



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PALYATİF BAKIM ANA BİLİM DALI

PALYATİF BAKIM YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PALYATİF BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN HASTA
YAKINLARININ ANKSİYETE, DEPRESYON VE PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sibel TOK

Danışman: Prof. Dr. Mustafa SÜREN

TOKAT- 2023

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Prof. Dr. Mustafa SÜREN danışmanlığında hazırlamış olduğum “Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Hasta Yakınlarının Anksiyete, Depresyon ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin İncelenmesi” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

...../...../.....

Sibel TOK

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmamın araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda katkılarını esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Mustafa SÜREN'e, Prof. Dr. İsmail Okan'a, Palyatif Bakım Ünitesi Sorumlu Hekimi Doç. Dr. Nagihan YILDIZ ÇELTEK'e ve Palyatif Bakım Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında eğitim vermekte olan tüm hocalarıma ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi çalışanlarına saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemde sonsuz pay sahibi olan canım aileme emekleri ve onlarla geçirdiğim her gün için çok teşekkür eder ve çalışmamı onlara ithaf ederim.

Sibel TOK

ÖZET

PALYATİF BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN HASTA YAKINLARININ ANKSİYETE, DEPRESYON VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Tok, Sibel

Yüksek Lisans, Palyatif Bakım Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa SÜREN

Ocak 2023, xii+ 98 sayfa

Bu çalışmada palyatif bakım tedavisi alan hastalara bakım veren hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleriyle depresyon, anksiyete ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin çeşitli yönleriyle araştırılması amaçlandı. Çalışmanın evrenini Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Palyatif Bakım merkezinde yatarak veya ayaktan palyatif bakım tedavisi alan hastaların %73,3 ü kadın ve %26,7'si erkek olmak üzere toplam 116 yakını oluşturmaktadır. Çalışmamızın amacı doğrultusunda katılımcılara Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Kısa Psikolojik Sağlamlık ölçekleri ve 18 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science) programı kullanılmıştır. Nitel verilerin değerlendirilmesinde sayı (S) ve yüzde (%) değerleri hesaplandı. Elde edilen veriler Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendiğinde verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiş olup verilerin analizinde parametrik olmayan testler (Mann-Whitney U- Kruskal-Wallis H) tercih edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre palyatif bakım alan hastalara bakım veren hasta yakınlarının %59,5'inde (hafif, orta, şiddetli) anksiyete, %75,9'unda (hafif, orta, ağır) depresyon olduğu tespit edildi. Psikolojik sağlamlık puanları orta dereceye yakın olduğu göz önüne alındığında hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri için olumlu veya olumsuz bir fark bulunamadı. Kadın olmak, evli olmak, hastanın eşi olmak, düşük eğitim düzeyine ve gelir durumuna sahip olmak, bakım süresinin uzun olması, herhangi bir hastalığa sahip olmak, bakım verilen hastaların bağımlılıklarının yüksek olması hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon puanlarını artırdığı psikolojik sağlamlık puanlarını düşürdüğü görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Depresyon, Anksiyete, Psikolojik sağlamlık, Hasta yakınları.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF ANXIETY, DEPRESSION AND PSYCHOLOGICAL STRENGTH OF THE RELATIVES OF PATIENTS CARE FOR PALLIATIVE CARE PATIENTS

Tok, Sibel

Degree, Palliative Care Department

Thesis Advisor: Prof. Dr. Mustafa SÜREN

January 2023, xii+ 98 pages

In this study, it was aimed to investigate the relationship between sociodemographic characteristics of caregivers of patients receiving palliative care treatment and depression, anxiety and psychological resilience in various aspects. The population of this study consists of a total of 116 patient relatives, 73.3% female and 26.7% male, who received inpatient or outpatient palliative care treatment in Tokat Gaziosmanpaşa University Faculty of Medicine Palliative Care Center. In line with the purpose of our study, Beck Anxiety, Beck Depression, Brief Psychological Resilience scales and a sociodemographic data form consisting of 18 questions were applied to the participants. SPSS (Statistical Package for Social Science) program was used in the statistical analysis of the data. In the evaluation of qualitative data, number (S) and percentage (%) values were calculated. When the data obtained were analyzed with the Kolmogorov-Smirnov test, it was determined that the data did not show normal distribution, and non-parametric tests (Mann-Whitney U-Kruskal-Wallis H) were preferred in the analysis of the data. According to the results of the analysis, it was determined that 59.5% (mild, moderate, severe) anxiety and 75.9% (mild, moderate, severe) depression were found in the relatives of patients who provided care to patients receiving palliative care. Considering that the resilience scores were close to medium, no positive or negative difference was found for the resilience levels of the relatives of the patients. It was observed that being female, married, being the spouse of the patient, having low education level and income, long care period, having any disease, high dependency of the caregivers predicted the anxiety and depression scores of the relatives of the patients and decreased the psychological resilience scores.

Key words: Palliative care, Depression, Anxiety, Resilience, Patients' relatives.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ETİK SÖZLEŞME.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Palyatif Bakım.....	3
2.1.1. Palyatif Bakım Tanımı	3
2.1.2. Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişim	4
2.1.3. Türkiye’de Palyatif Bakım	5
2.1.4. Palyatif Bakımın Amacı	9
2.1.5. Palyatif Bakım Ekibi	10
2.1.6. Palyatif Bakım Gerekli Hastalıklar	11
2.1.7. Palyatif Bakım Hastalarında Semptom Yönetimi	12
2.2. Palyatif Bakımda Hasta Yakınları.....	12
2.3. Anksiyete.....	14
2.3.1. Anksiyete tanımı.....	14
2.3.2. Anksiyete tarihçesi	15
2.3.3. Anksiyete epidemiyolojisi	16
2.3.4. DSM-V’e göre anksiyete sınıflandırması.....	16
2.3.5. Anksiyete risk faktörleri ve etiyolojisi	17
2.3.6. Anksiyete belirtileri	18
2.4. Depresyon	18
2.4.1. Depresyon tanımı.....	18
2.4.2. Depresyon tarihçesi	19
2.4.3. Depresyon epidemiyolojisi	19
2.4.4. Depresyon risk faktörleri ve etiyolojileri	20
2.4.5. Depresyon belirtileri	23

