TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PANDEMİ SÜRECİNDE PALYATİF BAKIM HASTALARINA BAKIM VERENLERİN SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BAKIM YÜKLERİNE ETKİSİ

HAZIRLAYAN

AYŞE DURACAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. DİLEK ÖZMEN

MANİSA- 2021

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AYŞE DURACAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

DOÇ. DR. DİLEK ÖZMEN

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Dilek ÖZMEN	(Tez Danışmanı)
Doç. Dr. Nurgül Güngör TAVŞANLI	(Jüri Üyesi)
Doç. Dr. Fatma Şeyda ÖZBIÇAKÇI	(Jüri Üyesi)

BEYAN

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

AYŞE DURACAK

TEŞEKKÜR

Bu araştırmayı yaparken bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, destek olan, hoşgörüsü, anlayışı ve sabrıyla motive eden değerli danışman hocam Doç. Dr. Dilek ÖZMEN'e,

Çalışmanın gerçekleştirildiği T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisi sorumlu doktoru Saadet KOÇOKUDUR'a, servis sorumlu hemşiresi Güler BAKIRCIGİL'e, servis hemşirelerimiz Elif Perihan DEMİRDELEN ve Serpil Denizsu PAMUKCU' ya ve serviste görev alan personellerimize,

Yüksek lisansa birlikte başladığımız günden beri eksik kaldığım her noktada beni tamamlayan, bu süreçte bana güç veren kıymetli arkadaşlarım Özge ÇETİN ve Selin TECİMEN'e,

Hayattaki en değerli varlığım olan başarabildiğim tüm güzel işlerin asıl sahipleri canım annem ve canım babama ve bana her zaman inanıp güvenerek desteklerini benden esirgemeyen sevgili kardeşime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum…

AYŞE DURACAK

MANİSA, 2021

İÇİNDEKİLER

BEYAN 1

TEŞEKKÜR 2

İÇİNDEKİLER 3

TABLO DİZİNİ 6

ŞEKİL DİZİNİ 7

KISALTMALAR 8

1.ÖZET 9

2.ABSTRAT 10

3.GİRİŞ VE AMAÇ 11

3.1.Problemin Tanımı ve Önemi 11

3.2.Araştırmanın Amacı 13

3.3.Araştırma Soruları 13

4.GENEL BİLGİLER 14

4.1.Palyatif Bakım Ve Önemi 14

4.1.1.Dünyada Ve Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri 19

4.2.Spiritüel İyi Oluş 22

4.3.Depresyon 24

4.4.Bakım Yükü 25

5.GEREÇ VE YÖNTEM 30

5.1.Araştırmanın Tipi 30

5.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Süresi 30

5.3.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi 31

5.4.Veri Toplama Yöntemi 31

5.5.Veri Toplama Araçları 32

5.5.1.Hasta ve Bakım Verici Bilgi Formu 32

5.5.2.Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA) 32

5.5.3.Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) 32

5.5.4.Beck Depresyon Envanteri (BDE) 33

5.5.5.Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (ZBYÖ) 33

5.6.Verilerin Değerlendirilmesi 34

5.7.Araştırmanın Etik Boyutu 35

5.8.Araştırmanın Sınırlılıkları Ve Genellenebilirliği 35

6.BULGULAR 36

6.1.Hastaların Ve Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özellikleri 36

6.2.Bakım Yükü, Spiritüel İyi Oluş Ve Depresyonun Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması 40

6.2.1.Hastanın Cinsiyeti 40

6.2.2.Bakım Verenin Yaşı 41

6.2.3.Bakım Verenin Cinsiyeti 43

6.2.4.Bakım Verilen Toplam Süre 44

6.3.Bakım Vernelerin Algıladıkları Bakım Yükü 46

6.4.Bakım Verenlerin Spiritüel İyi Oluş Düzeyleri 47

6.5.Bakım Verenlerin Depresyon Düzeyleri 47

6.6.Spiritüel İyi Oluşun Bakım Yükü Üzerine Etkisi 48

6.7.Bakım Yükünün Depresyon Üzerine Etkisi 50

6.8.Spiritüel İyi Oluşun Depresyon Üzerine Etkisi 51

6.9.Spiritüel İyi Oluş ve Depresyonun Bakım Yükü Üzerindeki Etkisi 52

7.TARTIŞMA 54

7.1.Bakım Verenlerin Bakım Yükleri 54

7.2.Bakım Verenlerin Spiritüel İyi Oluş Durumları 56

7.3.Bakım Verenlerin Depresyon Düzeyleri 57

7.4.Bakım Verenlerin Spiritüel İyi Oluş Ve Depresyon Düzeylerinin Bakım Yüklerine Etkisi 59

8. SONUÇ VE ÖNERİLER 61

8.1.Sonuçlar 61

8.2.Öneriler 61

9.KAYNAKÇA 63

10.EKLER 75

Ek-1. Hasta Ve Bakım Veren Kişi Veri Toplama Formu 75

Ek -2. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA) 77

Ek-3. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) 77

Ek-4. Beck Depresyon Envanteri (BDE) 79

Ek-5. Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (ZBYÖ) 80

Ek-6. Tez İntihal Programı Raporu 84

11.ÖZGEÇMİŞ 85

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi 30

Tablo2. Bağımlı Değişken Puanlarına Ait Çarpıklık Ve Basıklık Değerleri 34

Tablo3. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı 36

Tablo 4. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre Dağılımı 37

Tablo 5. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı 38

Tablo 6. Bakım Verme Özelliklerine Ait Bulgular 39

Tablo 7. Hastanın Cinsiyete Göre Bakım Yükü, Spiritüel İyi Oluş ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması 40

Tablo 8. Bakım Verenin Yaşına Göre Bakım Yükü, Spiritüel İyi Oluş ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması 42

Tablo 9. Bakım Verenin Cinsiyetine Göre Bakım Yükü, Spiritüel İyi Oluş ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması 43

Tablo 10. Verilen Toplam Süreye Göre Bakım Yükü, Spiritüel İyi Oluş ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması 45

Tablo 11. Bakım Verenlerin Bakım Yükü Puan Ortalamaları 46

Tablo 12. Bakım Verenlerin Depresyon Düzeylerine Göre Dağılımı 46

Tablo 13. Bakım Verenlerin Spiritüel İyi Oluş Puan Ortalaması 47

Tablo 14. Depresyon Puanlarına Ait Tanımlayıcı Bulgular 47

Tablo 15. Depresyon Düzeyine Göre Sınıflandırma 48

Tablo 16. Spiritüel İyi Oluşun Bakım Yükü Üzerindeki Etkisi 49

Tablo 17. Bakım Yükünün Depresyon Üzerindeki Etkisi 50

Tablo 18. Spiritüel İyi Oluşun Depresyon Üzerindeki Etkisi 51

Tablo 19. Spiritüel İyi Oluş ve Depresyonun Bakım Yükü Üzerindeki Etkisi 52

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil1. Palyatif Bakım Ekibi 16
Şekil2. Dünyada Palyatif Bakım Uygulamaları 21
Şekil 3. Spiritüel İyi Oluşun Bakım Yükü Üzerindeki Etkisi 49
Şekil 4. Bakım Yükünün Depresyon Üzerindeki Etkisi 50
Şekil 5. Spiritüel İyi Oluşun Depresyon Üzerindeki Etkisi 51

KISALTMALAR

BDE: Beck Depresyon Envanteri

Ca: Kanser

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

Dr.: Doktor

GYA: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri

Min: Minimum

Ort: Ortalama

SİOÖ: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

Ss: Standart Sapma

SPSS: Statistical Package For Social Scienc

TDK: Türk Dil Kurumu

VIF: Varyans Artış Faktörü

WHO: World Health Organization

ZBYÖ: Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği

Başlık: Pandemi Sürecinde Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerin Spiritüel İyi Oluş Ve Depresyon Düzeylerinin Bakım Yüklerine Etkisi

Öğrencinin adı: Ayşe DURACAK

Danışman: Doç. Dr. Dilek ÖZMEN

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışmada pandemi sürecinde palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel ve depresyon düzeylerinin bakım yüküne etkisini incelemek amaçlandı.

Gereç Ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmanın verilerini 2021 Şubat -Haziran 2021tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde yatarak tedavi gören araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bakım vericiler (n=120) oluşturdu. Veri toplama aracı olarak "Hasta ve Bakım Veren Bilgi Formu", "Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ)", "Beck Depresyon Envanteri (BDE)" ve "Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (ZBYÖ)" kullanıldı. Verilerin analizi SPSS 25 paket programında yapıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %52,5'i kadın ve yaş ortalaması 73,36±14,83'tür, bakım verenlerin %71,7'i kadın ve yaş ortalamaları 49,63±12,21 olarak bulundu. Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) puanı ortalaması 1,54±1,94 ve hastaların %52,5'i tamamen bağımlıdır. Bakım verenlerin %73,3'ü çalışmamakta, %39,2'sine kızı bakım vermekte idi. Bakım verenlerin, Bakım Yükü Ölçeği puan ortalaması 41,13±10,86; Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalaması 135,33±9,59; Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları ise 7,64±6,82'dir. Bakım verenlerin bakım yükünün orta düzeyde, spiritüel iyi oluşlarının çok yüksek düzeyde, depresyonlarının oldukça düşük düzeyde olduğu ifade edilebilir.

Sonuç: Araştırmada pandemi sürecinde palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel iyi oluş puanının artması ile bakım yüklerinin azaldığı, depresyon düzeyleri arttıkça bakım yüklerinin arttığını söylemek mümkündür.

Anahtar Kelimler: Palyatif Bakım, Bakım Veren, Spiritüel İyi Oluş, Bakım Yükü, Depresyon

Title: The Effect Of The Spiritual Well-Being And Depression Levels Of Caregivers Of Palliative Care Patients On Care Burden During The Pandemic Process

Student name: Ayşe DURACAK

Supervisor: Assoc. Prof. Dilek ÖZMEN

Department: Public Healt Nursing

2. ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to examine the effect of the spiritual and depression levels of caregivers of palliative care patients on the care burden during the pandemic period.

Materials and Methods: The research is a descriptive study The sample of the research included caregiver (n=120) who were hospitalized in the Palliative Care Unit of the Manisa City Hospital collected between Feb. and June 2021., who met the inclusion criteria and volunteered to participate in the research. Research data were "Patient and Caregiver Information Form", "Spiritual Well-Being Scale (SİOÖ)", "Beck Depression Inventory (BDE)" and "Zarit Caregiver Burden Scale (ZBYÖ)" were used as data collection tools. Data analysis was done in SPSS25 package program.

Results: 52.5% of the patients participating in the study were women and the mean age was 73.36±14.83 years. 71.7% of the caregivers were women and the mean age was 49.63±12.21 years. The mean GYA score of the patients was 1.54±1.94. Also, 52.5% of the patients were completely dependent. 73.3% of the caregivers were not working and 39.2% of them were given care by their daughters. The mean ZBYÖ score of the caregivers was 41.13±10.86; the mean SİOÖ score was 135.33±9.59; the mean BDE score was 7.64±6.82. With the scores obtained, it can be stated that caregivers have a moderate care burden, a very high level of spiritual well-being, and a very low level of depression.

Conclusion: In the study, it is possible to say that the burden of care decreases with the increase in the spiritual well-being score of the caregivers of palliative care patients during the pandemic process, and the burden of care increases as the depression levels increase.

Keywords: Palliative Care, Caregiver, Spiritual Well-Being, Care Burden, Depression.

3.GİRİŞ VE AMAÇ

3.1.PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Covid-19 salgını Çin'in Wuhan kentinde başlamış ve kısa sürede tüm dünyaya yayılmıştır. Vaka sayılarında artış olması ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu durumu pandemi olarak belirledi ve gerekli önlem ve tedbirlerin alınması konusunda tüm ülkeleri uyardı (Budak, 2020). Covid-19 virüsünün hızlı yayılım yapması ve virüse yakalanan kişilerin ağır klinik tablo göstermesi gibi nedenlerle başlıca stres faktörü haline geldi. Bu süreçte pandemi nedeniyle hasta yakınlarının hastanede yaşadıkları zorluklar, kliniklere ve yoğun bakımlara ziyaretçilerin ve refakatçilerin kabul edilememesi gibi durumlar hasta olmak, hastaneye yatmak ve bakım verici olma durumlarını daha zorlu hale gelmesine neden olmuştur (Öztelli ve ark., 2021).

Özellikle medya gibi iletişim araçlarının bu dönemde vermiş olduğu olumsuz ve üzücü haberler ile gündem pandemi olmuştur. Bu durum insanlarda kişisel ve kitlesel stresin artırmasına ve paniğe neden olmuştur. Bu süreci etkili bir şekilde yönetebilmek için, hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ve nedenlerinin bilinmesi gerekmektedir. Bu konuda hastaya bakım veren hemşirelerin, sorunları ve nedenlerini saptayıp çözümleyerek bakım vermesi bakımın kaliteli olması açısından önemlidir (Ayakdaş Dağlı ve ark., 2020).

Palyatif bakımın hedefi hasta ve ailelerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik çalışmaları kapsamaktadır. Burada amaç primer hastalıkların kontrolü dışında hasta ve hasta yakınlarına duygusal destek, bilgilendirme, eğitim, iletişim ve sosyal hizmet gibi çalışmaları kapsamlı bir çerçevede ele almaktır (Akalın, 2019). Bakım verenler, zamanla bakım verdikleri kişilerin her yönden sorumlulukları üstlendikleri için fazladan maddi ve manevi yük sahibi olmuş olurlar. Bu yük zamanla bakım veren bireyi fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak her yönden olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Kalınkara ve Kalaycı, 2017).

Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında bakım verenlerde çeşitli hastalıklar görülmektedir. Enfeksiyon hastalıkları ve depresyon en çok görülenler olmuş bunlar dışında anksiyete ve tükenmişlik sendromları gibi psikolojik hastalıkların artmaya başlamış olduğu görülmüştür (Deeken ve ark., 2003; Akgün ve ark., 2009). Pandemi sürecinde yaşanan anksiyete, kaygı, sosyal izolasyon, sağlık hizmetine ulaşmada yaşanan sıkıntılar gibi sorunlar bu süreci daha da ağırlaştırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin bireylere bütüncül yaklaşımla verilmesiyle kişilerin maneviyat durumları fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal yönleri kadar önemli hale gelmeye başlamıştır. Spiritüalite, ruhun doyumu ve bu doyumun bedene ve bireyin yaşamına, hayata bakış açısına, yaşama enerjisine katkıları olan bir kavramdır. Dini inanç ve uygulamalarla sınırlandırılamayacak kadar geniş, çok boyutludur. Dini inancı olmayan bireylerin de spiritüel boyutları bulunur (Çınar ve Aslan Eti, 2017).

Spiritüalite yani maneviyat, insan deneyimlerinin sonucu şekillenen temel bir unsurudur ve palyatif bakım hasta ve bakım verenlerinin üzerinde durulması gereken bir konudur. Spiritüalite, yaşam kalitesinin bileşenlerinden biridir ve insanların nasıl başa çıkmaları gerektiğini, iyileşmenin gerçekleşmesi ve duygu kazanımları konusunda önemli bir faktör görevindedir (Karasu, 2020).

Bireylerin sahip oldukları spiritüel inanç ve uygulamalar; hastalıkla başa çıkma yöntemlerini, sağlıklarını ve destek duygularını etkileyebilmektedir (Phenwan ve ark., 2019).

Adelman ve ark. (2014) bakım verenlerin bakım yükünü etkileyen faktörleri inceledikleri araştırmada, depresyon, bakım için harcanan fazla zaman, maddi kaygılar ve sosyal izolasyon gibi nedenlerin bakım verenleri olumsuz yönde etkilediği sonucuna varmışlardır. Arkın (2017) ise yaptığı çalışmada palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin depresyon, anksiyete ve sosyal destek düzeylerini incelemiştir. Çalışma sonuncu olarak bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecesinin etkili bir faktör olduğunu belirlemiştir.

Literatürde farklı birimlerde yatan hastalara bakım verenlerin spiritüel durumları, depresyon yükleri ve bakım yükleri üzerine çalışma yapılmıştır. Palyatif bakımda yatan hastalara bakım verenlerin spiritüel durum ve depresyon düzeylerinin bakım yüküne etkisi üzerine bir araştırma yapılmamıştır. Bu çalışmanın literatürdeki bu boşluğu doldurmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada pandemi sürecinde palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel iyi oluş ve depresyon düzeylerinin bakım yüklerine etkisinin incelenmesi amaçlandı.

3.3.ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırmanın amacı doğrultusunda araştırma soruları aşağıdaki şekilde belirlendi.

1. Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri nasıldır?

2.Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel durumları nasıldır?

3.Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin depresyon düzeyleri nasıldır?

4.Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel durumları bakım yüklerini etkiliyor mu?

5. Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin depresyon durumları bakım yüklerini etkiliyor mu?

6. Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel durumları depresyon düzeylerini etkiliyor mu?

7. Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel durumları ve depresyon düzeyleri bakım yüklerini etkiliyor mu?

4.GENEL BİLGİLER

4.1. PALYATİF BAKIM VE ÖNEMİ

Zaman geçtikçe teknolojide ve tıpta birçok gelişme yaşanmaktadır. Bununla birlikte yaşam süresi uzamakta ve yaşam süresinin uzaması ile birlikte de tüm kronik hastalıklar da artış gözlenmektedir (Uysal ve ark., 2015).

Yaşam süresinin uzaması sonucu ortaya çıkan kronik hastalıklarda tanı ve tedavi yönünden sağlık hizmeti sunarken yaşam kalitesini arttırmak ve rehabilitasyon ve bakım hizmetleri giderek önem kazanmaktadır.

Palyatif bakım kavramının temelleri hospis bakım olarak ilk kez 19. yüzyılın başında ortaya atılmıştır. İlk hospis bakım hemşire Cicely Saunders tarafından 1967 yılında İngiltere'de kurulmuştur. Saunders aynı zamanda palyatif bakımın disiplin ve kültürünün temellerini de atmıştır (Bilen, 2016).

Palyatif sözcüğü ilk kez Dr. Balfour Mount tarafından 1976 yılında Montreal Royal Victoria Hastanesinde yatan ve ölmekte olan hastalara verilen bakımları nitelemek için kullanılmıştır. Çoğunlukla "hospis" sözcüğü yerine kullanılmaktadır. Hospis sözcüğü Latince'de "misafirperverlik" ve Fransızca'daki "ağırlamak" anlamına gelen kelimelerin birleşiminden meydana gelmektedir (Connor ve Bermedo, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1990 yılında palyatif bakımı şu şekilde açıklamıştır; "hastalığa yönelik yapılan tedaviye yanıt vermeyen durumlarda hastalara verilen bütüncül bakımdır" şeklindedir. Fakat bu tanım 2012 yılından sonra "hasta ve ailelerin fiziksel, psikososyal ve spiritüel yönlerden yaşadıkları veya yaşayabilecekleri sorunların tanımlanması, değerlendirmesi ve tedavi edilerek acı çekmelerini azaltılması veya önlenmesi, bu şekilde hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini artırmayı amaçlayan bir yaklaşım" olarak tanımlamıştır (WHO, 2018).

DSÖ, her yıl 40 milyon kişinin palyatif bakıma ihtiyacı olduğunu ve gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun tüm ülkelere hizmet verebilecek palyatif bakım merkezlerinin kurulmasını ve geliştirilmesini önermektedir.

Türk Dil Kurumu (TDK) palyatif bakım terimini "ağrıların tedavi edici olmayan, geçici olarak giderilmesi ve rahatlaması" olarak tanımlamaktadır (TDK, 2021). Genellikle ölümcül hasta ve yetersiz tedavi gören yakınlarına destekleyici bakım sağlanması olarak ifade edilmektedir. (TDK, 2021; Özçelik ve ark, 2010).

