

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

1. Yakınınızın ihtiyacı olandan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık sık 5. Neredeyse her zaman

2. Yakınınızla geçirdiğiniz zaman nedeniyle kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını hisseder misiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık sık 5. Neredeyse her zaman

3. Yakınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık sık 5. Neredeyse her zaman

4. Yakınınızın davranışlarından utanır mısınız?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

5. Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık sık 5. Neredeyse her zaman

6. Yakınınızın şu anda ailenizin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini hissediyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

7. Yakınınızın geleceğiyle ilgili korkuyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

9. Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

10. Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

11. Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

12. Yakınına bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

13. Yakınınız yüzünden arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

14. Yakınınızın, sanki sırtınızı dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

15. Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

16. Yakınına artık daha fazla bakamayacağınızı hissediyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

17. Yakınınızın hastalığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissediyor musunuz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

18. Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

19. Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsız hisseder misiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

21. Yakınınızın bakımıyla ilgili daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

22. Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımıyla ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?

1. Asla 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık Sık 5. Neredeyse her zaman

EK-3: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

YÖNERGE Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına "X" işareti koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Hastamdan soğuduğumu hissediyorum.					
2. Gün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. Hastamın neler hissettiğini hemen anlarım.					
5. Hastama sanki insan değilmiş gibi davrandığımı hissediyorum.					
6. Bütün gün hastamla uğraşmak benim için çok yıpratıcı.					
7. Hastamın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Hastamın bakımına yönelik olarak yaptığım işlerden tükendiğimi hissediyorum.					
9. Yaptığım şeylerle hastamın yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Hastama bakmaya başladığımdan beri insanlara karşı daha sert davranıyorum.					
11. Hastamın bakımının beni giderek katılaştırmısından korkuyorum					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. Hastamın beni kısıtladığını hissediyorum.					
14. Hastamın bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. Hastama ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudan doğruya hastamla uğraşmak beni çok yıpratıyor.					
17. Hastamla aramda rahat bir ortam yaratırım.					
18. Hastamla birlikte olduktan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19. Hastamın bakımına yönelik kayda değer birçok başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. Hastamla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22. Hastamın bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandığımı hissediyorum.					

EK-4: Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri**STAI FORM TX - 1 (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)****İsim:****Cinsiyet:****Yaş:****Meslek:****Tarih:**/...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1	Şu anda sakinim	1	2	3	4
2	Kendimi emniyette hissediyorum	1	2	3	4
3	Şu anda sinirlerim gergin	1	2	3	4
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5	Şu anda huzur içindeyim	1	2	3	4
6	Şu anda hiç keyfim yok	1	2	3	4
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	1	2	3	4
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9	Şu anda kaygılıyım	1	2	3	4
10	Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
11	Kendime güvenim var	1	2	3	4
12	Şu anda asabım bozuk	1	2	3	4
13	Çok sinirliyim	1	2	3	4
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	1	2	3	4
16	Şu anda halimden memnunum	1	2	3	4
17	Şu anda endişeliyim	1	2	3	4
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	1	2	3	4
19	Şu anda sevinçliyim	1	2	3	4
20	Şu anda keyfim yerinde	1	2	3	4

STAI FORM TX – 2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Meslek:.....

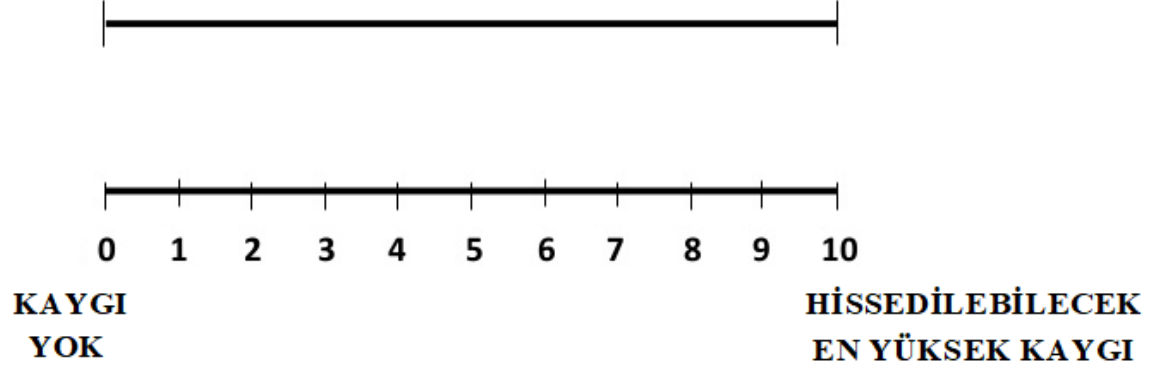
Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1	Şu anda sakinim	1	2	3	4
2	Kendimi emniyette hissediyorum	1	2	3	4
3	Şu anda sinirlerim gergin	1	2	3	4
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5	Şu anda huzur içindeyim	1	2	3	4
6	Şu anda hiç keyfim yok	1	2	3	4
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	1	2	3	4
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9	Şu anda kaygılıyım	1	2	3	4
10	Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
11	Kendime güvenim var	1	2	3	4
12	Şu anda asabım bozuk	1	2	3	4
13	Çok sinirliyim	1	2	3	4
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	1	2	3	4
16	Şu anda halimden memnunum	1	2	3	4
17	Şu anda endişeliyim	1	2	3	4
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	1	2	3	4
19	Şu anda sevinçliyim	1	2	3	4
20	Şu anda keyfim yerinde	1	2	3	4

EK-5: Görsel Kıyaslama Ölçeği

GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ



EK-6: Etik Kurul İzin Formu

OKAN ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Kararı


Toplantı Tarihi: 12.06.2019
Toplantı Sayısı: 110
Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Erdiñ Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 12.06.2019 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 9. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Ayşegül GÖKER'in** "Palyatif Bakım Vericilerine Uygulanan Gevşeme Egzersizlerinin Bakım Verme Yükü, Tükenmişlik ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi" başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.


Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)

Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye)

Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye) (Katılmadı)

Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)

Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Erdiñ Ünal
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye) (Katılmadı)

Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın
(Üye)

EK-7: Zarit Bakım Yüğü Ölçeği'nin Çalışmada Kullanılabilmesi İçin Alınan İzin Belgesi

Sayın Göker,

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız ‘‘Bakım Verme Yüğü Ölçeği’ni’’ kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz. kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H. , & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli/TÜRKİYE

Asst. Prof. Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale University,
Faculty of Health Sciences,
Department of Public Health Nursing,
Denizli, Turkey

EK-8: Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Çalışmada Kullanılabilmesi İçin Alınan İzin Belgesi

Sayın Ayşegül Göker,
Maslach Tükenmişlik Ölçeğini araştırmanızda kullanabilirsiniz.
Kolaylıklar dilerim.



EGE Üniversitesi

www.ege.edu.tr

Prof. Dr. MAHİRE OLCAY ÇAM

Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Bölümü / Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel:

02323115509

Kimden: "Ayşegül Göker" <aysegul__6_@hotmail.com>

Kime: "mahire olcay cam" <mahire.olcay.cam@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 8 Nisan Pazartesi 2019 16:54:22

Konu: Ölçek İzni

Sayın Hocam,


İstanbul Beylikdüzü Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde Hemşire olarak görev yapmaktayım. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ danışmanlığında yüksek lisans eğitimime devam etmekteyim. Palyatif Bakım Vericilerine Uygulanan Gevşeme Egzersizlerinin Bakım Verme Yükü, Tükenmişlik ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi konulu tezimde sizin Türkçe uyarlamasını gerçekleştirdiğiniz Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ni kullanmak istiyoruz. Bu konuda gerekli izin ve müsaadelerinizi saygılarımızla arz ederiz.

Ayşegül GÖKER


EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamamanız, kopyalamamanız, yönlendirmeniz ve kullanmanız kesinlikle yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

EK-9: İstanbul Beylikdüzü Devlet Hastanesi'nden Çalışmanın Yapılabilmesi İçin Alınan Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Beylikdüzü Devlet Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BEYLİKDÜZÜ DEVLET
HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BEYLİKDÜZÜ
DEVLET HASTANESİ
02/10/2019 16:25 - 21277189 - 604.01.01 - E.11782

00102635441

Sayı : 21277189-604.01.01
Konu : Ayşegül GÖKER'in
Araştırma İzni Hk.

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ EĞİTİM BİRİMİ

İlgi : 20/09/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-2964 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazı ile Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans programı öğrencisi Ayşegül GÖKER, Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ'ın danışmanlığında yürütülen "Palyatif Bakım Vericilerine Uygulanan Gevşeme Egzersizlerinin Bakım Verme Yükü, Tükenmişlik ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasını, hastanenizde yapma talebi uygun görülmüş olup, çalışma sonuçlandırıldığında kurumumuzla paylaşılması istenmektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr. Ali KALYONCU
Başhekim

EK-10: Araştırmaya Katılmayı Kabul Eden Bakım Vericilere İmzalatılan Aydınlatılmış Onam Formu



İSTANBUL
OKAN ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ FEN, SOSYAL VE GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU ONAM FORMU

Sizi Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ danışmanlığında Ayşegül GÖKER tarafından yürütülen “Palyatif Bakım Vericilerine Uygulanan Gevşeme Egzersizlerinin Bakım Verme Yükü, Tükenmişlik ve Kaygı Düzeylerine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı palyatif bakım vericilerine uygulanan gevşeme egzersizlerinin bakım verme yükü, tükenmişlik ve kaygı düzeyleri üzerine etkisini incelemektir. Araştırmada sizden tahminen 15 dakikada kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya aysegul__6_@hotmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının
Adı-Soyadı: Ayşegül GÖKER
İmzası:

İletişim Bilgileri:
e-posta: aysegul__6_@hotmail.com

Katılımcının
Adı-Soyadı:
İmzası:

İletişim Bilgileri
e-posta:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşegül	Soyadı:	(GÖKER) YAMAN
Doğ. Yeri	Antalya / Alanya	Doğ. Tar:	11.05.1994
Uyruğu	T.C.		
E-mail:	aysegul__6_@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Cevat Sayılı Hemşirelik Yüksekokulu	2016
Lise	Fevzi Alaaddinoğlu Lisesi	2012

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	Başkent Üniversitesi Alanya Hastanesi	2016-2017
Hemşire	İstanbul Beylikdüzü Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi	2017- Halen

Yabancı Dil: İngilizce (iyi seviye)

Bilgisayar Bilgisi:

Microsoft Office Programları: İyi

SPSS: Orta