2.5. Psikolojik Sağlamlık	24
2.5.1. Psikolojik Sağlamlığın Tanımı ve Önemi	24
2.5.2. Risk Faktörleri	25
2.5.3. Koruyucu Faktörler	26
2.5.4. Yetişkinlik Döneminde Psikolojik Sağlamlık	27
3.YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Amacı	28
3.2. Araştırmanın Tipi	28
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	28
3.4. Araştırmanın Evreni	28
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	28
3.6. Verilerin Toplanması	29
3.6.1. Sosyodemografik Özellikler Formu	29
3.6.2. Beck Anksiyete Ölçeği	30
3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği	31
3.6.4. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ).....	32
3.6.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve analizi	32
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	32
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	74
KAYNAKLAR	76
EKLER.....	87
Ek 1. Etik Kurul Onay Raporu	87
Ek 2. Kurum İzin Yazısı.....	88
Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	89
Ek 4. Sosyodemografik Özellikler Formu	91
Ek 5. Beck Anksiyete Ölçeği	92
Ek 6. Beck Depresyon Ölçeği	93
Ek 7. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	96
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TABLOLAR LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1.1. Palyatif Bakım Gerektiren Tıbbi Durumlar	112
Tablo 4.1. Katılımcıların Yaşlarına Ait Bulgular	345
Tablo 4.2. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Verilerinin Dağılımı.....	367
Tablo 4.3. Hastaların Tedavi Alma Yöntemine İlişkin Yüzdelik Dağılımları.....	378
Tablo 4.4. Hastaların Destek İhtiyacına İlişkin Yüzdelik Dağılımları	378
Tablo 4.5. Hastaların Tanısına İlişkin Yüzdelik Dağılımları.....	378
Tablo 4.6. Hasta Yakınlarının Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Dağılımı	389
Tablo 4.7. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması	3940
Tablo 4.8. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 4.9. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Yakınlık Derecelerine Göre Karşılaştırılması	412
Tablo 4.10. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	423
Tablo 4.11. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Herhangi Bir Sağlık Sorunu Bulunma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	434
Tablo 4.12. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Gelir Durumlarına Göre Karşılaştırılması	445
Tablo 4.13. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Bakım Verme Sürelerine Göre Karşılaştırılması.....	456
Tablo 4.14. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Tedavi Yöntemine Göre Karşılaştırılması	467
Tablo 4.15. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Bakım Desteği İhtiyacına Göre Karşılaştırılması	478
Tablo 4.17. Hasta Yakınlarının Anksiyete, Depresyon ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Ortalama ve Standart Sapmalarına İlişkin Bulgular	490
Tablo 4.18. Hasta Yakınlarının Anksiyete, Depresyon Ve Psikolojik Sağlamlık Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman Korelasyon Testi Sonuçları	490

Tablo 4.19. Hasta Yakınlarının Anksiyete, Depresyon Puanlarının Psikolojik Sağlamlık Puanlarına Yordamasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	501
--	-----



KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
WPCA:	Worldwide Palliative Care Alliance (Dünya Çapında Palyatif Bakım İttifakı)
HIV:	Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)
AIDS:	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezlik Sendromu)
KOAH:	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
MS:	Multiple Skleroz
RA:	Romatoid artrit
DSM V:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı 5)
M.Ö.:	Milattan Önce
APA:	American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
MDE:	Major Depresif Epizodlar
TUİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
SB:	Sağlık Bakanlığı
SPSS	Statistical Package for Social Science
KETEM:	Kanser Erken Teşhis- Tarama ve Eğitim Merkezleri
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hayat şartlarının değişmesi, insan ömrünün uzaması, kronik hastalıklar ve tedavi edilemeyen hastalıklardaki artış, hastaneye yatış oranında artmayı, tedavi ve bakım sürelerinin uzamasını da beraberinde getirmektedir (Fadıllıoğlu, 2017). Hasta ve hasta yakınlarının gereksinim duyduğu tedavinin sağlanması, hastalık semptomlarının azaltılması veya yok edilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi temel insanlık haklarındandır. Hastalara tanı konulmasının ardından tedavi süreci başlar, hasta ve bakım verici rolleri ortaya çıkar. Bu süreçte hasta ve hasta yakınlarının holistik bir yaklaşımla ele alınması, tıbbi, psikolojik, sosyal yönlerden değerlendirilmesi gerekmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının bu süreçte alacağı bakım palyatif bakım hizmetleri tarafından karşılanmaktadır. Tüm dünyada palyatif bakıma duyulan ihtiyaç hızla artmakta ve yılda 61 milyondan fazla yeni hastanın palyatif bakıma ihtiyaç duyduğu tahmin edilmektedir (Baur, 2019).

Palyatif bakımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ‘erken teşhis ve etkin tedavi, acıların önlenmesi ve hafifletilmesi yoluyla, hayati tehlike oluşturan hastalıkları olanların ve ailelerinin yaşam kalitesini yükselten bir yaklaşım’ olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002). Hastalık kavramı, sadece hastayı ilgilendiren kişisel bir deneyim olarak gözüксе de DSÖ’nün de vurguladığı gibi hasta yakınlarını da içine almaktadır. Hastalık ve tedavi süreci hastalarla birlikte hasta yakınlarının da psikolojik yönden etkilenmelerine, maddi ve manevi zorlanmalarına neden olan bir süreçtir (Yıldız, 2016).