Palyatif bakım yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik bir girişim olarak yorumlanabilir. Son yıllarda; kanser tanılarının artması, tedavi süresinin uzaması ve kronik hastalıkların sayısının artması ile birlikte palyatif bakım merkezlerine olan talep artarken, palyatif bakım merkezlerinin önemi de artmaktadır.

Palyatif bakımda hasta bakımı, aile desteği, multidisipliner ekip çalışması ve etkili iletişimin tümü önemlidir (Meghani, 2004). Palyatif bakım felsefesinde; ölümün hayatın bir parçası olduğu anlayışına, son evrelerde hastalara bakım ve destek sağlayarak, fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal yönleri artırarak dayandığı bir görüşü vardır (Turgay, 2010). Amaç, hastalığın neden olduğu ağrı, nefes darlığı, yorgunluk gibi semptomların ilaç ve ilaç dışı yöntemlerle önlenmesi, hastaların son döneme kadar rahat ve konforlu bir yaşam sürmesini sağlamaktır (https://usakeah.saglik.gov.tr, Erişim tarihi:13.02.2021).

1990'da DSÖ tarafından ve 1996'da Barselona Deklarasyonunda palyatif bakımın her ülkenin sağlık politikasında bulunması ve insan sağlığı açısından temel bir hak olduğu bildirilmiştir. Buna rağmen birçok insan palyatif bakıma erişmekte sorun yaşamaktadır (Bilen, 2016).

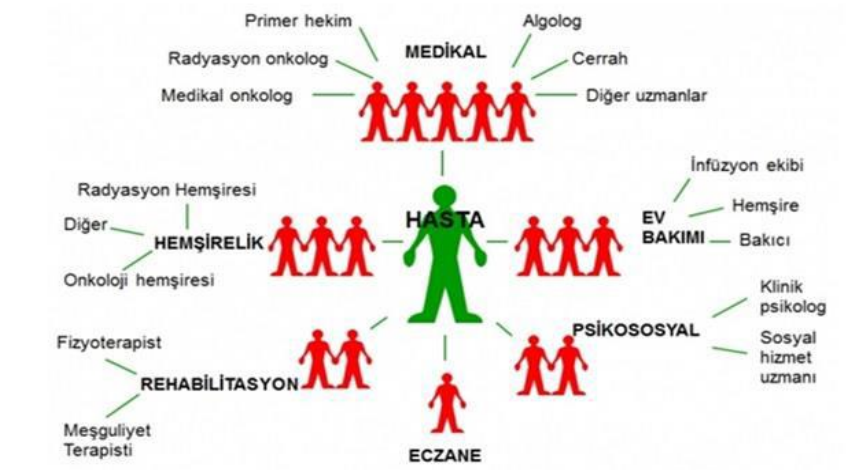
Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri amacıyla II. Abdülhamit tarafından 1896 yılında kurulan Darülaceze'dir. Bu kurum yoksullara ve yaşlılara hizmet vermiş ve günümüzde hizmet vermeye devam etmektedir (Egici ve ark, 2019).

Darülaceze hastanesi, pratik anlamda, ölümcül hastalara hastaların istek ve ihtiyaçlarına göre tıbbi bakım sağlayan, ağrı ve ağrı kesici uygulamaları sağlayan, hastalara ve hastalarına psikolojik ve manevi destek sağlayan bir bakım merkezidir (Egici ve ark, 2019).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2014'te "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yürürlüğe girmiştir. Bu yönerge palyatif bakımın amacını ve felsefesini anlatmaktadır (https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr, Erişim tarihi:13.02.2021).

Palyatif bakım hizmetleri hastaya tanı konulması sürecinde başlar, ölüm ve sonrasındaki yas süreci de dahil aileyi destekleyerek devam eden bir süreçtir (Elçigil, 2012; Uslu ve Terzioğlu, 2015). Palyatif bakım primer hastalıklarının kontrolünün

yanı sıra hasta ve hasta yakınlarına duygusal destek, bilgilendirme, eğitim, iletişim ve sosyal hizmet gibi çalışmaları kapsamlı bir çerçevede ele almaktır (Akalın, 2019). Palyatif bakım ekibinde; hekim, hemşire, klinik destek personeli gibi hastanenin her bölümünde bulunan kişiler dışında psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, uğraşı terapistleri, eczane, evde bakım ekibi ve gerektiğinde manevi destek uzmanı da mutlaka bulunmaktadır. Bu süreç multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım gerektirir (https://denizlidh.saglik.gov.tr, Erişim tairhi:13.02.2021) (Şekil 1).



Şekil 1. Palyatif Bakım Ekibi (https://denizlidh.saglik.gov.tr, Erişim tarihi:13.02.2021)

Ülkemizde son yıllarda toplumsal yapının değişmesi, aile nüfusunun azalması, emeklilerin oranının artması organize huzurevlerine olan ihtiyacı ön plana çıkarmıştır. Ayrıca tıp alanının gelişmesi nedeniyle hastalığın kronik seyri ve buna bağlı olarak yoğun bakım yükünün artması insanların dikkatini palyatif bakımlarına çekmiştir. Kadınların çalışma oranlarındaki artışta aile üyeleri kronik hastalığı olan ve bakıma ihtiyaç duyan hastalara gerekli bakımın verilememesine neden olmaktadır (Bilen, 2016).

Palyatif bakımın kapsamını genişletmek, birçok profesyonelin iş birliğini gerektirir. Bu kapsamda ekibin amacı anesteziyoloji ve resüsitasyon, algoritmalar, psikiyatri, medikal onkoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, radyasyon onkolojisi, aile

hekimliği, göğüs hastalıkları, dahiliye vb. branşlarda doktor ve hemşirelerle çalışmaktır. Sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin çeşitliliği palyatif bakım organizasyonlarını daha verimli hale getirmektedir (Bilen, 2016).

Yoğun bakıma ihtiyaç bakımından durumu daha kritik hastalıklarda palyatif bakım desteğinin erken dönemde başlatılması önemlidir (Sarıçam ve Biçer, 2015). Dünya genelinde artan yaşam süresi ve birçok nörolojik hastalığın tedavi edilemez bir kronik süreç içinde ilerlemesi, palyatif bakımın önemini artırmaktadır (Sarıçam ve Biçer, 2015). Yoğun bakım ünitelerindeki bakımlar, tedaviler, enteral ve non-invazif ventilasyon gibi teknolojiler ile Parkinson hastalığı, demans, ALS (Amyotrofik Lateral Skleroz), beyin tümörleri ve felç dahil olmak üzere çeşitli nörolojik hastalıklarda yaşam süresini uzadığı görülmektedir. Demans, MS (Multipl Skleroz), Parkinson hastalığı ve ALS gibi yaygın nörodejeneratif hastalıkların çoğu için tedavi seçeneği pek olmadığı için palyatif bakım yaklaşımının, hastalıkların tüm yönlerini ele alan bir tedavi planı oluşturmaya yardımcı olduğu bilinmektedir (Sarıçam ve Biçer, 2015).

Palyatif bakım, hayatı tehdit eden hastalıklarla ilgili zorluklarla karşılaşan genç ve yaşlı hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştiren ve destekleyen bir yaklaşımdır. Palyatif bakım hizmetleri hastanın ev ortamında, ev atmosferi olan bir hastane ortamında ve hastanenin palyatif bakım odasında verilebilmektedir. Yatarak palyatif bakım hizmetlerinin kurulması, daha etkin palyatif bakım yöntemlerinin sunulması açısından önemlidir. Bu sayede hastalar hayatlarının son döneminde gereksiz muayene yükünden dolayı kendilerini yorgun hissetmezler ve daha etkin semptom kontrolü sağlanır (Bilen, 2016).

Palyatif bakım, ciddi hastalıklarla karşı karşıya olan kişiler için özel tıbbi bakımdır. İnme ve benzeri ciddi hastalıkların semptomlarından kaynaklanan ağrı ve stresten kurtulmaya odaklanarak hasta ve ailesi için yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedefler (Bilen, 2016).

Ailelerin palyatif bakımdan birçok beklentisi vardır. Bunlar duygusal destek, semptom yönetimi, hasta ile ilgili kararlarda yer almak, eğitim, bilgilendirme, iletişim, hasta ile birlikte daha fazla zaman geçirmelerine yardımcı olmasıdır (Stajduhar ve ark., 2012).

Hasta bakımı büyük bir özen ve devamlılık gerektiren bir süreçtir. Bu sürecin doğru yönetilmesi oluşacak olan olumsuzlukları en aza indirir. Hasta ve bakım

verenlerde hastalık seyri boyunca gerekli olan tutum, davranış ve bilinç düzeyini artırmak için hasta eğitimleri yapılmalıdır (Akalın, 2019).

Başarılı hasta bakım eğitimlerinin, stres düzeyinin azaltılmasında, memnuniyet düzeyinin yükseltilmesinde, hastanın öz bakım becerilerinin güçlendirilmesi ve kaliteli yaşam düzeyinin artırılmasında, maliyetin düşürülmesinde, hastalık ve ölüm oranlarının azaltılması ve hastanede yatış süresinin kısaltılmasında olumlu yönde etkisinin olduğu belirtilmektedir (Yıldırım ve ark, 2017).

DSÖ palyatif bakımın faydalarını şu şekilde belirtmektedir (WHO, 2018):

• Ağrıyı ve rahatsız edici fiziksel semptomları azaltır veya önler.

• Ölümün yaşam sürecinin doğal bir aşaması olduğunu belirtir.

• Hastaya fiziksel bakımın yanı sıra psikolojik ve manevi destekte sağlamaktadır.

• Palyatif bakımda çalışan hemşireler olarak hastanın ölümü sonrasındaki yas sürecinde aileyi psikolojik ve ruhsal olarak destekler.

• Hasta ve hasta yakınlarının her türlü fiziksel ve ruhsal yönlerden ihtiyaçlarını karşılar.

• Bakım sürecinin olumlu bir şekilde işlemesini sağlar, hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yardımcı olur.

Palyatif bakım hizmeti hastalıkları veya yaşları fark etmez yaşamı kısıtlayıcı hastalıkları olan bireylere verilmektedir. Palyatif bakım hizmetlerinin verildiği belirli bir tıbbi tanı yoktur. Bu süreç kişilerin ihtiyacı olup olmadığına göre belirlenir (Palliative Care Curriculum For Undergraduates-PCC4U, 2018).

Dünya Palyatif Bakım Kurulu (WPCA) tarafından palyatif bakımda tedavi edilmesi gereken hastalıklar şu şekilde belirtilmiştir (Lavy ve ark., 2016):

- Kanser,
- Multiple skleroz,
- Son evre demans,
- HIV/AIDS.
- Muskulerdistrofi,
- Motor nöron hastalıkları,

Ayrıca karaciğer hastalıkları, kas distrofisi, solunum yolları hastalıkları, Alzheimer, kistik fibroz, böbrek yetmezliği, gibi tanıyı almış hasta gruplar da palyatif bakım hizmetlerine ihtiyaç duyabilmektedirler (Palliative Care Curriculum For Undergraduates-PCC4U, 2018).

4.1.1.Dünyada Ve Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri

Akçakaya (2020) belirttiğine göre dünyada 84 ülkede 6.560 palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır. Bunların dağılımlarına baktığımızda ülkeler arasında farklılıklara olduğu görülmektedir.

Palyatif bakım hizmetleri gelişmiş ülkelerde sisteme daha çok yerleşmiş ve işlemekte iken, gelişmekte olan ülkelerde ilkelerini belirleyememiş ve tam oturmamış durumdadır. Dolayısıyla palyatif bakım hizmetlerinin gelişmişlik durumu ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir (Uslu ve Terzioğlu, 2015).

Amerika'ya bakıldığında 5 bin civarında hospis, 3.600 palyatif bakım merkezi ve 19 bin bakım evi bulunmaktadır (Akçakaya, 2020). Palyatif bakım hizmetleri geri ödeme sisteminden büyük ölçüde kamu-özel etkilemektedir. Palyatif bakım hizmetlerinin büyük çoğunluğu hastanelerde verilmekte ayrıca toplum temelli ve uzun dönemli bakım şeklinde de sunulmaktadır (Morrison, 2013).

Almanya'da palyatif bakımın temelleri ilk kez 1983'te Köln Üniversitesinde kurulmuş ve 1990'larda palyatif bakım etkinlikleri hız kazanmıştır. Palyatif bakım hizmetleri evde bakımı temel almaktadır ve bu konuda eğitim almış doktor ve hemşireler tarafından yürütülmektedir (Bağ, 2012). Almanya'da 200'ün üstünde palyatif bakım merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerde morfine erişim kolaydır ve devlet sağlık sigortası bütün hizmetleri kapsamaktadır (Akçakaya, 2020).

İngiltere'de ilk modern hospis Cicely Saunders tarafından oluşturulmuştur. Hospisler geliştirilerek palyatif bakımın temelleri atılmış ve palyatif bakım uzmanlık dalı olarak tanımlanmıştır (Akçakaya, 2020). İngiltere'de palyatif bakım hizmetleri sağlık sistemine entegre edilmiştir ve bu şekilde tüm ülkede ihtiyacı olan herkese ulaşılması sağlanmıştır (Aslan, 2020).

Kanada'da 1975 yılında kurulmuştur fakat uzun çalışmalar sonucunda 1995'te palyatif bakım hizmet stratejileri geliştirilerek sağlık sistemine entegresi oluşturulmaya çalışılmıştır. Hizmetlerin sunumunda çoğunlukla sosyal yardım fonları etkilidir ve hizmetler hem evde hem de hastanede verilmektedir (Kavşur ve Sevimli, 2020).

Japonya'da 1981'de ilk palyatif bakım merkezi açılmış fakat palyatif bakım standartları 1997'de belirlenmiştir. Japonya'da palyatif bakım hizmeti palyatif bakım üniteleri, hastanelerde palyatif bakım ekipleri, evde ve toplum temelli merkezlerde

verilmektedir. Palyatif bakım hizmetleri uygun ekiplerle evde bakım yönünde gelişmektedir (Tsuneto, 2013).

Güney Afrika'da ulusal sağlık politikaları yeterli değildir, sağlık ve sosyal bakım altyapıları ilkeldir. Kırsal sağlık hizmetleri sadece destekleyici bakımı kapsamaktadır. Palyatif bakım konusunda anlayış eksikliği ve eğitimli profesyonel sıkıntısı vardır. Morfin için yasal düzenleme ve çalışmaları devam etmektedir (Akçakaya, 2020).

Hindistan'da palyatif bakım erişimi sınırlıdır. Halkın %70'i kırsal alanda yaşamaktadır. Aile bağları güçlüdür, kültürel ve dini inanış nedeniyle hastanede ölmek istenmemektedir. 300 palyatif bakım merkezi bulunmaktadır ve palyatif bakım hizmetleri sağlık sistemine entegre edilememiştir (Akçakaya, 2020).

Türkiye'de palyatif bakım açısından ilk adım İstanbul'da 1993-1997 yıllarında atılmıştır fakat yeterli ödenek ve destek görmemesi nedeniyle ilerleme kaydedilememiştir. Daha sonra 2006 da kanser hastaları için 12 odalı hospis hizmeti veren "Hacettepe Umut Evi" kurulmuştur. Bu konunun öneminin artması Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nde palyatif bakım merkezi açılmıştır (Kavşur ve Sevimli, 2020).

Ülkemizde palyatif bakımların önem kazanması ve yayılması açısından Palya-Türk projesi etkili olmuştur. Bu proje ile ülkenin her ilinde palyatif bakım merkezlerin kurulması hedeflenmiştir. Ülkemizde 2019 yılı verilerine göre 365 palyatif bakım merkezi bulunmaktadır (Akçakaya, 2020).

Ülkelerin palyatif bakım hizmetlerin değişiklik göstermesinden dolayı, Wright ve ark. (2008) yaptıkları bir çalışmada palyatif bakım hizmetlerini yapılanmalarına göre dört ana başlığa ayrılmaktadır.

Hiç palyatif bakım ünitesi kurmamış ülkeler "Grup 1"; Türkiye dahil palyatif bakım odası eksik ve yetersiz olan ülkeler "Grup 2"ye, yerel veya bölgesel palyatif bakım hizmeti verilen ülkeler "Grup 3"te; palyatif bakım üniteleri sağlık sistemine tam olarak entegre edilmiş ve palyatif bakım ilkeleri tam olarak oluşturulmuş ülkeler de "Grup 4" olarak sınıflandırılmıştır (Wright ve ark., 2008).

Lynch ve ark. (2013), Wright ve ark. (2008) yapmış olduğu palyatif bakım hizmetleri sınıflandırması üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda sınıflandırmada ve ülkelerin yerlerinde değişiklikler yapmışlardır (Şekil 2). "Grup 3" içerisinde palyatif bakım üniteleri kuran ancak kamu desteğinden yoksun olan ülkeleri "Grup 3a",

Türkiye gibi palyatif bakım üniteleri kurmuş ve bölgesel veya yerel düzeyde destek almış ülkeleri "Grup 3b" olarak sınıflandırmışlardır. "Grup 4a" palyatif bakım hizmetleri genel sağlık sistemine uyum sağlamaya çalışan ülkeler; "Grup 4b" ülkeleri palyatif bakım hizmetlerinin genel sağlık sistemine tam olarak uyum sağladığı ülke olarak sınıflandırılmaktadır (Lynch ve ark., 2013).

Gruplar		**Özellikler**		**Ülkeler**
Grup 1	Palyatif Bakım Aktivitesi Bilinmeyen Ülkeler	Palyatif bakım üniteleri kurulmamıştır. Palyatif bakımla ilgili herhangi bir politik çalışma yapılmamaktadır .Bu grupta 75 ülke (%32) yer alır.		Özbekistan, Yemen, Somali, Çad, Senegal, Nijer, Gine, Kore, Türkmenistan, Gine Tonga gibi.
Grup 2	Palyatif Bakım Hizmetleri Yapılanma Aşamasında Olan Ülkeler	Palyatif bakım üniteleri henüz kurulmamıştır. Palyatif bakım ünitelerin kurulabilmesi için konferanslar, seminerler, eğitimler verilmektedir. Bu grupta 23 ülke (%10) yer alır.		Fiji, Tacikistan, Azerbaycan, Dominika, Bolivya, Vatikan, Madagaskar gibi.
Grup 3	Palyatif Bakım Hizmetlerinin Sadece Yerel Veya Bölgesel Düzeyde Olduğu Ülkeler	Grup 3A	Palyatif bakım hizmetleri yerel düzeydeki sağlık kuruluşlarında verilmektedir. Palyatif bakım üniteleri kişisel desteklerle veya bağışlarla kurulmuşlardır. Palyatif bakım hizmetleri siyasal iktidarlar tarafından desteklenmemektedir. Bu grupta 74 ülke (%31,6) yer alır.	Birleşik Arap Emirlikleri, Tayland, Jamaika, Yunanistan, Kazakistan, İran, Irak, Vietnam, Bangladeş gibi.
		Grup 3B	Palyatif bakım hizmetleri genel sağlık sistemi içerisinde olmayıp daha çok yerel düzeyde kalmıştır. Ekonomik olarak kişisel bağışlar, yerel yönetim kaynakları vb. kaynaklardan yararlanılır. Eğitim faaliyetleri sınırlıdır. bu grupta 17 ülke (%7,3) yer alır.	**TÜRKİYE**, Arnavutluk, Hırvatistan, Bosna-Hersek, Portekiz, Kıbrıs, Arjantin, Malta, Hindistan, Litvanya, Gürcistan gibi.
Grup 4	Sağlık Sistemi İle Entegre Palyatif Bakım Servisleri Olan Ülkeler	Grup 4A	Palyatif bakım hizmetleri yaygın ve çeşitlidir.. Analjeziklere ve morfine ulaşım kolaydır. Palyatif bakımla ilgili politik çalışmalar sınırlı düzeyde yapılmaktadır. Bu grupta 25 ülke (%10,7) yer alır.	Çin, Danimarka, Macaristan, Kenya, Yeni Zelanda, , Hollanda, İsrail, Finlandiya, Slovenya, İspanya gibi.
		Grup 4B	Palyatif bakım hizmetleri ülke geneline yayılmıştır. Sağlık politikaları palyatif bakım sistemini desteklemektedir. Palyatif bakıma destek veren sivil toplum kuruluşları ve üniversiteler bulunmaktadır. Bu grupta 20 ülke (%8,6) yer alır.	Romanya, İngiltere , ABD, Avustralya, Hong KongAvusturya, Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, Japonya gibi.

Şekil 2. Dünyada Palyatif Bakım Uygulamaları (WPCA, 2014)

4.2.SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ

Spritüalite kelimesi Latince'deki "spiritus" kelimesinden gelmektedir ve "nefes almak, canlı olmak" anlamındadır. Spritüel gereksinimler bir dinde veya inançta aranmaktadır ve bu nedenle spritüalite ve din birbirinin yerine kullanılabilmektedir (Strang ve ark., 2002).

"Din" kelimesi Allah'a ya da Tanrı'ya bağlanmayı, canlı olmanın anlamını ifade etmektedir. Ayrıca din aynı gelenekleri, inançları ve ibadetleri paylaşan bireyleri bir araya getiren bir müessese olarak da düşünülebilir. "Spritüel" ve "din" genellikle birbirinin yerine kullanılmaktadır (Strang ve ark., 2002).

Din, maneviyatın bir boyutu olarak da tanımlanmaktadır ve bireyin yaşamına anlam ve amaç kazandırdığı gibi, kişisel yaşamı ifade etme anlamında geniş bir anlama sahiptir (Strang ve ark., 2002, Narayanasamy, 2002; Ormsby, 2003). Manevi bakım, hastanın kişisel inançlarını ve değerlerini, dini geleneklerini destekleyen tüm bakımı kapsamaktadır. Bu nedenle din, maneviyat kavramının önemli bir parçasını oluşturmaktadır (Strang ve ark., 2002).

Bütünsel bakım zihin, ruh ve beden bakımı olarak tanımlanmaktadır (Narayanasamy, 2002). Ancak hasta bakımı sırasında hemşirelerin bu kavramı görmezden geldiği düşünülmektedir (Milligan, 2004).

Çağdaş teoriye göre manevi ihtiyaçlar; sevgi, güven, hakikat, umut, hayatın anlamı ve amacı, bağışlama, ilişki, yaratıcılık ve deneyim kazanma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Narayanasamy, 2002). Bazı araştırmacıların tanımladığına göre ritüeller, dualar ve ibadetler gibi geleneksel dini uygulamalar manevi ihtiyaçlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ritüeller günlük yaşama yeni anlamlar katmakta ve ağrı, hastalık ve felaket gibi acı veren durumlarda bireylere yardımcı olmaktadır (Strang ve ark., 2002).

Milligan (2004) ve Narayanasamy (2001) manevi ihtiyaçların, özellikle yaşamı tehdit eden, akut, ciddi hastalık ve ölüm yaklaşırken evrensel bir kavram olduğuna inanmaktadır. Hastalık zihinsel çatışmalara neden olabilmekte ve hastalar giderek artan bir şekilde umut, içsel özgüven, başkalarını sevme ve uyumlu kişiler arası ilişkiler gibi ruhsal kaynaklara gereksinim duyabilmektedirler (Narayanasamy, 2001; Narayanasamy, 2002; Milligan, 2004).

Maneviyatın, sağlık ve hastalık durumlarını sorgulamada, değişikliklere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelme yeteneği kazanmada ve yeniden tedavi etme gücünü bulmada etkisi olduğu söylenmektedir (Narayanasamy, 2001; Narayanasamy, 2002). Bazı çalışmalar ruh sağlığı, umut ve ruh halinin etkilerine odaklanmaktadır. Fehring ve ark. (1997) dini inancı ve manevi iyiliği yüksek olan yaşlıların umut ve olumlu duygularının yüksek olduğu tespit etmişlerdir.

Spiritüalite ise, ruhun doyumu ve bu doyumun bedene ve bireyin yaşamına, hayata bakış açısına, yaşama enerjisine katkıları olan bir kavramdır. Dini inanç ve uygulamalarla sınırlandırılamayacak kadar geniş, çok boyutludur. Dini inancı olmayan bireylerin de spiritüel boyutları bulunmaktadır (Çınar ve Aslan Eti, 2017).

Spiritüel iyi oluşun alt boyutları vardır. Bunlar aşkınlık, doğayla uyum ve anomidir.

Aşkınlık; felsefede Tanrı ile ilişkilendirilirken psikologlar insanlar için de kullanılabileceği belirtilmiştir (Sarıçam ve Biçer, 2015).

Doğayla uyum; insan doğayla ilişki içinde bir varlıktır. Doğa da canlıdır ve insanlar ile devamlı birliktelik içindedir. Ayrılmaz bir bütündür (Gül, 2013).

Anomi; Fransızca anomi kural ya da normların olmadığı bir durum; kuralsızlık, normsuzluk olarak tanımlanmaktadır (Kaya, 2012).

Maslow'un (Kula ve çakar, 2015) teorisinde; temel basamakta uyuma, yeme içme, barınma gibi temel ihtiyaçlar yer alırken sonraki basamak, güvenlik ihtiyacıdır. Üçüncü basamakta sevme, sevilme ve aidiyet duygusu gibi ihtiyaçlar bulunurken dördüncü basamakta takdir edilme, başarma ve saygı görme ihtiyacı vardır. En üst beşinci basamakta bireyin kendisini gerçekleştirme ve kapasitesini farkına varmasıyla birlikte başarıya ulaşması olarak belirtilir (Kula ve Çakar, 2015). Spiritüel varlık, Maslow'un gereksinimler hiyerarşisinde kendini gerçekleştirmede yer alır (Çınar ve Aslan Eti, 2017). Bu durumda bireylerin fiziksel, mental ve sosyal iyilik hallerinin yanı sıra spiritüel açıdan da iyilik halinde olmalarıyla sağlıklı olmaktan bahsedilebilir ve bu nedenle spiritüalizm bireyin holistik bakımının önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (Midilli ve ark., 2017).

4.3.DEPRESYON

"Depresyon, bireylerin aşırı üzüntü halinde yavaş düşünme, konuşma ve hareket, durgunluk, değersizlik, isteksizlik, karamsarlık ve daha yavaş fiziksel işlev yaşayacağı bir sendromdur" (https://www.nhs.uk, Erişim tarihi:13.07.2021).

Depresyondaki kişi kendisini 'yetersiz', 'işe yaramaz' ya da 'başarısız' görmektedir ve benlik saygısı, kendine olan güveni olumsuz şekilde etkilenmiştir. Depresyondaki bireyler karar vermede zorluk çekerler ve geçmiş kusurları üzerinde takılıp kalırlar. Bu kişiler bağışlanamaz günahlar ve çeşitli suçlar işlediklerini düşünüp suçluluk duyma, kendini eleştirme, değersiz bulma, yorgunluk, uykusuzluk, uykulu olma hali, iştahsızlık, aşırı yeme, kilo kaybı, kilo alma, ajitasyon, libidoda azalma gibi belirtilere sahiptirler (Pınar ve Tel, 2012).

Depresyonun ortaya çıkmasında birçok faktör etkili olabilmektedir. Bunlar; genetik faktörler, kişilik özellikleri, yaş, sosyoekonomik düzey, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, kültür, stres, bazı ilaçlar, hastalıklar, alkol ve madde kullanımı ve kişisel yaşam olaylarıdır (Pınar ve Tel, 2012).

Bakım veren kişinin hastanın eşi olması, bakım verenin sağlık problemleri, verilen bakımın süresi ile doğrudan ilişkili olup depresyonu arttırdığı, ancak boş zaman aktiviteleri ve yüksek eğitim düzeyinin depresyonu azalttığı belirlenmiştir (Atagün ve ark., 2011).

Depresyon belirlenen bireylere yönelik hemşirelik uygulamalarında güvenli çevre oluşturma, yeterli dinlenmenin sağlanması, beslenmesinin düzenlenmesi, kişisel bakımını sürdürebilmesi, kendisine zarar vermesinin önlenmesi, baş etme yollarının öğretilmesi ve geliştirilmesi yer almalıdır (Temel ve Kutlu, 2019).

Depresyon deneyimleyen kişi bakım sürecinin kendi sağlığı üzerine olan olumsuz etkilerini yönetmekte başarısız olup, yoğun şekilde duygusal sorunlar yaşayabilmektedir ve bu durumda sunulan bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilenmektedir (Altınok, 2010).

Bakım yükü ve depresyon, yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerde görülen en yaygın olumsuz sonuçlardandır. Bakım yükü, bakım verenin sosyal ve mesleki aynı zamanda kişisel rollerini olumsuz yönden etkilemektedir. Buna bağlı olarak kişiler stres, depresyon ve sağlık problemleri yaşamaktadırlar. Bakım verenlerin yaşadıkları depresyon, yaşam kalitesinde azalma gibi birçok olumsuz sonuçları meydana getirmektedir (Kwok ve ark., 2013).

Bakım veren kişilerin çoğu zaman yaşadıkları ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunların farkında olmadıklarından gizli hastalar tanımlanmaktadırlar. Bu kişilerde bağışıklık sisteminin zayıflaması sonucu otoimmün, endokrin ve kardiyovasküler hastalık riski de artmaktadır (Morimoto ve ark., 2003).

4.4.BAKIM YÜKÜ

Türk Dil Kurumu'na (2013) göre bakım, "bakma işini yapma durumu, bir şeyin gelişebilmesi veya iyi durumda kalması için verilen emek" olarak tanımlanmaktadır (Https://Sozluk.Gov.Tr, Erişim tarihi:13.02.2021).

DSÖ'ye göre bakım, ''Kendi özbakımını gerçekleştirebilme, devam ettirebilme ve istenilen yaşam koşullarını sağlama konusunda yetersiz olan bireylerin hayatlarını sürdürebilmelerinin sağlanması esnasında tıbbi ve sosyal desteği veya aile, akraba desteğine gereksinim duyulan faaliyetler'' olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2018).

Bakım hizmetlerinin kapsamları ve çeşitleri; bakım hizmetinin verildiği yere, bakımın süresine, bakım hizmetinin amacına, hizmeti sunan kişilere göre değişiklik göstermektedir. Bakım hizmetlerinin amacı kaza olabileceği gibi hastalık ve doğum sonrası kısa süreli veya uzun süreli bakımlar da olabilmektedir (Aksakal, 2014).

Bakım verme işi, bakım veren bireyler yönünden farklı şekillerde algılanan bir deneyimdir. Bakım verme yakın ilişkilerin gelişmesi, kendine saygı duyma, kişisel gelişim, sosyal destek alma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanı sıra pek çok zorluğun da yaşanmasına neden olabilmektedir (Toseland ve ark, 2001).

Bakım verenler, bakım verdikleri kişilerin yaşadıkları sorunlarını ve gereksinimlerini karşılamalarına yardım eden kişilerdir (Gonzalez ve ark., 2014; İnci ve ark., 2017). Bakım verdikleri kişilerin günlük yaşam aktiviteleri dahil olmak üzere alıkları bütün sorumluluklar bakım vericilerin üzerinde yük artışına sebep olmaktadır. Bakım yükü çoğu zaman bakım verenin kendi gereksinimlerini ertelemesine neden olmaktadır. Bu durum kişiler arasındaki ilişkilerde azalmaya, fiziksel yönlerden sağlıkta bozulmalara (yalnızlık, yorgunluk, baş ağrısı, depresyon…) neden olmaktadır (Selçuk ve Avcı, 2016; İnci ve ark., 2017:11). Bakım vericilerin yaşadıkları bu olumsuzluklar yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir (İnci ve ark., 2017).

Bakım verme denildiğinde iki tür bakımdan bahsedilmektedir. Bunlar resmi (formal) bakım ve gayri resmi (informal) bakımdır (Carriere, 2006; Colello,2009; Keefe, 2011).

Resmi bakım denilen durum, evde bakım kuruluşu, huzur evi veya serbest çalışan kişiler tarafından uzun süreli olarak ücretli kişilerin sağladığı bakımdır. Resmi bakım verenler, bir bakım ortamında (günlük bakım evi, bakım kurumu vb) ya da kişinin evinde bakım sağlamaktadır (Colello, 2009). Resmi bakım hizmetleri psikolog, eczacı, hekim, hemşire, diyetisyen, sosyal çalışma uzmanı, fizyoterapist, diş hekimi vb. gibi farklı meslek gruplarının interdisipliner ekip yaklaşımıyla gerçekleştirilmektedir (Erdil ve Şenol Çelik, 2007). Resmi bakım veren kişiler alanında uzmanlaşmış, sertifika ve eğitim almış profesyonel ya da eğitim süreci devam eden yarı profesyonellerdir (Allender ve Spradley, 2001).

Bakım verme yükü kavramını ilk kez Grand ve Sainburg 1960'lı yıllarda zihinsel yetersizliği bulunan engelli bireylere evde bakım veren kişilerin yaşadıkları sorunları ortaya çıkarmak için kullanmışlardır (Chou, 2000).

Kasuya (2000) bakım verme yükü için yaptığı tanımda bakım vericinin, bakım verdiği süre boyunca bakım veren kişinin güçlük çekmesini, kendini baskı altında ve kişinin bütün sorumluluğunu üzerine alması olarak tanımlamaktadır.

Aile üyeleri arasında bakım verme yükününün paylaşılması bir kişiye düşen yükü azaltmaktadır. Bu nedenle her bireye eşit sorumluluklar verilmelidir. Sadece hasta değil bakım verenin ihtiyaçları da belirlenmeli ve karşılanmalıdır. Bakım veren kişilerin yaşadıkları duygularını ve düşüncelerini açıkça ifade edebilecekleri güvenli ortamlar oluşturulmalıdır (Şahin, 2009).

Hastalık süresinde hastanın ailesi ya da hastaya bakım veren bakıcılar fiziksel ve ruhsal yönlerden ağır yük altında kalmaktadırlar. Bu nedenle palyatif bakım ekibi hasta ve ailesini psikolojik, fiziksel ve ruhsal yönlerden değerlendirmelidir (Bilen, 2016).

Chou (2000) çalışmasında belirttiğine göre Hoening ve Hamilton tarafından 1966'daki çalışmalarında bakım yükü objektif (nesnel) ve subjektif (öznel) olarak tanımlanmıştır.

Subjektif yük, bakım verenin bakım verme rolü ile ilişkili tutumlarını (sıkıntı, keder, utanma) ve duygusal tepkilerini tanımlamaktadır. Farklı bir ifadeyle bakım veren kişinin bakım rolünü nasıl algıladığıdır (Jones, 1996; Montgomery ve ark., 1985; Kasuya, 2000; Awad ve Voruganti, 2008).

Objektif yük, bakım verenin ve hastanın ailesinin yaşamındaki değişim veya engeller olarak tanımlanmaktadır. Yani hastanın rahatsızlık veren davranışları, bakım verenin üstlendiği tüm görevler (fiziksel işler, sağlık kontrolleri ve ödemeler gibi) ve verilen bakımla ilgili ailede oluşan problemler (sağlık düzeyleri, finansal etkiler ve aile ilişkileri üzerine etkisi) şeklinde tanımlanmaktadır (Montgomery ve ark., 1985; Jones, 1996;Kasuya, 2000; Sales, 2003).

Ülkemizde ve dünyada kurumsal ve evde bakım hizmetleri artış göstermesine rağmen, ev içinde verilen bakım hizmeti çoğunlukla aile üyeleri tarafından sağlamaktadır ve çoğunlukla kadın popülasyonu üzerinden gerçekleştirilmektedir. Kadınların bu rolü üstlenmelerinde ülkemizdeki aile yapısının ataerkil olmasından kaynaklı olması ve kadınların doğal olarak hak etmiş oldukları "annelik" unvanlarından dolayı hissettikleri sorumluluk duygusunun etkili olabileceği ön görülmektedir (Işıkhan, 2006).

Bakım hizmeti veren kişilerin hayatlarını gözden geçirmesi ve hayatın anlamını sorgulamaları sonucunda hissettikleri (kontrol kaybı, yetersizlik ve etkisizlik gibi) umutlarının tükenmesine ve çaresizliğe yol açmaktadır. Verilen bakım hizmetini süresi uzadıkça bakım veren kişinin ruhsal yönden zorluklar yaşamakta ve kendi içince mücadele etmeye başlamaktadır (Işıkhan, 2006).

Başka bir bireyin bakım sorumluluğunu almak hem bakım veren bireyler hem de bakım verilen kişiler için stresli, yorucu ve uzun bir süreçtir. Bakım sürecinin ne kadar süreceğinin bilinememesi, endişe, kaygı ve belirsizlik dibi durumlar duygularının daha yoğun yaşanmalarına neden olmaktadır. Bakım hizmeti veren kişilerin yaşadıkları bu duygular sonrasında bakım yükünün daha çok hissedildiği ve tükenmişlik duygusu yaşadıkları anlaşılmaktadır (Işıkhan, 2006).

Kişilere verilen bakım verilen kişinin ihtiyaçlarına göre şekillenmektedir. Örneğin, zayıf ve yaşlı bir kişi, temizlik, ev işleri ve yemek hazırlama gibi konularda yardıma ihtiyaç duyabilmektedir. Fiziksel olarak engeli bulunan bireyler de banyo ya da tuvalet ve giyinme gibi aktiviteleri için başka kişilerden yardıma ihtiyaç duyabilmektedirler (http://caregivingfoundation.org, 2021).

Bakım yükü kültür, sosyal çevre ve akrabalık derecesi gibi birçok psikososyal etkenden etkilenmektedir. Bakım yükü konusunu inceleyen araştırmalarda bakım veren bireylerin karşılaştıkları zorlukları ele almışlardır. Bunlar bakım veren bireyin maddi sıkıntı yaşaması, sağlık sorunları, sosyal aktivitelerde yaşadıkları kısıtlılıklar, hasta bireye karşı verilen duygusal tepkiler ve psikolojik sorunlardır. Bu sorunlarla

birlikte bakım veren bireyin bakım yükü artmakta olduğu ve bakım yükünün azaltılmasının hedef haline gelmesinin önemi vurgulanmaktadır (Işıkhan, 2018).

Palyatif bakımda hastalarına bakım veren aile üyeleri de aynı güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Bakım verenler kaygı, depresyon, öfke, suçluluk, umutsuzluk ve utanç duyguları gibi geniş kapsamlı duygusal ve fiziksel problemler ve psikolojik belirtiler yaşamaktadırlar (Ghane ve ark., 2016). Ayrıca bakım verenlerin gündüz yorgunluğu ve uyku bozuklukları gibi sorunlar yaşadıkları da görülmüştür (Carter, 2002). Sarı ve ark. (2010) yaptığı bir çalışmada, ileri evre kanser tanısına sahip bireylere bakım veren aile üyelerinin depresif sorunları ve uyku problemleri yaşadığını ve bu problemlerden dolayı sorumluluklarını yerine getiremedikleri gözlemlenmiştir.