Bilindiği üzere aile; kuşaklar arasındaki bağları ve kalıcılığı içeren, tüm bireyleri için endişe duyulan, yüksek oranda duygusallık içeren, üyelerine koruyucu ve sağaltıcı sağlık bakımı veren, kalitatif amaçları olan, üyelerini fedakâr bir şekilde yönlendiren temel bir sosyal grup olarak tanımlanmaktadır (Fadıllıoğlu, 2017). Aile içinde bireyler birbirlerinin emosyonel (aitlik, güven, sorumluluk, sevgi), kültürel (inanç ve gelenekler, eğitim, maneviyat, ahlaki değerler), fiziksel (beslenme, giyinme, barınma) ve sosyal gereksinimlerini karşılamada en büyük yardımcılarındandır. Aynı zamanda sağlık ve hastalık konusunda, sağlık bakım örgütü ve sağlık bakım profesyonelleriyle birlikte sağlık hizmetini yürütmektedir (Frota, 2021). Bazı çalışmalar hasta yakınlarının hastaya bakım verdikçe tatmin olduklarını ve pozitif bir psikoloji oluştuğunu söylese de genellikle aile üyeleri, hasta bireye sosyal destek olarak, hastalık deneyiminden hasta birey kadar fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkilenmekte olup maddi ve manevi kayıplar

yaşayabilir, güvensizlik, acı, ıstırap, üzüntü, korku gibi duygular hissedebilir (Lange, 2001- Frota, 2021). Çoğunlukla aile üyelerinin yaşadığı bu deneyim ailenin dengesini bozmaktadır (Toptaş, 2013). Ailedeki bu dengenin devamlılığını sürdürmek için hasta ve ailelerin psikososyal yönden desteklenmesi palyatif bakımın temelini oluşturmaktadır (Yıldırım, 2017). Hastalara palyatif bakım servislerinde yoğun ve uzun bir süreci kapsayacak şekilde bakım verilmektedir. Bu durum hasta yakınlarının da uzun süreli hastane ortamında bulunmasını gerektirebilir. Hasta yakınlarına bakım verici rolünün eklenmesiyle hastane ortamına, tedavi koşullarına ve bakım verici rolüne ve sahip olduğu diğer sorumluluklara uyum sağlamada güçlükler görülebilir. Hasta yakınlarının bu süreçte yaşayabileceği sorunlar, bakım vermek için yeterli fiziksel özelliklere sahip olmama, tıbbi araç ve gereçlerin kullanımını bilmeme, hastanın ağrı gibi hastayı çok rahatsız edecek semptomlarının olmasına bağlı duygusal problemler, sevilen bir aile üyesini kaybetme düşüncesi, aile içi iletişim probleminin varlığı, ekonomik sıkıntılar, endişe, çaresizlik, tükenmişlik, depresyon, kayıp ve keder gibi duygularla baş etmede güçlük, aile, iş, okul ve sosyal ortamlardan uzaklaşma ve sosyal izolasyon şeklinde sıralanabilir (Fadıllıoğlu, 2017). Hasta yakınlarının karşılaştığı bu sorunlar, onları psikososyal, ruhsal, fiziksel ve ekonomik yönlerden etkileyerek yaşam kalitelerini düşürebilmektedir (Turgut, 2020). Aile içinde ileri düzey bir hastalığı olan bireyin varlığı ve ona bakım vermek, sevdiği kişinin acı çekmesine tanık olmak, hasta yakınlarının hastadan daha fazla stres yaşamalarına sebep olabilmektedir (Frota, 2021). Ayrıca bakım verenlerin daha önceki hastalık deneyimleri, sahip olduğu sosyoekonomik durum, mükemmeliyetçi ve karamsar olma gibi özellikleri psikolojik sorunların ortaya çıkması için yordayıcı olabilmektedir. Hastalık ve tedavi sürecinde, hasta bireye bakım veren yakınlarının yaşadıkları psikolojik problemlerin tespit edilmesi ve problemler için çözüm yollarının üretilmesi, geliştirilmesi, hasta yakınlarının bu sürece uyumunu ve bu sürecin kolay atlatılmasını sağlayacaktır. Bu amaçla çalışmamızda Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi'nde palyatif bakım alan hastalara bakım veren hasta yakınlarının Beck Anksiyete, Beck Depresyon ve Kısa Psikolojik Sağlamlık ölçekleri kullanılarak anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ve bunlarla ilişkili faktörleri değerlendirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1. Palyatif Bakım Tanımı

Palyatif kelimesi, Latince bir kelime olan örtü anlamındaki ‘pallium’ kelimesinden köken almıştır, koruyucu ve kapsayıcı anlamında kullanılmaktadır (Sürmeli, 2016). İngiliz tıp terminolojisinde ise “Palliative” kelimesi geçici çare, hafifletici ve yatıştırıcı anlamına gelmektedir (Kabalak, 2013). Palyatif bakım ise tedavisi olmayan, ilerleyici ve ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya çalışan bir bakım sistemidir (Kabalak, 2014). Yaşam devam ettikçe ortaya çıkan akut ve kronik hastalıklar kaliteli bir yaşam sürmeyi zora sokmaktadır, bu süreç bazen hasta ve hasta yakınları için çok sancılı geçmektedir. Palyatif bakım hizmeti tedavisi mümkün olmayan hastalıkların varlığında gerek hasta gerekse de hasta yakınlarının ihtiyaç duyduğu bakım hizmetini karşılamak amacıyla tanımlanmıştır (Koç, 2021).

Palyatif bakım, küratif tedavi yaklaşımları gibi hastanın yaşam süresinin uzatılması veya hastalığın nedenini ortadan kaldırması için uğraşmaz, yaşamın doğal bir bitişi olarak ölümü kabul eder, ölümün ne çabuklaşması için ne de geciktirilmesi için çabalar (Bilen, 2016- Elçigil, 2012). Palyatif bakımın amacı hastalığın sebep olduğu olumsuz etkileri ortadan kaldırmaya çalışmaktır (Klick, 2010). Palyatif bakım, hastanın hastalık tanısıyla ilk karşılaştığı anla birlikte tedavi edici yaklaşımlara cevap alınamamasıyla başlar, semptomatik tedavi sürecinde, ölüm anında ve ölümden sonra hasta yakınlarının yaşadığı yas sürecinde, hasta ve yakınlarının psikososyal, manevi ve fiziksel gereksinimlerini karşılayan bir yaklaşımdır (Choi, 2002).