Bakım verenlerin bakım verme sürecinde iş, sağlık ve aile hayatlarını nasıl etkilendiğinin araştırdıkları çalışmalarında Bauer ve Sousa-Poza (2015), bakım verenlerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının bakım verme sürecinden olumsuz etkilendiğini ortaya koymuşlardır.

Rha ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yaşadıkları bakım yükünün yaşam kalitelerini nasıl etkilediğini araştırmışlardır. Sonuç olarak fiziksel olarak fonksiyon kaybı yaşayan ve hastanede tedavi gören hastalara bakım verenlerin daha fazla bakım yükü hissettikleri ve bu durumun yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir.

Awankwaa (2017) yaptığı çalışmada bakım verenin fiziksel sağlığını olumsuz etkilendiğini ve bakım verende strese neden olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada bakım verenin cinsiyetinin ve eğitim durumunun bakım verme sürecini etkilediğini, kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre daha fazla stres, fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşadıklarını bulmuştur.

Kanel ve ark. (2019) ise bakım verenlerin kişisel sağlığını araştırdıkları çalışmalarında bakım verenlerin stres ve fiziksel olarak fonksiyon kayıpları yaşadıklarını bulmuşlardır.

Ayrıca Ören (2016), bakım veren bireylerin tükenmişlik düzeyleri ve bakım yükünü etkileyen faktörleri araştırmıştır. Araştırma sonucunda bakım verenin hastayla geçirdiği süre arttıkça psikososyal yönden olumsuz etkilenme durumunun artış göstermekte olduğunu bulunmuştur.

Bakım veren kişilerde bakım verme sürecinde iştahta değişim, huzursuzluk, hazımsızlık, kas ağrısı, düzensiz yemek yeme, kronik yorgunluk, uykusuzluk, baş

ağrısı, giyim ve kuşamda dağınıklık, vücut ağırlığında artış ya da azalma, benlik saygısında azalma, konsantrasyon güçlüğü, iğneleyici davranışlar, sosyal izolasyon, alkol ve ilaç kullanımında artış gibi belirtiler görülebilmektedir (Deeken ve ark., 2003; Dew ve ark., 2004). Ayrıca, bakım veren kişiler sosyal destek yetersizliği, sosyal ilişkilerde güçlük, ekonomik ve işle ilgili problemlerle karşılaşabilmektedirler (Kasuya, 2000).

Yapılan çalışmalarda, bakım yüklerinin artması sonucunda bakım verenlerde anksiyete, stres, tükenmişlik ve davranış bozuklukları görüldüğü aynı zamanda enfeksiyon hastalıkları ve depresyon görülme oranında artış olduğu görülmüştür. Bu tür sağlık ile ilgili olumsuz değişiklikler ile yaşam kalitelerinin düştüğü bildirilmiştir (Shank-Mcelroy ve Strobino, 2001; Deeken ve ark., 2003; Dew ve ark., 2004; Lin ve Lu, 2005; Özdemir ve ark., 2020; Pinquart ve Sorensen, 2003; Şahin, 2009).

Bazı literatürdeki çalışmalarda kronik hastalığı bulunan hastalara bakım verenlerin ruh sağlıklarının ve yaşam kalitelerinin etkilendiği bildirilmektedir (Yeşil, 2016). Ancak kronik hastalığı olan hastaların başarılı bir şekilde iyileşmeleri için bakım verenlerin duygusal, fiziksel ve sosyal sağlıkları çok önemlidir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde Şubat 2021- Haziran 2021 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın ayrıntılı zamanlaması Tablo1'de verildi.

Tablo 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	Tarih				
Yapılan Çalışmalar	**Mayıs 20 Haziran 20**	**Temmuz 20 Eylül 20**	**Ocak 21**	**Şubat 21 Haziran 21**	**Temmuz 21 Ekim 21**
Literatür incelenmesi					
Araştırma konusunun belirlenmesi					
Tez önerisinin hazırlanması					
Soru formlarının hazırlanması					
Etik kurul onayının hazırlanması					
Gerekli izinlerin alınması					
Araştırma verilerinin toplanması					
Verilerin analizi					
Tez raporunun yazımı					

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni, Manisa Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde yatarak tedavi gören hasta yakınları olarak belirlendi. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, Şubat 2021- Haziran 2021 tarihleri arasında Manisa Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde yatarak tedavi gören hastaların bakım vericilerinden araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırmanın örneklemini oluşturdu (n=120 bakım verici).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Pandemi sürecinde Manisa Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde yatmış olmak,

- Pandemi sürecinde Manisa Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde yatan hastanın primer bakım vericisi olmak (uzun süre yatan hastalarda bakım veren birden fazla kişi olabilmektedir. Böyle bir durum söz konusu olduğunda, hastaya en fazla bakım veren kişi primer bakıcı olarak değerlendirildi),

- İletişim sorunu olmamak,

-Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Araştırmanın değişkenleri;

-Bağımlı değişken: Bakım yükü puanı

-Bağımsız değişkenler: Spiritüel iyi oluş puanı, depresyon düzeyi puanı, hastaların ve bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleridir.

5.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veri toplama formları araştırmacı tarafından, bakım verenlere dağıtılarak aynı gün veya birkaç gün içinde geri alınarak toplandı. Örnekleme seçilen bakım verenlerden okuma-yazması olmayan kişilerden veriler veri toplama formunu araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulduu.

5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

5.5.1. Hasta Ve Bakim Verici Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Karakaya,2020) hazırlanan bu formda; palyatif bakım hastasının yaşı, cinsiyeti, hastalık tanısı, süresi, Covid-19 tanısı alıp almadığı, hastanın günlük yaşam aktiviteleri (Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ile belirlendi); primer bakım vericinin yaşı, cinsiyeti, işi, eğitimi, hastaya yakınlığı, sosyal desteği, Covid-19 sürecinde sağlık hizmetlerine ulaşmadaki güçlüğü, Covid-19 tanısı alıp almadığı, hastaya bakım verme süresi gibi değişkenleri içeren 23 sorudan oluştu.

5.5.2. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (Gya) (Ek-2)

1963 yılında geliştirilen GYA indeksi Katz ve ark. tarafından geliştirilmiş ve yaşamın sürdürülmesinde gerekli olan temel gereksinimleri ve aktiviteleri belirlemekte yardımcı olmaktadır. Balcıoğlu ve ark. (2018) tarafından Türkçe 'ye uyarlanmıştır ve hareket, beslenme, banyo yapabilme, giyinme, tuvalet ve boşaltım aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı sorudan oluşmaktadır. GYA indeksinde her bir bölüm 0 puan bağımlı birey, 1 puan bağımsız birey olarak değerlendirilmektedir. Alınan toplam puan 0 ile 6 arasında değişmektedir ve alınan puan arttıkça hastanın bağımsızlığı da artmaktadır. Bu araştırmada 0 puan: tamamen bağımlı, 1-5 puan: kısmen bağımlı veya bağımsız, 6 puan: tamamen bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Balcıoğlu ve ark. (2018), ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,95'tir.

5.5.3. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (Sioö)(Ek-3)

Ölçek 2017'de "insanın değer ve nihai anlamlarını belirlemek toplumsal, kişisel, trasandantal (aşkın) ve çevresel yönleriyle hayatı anlama ve yaşama sürecini belirlemek amacıyla" Ekşi ve Kardaş tarafından yetişkinlere yönelik "Üç-Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği" adı ile geliştirilmiştir.

Spiritüel iyi oluş ölçeği; aşkınlık (1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 29. maddeler), doğayla uyum (2, 6, 10, 14, 18, 22, 28. maddeler) ve anomi (3, 7, 11, 15, 19, 23, 26. Maddeler) olarak adlandırılan toplam 3 alt boyuttan oluşmaktadır. 5'li

Likert tipteki (1: bana hiç uygun değil, 5: bana tamamen uygun) Ölçeğin değerlendirilmesi 5'li Likert tiptedir (1: bana hiç uygun değil, 5: bana tamamen uygun). Ölçekten toplamda 29-145 arasında puan alınmakta ve alınan toplam puan arttığında spiritüel iyi oluş da artmaktadır.

Ekşi ve Kardaş (2017) ölçek genelinin Cronbach's Alpha değerini 0,753 olarak saptamıştır. Bu araştırmada tekrarlanan Cronbach Alpha analizleri sonucunda ise ölçek genelinin güvenirliği α=0,81; aşkınlık alt boyutunun güvenirliği α=0,916, doğayla uyum alt boyutunun güvenirliği α=0,777 ve anomi alt boyutunun güvenirliği α=0,880 olarak bulunmuştur. Buna göre ölçek iyi derecede güvenilirdir (George ve Mallery, 2003).

5.5.4. Beck Depresyon Envanteri (Bde) (Ek-4)

Beck depresyon envanteri, depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyona göre belirtileri ölçen 21 maddelik bir ölçektir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puanlar almakta ve toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın 1-10 puan arasında olması normal, 11-16 puan hafif ruhsal sıkıntı, 17-20 puan sınırda depresyon, 21-30 puan orta depresyon, 31-40 puan ciddi depresyon ve 40 üzeri çok ciddi depresyonu göstermektedir.

Hisli (1989) tarafından geçerlilik ve güvenirliği yapılmış ve Cronbach's Alpha değerini 0,80 olarak bulmuştur. Bu araştırmada tekrarlanan Cronbach Alpha analizi sonucunda ise güvenirlik α=0,889 olarak bulunmuştur. Buna göre ölçek iyi derecede güvenilirdir (George ve Mallery, 2003).

5.5.5. Zarit Bakici Yükü Ölçeği (Zbyö) (Ek-5)

Zarit bakıcı yükü ölçeği, 1980 yılında Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, bakım verme durumunun kişilerin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır ve bakım gereksinimi olan bireylere bakım verenlerin yaşadıkları stresi değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır.

Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ve hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar seçeneklerden oluşan Likert ölçek tipine sahiptir. Ölçekten alınan toplam puan 0-88 arasında değişmektedir ve toplam puan arttığında kişilerin algıladıkları bakım yükü de artmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana

yönelik sorular içermektedir. Puanlamada 0-20 puan arası bakım yükünün olmadığını, 21-40 puan arası hafif bakım yükü olduğunu, 41-60 puan arası orta düzeyde bakım yükü ve 61-88 puan arası ağır bakım yükü olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda ölçeğin Cronbach's Alpha değerini 0,87 ile 0,94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0,71 olarak bulunmaktadır. Bu araştırmada tekrarlanan Cronbach Alpha analizi sonucunda ise güvenirlik α=0,90 olarak bulunmuştur. Buna göre ölçek mükemmel derecede güvenilirdir (George ve Mallery, 2003).

5.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler "Statistical Package for Social Sciences (SPSS25)" programı analiz edildi.

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) puanı, Beck Depresyon Envanteri puanı (BDE) ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (ZBYÖ) puanının normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için çarpıklık ve basıklık değerlerine bakıldı ve verilerin normal dağılıma uygun olduğuna karar verildi (Tablo 2). Verilerin normal dağılması nedeniyle verilerin analizinde parametrik testler kullanıldı. Bakım yükü, spiritüel iyi oluş ve depresyonun hastanın ve bakım verenin cinsiyetine göre karşılaştırılmasında t testi; bakım yükü, spiritüel iyi oluş ve depresyonun bakım verenin yaşına, verilen bakım süresine ve günlük bakım süresine göre karşılaştırılmasında ANOVA (varyans analizi) testi; spiritüel iyi oluşun, depresyonun ve bakım yükünün birbirleri üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi yapıldı.

Tablo 2. Bağımlı Değişken Puanlarına Ait Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

	n	**Çarpıklık**	**Basıklık**
Spiritüel İyi Oluş	120	-1,149	0,833
Depresyon	120	0,933	0,463
Bakım Yükü	120	1,002	1,316

Tablo 2'de görüldüğü üzere çarpıklık ve basıklık katsayıları ±1,50 aralığındadır. Sosyal bilimlerde yürütülen araştırmalarda bu değerlerin ±1,50 aralığında olması normal dağılım olduğu şeklinde kabul edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Hastaların ve bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile bakım verenlerin algıladıkları bakım yükü, spiritüel iyi oluş düzeyleri ve depresyon düzeylerinin tespitinde ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistik yöntemleri kullanıldı.

Spiritüel iyi oluşun depresyon üzerindeki etkisi, spiritüel iyi oluşun bakım yükü üzerindeki etkisi ve bakım yükünün depresyon üzerindeki etkisi basit doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi. Spiritüel iyi oluş ve depresyonun bakım yükü üzerindeki etkisi ise çoklu doğrusal regresyon analizi testi ile tespit test edildi. Çoklu doğrusal regresyon analizinin ön şartlarından birisi olan çoklu bağlantılılık probleminin olmamasına varyans artış faktörü (VIF) değerlerine bakılarak karar verildi. VIF değerleri 10'dan küçük olduğu için (Büyüköztürk, 2011) çoklu bağlantılılık olmadığı sonucuna ulaşıldı.

Bakım yükü, spiritüel iyi oluş ve depresyonun hastanın cinsiyeti, bağımlılık düzeyi vb. bazı özelliklere göre karşılaştırılması ise ilişkisiz örneklemler t-testi, varyans analizi (ANOVA) ve çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi ile yapıldı.

Analizlerin tamamı %95 güven aralığında ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırma için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan (Ek-6) onayı alındı. Ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Kurulu ve T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Şehir Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır (Ek-7-8). Bunlara ek olarak araştırma da kullanılan ölçekler için ilgili ölçek sahiplerinden gerekli izinler mail yolu ile alındı(Ek-9-10-11). Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce, Palyatif Bakım Ünitesinde yatan hasta ve bakım verenlere araştırmanın yapılma amacı açıklandı ve kabul etmeleri durumunda veri toplama formları doldurtuldu.

5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ

Araştırma verilerinin tek bir kurumdan toplanmış olması araştırmanın genellenebilir olmasını engellemektedir. Ayrıca araştırma verileri kullanılan ölçeklerin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

6. BULGULAR

6.1. HASTALARIN VE BAKIM VERENLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya toplam 120 bakım veren birey ve bakım verdikleri hastalar dahil edildi. Tablo 3'te bakım verilen hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalık durumlarına göre dağılımı verildi.

Tablo 3. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı (n=120)

Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri		**n**	**%**
Cinsiyet	Kadın	63	52,5
	Erkek	57	47,5
Yaş Grubu ($\bar{x}$±s=73,36±14,83)	70 yaş altı	38	31,7
	70-79 yaş	31	25,8
	80 yaş ve üstü	51	42,5
Hastalığın Tanılanma Tanı Süresi	1-2 ay	54	45,0
	3-11 ay	18	15,0
	1-2 yıl	27	22,5
	2 yıldan fazla	21	17,5
Sosyal Güvence	SGK	117	97,5
	Yok	3	2,5
GYA İndeksi Puanına Göre Bağımlılık Düzeyi	Tamamen Bağımlı	63	52,5
	Kısmen Bağımlı veya Bağımsız	51	42,5
	Tamamen Bağımsız	6	5,0
Hastanın, son 6 ay içinde Covid-19 tanısı alma durumu	Evet	21	17,5
	Hayır	99	82,5
Toplam		**120**	**100.0**

Tablo 3'te görüldüğü üzere bakım verilen hastaların %52,5'i (n=63) kadın ve %47,5'i (n=57) erkektir. Hastaların %42,5'i (n=51) 80 yaş ve üstünde iken, yaş ortalaması 73,36±14,83 idi.

Hastaların hastalıklarının tanılanma süresi, 1 ay ile 19 yıl arasında değişmektedir ve en yüksek oranda%45'inin (n=54) tanı alma süresi 1-2 aydır.

Ayrıca %97,5'i (n=117) SGK'lı olup %2,5'i (n=3) sosyal güvenceye sahiptir.

Hastaların GYA indeksi puanı ortalaması 1,54±1,94 olarak hesaplandı. Hastaların %52,5'i (n=63) tamamen bağımlı ve hastaların %17,5'i (n=21) son 6 ay içinde Covid-19 tanısı almıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre Dağılımı (n=120)

Tanı	**n**	**%**	**Tanı**	**n**	**%**
SVO	37	30,9	Beyin Kanaması	1	0,8
Pnömoni	8	6,7	Böbrek Ca	1	0,8
Alzheimer	5	4,2	Bronş Ca	1	0,8
Kolon Ca	5	4,2	Beslenme Bozukluğu	1	0,8
HT	4	3,4	Trafik Kazası	1	0,8
Malnütrisyon	4	3,4	Fonk. Barsak Send.	1	0,8
Parkinson	4	3,4	Frontal lob malignite	1	0,8
Post CPR	4	3,4	İYE	1	0,8
Akc Ca	3	2,5	Kalp Hastalığı	1	0,8
ALS	3	2,5	Karaciğer Yetmezliği	1	0,8
Beyin TM	3	2,5	Karotis Hastalığı	1	0,8
DM	3	2,5	KBY	1	0,8
Dekübit	2	1,7	Meme Ca	1	0,8
Femur Kırığı	2	1,7	Mesane Ca	1	0,8
İntrakranial kanama	2	1,7	Metilalkol İntoks	1	0,8
Kalp Yetmezliği	2	1,7	Pankreas Ca	1	0,8
KOAH	2	1,7	Pelvis Kırığı	1	0,8
Mide Ca	2	1,7	Pulmoner emboli	1	0,8
Parapleji	2	1,7	Rektum Ca	1	0,8
Demans	2	1,7	Serebral Palsi	1	0,8
ABY	1	0,8			
Toplam				**120**	**100.0**

Tablo 4'te ise hastaların almış oldukları tanılara göre dağılımı verildi.

Buna göre hastalar 44 farklı tanı ile hastanede yatmaktadırlar. Ancak sıklıkla konulan tanılar sırasıyla SVO (%30,9), pnömoni (%6,7), Kolon Ca (%4,2), Alzheimer (%4,2), hipertansiyon (%3,4), malnütrisyon (%3,4), Parkinson (%3,4), post Cardio Pulmuner Resisituasyon (CPR) (%3,4), akc ca (%2,5), ALS (%2,5), beyin TM (%2,5) ve DM'dir (%2,5). Hastaların toplamda %69,6'sı bu tanılardan birisini almıştır.

Ayrıca diğer tanılar dekübit, femur kırığı, intrakranial kanama, kalp yetmezliği, KOAH, mide ca, parapleji, ABY, beslenme bozukluğu, beyin kanaması, böbrek ca, bronş ca, bunama, demans, fonk. bağırsak send., frontal lob malignite, İYE, kalp hastalığı, karaciğer yetmezliği, karotis hastalığı, KBY, meme ca, mesane ca, metilalkol intoks, pankreas ca, pelvis kırığı, prostat, pulmoner emboli, rektum ca, serebral palsi ve trafik kazasıdır (Tablo 4).

Tablo 5. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=120)

Bakım Verenin Sosyo-demografik Özellikleri		**n**	**%**
Cinsiyeti	Kadın	86	71,7
	Erkek	34	28,3
Yaşı ($\bar{x}$±s=49,63±12,21)	18-40 yaş	25	20,8
	41-49 yaş	28	23,3
	50-59 yaş	43	35,8
	60 yaş ve üstü	24	20,1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	32	26,7
	Çalışmıyor	88	73,3
Mesleği	Çalışmıyor	88	73,3
	Serbest M.	20	16,7
	Bakıcı	8	6,7
	Memur	2	1,7
	Eğitmen	1	0,8
	Hasta bakıcı	1	0,8
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	3	2,5
	Okur-yazar	19	15,8
	İlkokul-ortaokul mezunu	73	60,8
	Lise mezunu	18	15,0
	Üniversite veya üzeri mezunu	7	5,9
Toplam		**120**	**100.0**

Tablo 5. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=120) Devamı

Bakım Verenin Sosyo-demografik Özellikleri		**n**	**%**
Yakınlık Derecesi	Kızı	47	39,2
	Eşi	24	20,0
	Oğlu	24	20,0
	Gelini	9	7,5
	Bakıcı	8	6,7
	Annesi	4	3,3
	Kardeşi	2	1,7
	Diğer	1	0,8
	Torunu	1	0,8
Sosyal Güvencesi	Var	112	93,3
	Yok	8	6,7
Toplam		**120**	**100.0**

Tablo 5'te bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı verildi.