Palyatif bakım ilk kez ‘kansere ağrısının azaltılması veya giderilmesi’ şeklinde DSÖ tarafından palyatif bakım üzerinde çalışan uzman bir komitenin raporunda yayınlanmıştır (Batbaş, 2021). Palyatif bakımın tanımı 2002 yılında sadece kansere odaklanmayarak hayatı tehdit eden tüm hastalıkları kapsayacak şekilde “Palyatif Bakım, hastaların ve ailelerinin hayatını tehdit eden bütün sağlık sorunlarıyla yüzleşmek, acıyı ve diğer problemleri erken fark etmek, hastalığı her yönüyle iyi bir şekilde değerlendirmek ve tedavi etmek suretiyle, hayat kalitesini arttıran fiziksel, sosyal, ruhsal ve manevi bir yaklaşımdır” şeklinde yeniden tanımlandı (Batiste, 2017).

2.1.2. Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişim

Hospislerin açılması, palyatif bakımın temelini oluşturduğu düşünülmektedir. Hospis kavramı latince bir kelime olan ‘hospes’ten gelmekte olup gezgin evi anlamındadır. Güncel anlamıyla hospisler terminal dönemde olan hastalara bakım veren kurumlardır (Rabow, 2004). İlk hospisler, 11. yüzyılda haclı seferlerini gerçekleştirenler ve gezginler için kurulmuştur. İyileşme ihtimali olmayan, ölmekte olan hastalara haclılar tarafından kurulan bu evlerde sağlık hizmeti verilmiştir. 14. yüzyılda seyyahlar için kalacak yer olarak kullanılan, terminal dönemdeki hastalara bakım verilen hospis benzeri ‘The Knights Hospital’ adında ilk resmi bir kurum açılmıştır (Lutz, 2011; Mut, 2016).

Palyatif bakım kavramının ilk ortaya çıkışı 19. yüzyılda görülmüştür (Graham, 2007). Terminal dönem hastaların bakımı için 1842’de Fransa’da J. Garnier tarafından bir hospis servisi açılmıştır (Kavşur, 2020). Cicely Saunders ise yirminci yüzyılda İngiltere’de modern hospis hareketini başlatmıştır (Garcia, 2018). Saunders tarafından klinikte tedavi gören kanser hastalarının son evrelerinde yeterli bakım alamadıkları tespit edilmiş, palyatif bakım konusunda araştırmalar yapmanın kanser hastalarında görülen semptomların giderilmesine, ağrılarının azaltılmasına ve kalan yaşamlarındaki konforu arttırmada faydalı olacağına dikkat çekilmiştir (Kavşur, 2020). Saunders 1967’de İngiltere’nin Londra şehrinde S. Christopher’s Hospis isminde ilk modern hospisi kurarak hastalara hizmet vermeye başlamıştır (Elçingil, 2021). 1969’da Elisabeth Kubler- Ross dikkatleri hospis ve palyatif bakım üzerine çekmek için ‘Ölüm ve Ölmek Üzerine’ ismini verdiği kitabında terminal dönemdeki hastaların yaşam sonu süreçlerinden bahsetmiştir (Rabow, 2004). ABD’de 1974 yılında tek bir hospis bulunurken 2009 yılında bu sayı 500’lere ulaşmıştır ve her yıl bir milyon hasta bakım almaktaydı (Lutz, 2011). Kanada ise Montreal’de Royal Victoria Hastanesi’nde 1975 yılında ilk palyatif bakım servisi kurulmuştur. Tüm dünyada hızla hospisler açılmaya başlanmıştır. Almanya’da 1983’te Köln’de palyatif bakım hizmetleri vermeye başlamıştır, yine aynı yılda Arjantin’de palyatif bakım programları yürütülmeye başlanmış olup, bu programlarda toplum eğitimi, hasta eğitimi, palyatif bakım araştırmaları ve profesyonellerin eğitimini içeren tıp programları oluşturulmuştur (Batbaş, 2021, Fadılloğlu, 2017). DSÖ tarafından palyatif bakım tanımı ilk kez 1986 yılında yapılmıştır (Elçigil, 2012). Amerika’da palyatif bakım programları oluşturulmaya başlanmıştır. 1987 yılında İngiltere’de palyatif bakım özel bir dal olarak kabul edildikten

sonra, Birleşik Krallık, HongHong, Avusturalya, Yeni Zellenda, Romanya, Polonya, Singapur ve Tayvan da palyatif bakımı özel bir dal olarak kabul etmiştir (Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2016).

Palyatif bakım 1990 yıllarında sadece kanser hastalarının bakımını kapsamaktaydı. Beş ülke tarafından 1995 yılında palyatif bakıma tıp alanında yer verilmiştir. Palyatif bakımın tanı anından başladığı 1998 yılında kabul edilmiş, iki yıl sonra palyatif bakım verirken uyulması gereken standartlar belirlenmiştir. Palyatif bakım ekibi için gereken yeterlilikler 2002 yılında belirlenmiş olup 2004 yılında Ulusal Konsensus Programında Kaliteli Bakım konusu görüşülmüştür (Fadıllıoğlu, 2017).

Tüm dünyada ulusal ve bölgesel palyatif bakım ve hospis organizasyonlarını içeren ‘Dünya Palyatif Bakım Birliği’ (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) adında bir örgüt 2003 yılında kurulmuştur. İngiltere 882, Almanya 331, Fransa’da 471 palyatif bakım servisiyle 2010 yılında hizmet verdiği bilinmektedir. 2011 yılındaki veriler incelendiğinde 234 ülkenin 136’sın da (%58) en az bir tane palyatif bakım ünitesi olduğu görülmektedir (Kahveci,2014). 2011- 2014 yılları arasında ABD’de 6100 hospis açılmış ve yılda 1,7 milyon hastaya hizmet vermektedir (Fadıllıoğlu, 2017). Palyatif bakım Dünya’da yeni bir bilim dalı olmasına karşın sağlık sistemine hızlıca adapte olup gelişmeye devam etmektedir (Kavşur, 2020).

2.1.3. Türkiye’de Palyatif Bakım

Teknolojinin ilerlemesi ve tedavi imkânlarının gelişmesi, bunlara paralel olarak tıp alanındaki yeni gelişmelerle, yaşam süresi ve buna bağlı olarak yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Yaşam süresinin uzamasında ve kronik hastalıklardaki artış tüm dünyayla paralel olarak ülkemizde de palyatif bakım merkezlerine ihtiyacı beraberinde getirmiştir.

Türkiye’de profesyonel palyatif bakım hizmetleri Türk aile yapısının etkisinden dolayı geciktiği düşünülmektedir. Ülkemiz aile yapısında, aile büyükleri yalnız bırakılmamakta, her türlü bakım ve desteği aile üyeleri tarafından karşılanmaktadır. Aslında bu durum palyatif bakımın kültürel olarak yüzyıllardır Türk aile yapısında yer aldığını da göstermektedir (Gültekin, 2010). Palyatif bakımın gelişmemesindeki diğer nedenleri yetersiz insan gücü, eğitim müfredatlarında yer almaması, uzman palyatif bakım çalışanlarının bulunmaması, hastalar ve sağlık çalışanlarının yeterince farkındalığının olmaması şeklinde sıralanabilir (Kıvanç, 2017).

Türkiye'nin eski tarihine bakıldığında, Selçuklu ve Osmanlı döneminde darüşşifa, şifahane, maristan, bimaristan, darüssihha, darülafiye, darüttıp, darülmerza, şifaiye, bimarhane ve tımarhane gibi isimler sağlık kuruluşları için kullanılmıştır (Koç, 2021). Bu merkezler vakıflar tarafından desteklenen, barınma, beslenme, eğitim ve hastaların ücretsiz sağlık hizmeti aldığı, hekimlerin ve yardımcı sağlık personellerinin çalıştığı kurumlardır. Günümüzde hala etkinliğini devam ettiren Darülaceze 1985 yılında kurulmuş ve hasta ayırımı yapılmaksızın bakıma muhtaç insanların ihtiyaçları karşılanmıştır. Şu an hala 650 yatak kapasitesiyle hizmet vermeye devam etmektedir (Kahveci, 2014). Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul Yeşilköy'de açılan 'Kanser Bakımevi' ülkemizde ilk hospis olarak kabul edilmektedir (Çelik, 2021). 1993- 1997 yılları arasında aktif bir şekilde bu bakımevinde kanser hastalarına palyatif bakım hizmeti verilmiştir. 2006 yılında ise Hacettepe Onkoloji Hastanesi yakınlarında 'Hacettepe Umut Evi' adı altında tarihi bir Ankara evi 12 yataklı bir hospise dönüştürülmüştür. Ancak yasal düzenlemelerdeki eksikliklerden dolayı bu hospisin sadece kanser hastalarına hizmet vermesi öngörülmüştür (Kıvanç, 2017). Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji ve Eğitim Araştırma Hastanesi bünyesinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet vermeye başlayan ilk palyatif bakım merkezi 2007 yılında kurulmuştur (Çelik, 2021). Ankara S.B. Ulus Devlet Hastanesi'nde erişkin hastalara kapsamlı bir şekilde bakım veren ilk palyatif bakım merkezi 2012 yılında açılmıştır (Kabalak, 2014).

Ülkemizde palyatif bakım sağlık mevzuatımıza, 25751 sayılı ve 10.03.2005 tarihinde Resmî Gazete'de ilan edilen "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile giriş yapmıştır. Bu yönetmelikle evde bakım veren özel kuruluşlara Sağlık Bakanlığı'nda uygunluk belgesi alması zorunlu hale getirilmiştir (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005). Daha sonra sağlıkta dönüşüm programı kapsamında 01.02.2010 tarihinde ve 389520 sayılı "Sağlık Bakanlığı'na Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" mevzuata eklenerek, bu yönergeyle birlikte kamu hastaneleri ve aile sağlığı merkezlerince evde sağlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır (Benli, 2016, Çelik, 2021). 2015 yılında içeriği, palyatif bakım merkezlerin tanımı, merkezlerin kurulma şartları, fiziki koşulları, çalışan sağlık personellerinin görev, yetki ve sorumlulukları, hizmetin kimleri kapsayacağı, eğitimleri, denetlemesi, diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliğini

kapsayacak şekilde, ‘Yeni Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’ yayınlanmıştır (Kıvanç, 2017).