Bakım verenlerin %71,7'si (n=86) kadın ve %28,3'ü (n=34) erkektir. Bakım verenlerin %35,8'i (n=43) 50-59 yaşında iken, yaş ortalamaları 49,63±12,21 idi.

Bakım verenlerin %73,3'ü (n=88) çalışmamakta iken, %60,8'i (n=73) ilkokul-ortaokul mezunudur. Hastalara bakım veren kişilerin %39,2'sinde (n=47) kızı iken, bakım verenlerin%93,3'ünün (n=112) sosyal güvencesi bulunmaktadır (Tablo 5).

Tablo 6. Bakım Verme Özelliklerine Ait Bulgular (n=120)

		n	**%**
Ne kadar süredir hastaya bakım veriyorsunuz?	0-1 ay	44	36,7
	2-3 ay	28	23,3
	4 aydan fazla	48	40,0
Hastanın bakımı için günde ne kadar zaman harcıyorsunuz?	0-12 saat	12	10,0
	13-20 saat	17	14,2
	21-24 saat	91	75,8
Son 6 ay içinde Covid-19 tanısı aldınız mı?	Evet	0	0,0
	Hayır	120	100
Toplam		**120**	**100**

Tablo 6'da bakım verme özelliklerine ait bulgular verildi. Buna göre bakım verenlerin %36,7'si (n=44) 0-1 aydır bakım verdiğini ve bakım verenlerin %50'si süreç boyunca yanında yardımcı bulunmadığını ifade etti. Ayrıca hiçbir bakım verici son 6 ay içinde Covid-19 tanısı almadığını belirtti.

6.2. BAKIM YÜKÜ, SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ VE DEPRESYONUN BAZI ÖZELLİKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

6.2.1. Hastanin Cinsiyeti

Hastanın cinsiyetine göre; bakım yükü, spiritüel iyi oluş ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular Tablo 7'de verildi.

Tablo 7. Hastanın Cinsiyetine Göre Bakım Yükü, Spiritüel İyi Oluş ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Cinsiyet	**N**	$\bar{x}$	**s**	**t**	**Sd**	**p**
Bakım Yükü	Kadın	63	41,57	10,77	0,463	118	0,644
	Erkek	57	40,65	11,04			
Spiritüel İyi Oluş	Kadın	63	134,43	10,18	-1,088	118	0,279
	Erkek	57	136,33	8,87			
Depresyon	Kadın	63	7,78	6,50	0,229	118	0,819
	Erkek	57	7,49	7,22			

Buna göre, hastanın cinsiyetine göre; bakım yükü, spiritüel iyi oluş ve depresyonun hastanın cinsiyetine göre anlamlı farklılık olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Diğer bir ifade ile hastanın cinsiyeti, bakım verenin algıladığı bakım yükünü, spiritüel iyi oluşunu ve depresyon düzeyini anlamlı olarak farklılaştırmamaktadır (Tablo 6).

6.2.2. Bakım Verenin Yaşı

Bakım verenin yaşına göre; bakım yükü, spiritüel iyi oluş ve depresyonun bakım verenin yaşına göre karşılaştırılması amacıyla yapılan analizlerden elde edilen bulgular Tablo 8'de verildi.

Tablo 8. Bakım Verenin Yaşına Göre Bakım Yükü, Spiritüel İyi Oluş ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Bakım Verenin Yaşı	n	$\bar{x}$	s	Varyans	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	p	Fark
BY	18-40 yaş (1)	25	36,44	7,77	G. Arası	910,772	3	303,591	2,682	**0,049**	4>1
	41-49 yaş(2)	28	42,50	10,74	G. İçi	13129,095	116	113,182			
	50-59 yaş(3)	43	40,98	11,46	Toplam	14039,867	119				
	60 yaş ve üstü(4)	24	44,71	11,51							
SİO	18-40 yaş (1)	25	134,84	8,80	G. Arası	107,205	3	35,735	0,383	0,766	-
	41-49 yaş(2)	28	134,39	11,46	G. İçi	10827,462	116	93,340			
	50-59 yaş(3)	43	136,58	8,10	Toplam	10934,667	119				
	60 yaş ve üstü(4)	24	134,71	10,77							
D	18-40 yaş (1)	25	5,08	5,56	G. Arası	221,790	3	73,930	1,613	0,190	-
	41-49 yaş(2)	28	8,50	6,81	G. İçi	5317,801	116	45,843			
	50-59 yaş(3)	43	7,91	5,51	Toplam	5539,592	119				
	60 yaş ve üstü(4)	24	8,83	9,44							

Buna göre, spiritüel iyi oluş ve depresyonun düzeylerinin bakım verenin yaşına göre anlamlı farklılık göstermediği (p>0,05), ancak bakım yükünün anlamlı farklılık gösterdiği (p<0,05) tespit edildi. Diğer bir ifade ile bakım verenin yaşı; bakım verenin spiritüel iyi oluşunu ve depresyon düzeyini anlamlı olarak farklılaştırmamaktadır (p>0,05) ancak algıladığı bakım yükünü farklılaştırmaktadır (p<0,05).

Bakım yükünün hangi yaş grupları arasında farklılaştığını tespit etmek için Tukey HSD çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi yapılmış ve sonuç olarak en yüksek düzeyde bakım yükü algısına sahip olan 60 yaş ve üstü bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün, en düşük düzeydeki 18-40 yaş grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (p<0,05)(Tablo 8).

6.2.3. Bakim Verenin Cinsiyeti

Bakım verenin cinsiyetine göre; bakım yükü, spiritüel iyi oluş ve depresyonun bakım verenin cinsiyetine göre karşılaştırılması amacıyla yapılan analizlerden elde edilen bulgular Tablo 9'da verildi.

Tablo 9. Bakım Verenin Cinsiyetine Göre Bakım Yükü, Spiritüel İyi Oluş ve Depresyonun Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Bakım Verenin Cinsiyeti	**n**	$\bar{x}$	**s**	**t**	**Sd**	**P**
Bakım Yükü	Kadın	86	42,30	11,12	1,895	118	0,060
	Erkek	34	38,18	9,71			
Spiritüel İyi Oluş	Kadın	86	134,86	9,85	-0,858	118	0,392
	Erkek	34	136,53	8,92			
Depresyon	Kadın	86	9,84	6,63	8,601	113,431	**0,000**
	Erkek	34	2,09	3,19			

Bakım verenin cinsiyetine göre, bakım yükü ve spiritüel iyi oluş durumlarının anlamlı farklılık göstermediği (p>0,05), ancak depresyon düzeyinin anlamlı farklılık

gösterdiği ($p<0,05$) bulundu. Diğer bir ifade ile bakım verenin cinsiyeti; bakım verenin algıladığı bakım yükünü ve spiritüel iyi oluşunu anlamlı olarak farklılaştırmamaktadır ($p>0,05$) ancak depresyon düzeyini farklılaştırmaktadır ($p<0,05$). Puan ortalamaları incelendiğinde kadınların depresyon puanlarının erkeklerden yaklaşık 4,7 kat olmak üzere anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$)(Tablo 9).

6.2.4. Bakim Verilen Toplam Süre

Bakım verilen toplam süreye göre bakım yükü, spiritüel iyi oluş ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan analizlerden elde edilen bulgular Tablo 10'da verildi.

Tablo 10. Verilen Toplam Süreye Göre Bakım Yükü, Spiritüel İyi Oluş ve Depresyonun Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Bakım Süresi	n	$\bar{x}$	s	Varyans	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	p	Fark
BY	0-1 ay(1)	44	37,11	8,33	G. Arası	2033,099	2	1016,549	9,906	**0,000**	3>1,2
	2-3 ay(2)	28	38,93	8,02	G. İçi	12006,768	117	102,622			
	4 aydan fazla(3)	48	46,10	12,45	Toplam	14039,867	119				
SİO	0-1 ay(1)	44	137,09	9,16	G. Arası	839,923	2	419,962	4,867	**0,009**	1,2>3
	2-3 ay(2)	28	138,07	8,02	G. İçi	10094,744	117	86,280			
	4 aydan fazla(3)	48	132,13	10,05	Toplam	10934,667	119				
D	0-1 ay(1)	44	5,77	5,83	G. Arası	562,983	2	281,492	6,618	**0,002**	3>1,2
	2-3 ay(2)	28	6,04	5,29	G. İçi	4976,608	117	42,535			
	4 aydan fazla(3)	48	10,29	7,66	Toplam	5539,592	119				

Bakım verilen süre ile bakım yükü, spiritüel iyi oluş ve depresyonun bakım verilen toplam süreye göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($p<0,05$). Diğer bir ifade ile bakım verilen toplam süre, bakım verenin algıladığı bakım yükünü, spiritüel iyi oluşunu ve depresyon düzeyini anlamlı olarak farklılaştırmaktadır ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde bakım süresinin artması ile birlikte bakım yükünün ve depresyonun arttığı, spiritüel iyi oluşun ise azaldığı görüldü. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için Tukey HSD çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi yapıldı.

Sonuç olarak, 4 aydan daha uzun süredir bakım verenlerin bakım yükü ve depresyonları daha kısa süre bakım verenlerden anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Ayrıca en fazla 3 ay bakım verenlerin spiritüel iyi oluşları, 4 ay ve daha uzun süredir bakım verenlerden daha yüksek bulundu (Tablo 10).

6.3. BAKIM VERENLERİN ALGILADIKLARI BAKIM YÜKÜ

Tablo 11'de Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (ZBYÖ) bakım yükü puanlarının tanımlayıcı bulguları verildi.

Tablo 11. Bakım Verenlerin Bakım Yükü Puan Ortalamaları

	n	Min.	Maks.	$\bar{x}$	s
Bakım Yükü Puanı (0-88)	120	20	79	41,13	10,86

Tablo 10'da görüldüğü gibi bakım verenlerin, bakım yükü puanları 20-79 arasında değişirken, ortalaması 41,13±10,86 ile orta düzeyde idi (Tablo 11).

Tablo 12. Bakım Verenlerin Bakım Yükü Düzeyine Göre Dağılımı

Bakım Yükü Düzeyi	n	%
Bakım Yükü Yok (0-20 puan)	1	0,8
Hafif Bakım Yükü (21-40 puan)	64	53,3
Orta Düzeyde Bakım Yükü (41-60 puan)	47	39,2
Ağır Bakım Yükü (60-88 puan)	8	6,7
Toplam	120	100

Tablo 12'de görüldüğü gibi bakım verenlerin, %53,3'ü bakım yükünü hafif olarak algıladığını ifade etti (Tablo 12).

6.4. BAKIM VERENLERİN SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ DÜZEYLERİ

Tablo 13'te Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ)puanlarının dağılımı yer aldı.

Tablo 13. Bakım Verenlerin Spiritüel İyi Oluş Puanları Ortalaması

	n	Min.	Maks.	$\bar{x}$	s
Spiritüel İyi Oluş (Toplam 29-145 puan)	120	105	145	135,33	9,59
Aşkınlık (15-75 puan)	120	57	75	71,67	5,07
Doğayla Uyum (7-35 puan)	120	28	35	33,71	1,98
Anomi (7-35 puan)	120	7	35	12,04	5,30

Tablo 13'te görüldüğü gibi spiritüel iyi oluş toplam puan ortalaması 135,33±9,59; aşkınlık puan ortalaması 71,67; doğa ile uyum puan ortalaması 33.71; anomi puan ortalaması 12,04 olarak hesaplandı. Bu sonuçlara göre bakım verenlerin genel spiritüel iyi oluşunun yüksek olduğunu söylemek mümkündür (Tablo 13).

6.5. BAKIM VERENLERİN DEPRESYON DÜZEYLERİ

Tablo 14'te Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)puanlarının değerlendirilmesi sonucunda ulaşılan bulgulara yer verildi (Tablo 13).

Tablo 14.Depresyon Puanlarına Ait Tanımlayıcı Bulgular

	n	Min.	Maks.	$\bar{x}$	s
Depresyon	120	0	28	7,64	6,82

Buna göre bakım verenlerin depresyon puan ortalamaları 7,64±6,82 olarak hesaplandı. BDÖ'den alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlara oranlandığında (0-63 puan) depresyon puanının ortalama olarak %12,1 ile oldukça düşük düzeyde olduğunu söylemek mümkündür.

Ayrıca Tablo 14'te bakım vericilerin depresyon düzeyine göre yapılan sınıflandırmaları yer almaktadır.

Tablo 15. Depresyon Düzeyine Göre Sınıflandırma

Depresyon Düzeyi	**n**	**%**
Normal (1-10 puan)	87	72,5
Hafif Ruhsal Sıkıntı (11-16 puan)	21	17,5
Sınırda Depresyon (17-20 puan)	5	4,2
Orta Düzeyde Depresyon (21-30 puan)	7	5,8
Ciddi Düzeyde Depresyon (31-40 puan)	0	0,0
Çok Ciddi Düzeyde Depresyon (40 ve üzeri puan)	0	0,0

Buna göre bakım verenlerin %72,5'i (n=87) depresyon açısından normal gruptadır. Ancak bakım verenlerin %17,5'i (n=21) hafif ruhsal sıkıntı, %4,2'si (n=5) sınırda depresyon, %5,8'i (n=7) orta düzeyde depresyon kategorisinde yer almaktadır. Ciddi düzeyde depresyon ve çok ciddi düzeyde depresyon grubunda yer alan bakım veren ise tespit edilmedi (Tablo 15).

6.6. SPİRİTÜEL İYİ OLUŞUN BAKIM YÜKÜ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

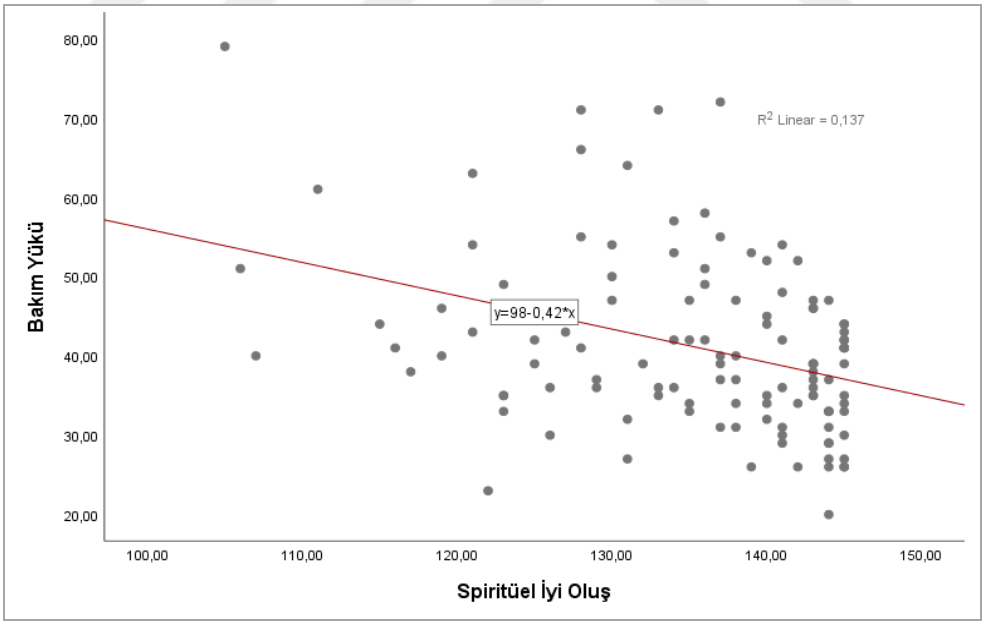
Tablo 16'da spiritüel iyi oluşun bakım yükü üzerindeki etkisini tespit etmek amacıyla yapılan analizlerden elde edilen bulgular verildi.

Tablo 16. Spiritüel İyi Oluşun Bakım Yükü Üzerindeki Etkisi

	Standardize Olmayan Parametreler		Standardize Parametreler	t	p
	B	**S. Hata**	**ß**		
(Sabit)	97,995	13,143		7,456	0,000
Spiritüel İyi Oluş	-0,420	0,097	-0,371	-4,337	**0,000**

* Bağımlı değişken: Bakım yükü; F=18,810; p<0,05; r=0,371; r^2=0,137.

Tablo 16' da görüldüğü gibi spiritüel iyi oluş ve bakım yükü arasındaki regresyon eşitliği ŷ=97,995-0,420x'dir. Bu durum spiritüel iyi oluşun bakım yükü üzerinde negatif ve anlamlı etkisi olarak değerlendirildi (F=18,810; p<0,05). Buna göre spiritüel iyi oluşun 1 puan artması, bakım yükünün 0,420 puan azalmasına neden olmaktadır (p<0,05). Ayrıca bakım yükünün %13,7'sinin (r^2=0,137) spiritüel iyi oluş ile açıklanması mümkündür (Tablo 16). Bu ilişki Şekil 4'te gösterildi.



Şekil 3. Spiritüel İyi Oluşun Bakım Yükü Üzerindeki Etkisi

6.7. BAKIM YÜKÜNÜN DEPRESYON ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

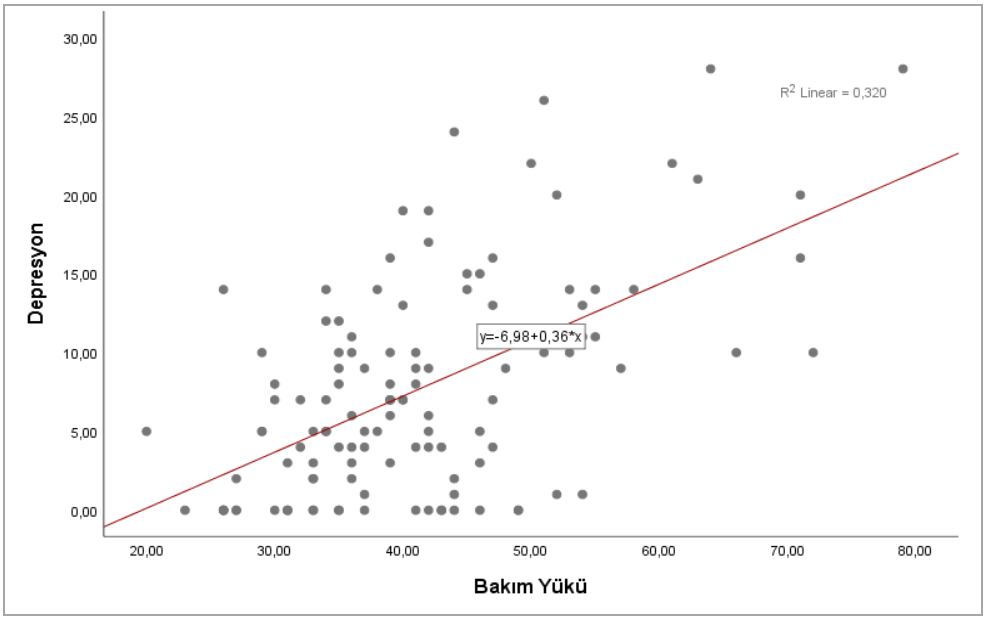
Tablo 17'de bakım yükünün depresyon üzerindeki etkisini tespit etmek amacıyla yapılan analizlerden elde edilen bulgular verildi.