‘Palyatif Bakım Programı Eylem Planı’ birçok kurum ve kuruluşlarda görev alan uzmanların katılımıyla 2008 yılında üç çalıştay düzenlemiştir. Ülkemiz koşulları ve öncelikleri doğrultusunda bu eylem planında; kanser verileri, palyatif bakım modelinin oluşturulması için insan kaynakları analizi, en az üç tane pilot palyatif bakım merkezinin kurulması; alanında deneyimli ve eğitilmiş profesyonel ekip oluşturulması; opioidlerin kullanım ve bulunabilirliğinin kolaylaştırılması amaçlanmıştır (Uslu, 2015). Bu amaçların uygulanabilmesi Sağlık Bakanlığı, DSÖ ve ülkemizde bulunan birçok kurum ve kuruluşun katkısıyla Pallia-Türk adı verilen bir proje hazırlanmıştır (Erel, 2009). Pallia-Türk temelde aile hekimliği hizmetlerine yönelik kurulmuştur, Kanser Erken Teşhis- Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)’lerin yanı sıra sivil toplum kuruluşları da Pallia-Türk’ü destekleyen yapılardır (Kurtuluş, 2019). Pallia- Türk projesi kapsamında Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı öncülüğünde 2009- 2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı’nda palyatif bakımla ilgili program tanımlanmış, 2012-2013 yılları arasında birçok merkez kurulmuştur (Uzuncu, 2013- Kıvanç, 2017). Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu internet sayfasından alınan bilgiye göre yönerge kapsamında ülkemizde 2016 yılında tescillenmiş 50 farklı ilde 140 adet merkez kurulmuş ve toplamda 2400 yatak kapasitesiyle de hizmet vermeye başlamıştır. On dört tanesi üniversitelere, 238 tanesi sağlık bakanlığına bağlı olmak üzere 252 palyatif bakım merkezi ve toplam 2.942 yatak kapasitesi, 2018 yılında toplam 294 merkez ve 3730 yatak kapasitesi 2017 yılında, 2019 yılındaysa 365 merkez ve 4.855 yatak sayısı ulaşıldı (Akçakaya, 2020).

Sağlık Bakanlığı’nın liderliğinde Türkiye’nin koşulları ve önceliklerine göre palyatif bakım merkezlerinin tanımlanması ve kurumsallaşması çalışmalarına önem verilmiştir. Bu durum hasta ve hasta yakınları için önemli bir gelişmedir. Bakanlığa bağlı palyatif bakım merkezlerinin kademeli olarak yaygınlaştırılmasına 2023 yılına kadar kararlaştırılmıştır. Sağlık Bakanlığı 2011-2023 yılları arasındaki sağlık hizmetlerinin planlamasında, bütüncül bir yaklaşımla onkoloji hizmetleriyle birlikte palyatif bakım merkezlerine de yer vermiştir (Akçakaya, 2018). Palyatif bakım ihtiyacı olan hastalara hizmet vermek için alanında eğitilmiş ve deneyimli bir ekip oluşturulması planlanmıştır. Bu merkezlerin gerek kurumsallaşması ve sağlık personellerinin eğitimi Sağlık

bakanlığınca desteklenmektedir. Palyatif Bakım Derneği ve Sağlık bakanlığı tarafından palyatif bakımla ilgili eğitimler ve çalıştaylar düzenlenmektedir (Kıvanç, 2017).

Palyatif bakım hizmetlerinin sosyal hizmet destekleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na yürütülmektedir. "Sağlık Bakanlığı" ile "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı" arasında tedavi ve bakım hizmetlerini ortaklaşa yürütmek amacıyla bir protokol imzalanmıştır, bu protokolle sosyo-ekonomik yönden yetersiz olan hastaların bakımı kurumsal olarak sağlanabilecektir (Kabalak, 2014).

Ülkemizde palyatif bakım almak isteyenlerin başvurusu hasta, hastanın ailesi veya hastaya bakım veren bir kişi tarafından yapabilmektedir. Hastanın palyatif bakım merkezinden hizmet alabilmesi için bağlı olduğu aile hekimi, hastalık tanısını koyan hekim veya hastanın sağlık durumunun takibini yapan hekim tarafından palyatif bakım merkeziyle görüşülerek planlanmaktadır. Hasta fiziki olarak başvuruda bulunamayacak durumdaysa evde sağlık hizmetleri tarafından yönlendirilerek de palyatif bakım hizmeti alabilir (Yakut, 2019).

Bu çalışmamızı yaptığımız Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi 2010 yılından itibaren gönüllü doktorlarımız tarafından, 2015 yılından itibaren ayaktan hastalara ve 2019 yılından itibaren 18 yatak kapasitesiyle yataklı palyatif bakım ünitemizde ayaktan ve yatan hastalara palyatif bakım hizmeti vermektedir.

Palyatif Bakım Ünitesinde 2015 Mayıs ayında iki gün süren tüm paydaşların katılımıyla “Palyatif Bakım Kursu” düzenlenmiştir. Her yıl Palyatif Bakım Farkındalık Haftasında kermes, hasta-hasta yakınları ve gönüllüler için eğitimler, ağaç ve çiçek dikme gibi sanatsal faaliyetler düzenlenmektedir.

Kanser cerrahisi, anesteziyoloji, acil tıp, onkoloji, halk sağlığı, aile hekimi ve hemşirelik öğretim üyeleri, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve sekreterden oluşan, multidisipliner bir ekip çalışmasını hedefleyen ‘Palyatif Bakım Çalışma Grubu’ 2010 yılında oluşturulmuştur. Bu grup her hafta toplanarak kendileri, hasta ve hasta yakınlarının eğitimini planlamaktadır. Palyatif bakımla ilgili güncel bilgilerin paylaşılması, toplumun palyatif bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal, manevi ve ekonomik ihtiyaçlarının belirlenerek giderilmesine çalışılmaktadır. Ayrıca bu toplantılarda palyatif bakım hizmetinin toplum geneline yaygınlaştırılarak vakıf ve gönüllülük faaliyetlerinin oluşmasının sağlanması gibi konular

görülmektedir. Bu konuda somut adımlar atılmış, şehirden bazı işletme sahipleri ve hayırseverler hasta ve hasta yakınları için düzenli olarak Palyatif Bakım Ünitesine yemek yardımında bulunmuştur. Ayrıca kanser hastalarının çocuklarının dezavantajlı çocuklar olduğunu ve bu çocukların fark edilip desteklenmesi gerektiği düşüncesi ile Tokat Milli Eğitim Müdürlüğü ile ilimizin psikolojik danışmanlık ve rehberlik öğretmenlerinin katıldığı Palyatif bakım farkındalık eğitimleri ve çalıştayları düzenlenmiştir (Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2023).

Palyatif bakımın gelişimini desteklemek ve farkındalığı artırmak için Türkiye’de ilk olarak 2013 yılında tıp fakültesi ders müfredatına palyatif bakım dersi eklenmiş olup tıp fakültesi öğrencilerine teorik ve pratik seçmeli palyatif bakım stajı yapma imkanı sunulmuştur. Ülkemiz eğitim sisteminde bir ilk olarak 2015 yılındaysa Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesinde eğitim verilen tüm okulların müfredatına seçmeli palyatif bakım dersi eklenmiştir.

2.1.4. Palyatif Bakımın Amacı

Palyatif bakım, hastaya ilk tanı konulmasıyla başlar, hastanın vefatına kadar devam eder, hasta yakınlarını hastanın ölümü esnasında ve yas sürecinde desteklenmesiyle sonlanır (Meier, 2011). Palyatif bakımın amacı tanı, tedavi ve yas sürecinde hasta ve hasta yakınlarını sahip oldukları inanç ve kültürel değerlere ve uygulamalara hassasiyet gösterilerek, fiziksel, sosyo-kültürel ve psikolojik açıdan desteklemektir (Özçelik, 2010- Fadılloğlu, 2017). Temel amacı, hastaların, hastaya bakım verenlerin ve ailelerinin hayat kalitesini artırmak olup, yaşam sonu bakımın kalitesini artırmayı amaçlayan girişimlerin tamamı diye tanımlanabilir (Radbruch, 2010). Devam etmekte olan yaşamı ne uzatmaya ne de kısaltmaya çalışır, bunun aksine kabul edilmiş ölümün normal sürecinde yaşanması için çabalar, yaşam süresinden çok yaşamın aktifliğine odaklanır (Bilen, 2016). Hastaya ve hasta yakınlarına sıkıntı veren durumların ortadan kaldırılması için çabalar (Borasio, 2011). Hastada görülen semptomları azaltıp ve hastanın rahatlamasını sağlayarak, yaşam kalitesinin düşmesini engellemeye çalışır (Dalcı, 2019).

Palyatif bakımda, hastalıkların ve semptomların farklı olmasından bakımın standart haline getirilmesi mümkün olamayacağı için hasta merkezli yaklaşım planlanır. Palyatif bakımın ana hedefi hastaların ihtiyaçlarını dile getirebilmelerini sağlamak,

desteğin ve palyatif müdahalelerin özelleştirilmesi ve bakımın devamlılığının sağlanması olmalıdır (Güç, 2020).

2.1.5. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım hizmetleri hastanelerin bir bölümü olan palyatif bakım birimlerinde, hastaların kendi evinde ya da ev benzeri özelliklere sahip hastane ortamlarında verilebildiği için bu hizmetin tek bir meslek grubu tarafından değil birçok meslek grubuyla birlikte verilmesi gerekmektedir (Bilen, 2016). Etkin bir palyatif bakım, interdisipliner bir anlayışla ve multidisipliner bir ekip çalışmasıyla yapılabileceği düşünülmektedir. Uzmanların çoğu tarafından ekip çalışması palyatif bakımın vazgeçilmez bir işlevselliği olarak kabul edilmektedir (Fernando, 2019). Birçok çalışma, disiplinler arası palyatif bakım ekibinin daha faydalı olduğunu savunmaktadır (Connor, 2013). Palyatif bakım ekibi, içerisinde profesyonel meslek gruplarının, özel rolleri ve farklı hizmetleri olan bakım vericilerin, aile üyeleri ve gönüllülerinin olduğu bir topluluktur (Biver, 2000). Palyatif bakımın tanımında, bakım verecek sağlık personelleri, bakımın süreci ve bakımın verileceği kişilerin belirtilmesine rağmen palyatif bakımda halen tam bir entegrasyon sağlanamadığı düşünülmektedir (Uslu, 2015).

DSÖ verilerine göre bir palyatif bakım ekibinde şu meslek grupları yer almalıdır;

- Anesteziyoloji ve reanimasyon,
- Radyasyon onkolojisi,
- Medikal onkoloji,
- Sosyolog
- Psikolog
- Psikiyatri uzmanı,
- Avukat
- Algoloji,
- Fizyoterapist
- Aile hekimliği,
- Din işleri görevlisi,
- Solunum terapi uzmanı,
- Göğüs hastalıkları uzmanı,

- Dahili ve cerrahi hekim
- Hemşireler (Global atlas of palliative care at the end of life, 2014)

Sağlık ve sosyal bakım veren profesyonellerin çeşitliliği palyatif bakımın daha verimli ve kaliteli olmasını sağlar (Özçelik, 2020).

2.1.6. Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar

Palyatif bakımdan yararlanacak kişiler, yaşam kalitesinin yükseltilmesine ihtiyaç duyan gruplardır. DSÖ'ye göre tedavi edilemeyen bir hastalık tanısı alan, hastalığı ilerleyen, spesifik tedaviye yanıt vermeyen, birden fazla semptomları ve sınırlı yaşam beklentisi olanlar, hastalıkları süresince tam zamanlı ya da aralıklı bakım ve desteklenmeye ihtiyaç duyan hastalar palyatif bakımın çalışma grubunu oluşturmaktadır. Palyatif bakım; öncelikle primer hastalığın kontrolü, hastada görülen semptomlar, manevi, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar, yaşam sonu dönemdeki ihtiyaçların saptanması ve yas süreciyle baş etme bileşenlerinden oluşmaktadır (Radbruch, 2010).