Tablo 17. Bakım Yükünün Depresyon Üzerindeki Etkisi

	Standardize Olmayan Parametreler		Standardize Parametreler	t	p
	B	S. Hata	ß		
(Sabit)	-6,983	2,028		-3,444	0,001
Bakım Yükü	0,356	0,048	0,566	7,458	**0,000**

* Bağımlı değişken: Depresyon; F=55,626; p<0,05; r=0,566; r^2=0,320.

Tablo 17'de görüldüğü gibi akım yükü ve depresyon arasındaki regresyon eşitliği ŷ=-6,983+0,356x'dir. Bu bulguya göre bakım yükünün depresyon üzerinde pozitif ve anlamlı etkisi olduğu görülmektedir (F=55,626; p<0,05). Buna göre bakım yükünün 1 puan artması, depresyonun 0,356 puan artmasına neden olmaktadır (p<0,05). Ayrıca depresyonun %32'sinin (r^2=0,320) bakım yükü ile açıklanması mümkündür (Tablo 17). Bu ilişki Şekil 5'te de gösterildi.



Şekil 4. Bakım Yükünün Depresyon Üzerindeki Etkisi

6.8. SPİRİTÜEL İYİ OLUŞUN DEPRESYON ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

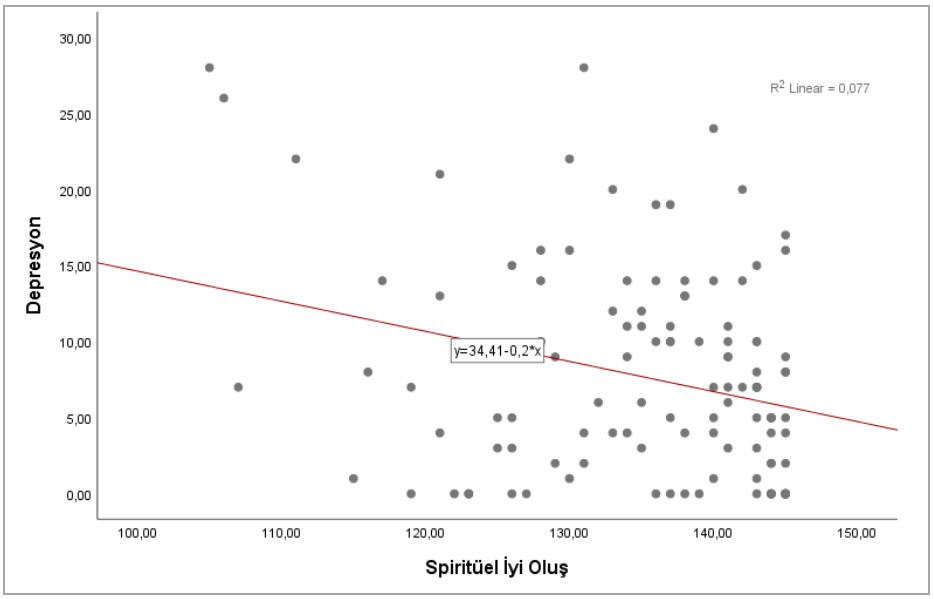
Tablo 18'de spiritüel iyi oluşun depresyon üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular verildi.

Tablo 18. Spiritüel İyi Oluşun Depresyon Üzerindeki Etkisi

	Standardize Olmayan Parametreler		Standardize Parametreler	t	p
	B	S. Hata	ß		
(Sabit)	34,408	8,539		4,029	0,000
Spiritüel İyi Oluş	-0,198	0,063	-0,278	-3,142	**0,002**

* Bağımlı değişken: Depresyon; F=9,874; p<0,05; r=0,278; r^2=0,077.

Tablo 18'de görüldüğü gibi spiritüel iyi oluş ve depresyon arasındaki regresyon eşitliği ŷ=34,408-0,198x olarak bulundu ve bu durum spiritüel iyi oluşun depresyon üzerinde negatif ve anlamlı etkisi olarak değerlendirildi (F=9,874; p<0,05). Buna göre spiritüel iyi oluşun 1 puan artması, depresyonun 0,198 puan azalmasına neden olmaktadır (p<0,05). Ayrıca depresyonun %7,7'sinin (r^2=0,077) spiritüel iyi oluş ile açıklanması mümkündür (Tablo 18). Bu ilişki Şekil 3'te de gösterildi.



Şekil 5. Spiritüel İyi Oluşun Depresyon Üzerindeki Etkisi

6.9. SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ VE DEPRESYONUN BAKIM YÜKÜ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Tablo 19'da spiritüel iyi oluş ve depresyonun bakım yükü üzerindeki etkisini tespit etmek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi bulguları verildi.

Tablo 19. Spiritüel İyi Oluş ve Depresyonun Bakım Yükü Üzerindeki Etkisi

	Standardize Olmayan Parametreler		Standardize Parametreler	t	p	VIF
	B	S. Hata	ß			
(Sabit)	70,512	12,034		5,859	0,000	
Spiritüel İyi Oluş	-0,262	0,087	-0,231	-3,029	**0,003**	1,084
Depresyon	0,799	0,122	0,502	6,567	**0,000**	1,084

* Bağımlı değişken: Bakım Yükü; F=34,325; p<0,05; r=0,608; Adj. r^2=0,359.

Tablo 19'da görüldüğü gibi spiritüel iyi oluş ve depresyonun bakım yükü üzerinde anlamlı bir etki oluşturmaktadır (F=34,325; p<0,05). Spiritüel iyi oluş ve depresyon, bakım yükünün %35,9'unu (r^2=0,359) açıklamaktadır.

Hem spiritüel iyi oluş hem depresyonun, bakım yükü üzerindeki etkileri anlamlıdır (p<0,05). Spiritüel iyi oluş puanının 1 puan artması ile bakım yükü puanı 0,262 puan azaldı. Depresyon puanının 1 puan artması ile bakım yükü puanı 0,799 puan artmakta idi (p<0,05). Ayrıca standardize Beta katsayıları (β) incelendiğinde depresyon ile bakım yükü arasında orta düzeyde (0,30<β<0,70) pozitif ilişkinin olduğu ve spiritüel iyi oluş ile bakım yükü arasında zayıf düzeydeki (β<0,30) negatif ilişkinin var olduğu görüldü. Diğer bir anlatım ile bakım yükü üzerindeki; depresyonun bakım yükünü arttıran olumsuz etkisi, spiritüel iyi oluşun bakım yükünü azaltan olumlu etkisinden daha güçlüdür.

Ancak Tablo 18'de görüldüğü üzere spiritüel iyi oluş ile bakım yükü arasındaki iki ilişkiye ait β=-0,371 değeri, ilişkiye depresyon dahil edildiğinde β=-0,231 olmuştur. Depresyon, spiritüel iyi oluşun bakım yükünü azaltan olumlu etkisinin

gücünü zayıflatmıştır. Dolayısıyla anlamsıza dönüştürmeyip gücü azaltması nedeniyle kısmi aracı değişken özelliği gösterdi.

7. TARTIŞMA

Pandemi sürecinde, palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel iyi oluş ve depresyon düzeylerinin bakım yüklerine etkisini araştırmak amacı ile yapılan bu araştırmaya Manisa Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde yatan toplam 120 hastanın bakım vericileri dahil edildi.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür eşliğinde aşağıdaki dört başlık altında tartışıldı.

- Bakım verenlerin bakım yükleri
- Bakım verenlerin spiritüel iyi oluş durumları
- Bakım verenlerin depresyon düzeyleri
- Bakım verenlerin spiritüel iyi oluş ve depresyon düzeylerinin bakım yüklerine etkisi

Literatürde farklı birimlerde yatan hastalara bakım verenlerin spiritüel iyi oluşları, depresyon düzeyleri ve bakım yükleri üzerine yapılmış ayrı ayrı çalışmalar bulunmaktadır. Pandemi sürecinde palyatif bakım biriminde yatan hastalara bakım verenlerin spiritüel iyi oluşlarının ve depresyon düzeylerinin bakım yüküne etkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmaması bu araştırmayı planlamada etkili oldu.

7.1. BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKLERİ

Araştırma sonucunda, palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin algıladıkları bakım yükü orta düzeyde bulundu. Benzer şekilde Küçükoğlu, 2019; Chafjiri ve ark, 2017; Okeke ve ark.,2020; Öner, 2012; Şahin, 2021; Yakut, 2019; Kol ve Karabulutlu, 2021 ve Wei ve ark, 2018 bakım verenlerin bakım yükü algılarını orta düzeyde bulmuştur. Bu araştırma sonucundan farklı olarak Budak (2019) bakım verenlerin bakım yükü algısını yüksek bulurken; Yurtseven, 2018; Papastavrou ve ark., 2012; Timur ve ark., 2021; Akkuş 2021 çalışmalarında bakım verenlerin bakım yükü algısının düşük olduğunu bulmuştur. Bu farklılıkların bakım vericilerin bireysel özelliklerinden ve hastaların hastalıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenler bakım yüklerini orta düzeyde algılıyor olsalar da; bakım verme özellikleri açısından bakım verenlerin oldukça ağır bakım yüküne sahip olduklarını söylemek mümkündür. Çünkü bakım verenlerin dörtte üçü, gününün en az 21 saati olmak üzere neredeyse tamamında bakım vermekte ve yaklaşık üçte ikisi kendisine en fazla 3 saat zaman ayırabilmekte idi. Benzer şekilde Egici ve ark. (2019), Öner (2012) ve Başdinç (2019) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun 24 saat bakım verdiklerini belirtmiştir. Bilgehan ve İnkaya (2021); bakım verenlerin 5 saatten fazla bakım verdiğini; Selçuk ve Avcı (2016), Budak (2019) çalışmasında bakım verilen sürenin günde 5 saatten az olduğunu belirtmiştir.

Çalışmada bakım vericilerin %95'i bakım verme konusunda profesyonel bir eğitim almamış ve %50'si herhangi bir akraba vb. yardımı da almamaktaydı. Ayrıca hasta bakımı vermeye başlamadan önce çalışan bakım vericilerin tamamı bakım verme sorumlulukları nedeniyle çalışma hayatında güçlük yaşadığını belirtti. Öner (2012) çalışmasında bakım verenlerin çoğunluğunun profesyonel bir eğitim almadığını; Bilgehan ve İnkaya (2021), Öner (2012) ve Başdinç (2019) çalışmasında bakım verenlerin bakım verme sürecinde destek aldığını belirtmiştir.

Çalışmada bakım verenin yaşı arttıkça bakım yükü de artış gösteriyordu. Altmış yaş ve üstü bakım verenler, en yüksek düzeyde bakım yükü algısına sahip iken; en düşük bakım yükü algısına 18-40 yaş grubu sahip idi. Yapılan bazı çalışmalarda bakım yükünün yaşa göre farklılık göstermediği saptanırken, bazı çalışmalarda gençler (Öner 2012; Ergh ve ark. 2003; Van den Heuvel 2001; Egici ve ark., 2019; Atagün ve ark., 2021; Başdinç, 2019; Bilgehan ve İnkaya, 2021), bazı çalışmalarda da yaşı daha ileri olanların bakım yükünü daha fazla hissettikleri belirtilmiştir (Shakya 2017; Türe ve ark., 2018; Selçuk ve Avcı, 2016; Garlo, 2010; Kaynar ve Vural, 2018). Yaşı daha ileri bireylerin kendilerinin bakıma ihtiyacı var iken başkasına bakıyor olmaları bakım yükünü daha fazla algılama nedeni olabileceği gibi, yine yaşı ileri bakım vericilerin genç bakım vericilere göre fiziksel performans açısından daha fazla zorlanmaları da bakım yükünü daha fazla algılamalarındaki diğer faktör olabilir.

Çalışmada kadın bakım vericilerin bakım yükü puanı erkek bakım vericilerin bakım yükü puanından fazla idi, fakat aralarında bir fark yoktu. Benzer olarak Egici ve ark. 2019, Öner 2012, Yıldırım ve ark. 2013, Küçükoğlu 2019, Yurtseven 2018, Öner 2012, Yakut, 2019 ve Zaybak ve ark. 2012 ve Karakaş 2017'da çalışmalarında kadın bakım vericilerin bakım yükü puanları yüksek olmasına rağmen bakım

verenlerin cinsiyetlerinin bakım yükünü etkilemede anlamlı bir farklılık yaratmadığını bulmuştur. Başdinç (2019) erkek bakım verenlerin bakım yükü puanlarının kadın bakım verenlere göre daha fazla olduğunu fakat aralarında anlamlı bir fark olmadığını bulmuştur. Kadınların bakım yükünü daha fazla algılamalarını, Türk toplumunda kadına yüklenen anne, eş, evlat, vs. gibi sorumlulukları hasta bakım sürecinde yerine getirememe kaygısı ile açıklamak mümkündür.

Araştırmada bakım verenlerin büyük çoğunluğu kadın bakım verenlerdi. Okeke ve ark (2020) inme geçirmiş kişilere bakım verenlerin; Türe ve ark. (2018) kronik hasta çocuklara bakım verenlerin çoğunun kadın olduğunu belirtmişlerdir. Bakım vericilerin çoğunun kadın olmasının nedeni, kültürel olarak kadınların toplum tarafından hasta bireye bakma sorumluluğunu kendi rolleri olarak kabul edecek şekilde yetiştirilmeleri ile ilişkili olabileceği yönündedir. Ain ve ark (2014) Pakistan'da inmeli hastalara bakım veren kişilerle yaptıkları çalışmasında bakım vericilerin çoğunluğunun erkek olmasında Pakistan'ın kültürel yapısının etkili olduğunu belirtmiştir.

Çalışmada bakım verilen toplam süre arttıkça bakım yükünün arttığı bulundu. Benzer şekilde Egici ve ark., 2019; Küçükoğlu, 2020; Yıldırım ve ark., 2013; Başdinç, 2019; Garlo ve ark.,2010 ve Kaplan, 2020 bakım verenin verdiği bakım süresi uzadıkça bakım yükü puanının arttığını bulmuşlardır. Bireylerin günün büyük bölümünü hasta bireyin bakımı ile geçirmeleri ve kendilerine zaman ayıramamaları, bunun sonucunda tükenme yaşamaları bakım yüklerini daha fazla algılarına neden olabilir.

7.2. BAKIM VERENLERİN SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ DURUMLARI

Araştırma sonucunda, palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel iyi oluşları çok yüksek düzeyde bulundu. Spiritüel iyi oluş açısından bakım verenlerin aşkınlık ve doğayla uyum özelliklerinin çok yüksek düzeyde olduğu belirlendi. Benzer çalışmalara bakıldığında Kaplan (2020) yaptığı çalışmasında evde yatağa bağımlı kişilere bakım verenlerin spritüel iyi oluşlarının orta seviyenin üzerinde, Karatay (2019), Akkuş ve ark. (2021), Kurtgöz (2019) ve Çalınık (2020) bakım verenlerin spiritüel iyi oluş durumlarının yüksek olduğu belirlemiştir. Rafati ve ark. (2019) hemodiyaliz hastalarına bakım verenlerle yaptıkları çalışmada spiritüel iyi oluş puanlarını orta düzeyde, Chafjiri ve ark (2017) inmeli yaşlı hastalarına bakım

verenlerin spiritüel iyi oluşlarını orta düzeyde algıladıklarını belirtmiştir. Spiritüel yönelimin bireyi; anlama, aşkınlığa, umuda ve sevgiye götürdüğü ifade edilmektedir. Spiritüel iyi oluş yaşam memnuniyeti, umut düzeyi gibi değişkenlerle yakından ilişkilidir. Bu değişkenlerin de bireyin psikolojik iyi oluşunu ve sorunlara karşı psikolojik dayanıklılığını arttıracağı düşünülmektedir. Spiritüellik içerisinde barındırdığı umut etme, anlam arayışında mücadele etme, değiştirmeye gücünün yetmediği şeylerde ise kendinden üst bir güce teslim olma bakış açılarından dolayı insanı pozitif duygu durumuna yönlendirir (Ekşi ve ark., 2019). Tüm bunlar bir arada değerlendirildiğinde palyatif bakım hastasına bakım veren bireylerin yaşadığı sıkıntılar ile birlikte spiritüeliteye yönelmeleri önemli bir başa çıkma mekanizmasıdır. Bunun sonucunda da spiritüel iyi oluşlarının yüksek olması beklendik bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmada bakım verenlerden 50-59 yaş arasındaki bakım vericilerin spiritüel iyi oluş puanları diğer gruplara göre daha yüksekti. Karatay (2019)'da çalışmasında 31-40 yaş arası bakım vericilerin spiritüel iyi oluş puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu, fakat aralarında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını belirtmiştir.

Bu araştırmada bakım verenlerin cinsiyetlerin ve bakım vereni yaşının spiritüel iyi oluş durumlarını etkilemediği bulunurken, bakım vericilerin bakım verdikleri sürenin spiritüel iyi oluş durumlarını etkilediği görüldü. Benzer şekilde Kaplan (2020) ve Karatay (2019) bakım verenin cinsiyetinin spiritüel iyi oluş durumlarını etkilemediğini saptarken; Akkuş ve ark. (2021) bakım vericilerin cinsiyetlerinin, bakım verilen sürenin spiritüel iyi oluş durumlarını anlamlı şekilde etkilediğini saptamışlardır. Bakım vericiler tarafından hastaya bakım verilen süre arttıkça spiritüel iyi oluş puanlarının artması, bu zorlu süreçte bakım veren kişilerin yaşamda anlamı bulma, kendini ve dünyayı anlama çabasını daha fazla yaşamalarının sonucu olabileceği şeklinde yorumlandı.

7.3. BAKIM VERENLERİN DEPRESYON DÜZEYLERİ

Araştırma sonucunda, palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin depresyon düzeyleri normal düzeyde bulundu. Gürbüz (2009) kronik böbrek yetmezliği tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin depresyon puanlarını yüksek bulmuştur. Diğer bazı çalışmalarda bakım verenlerin depresyon düzeyinin orta olduğu (Erdoğan,

2017), bazı çalışmalarda normal seviyede (Katende ve Nakimera, 2017; Ay ve ark., 2017; Yakut, 2019) olduğu, bazı çalışmalarda bakım verenlerin depresyon düzeylerinin minimal (Okeke ve ark., 2020; Varol, 2018) olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada bakım verenlerin algıladıkları depresyon düzeylerinin düşük olmasının bakım verenlerin maneviyat duygularına yönelmesi ve Türk aile yapısı gereği bakım vermenin zorunluluk olarak görüp bu durumu kabullenmesinden dolayı olduğu düşünülmektedir.

Kadın bakım vericilerin depresyon puanları erkek bakım vericilerin puanlarından daha yüksekti ve aradaki fark anlamlı idi. Katende ve Nakimera (2017) erkek bakıcıların kadın bakıcılara göre depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu ve bu durumda erkek bakıcıların sayısının kadın bakıcıların sayısından fazla olmasının etkili olabileceği belirtmiştir. Arevalo-Flores ve ark. (2012) paranoid şizofreni tanılı hastalara bakım verenlerle yaptıkları bir çalışmada kadın bakım vericilerde depresyon puanlarının erkek bireylerden daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Yine Gülseren ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada kadın bakım vericilerin depresyon puanlarını erkeklerden daha yüksek bulmuşlardır ve aralarındaki fark anlamlıdır. Genel popülasyonda da depresyon kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Bu duruma kadınlığa özgü hormonların ve kadınların kadın olmaktan dolayı yaşadıkları stresler neden olabileceği gibi, erkeklerin yaşadıkları depresyonu tanıyamadıkları ya da toplumsal rolleri nedeniyle depresyonla ilgili yakınmalarını ifade etmekten ve bunlar için çare aramaktan kaçınmaları neden olabilir.

Çalışmada 60 yaş ve üzerindekilerin depresyon puanları en yüksek bulunmasına rağmen bakım verenin yaşı ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Benzer şekilde Cengiz (2020), Erdoğan (2017) ve Yakut (2019) bakım verenlerin depresyon durumlarını incelediği çalışmasında yaş ile depresyon puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığını ifade etmişlerdir.

Çalışmada 4 aydan fazla süre ile bakım verenlerin depresyon puanları daha yüksekti ve aralarında anlamlı fark vardı. Bakım verilen sürenin artması ile bakım yükünün artması, artan bakım yükünün de bakım vericilerin depresyon yaşama olasılığını arttırması olasıdır. Bu çalışmadan farklı olarak Yakut (2019) çalışmasında bakım verilen sürenin bakım verenlerin depresyon düzeyini etkilemediğini saptamıştır.

7.4. BAKIM VERENLERİN SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BAKIM YÜKLERİNE ETKİSİ

Literatürde palyatif bakımda yatan hastalara bakım verenler ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Fakat spiritüel iyi oluş ve depresyon düzeylerinin bakım yükünü nasıl etkilediğinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada bakım yükü, spiritüel iyi oluş ve depresyon arasındaki ilişkiler incelendiğinde spiritüel iyi oluşun hem depresyon hem bakım yükü üzerinde etkili olduğu tespit edildi. Spiritüel iyi oluşun artması; depresyonun ve bakım yükünün azalmasına neden olurken; bakım yükünün artması, depresyonun artmasına neden olmaktadır.

Ayrıca bakım yükü ve depresyon arasındaki ilişki orta düzeyde bulundu. Dolayısıyla bakım yükünün artmasının önemli bir depresyon kaynağı olduğu söylenebilir. Nitekim bu araştırmada depresyon düzeyinin oldukça düşük düzeyde bulunmuş olması bakım yükünün orta düzeyde kalmasının bir sonucu olarak düşünülmektedir.

Hem spiritüel iyi oluş hem depresyonun, bakım yükü üzerindeki etkileri anlamlı bulundu. Bakım yükü puanı; spiritüel iyi oluş puanının artması ile azalmakta, depresyon puanının artması ile artmaktadır. Ayrıca bakım yükü ile depresyon arasındaki ilişki orta düzeyde, bakım yükü ile spiritüel iyi oluş arasındaki ilişki zayıf düzeydedir.

Chafjiri ve ark (2017) inmeli yaşlı hastalara bakım verenlerin spiritüel iyi oluş durumların artması ile bakım yüklerinin azaltılabileceğini, benzer şekilde Akkuş ve ark. (2021) ve Kaplan (2020) çalışmasında spiritüel iyi oluş ile bakım yükü arasında negatif ilişki olduğunu bakım verenlerin spiritüel iyi oluş puanlarının azalması ile depresyon puanlarının arttığını saptanmıştır.

Spurloc (2005) Alzheimer tanılı kişilere bakım verenlerin spiritüel iyi oluş durumları ve bakım yüklerini incelediği çalışmada, spiritüel iyi oluş ile bakım yükü arasında anlamlı negatif yönde ilişki saptanmıştır ve yüksek spiritüel iyi oluş puanını bakım verenlerin öz saygı yetersizliği, yalnızlık, ve umutsuzluk gibi faktörlerinden kaynaklandığını ifade etmiştir. Bu çalışmalardan farklı olarak Karatay (2019) tarafından kanser tanısı almış çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmada bakım vericilerin spiritüel iyi oluş durumları ile bakım veren yükü arasında anlamlı bir fark bulmamıştır.

Gonzalez ve ark. (2014), Rafeti ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada spiritüel iyi oluşu yüksek olan bireylerin depresyon düzeyinin daha az olduğunu belirtmiştir. Okeke ve ark (2020) bakım verenlerin bakım yükü ile depresyon arasında anlamlı ve pozitif yöne ilişki olduğunu, bakım yükü arttıkça depresyon düzeyinin de arttığını saptamıştır.

Gök Metin ve Helvacı (2020) kalp yetmezliği tanılı hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon, stres ve spiritüel iyilik hali durumlarını inceledikleri çalışmalarında, yaşam kalitesi arttıkça depresyon puanının azaldığı, spiritual iyi oluş puanının arttığı saptanmıştır.

Oğul ve ark. (2013) bakım verme süresi ve bakım yükü arttıkça bakım veren kişilerdeki depresyon ve anksiyete oranının da arttığını ve bakım verme süresi uzadıkça bakım vermekten dolayı meydana gelen gerginlik bakım veren kişide çeşitli sağlık sorunlarına neden olabildiği gibi depresyon hastalığı riskini de arttırabileceğini belirtmişlerdir. Yakut (2019) da aynı şekilde bakım yükü ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuştur. Varol (2018) yaptığı çalışmada bakım vericilerin eğitim sonrası bakım yüklerinin ve depresyon düzeylerinin düştüğünü, bakım vericilerin eğitim öncesi orta düzeyde olan yaşam doyumlarının eğitim sonrası yükseldiğini belirtmiştir.

Sonuç olarak bu çalışmada elde edilen bulgular birçok çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bulguların birçok çalışma ile benzerlik gösteriyor olmasından dolayı, bakım veren kişilerin spiritüel iyi oluş durumları, depresyon düzeyleri ve bakım yükü algılarının pandemi sürecinden etkilenmediğini düşünmek mümkündür.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. SONUÇLAR

Araştırmanın başlangıcında oluşturulan sorular aşağıdaki şekilde yanıt bulmuştur.

Araştırmanın sonuçları bakım vericilerin;

✓ Bakım yükü puan ortalamalarının 41,13±10,86 (Min:20-Max:79) ve bakım yükünün orta düzeyde olduğu,

✓ Spiritüel iyi oluş puan ortalamalarının 135,33±9,59 (Min:105-Max:145) puan ve spiritüel iyi oluş durumlarının çok yüksek düzeyde olduğu,

✓ Depresyon puan ortalamalarının 7,64±6,82 ile normal düzeyde olduğu,

✓ Spiritüel iyi oluşun bakım yükü üzerinde negatif ve anlamlı etkisi bulunduğu,

✓ Bakım yükünün depresyon üzerinde pozitif ve anlamlı etkisi olduğu,

✓ Spiritüel iyi oluşun depresyon üzerinde negatif ve anlamlı etkisi olduğu,

✓ Hem spiritüel iyi oluş hem depresyon düzeylerinin bakım yükü üzerinde etkisi olduğu; spiritüel iyi oluş durumunun bakım yükü üzerinde negatif yönde, depresyon düzeyinin ise pozitif yönde etki gösterdiği bulundu.

8.2. ÖNERILER

✓ Bakım verenlerin duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade edebilecekleri güven ortamlarının oluşturulması,

✓ Palyatif bakımda yatan hastaların bakım verenlerinin bakım yüklerini azaltmaya yönelik düzenli şekilde baş etme yöntemleri eğitimlerinin planlanması ve uygulanması,

✓ Palyatif bakımda çalışan sağlık çalışanlarının yatan hastaların bakımlarının tek bir kişi üzerinde yoğunlaştırılmayıp, diğer aile bireylerinin de eşit yük ve sorunluluğu paylaşacak şekilde yönlendirilmesinde yardımcı olması,

✓ Bakım verenlerin spiritüel durumlarının bakım yükünü negatif yönde etkilenmesinden dolayı bakım veren kişilerin spiritüel iyi oluş durumlarının sağlık personelleri tarafından desteklenmesi,

✓ Daha büyük örneklemler ve farklı hasta grupları ile benzer araştırmaların planlanması önerilir.

9.KAYNAKÇA

Adelman RD. ve ark. Caregiver burden: a clinical review. Journal Of The American Medical Association. 2014; 311(10): 1052–1060.

Ain UI. ve ark. Caregiver stress in stroke survivors: data from a tertiary care hospital – a cross section survey. BMC Psychology. 2014; 2: 49 -56

Akalın B. Palyatif bakım eğitimlerinin sürdürülebilirliği. IBAD. 2019; Özel Sayı: 432-440.

Akçakaya A. Palyatif bakım: Ülkemizde ve dünyada son durum. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi. 2020; 54: 46-51.

Akgün ŞZ. ve ark. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(2): 1-9.

Akkuş Y. ve ark. The efect of anxiety and spiritual well-being on the care burden of caregivers of cancer patients during the COVID-19 pandemic. Supportive Care in Cancer. 2021.

Aksakal H. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Yönelik Bakım Yeri Tercihi. Atılım Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2014.

Allender JA, Spradley BW. Clients in home health, hospice, and long-term settings. Community Health Nursing Concepts and Practice. Lippincott. 2001; 739-753.

Altınok Ü. Omurilik felçlilerde psikiyatrik semptomlar ve bakım veren yükü. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2010.

Amankwaa B. Caregiver Stress, Abnf Journal. 2017; 28 (4): 92-95.

Arevalo-Flores M. ve ark. Depressive symptoms in primary caregivers of patients diagnosed with paranoid schizophrenia attending at a psychiatric office of a general hospital in Lima, Peru. Vertex (Buenos Aires, Argentina). 2012;23(102):92-97.

Arkın S. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Anksiyete, Depresyon Ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik

Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir. 2017.

Aslan Y. Türkiye'de ve Dünya'da palyatif bakım modellerine genel bakış. Anadolu Güncel Tıp Dergisi. 2020; 2(1): 19-27.

Atagün Mİ. ve ark. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(3):513-540.

Awad AG, Voruganti LNP. The burden of schizophrenia on caregivers. Pharmacoeconomics.2008; 26(2): 149-162.

Ay S. ve ark. Yaşlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükleri ve Başa Çıkma Biçimleri ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Fam Pract Palliat Care. 2017; 2(3):38-44.

Ayakdaş Dağlı D. ve ark. Covıd-19 tanısı alan hasta ve ailesine psikososyal yaklaşımı. Izmir Katip Çelebi Ünıversity Faculty Of Health Science Journal. 2020; 5(2): 191-195.

Bağ B. Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi. 2012;27(3):142-149.

Balcıoğlu H. ve Ark. Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinin Türkçe' ye Uyarlanması ve Güvenilirliği, Ankara Med J. 2018; (2):219-23

Başdinç Ş. Palyatif Bakimda Yatan Hasta Yakinlarinin Bakim Verme Yükü Ve Psikososyal Gereksinimleri. Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Ruh Sağliği Ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dali. Yüksek Lisans Tezi. Istanbul. 2019.

Bauer JM, Sousa-Poza A. Impactsof informal caregiving on caregiver employment, health, and family. Journal of Population Ageing. 2015; 8(3): 113-145.

Bilen A. Palyatif Bakım. Toplum ve Hekim Dergisi. 2016; 31(1): 25-30.

Bilgehan T. İnkaya B. Palyatif hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 24(1): 51-58.

Budak S. Palyatif Bakım Alan Peg(Perkütan Endoskopik Gastrostomi) Ve Ng(Nazogastrik)' Li Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir. 2019.

Budak F. ve Korkmaz Ş. COVID-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi. 2020: 1; 62-79.

Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Pegem Akademi. Ankara.2011.

Carriere G. Seniors' use of home care. health reports.2006; 17(4): 43-47.

Carter P. Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. Oncology Nursing Forum. 2002; 1277-1283.

Cengiz T. Samsun Eğitim Ve Araştirma Hastanesi Palyatif Bakim Servisinde Yatan Hastalara Primer Bakim Verenlerde Depresyon Ve Uyku Kalitesi. Samsun Eğitim Ve Araştirma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi.Samsun.2020.

Chafjiri RT. ve ark. The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. Clinical Interventions in Aging. 2017;12 :453- 458.

Chou KR. Caregiver Burden: A Concept Analiysis, J Pediatr Nurs. 2000; 15(6): 398-407

Colello KJ. Family Caregiving to The Older Population: Background, Federal Programs, And Issues for Congress. Congressional Research Service. 2009.

Connor SR, Bermedo MCS.Global Atlas of Palliative Care at The End of Life, Worldwide Palliative Care Alliance (Wpca): World Health Organization. 2014.

Çalınık G. Çocukları İmmün Yetmezlik Tanısı İle Hastanede Yatan Annelerde Spiritüel İyi Oluşun Anksiyete Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir. 2020.

Çınar F. Aslan Eti F. Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. G.O.P. Taksim E.A.H. Jaren. 2017; 1(1): 37-42.

Deeken JF ve ark. Care for the caregivers: a review self-report ıntruments developed to measure the burden. needs, and quality of life of informal caregivers. Journal of Pain and Symptom Management. 2003; 26(4): 922-953.

Denizli İl Sağlık Müdürlüğü. Https://Denizlidh.Saglik.Gov.Tr/Tr,211920/Palyatif-Bakim-Merkezi.Html.2021. Erişim Tarihi:13.02.2021.

Dew MA ve ark. Onset, Timing and risk for depression and anxiety in family caregivers to heart transplant recipients. Psychological Medicine. 2004; 34: 1065–1082.

Egici ve ark. Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. Jaren.2019; 5(2): 123-131.

Ekşi H. Kardaş S. Spiritual well-being: scale development and validation. Spiritual Psychology and Counseling. 2017; 2: 73-88.

Ekşi H. ve ark. Öğretmen Adaylarının Spiritüel İyi Oluş İle Yaşamda Anlam Değişkenlerinin Psikolojik Dayanıklılığı Yordaması: Bir Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Denemesi. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2019; 27(4): 1965-1704.

Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi. 2012; 54(3): 29-334.

Erdil F. Şenol Çelik S. Yaşlının Evde Bakımı, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Gebam Yayınları. 2007.

Erdoğan R. Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Anksiyete, Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Bakımından İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2017.

Ergh TC. ve ark. Socialsupport moderates caregiver life satisfaction following traumatic brain injury. J Clin Exp Neuropsychol. 2003; 25(8): 1090-1010.

Eser U. Palyatif bakım. Https://usakeah.saglik.gov.tr/TR,377410/13-ekim-quotdunya-palyatif-bakim-gunuquot.html. Erişim Tarihi:13.02.2021.

Fehring RJ. ve ark. Spiritual well being, religiosity, hope, depression and other mood states in elderly people coping with cancer. Oncology Nursing Forum. 1997; 24:663– 671.

Garlo K. ve ark. Burden in caregivers of older adults with advenced ıllness. Journal Of The Amerikan Geriatrics Society. 2010; 58(12): 2315-2322.

George D. Mallery M. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.), Pearson: Boston. 2010.

Ghane G. ve ark. Effectiveness of problem- focused coping strategies on the burden on caregivers of hemodialysis patients. Nursing and Midwifery Studies. 2016.

Gonzalez P. ve ark. Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors, supportive care in cancer. 2014; 22(9): 2393–2400.

Gök Metin Z. Helvacı A. The Correlation Between Quality of Life, Depression, Anxiety, Stress, and Spiritual Well-Being in Patients with Heart Failure and Family Caregivers. Turk J Cardiovasc Nurs 2020;11(25):60–70.

Gül F. İnsan-doğa ilişkisi bağlamında çevre sorunları ve felsefe. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2013; 14: 17-21.

Gülseren L. ve ark. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. Turk Psikiyatri Derg. 2010;21:203-12.

Gürbüz D. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocukların Ebeveynlerinin Depresyon Düzeyleri Ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri. 2009.

Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji dergisi. 1989; 7(23): 3-13.

Işıkhan V. Onkoloji alanında bakım verenlerin tükenmişliği. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 2006; 17(2): 7-24.

Işıkhan V. Kurumda çalışan yaşlı bakım elemanlarının bakım yükünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2018; 29(1): 1-26.

İnci FH ve ark., İnmeli hastaya bakım verenlerin bakım yüklü yönelik kanıta dayalı uygulamalar. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi-Özel Konular. 2017; 3(1): 46-51.

Jones SL. The association between objective and subjective caregiver burden. Arch Psychiatric Nurs. 1996; 10(2): 77-84.

Kalınkara V. ve Kalaycı I. Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2017: 10(2); 19-39.

Kanel RV ve ark. Refining caregiver vulnerability for clinical practice: determinants of self-rated health in spousal dementia caregivers. Bmc Geriatrics. 2019.

Kaplan E. Evde Yatağa Bağımlı Hastaya Bakım Veren Bireylerde Bakım Yükü Ve Spiritüel İyi Oluş İlişkisi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2020.

Karakaya C. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Karabük Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2020.

Karasu F. Spritüalite ve palyatif bakım. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.2020; 7(2): 231-234.

Karakaş N. Malatya'da Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükü İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Malatya. 2017.

Karatay S. Kanser Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinde Spiritüel İyi Oluş, Bakım Yükü Ve Konfor İlişkisi Ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir. 2019.

Kasuya RT ve ark. Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians. Postgraduate Medicine. 2000; 108(7): 119-123.

Kavşur Z. Sevimli E. Türkiye'deki palyatif bakım hizmetlerinin bazı gelişmiş ülkeler ile karşılaştırılması. USBAD. 2020; 2(4): 715-730.

Katenda G. Nakimera L. Prevalence and correlates of anxiety and depression among family carers of cancer patients in a cancer care and treatment facility in Uganda: a cross-sectional study. African Health Sciences. 2017; 17 (3).

Kaya M. Klasik Sosyolojik perspektifte modernleşme tartışmaları. Birey ve Toplum Dergisi. 2012; 2(4): 111-132.

Kaya O. İnme Hastalarına Bakım Verenlerin Anksiyete, Depresyon, Umutsuzluk, Uyku Kalitesi Ve Bakım Yükü Düzeyleri Üzerine Aktif Rehabilitasyon Sürecinin Etkilerinin İncelenmesi. Ankara Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara.2019.

Kaynar G. Vural F. Kolorektal Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Turk J Colorectal Dis. 2018;28:164-171.

Keefe J .Supporting Caregivers And Caregivingin An Aging Canada. Irpp Study. 2011.

Kol R. Karabulutlu E. Kronik Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi. Kocaeli Med J. 2021;10(1):119-127.

Kula S. Çakar B. Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisi bağlamında toplumda bireylerin güvenlik algısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi. 2015; 6(12): 191-210.

Kurtgöz A. Palyatif Bakım Hastalarının Yakınlarına Uygulanan Hemşirelik Bakımının Spiritüel İyilik Hali Ve Umut Üzerine Etkisi Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Samsun. 2019.

Küçükoğlu E. Kemortapi Alan Hastların Bakım Verenlerinin Karşılanmamış Gereksinimleri, Bakım Yükü, Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2019.

Kwok T ve ark. Telephone-Delivered psychoeducational intervention for Hong Kong Chinese dementia caregivers: a single-blinded randomized controlled trail. Clin Interv Aging. 2013; 8: 1191-7.

Lavy V ve ark. Help The Hospices, Londra: Hospice Uk, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Palliative Care Works. 2016.

Lin PC. Lu CM. Hip Fracture: Family Caregivers' Burden And Related Factors For Older People İn Taiwan, Journal Of Clinical Nursing. 2005; 14: 719–726.

Lynch T. ve ark. Mapping levels of palliative care development: A global update. Journal Of Pain And Symptom Management. 2013; 45(6):1094-1106.

Meghani SH. A concept analysis of palliative care in The United States. J. Adv. Nurs. 2004; 46(2): 152-161.

Midilli TS. ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin manevi bakıma ilişkin görüş ve uygulamaları. Journal of Human Sciences. 2017; 14(1): 666-667.

Milligan S. Perceptions of spiritual care among nurses undertaking post registration education. International Journal of Palliative Nursing. 2004; 10(4): 162-171.

Mollaoğlu M. ve ark. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2011; 4(3): 125-130.

Montgomery RJV. ve ark. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations. 1985; 34: 19-26.

Morimoto T. ve ark. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. Age and Ageing 2003; 32: 218–223.

Morrison S. Models of palliative care delivery in the United States. Curr Opin Support Palliat Care 2013; 7: 201-6.

Narayanasamy A. Owens JA. Critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. Journal of Advanced Nursing. 2001; 33(4): 446-455.

Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. British Journal of Nursing. 2002; 11(22): 1461.

National Alliance for Caregiving and American Association of Retired Persons, Caregiving İn The U.S.: Findings from A National Survey. Nacand Aarp: Usa. 2004.

National Caregiving Foundation. Https:/ http://caregivingfoundation.org Erişim Tarihi: 13.07.20201.

NHS.Https://www.nhs.uk/translationturkish/Documents/Depression_Turkish_FINAL.pdf Erişim Tarihi:13.07.2021.

Okeke PC. ve ark. Care Burden Correlates with Depression among Informal Caregivers of Stroke Patients: A Cross Sectional Study in Lagos. Nigeria. International Journal of Caring Sciences. 2020; 13 (2): 1402-1410.

Oğul Ö. ve ark. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Görülen Bakım Yükü, Anksiyete ve Depresyon Durumunun İncelenmesi. Journal of occupational therapy and rehabilitation. 2013; 1(2): 136-137.

Ormsby A, Harrington A. The spiritual dimensions of care in military nursing practice. International Journal of Nursing Practice. 2003; 9: 321-327.

Ökszüoğlu S. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Depresyon ve Tükenmişlik Durumunun Bakım Süresi İle Olan İlişkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi. İzmir. 2018.

Öner Ö. Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Elazığ. 2012.

Ören N. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2016.

Özçelik H. ve ark. Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu.2010.

Özdemir F. ve ark. Psychosocial problems of family caregivers of palliative care patients and their spiritual coping styles. Perspect Psychiatr Care. 2020; 1–6.

Öztelli S. ve ark. Covıd-19 hastalarının tedavi süresince hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri üzerine nitel bir araştırma. Econharran Harran Üniversitesi İİBF Dergisi. 2021: 5 (8); 35-48.

Palliative Care Curriculum for Undergraduates (PCC4U). Who Needs Palliative Care?.Http://Www.Pcc4u.Org/Learning-Modules/Core-Modules/Module-1-Principles/2-Caring/Activity-8-Who-Needs-Palliative-Care/#. 2018; Erişim Tarihi: 13.02.2021.

Pang FC. ve ark. Effect of neuropsychiatric symptoms of alzheimer's disease on Chinese and American caregivers. International Journal of Geriatr Psychiatri. 2002; 17(1): 29-34.

Papastavrou E. ve Ark. The Burdensome and Depressive Experience of Caring: What Cancer, Schizophrenia, and Alzheimer's Disease Caregivers Have in Common. Cancer Nursing. 2012; 35(3):187- 194.

Phenwan T. ve ark. The meaning of spirituality and spiritual well-being among Thai breast cancer patients. University of Dundee. 2019; 25(1): 119-123.

Pınar EŞ. Tel H. Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği. 2012; 3(2): 86-90.

Pınar EŞ. Tel H. Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Journal of Psychiatric Nursing. 2013; 4(3): 148-150.

Pinquart M. Sörensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. Journal Of Gerontology: Psychological Sciences. 2003; 58b (2): 112–128.

Rafeti F. ve ark. Caregiver Burden and Spiritual Well-being in Caregivers of Hemodialysis Patients. Journal of Religion and Health. 2019.

Rha SY. ve ark. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. European Journal Of Oncology Nursing. 2015; 19 (4): 376-382.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Https://Khgmsaglikhizmetleridb.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/2817/0/Palyatif-Bakim-Hizmetleri-Yonergesipdf.Pdf. Erişim Tarihi:13.02.2021.

Sales E. Family burden and quality of life. Quality Of Life Research. 2003; 33-41.

Sarı D. ve ark. Kanser hastalarına bakım veren yakınların uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2010; 1(26): 1-10.

Sarıçam H, Biçer B. Affedicilik üzerinde ahlaki değer ve öz-anlayışın açıklayıcı rolü. Gefad / Gujgef.2015; 35(1): 109-122.

Selçuk KT, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016; 7(1): 1-9.

Shakya D. ve ark. Burden and depression among caregivers of hemodialyis patients. Palliat med care. 2017; 4(1): 1-6.

Shank-Mcelroy HA, Strobino J. Male caregivers of supouses with alzheimer's disease: risk factors and health status. American Journal of Alzheimer's Disease And Other Dementias. 2001; 16(3): 167-175.

Spurlock WR. Spiritual Well-Being And Caregiver Burden İn Alzheimer's Caregivers, Geriatric Nursing. 2005; 26 (3): 154-161.

Stajduhar KI. ve ark. Bereaved family members' assessments of the quality of end-of-life care: what is important?. J. Palliat Care. 2012; 27(4): 261–269.

Strang S. ve ark. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. Journal Of Clinical Nursing. 2002; 11: 48-57.

Şahin ZA. ve ark. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(2): 1-8.

Şahin G. Palyatif Bakim Hastalarina Evde Bakimverenlerin Bakim Yükünün Sağlikalgisina Etkisi. İnönü Üniversitesi SAğlık BİlimleriEnstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Malatya. 2021.

Tabachnick BG. Fidell LS. Using multivariate statistics (6th ed). Boston: Allyn & Bacon. 2013.

Temel M. Kutlu F. Depresyon tanılı bir hastada fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli temelinde bir bakım planı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2019; 27(1): 91-103.

Timur Ö. ve ark. Burden, quality of life and coping strategies of palliative care patients' caregivers. Ege Journal of Medicine. 2021; 60 (Supplement): 1-9.

Topkaya Ö. Kanser Hastalarının Palytaif Bakım Gereksinimleri İle Hasta ve Ailelerinin Playatif Bakıma İlişkin Bilgi Ve Beklentilerinin İncelenmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2018.

Toseland RW. ve ark. Family caregivers of the frail elderly, Handbook Of Social Work Practice With Vulnerable And Resilent Populations (Gitterman, A. Eds), Columbia University Press. Newyork. 2001; 548-581.

Tuna M. Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.2010; 17(1): 41-52.

Turgay G. Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2010.

Türk Dil Kurumu. Türkçe Sözlük. Ankara: TDK Yayınları; 2005.

Türe E. ve ark. Kronik hasta çocuklara bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirilmesi. Bozok Tıp Dergisi. 2018; 8(3): 46-53.

Tsuneto S. Past, present, and future of palliative care in Japan. Jpn J Clin Oncol. 2013;43(1)17 – 21.

Uslu F. Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye'de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. Cumhuriyet hemşirelik dergisi. 2015; 4(2): 81-90.

Utlu G. Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisinde Narkotik Anerjezik Kullanımı. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir, 2015.

Uysal N. ve ark. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne Etkisi. Ağrı. 2015; 27(2): 104-110.

Who, Who Definition Of Palliative Care; 2018.

Türk Dil Kurumu Web Sitesi Büyük Türkçe Sözlük. Https://Sozluk.Gov.Tr/. Erişim Tarihi: 13.02.2021.

Wei L. ve ark. Quality of life and care burden in primary caregivers of liver transplantation recipients in China. Medicine. 2018;97(24):10993.

Wright M. ve ark. Mapping levels of palliative care development: a global view. Journal Of Pain And Symptom Management. 2008; 5(35): 469-485.

Van Den Heuvel ET. Ve ark. Risk factors for burn out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. Clin Rehabil. 2001; 15(6): 669-77.

Varol E. Kanser Hastası Olan Çocukların Bakım Vericilerine Evde Yapılan Eğitimin Bakım Yükü Depresyon Ve Yaşam Doyumuna Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Erzurum. 2018.

Yakut B. Palyatif Bakım Merkezinde Yatan Hastalara Bakım Verenlerin Anksiyete, Depresyon Ve Bakım Yüklerinin Değerlendirilmesi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Diyarbakır. 2019.

Yazgan E. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç Ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Ankara üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2014.

Yeşil T. Kronik Hastalığı Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Isparta. 2016.

Yıldırım S. ve ark. İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. Nöropsikiyatri Aşivi.2013; 50: 169-174.

Yıldırım N. ve ark. Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk İletişim Dergisi. 2017; 14: 217-231.

Yılmaz H. Bipolar Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarında Bakım Yükü, Depresyon ve İlişkili Faktörler. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi. Aydın. 2019.

Yurtseven İ. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin, Bakım Yükü Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2018.

Zaybak A. ve ark. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15: 1.

10.EKLER…

EK-1. HASTA VE BAKIM VEREN KİŞİ VERİ TOPLAMA FORMU

Değerli Hasta Yakını;

Bu çalışma, Pandemi sürecinde Palyatif Ünitesiinde yatan hastalara bakım veren kişilerin spiritüel iyi oluş ve depresyon düzelerinin bakım yüküne etkisini değerlendirilmesi amacıyla planlandı. Bu formu doldurmak yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Lütfen size en yakın olan seçeneği işaretleyiniz. Soruları boş bırakmamaya özen gösteriniz. Verilen bilgiler ve cevaplar gizli tutulacaktır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Ayşe DURACAK

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

HASTA İLE İLGİLİ BİLGİLER

1.Yaş……

2.Cinsiyet

□ Kadın □Erkek

3.Hastaneye yatış tanısı .....

4.Ne kadar süredir bu tanıya sahip……Ay ……Yıl

5.Hastanın sosyal güvencesi var mı? Varsa ne olduğunu yazınız.

□ Evet…… □ Hayır

6.Hastanın Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) İndeksi puanı (Araştırmacı tarafından KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksine göre doldurulacak) .....

7.(Hasta İndeks sonucunda bağımlı olarak saptanırsa sorulacak) Ne kadar süredir bu düzeyde bağımlı …… Ay …….Yıl

8.Hastanız son 6 ay içinde Covid-19 tanısı aldı mı?

□ Evet □Hayır

BAKIM VERENLE İLGİLİ BİLGİLER

9.Yaşınız……

10.Cinsiyetiniz

□ Kadın □Erkek

11.Çalışıyor musunuz? (Çalışmıyorsanız 14. soruya geçiniz)

□ Evet □ Hayır

12.Çalışıyor iseniz mesleğiniz nedir?.....

13.Pandemi sürecinde bakım vermeniz nedeniyle çalışma hayatınızda güçlük yaşıyor musunuz?

□ Evet □ Hayır

14.Eğitim durumunuz nedir?

□ Okur-yazar değilim □ Okur- yazar

□ İlkokul-ortaokul mezunu □ Lise mezunu □ Üniversite veya üzeri mezunu

15.Bakım verdiğiniz kişiyle yakınlık dereceniz nedir?

□ Eşi □Oğlu □ Kızı □Annesi □Babası □Diğer……

16.Sosyal güvenceniz var mı? Varsa yazınız.

□ Evet…….. □ Hayır

17.Ne kadar süredir hastaya bakım veriyorsunuz? ..... Ay …….. Yıl

18.Hastanın bakımı için günde ne kadar zaman harcıyorsunuz? …….Saat

19.Pandemi sürecinde hastaya sizden başka bakım veren var mı?

□ Var ise kim…….. □ Yok

20.Hastaya bakım verirken gün içerisinde kendinize zaman ayırabiliyor musunuz?

□ Evet ……Saat □ Hayır

21.Bakım verme ile ilgili daha önce profesyonel bir eğitim aldınız mı?

□ Evet □ Hayır

22.Pandemi sürecinde hastanız için sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşadınız mı?

□ Evet (…….) □ Hayır

23.Son 6 ay içinde Covid-19 tanısı aldınız mı?

□ Evet □ Hayır

EK-2. KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ (GYA)

	0 puan Bağımlı	**1 puan Bağımsız**
Banyo yapma (Kendi kendine banyo yapabilme ya da vücudun bir bölümünü yıkayabilme)		
Giyinme (Elbiselerini dolabından veya çekmeceden alabilme ve elbise ve diğer giysilerini tamamıyla ilikleyerek giyebilme)		
Tuvalet (Yardım almadan; tuvalete gidebilme, genital bölgeyi temizleyebilme)		
Hareket yeteneği (Yataktan kalkabilme ya da sandalyeye yardım almadan oturabilme)		
İdrar ve gaita kontrolü (Bağırsak ve mesane fonksiyonlarına hâkim olabilme)		
Beslenme (Yemeği tabağından alıp ağzına götürebilme)		

EK-3. SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ (SİOÖ)

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra size en uygun olanı işaretleyiniz. Her ifadeye mutlaka tek yanıt veriniz.	Bana Hiç Uygun Değil	Bana Uygun Değil	Bana Biraz Uygun	Bana Oldukça Uygun	Bana Tamamen Uygun
1) İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	1	2	3	4	5
2) Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
3) Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim.	1	2	3	4	5
4) Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissederim.	1	2	3	4	5
5) Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım	1	2	3	4	5

6)	Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm	1	2	3	4	5
7)	Hayatımda büyük bir boşluk var.	1	2	3	4	5
8)	Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	1	2	3	4	5
9)	Allah'ın beni sevdiğine ve önemsediğine inanırım.	1	2	3	4	5
10)	Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.	1	2	3	4	5
11)	Hayattan zevk almam.	1	2	3	4	5
12)	Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissederim.	1	2	3	4	5
13)	Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	1	2	3	4	5
14)	Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	1	2	3	4	5
15)	Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.	1	2	3	4	5
16)	Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
17)	İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.	1	2	3	4	5
18)	Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
19)	Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	1	2	3	4	5
20)	Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekkür ederim).	1	2	3	4	5
21)	İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü arttırır.	1	2	3	4	5
22)	Doğayla uyum içinde yaşarım .	1	2	3	4	5
23)	Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissederim.	1	2	3	4	5
24)	İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	1	2	3	4	5
25)	Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	1	2	3	4	5
26)	Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
27)	Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.	1	2	3	4	5
28)	Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
29)	Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	1	2	3	4	5

EK-4. BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, bakım verme süreci içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Yardımlarınız için teşekkürler.

1	a. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum. b. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. c. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. d. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2	a. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim. b. Gelecek hakkında karamsarım. c. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok. d. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3	a. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum. b. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum. c. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. d. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4	a. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. b. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum. c. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. d. Her şeyden sıkılıyorum.
5	a. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum. b. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. c. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. d. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6	a. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor. b. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum. c. Cezalandırılmayı bekliyorum. d. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7	a. Kendimden memnunum. b. Kendi kendimden pek memnun değilim. c. Kendime çok kızıyorum. d. Kendimden nefret ediyorum.
8	a. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. b. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm. c. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum. d. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
9	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. b. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum. c. Kendimi öldürmek isterdim. d. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10	a. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor. b. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor. c. Çoğu zaman ağlıyorum. d. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11	a. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim. b. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum. c. Şimdi hep sinirliyim. d. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
12	a. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim. b. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum. c. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim. d. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
13	a. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum. b. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. c. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum. d. Artık hiç karar veremiyorum.
14	a. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum. b. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor. c. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum. d. Kendimi çok çirkin buluyorum.
15	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. b. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor. c. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor. d. Hiçbir şey yapamıyorum.
16	a. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum. b. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum. c. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum. d. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17	a. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum. b. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum. c. Yaptığım her şey beni yoruyor. d. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18	a. İştahım her zamanki gibi. b. İştahım her zamanki kadar iyi değil. c. İştahım çok azaldı. d. Artık hiç iştahım yok.
19	a. Son zamanlarda kilo vermedim. b. İki kilodan fazla kilo verdim. c. Dört kilodan fazla kilo verdim. d. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
20	a. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor. b. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor. c. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor. d. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21	a. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim. b. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim. c. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim. d. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek-5. Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (ZBYÖ)

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

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

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

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

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

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

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

4.Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

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

5.Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

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

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

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

7. Geleceğin yakınınıza getirecebileceklerinden korkuyor musunuz?

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

8.Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

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

9.Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

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

10.Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz?

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

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

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

12.Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

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

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

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

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

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

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

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

16.Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

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

17.Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

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

18.Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

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

19.Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

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

20.Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

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

21.Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

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

22.Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK-6. TEZ İNTİHAL PROGRAMI RAPORU

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanlığı'na

Tez Adı:
Pandemi Sürecinde Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerin Spiritüel İyi Oluş Ve Depresyon Düzeylerinin Bakım Yüklerine Etkisi

Tezime ilişkin 21/ 09 / 2021 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 15 'tir.

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

Tarih ve İmza

[redacted]

Adı Soyadı : Ayşe DURACAK
Öğrenci No : 191368001
Anabilim Dalı :Hemşirelik Anabilim Dalı
Programı :Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
(Unvan, Ad Soyad, İmza)
Dep.Dr. Dilek ÖZMEN

[redacted]

Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN intihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan Tez Danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığında görevlendirilen kütüphaneler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 100'den az olan tezler için Tez sorumlusundan önce ve Geçerli olması durumunda Düzeltmelerden sonra alınalı üzere 2 kez TÇOR alınır.(100 sayfadan fazla olan tezler 100 ve katları şeklinde ödünemeli Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda Benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin Dekan Tarafından, Kütüphane web sayfasında Bulunan Turnitin kullanım klavuzlarının alınması sağlanır.)

3-TÇOR, Tezin içindeki Kapak Sayfası, Beyan, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan tezimin tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Seçildi (Seçilmedi) ilkini olarak Tez Sahibinin Tezinin, Yazar Adı (Ayşe Nur) olarak Öğrencinin adı, Yazar Soyadı (Duracak) olarak Öğrencinin soyadı Dilgisi seçilir.

4- TURNITIN intihal Tespit programına yüklenen Dosyanın hariç tutma seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: • Kaynakça Hariç, • Alıntılar Hariç, • 2 kelimeden daha az örtüşmeyenleri metin bulmları Hariç (Limit seçildi, ancak ile 2 yazılır)

5-Bütün bu işlemler tamamlandıktan sonra "Gönderi yüzeye gönder" seçeneği mutlaka ORİJİ YOK şeklinde yapılmalıdır, aksi durumda sonuç ilgili tez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacağından ve Dekandan tez alınalı yeniden sonuç gerekmektedir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde oluşabilecek son alınalı Tezlilen "Benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan Dosyanın "Toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "Tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"na işlenir.

7- Benzerlik oranında Tüm sorumluluk Öğrenciye aittir.

8-Tez sonuçlama sınavı sonrasında Geçerli Oluşan Öğrenci, Tez sonuçlama sınavı Tarihi sonrasında Tezde yapılmış mutlaka Değişiklikleri içeren Dosya halinde alınmış ilkini Bir intihal raporundaki Bilgiler kullanılarak Yazarlarınız ve Tez Danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ilkini Bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.html

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Ayşe	**Soyadı**	Duracak

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum Adı	**Mezuniyet Yılı**
Yüksek Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Hizmetlerinde İletişim Tezsiz Yüksek Lisans	2021
Lisans	GATA Hemşirelik Yüksekokulu	2013
Lise	Manisa Cumhuriyet Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl – Yıl)**
Stajer Hemşire	İstanbul Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi	2013-2014
Servis Hemşiresi	İstanbul Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi	2014-2016
Servis Hemşiresi	İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2016-2018
Servis Hemşiresi	Manisa Devlet Hastanesi	2018-2018
Servis Hemşiresi	Manisa Şehir Hastanesi	2018-Halen

Yabancı Diller

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	Orta

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point,…….)	Çok İyi
SPSS	Orta