DSÖ tarafından yayınlanan 2016 Global Atlas'a göre palyatif bakım hizmetleri verilen hasta grupları şu şekildedir;

Tablo 1.1.Palyatif Bakım Gerektiren Tıbbi Durumlar

Kanser	Kardiyovasküler Hastalıklar
HIV (Human Immunodeficiency Virus) / AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) Motor Nöron Hastalığı	KOAH (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı) Diabet
Müsküler Distrofi	Organ Yetmezlikleri
MS (Multiple Skleroz)	Tüberküloz
Son Evre Demans	Konjenital bozukluklar
Parskinson	Ciddi Travmalar
RA (Romatoid artrit)	Karaciğer Sirozu

(Global atlas of palliative care at the end of life, 2016)

2.1.7. Palyatif Bakım Hastalarında Semptom Yönetimi

Semptom yönetimi hem palyatif bakımın hem de yaşam sonu bakımın önemli bir parçasıdır (Star, 2018). Palyatif bakım alan hasta gruplarında genellikle birden çok olmak üzere ve kontrol altına alınması güç olan semptomlar görülmektedir (Bilen, 2016). Bu semptomlara bağlı olarak hastaların yaşam kalitesi düşmekte dolayısıyla hasta ve hasta yakınlarının palyatif bakımdan en büyük beklentisi semptomların giderilmesidir (Uslu, 2015). Semptom yönetimi tanı anından başlar ve ölüm anına kadar sürer. Semptom yönetiminde amaç öncelikle hastanın bağımsızlığının sürdürülmesi, bireyselliğinin ve değerlerinin korunmasının sağlanması ve hasta yakınlarının desteklenmesidir (Star, 2018). Hastanın yaşam kalitesini semptom yönetimi ile artırarak, hastanın emosyonel, psikososyal ve spiritüel yönden desteklenmesi hedeflenir (Karabulut, 2009). Palyatif bakımın disiplinler arası bir yaklaşımla, entegre, koordineli ve planlı bir şekilde verilmesi semptomların giderilmesinin en önemli yoludur. Hastalar için en önemli konular kişisel bakımlarını yerine getirebilmeleri, fiziksel hareketinin sağlanması, yatak pozisyonun verilip değiştirilmesi, tuvalet ihtiyacının karşılanmasıdır (Ross, 2001).

Hastada görülen semptomları yönetirken öncelikle hasta bütüncül olarak ele alınır, kültürel değerleri saptanır, problemin altta yatan nedenine ve patofizyolojisine göre bir yaklaşım gösterilir. Ağrı hastalarda görülen en sık semptomlardandır (Elçigil, 2012). Ağrı hastaları duygusal, işlevsel, bilişsel ve davranışsal olmak üzere birçok yönden etkilemektedir. Potter ve ark.2003 yılında 400 hastayla yaptığı bir çalışmada, palyatif bakım hastalarında en çok görülen semptomları ağrı (%64), anoreksiya (%34), konstipasyon (%32), güçsüzlük (%32) ve dispne (%31) olarak bulmuştur (Potter, 2003). Uysal ve arkadaşları da 2015 yılında 108 hastada yaptıkları çalışmada palyatif bakım alan hastalarda en çok tanımlanan semptomların ağrı, yorgunluk, üzüntü, ciltte değişiklik, ağızda yara, nefes darlığı, uykusuzluk, endişe, iştahsızlık, bulantı ve konstipasyon olduğunu bildirmiştir (Uysal, 2015).

2.2. PALYATİF BAKIMDA HASTA YAKINLARI

Son yüzyılda dünyada ve ülkemizde beklenen yaşam süresi belirgin bir şekilde artmaya başlamıştır. Yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfus, kronik hastalıklar,

hastalıklardan sağ kalım süresi ve bakım ihtiyacı olan hastaların sayısındaki büyük bir artışı da beraberinde getirmiştir (Atagün, 2011).

Yaşam sonuna doğru hastalar kendi ihtiyaçlarını karşılayamaz, çocuklarına bakamaz duruma gelebilir, şiddetli ağrı, idrar ve gaita inkontinansı görülebilir, fiziksel görünümünde değişiklikler ortaya çıkabilir. Hastada oluşan bu değişiklikler hasta yakınlarını da etkilemektedir, çoğu zaman bakım vericilerin psikolojik yükü hastaninkinden daha fazla olmaktadır (Kahveci, 2014, Williams, 2011). Hasta yakınlarının tüm sorumluluğu üstlendiği yaşamın son haftaları ve günleri, önemli ve zor bir süreçtir (Proot, 2004). Hastalar bu zor süreçte yakınlarının bakımına bağımlı hale gelir. Bakım verici rolü tüm aile için yıpratıcı ve zorlayıcı olan ağır bir sorumluluktur (Atagün, 2011). Literatür taramalarında hasta yakınlarının bakım verici rolünü üstlendiklerinde, bakım yükleriyle birlikte fiziksel ve zihinsel morbidite açısından yüksek risk altında oldukları görülmüştür (Williams, 2011). Bakım veren aile üyeleri hastalık sürecinde ‘gizli hasta’ olarak ifade edilip, hasta yakınları karşılanmamış ihtiyaçlarından muzdariptirler (Alam, 2020). Özellikle terminal dönemde olan hastaların yakınları sıklıkla arka planda kalır ve dikkatler hastaya odaklanır (Osse, 2006). Weitzner ve ark. yaptığı bir çalışmada, palyatif tedavi alan kanser hastalarına bakım veren hasta yakınlarıyla küratif kanser tedavisi alan hasta yakınlarını karşılaştırmış, palyatif bakım alan hastaların yaşam kalitesini, hasta yakınlarının yaşam kalitesinden daha yüksek bulmuştur (Weitzner, 1999). Sherif ve ark. terminal dönem kanser hastasına bakım veren hasta yakınlarıyla, kronik hastalığı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon skorlarını incelemiş, terminal dönemdeki hastaların yakınlarında depresyon ve anksiyete puanları daha yüksek yaşama kaliteleriye daha düşük çıkmıştır (Sherif, 2001). Alam ve ark. (2020) çalışmasında hasta yakınlarının psikolojisi için olumsuz risk faktörlerini; hastanın giderek kötüleşen sağlığı, semptomlarının sıklığı, zayıf prognostik anlayış, yas sürecindeki risk faktörünü; hastaların kötü koşullarda ölmesi olduğunu ifade etmiştir (Alam, 2020).

Bakım verme dinamik bir süreç olduğundan, hastanın hastalığının farklı evrelerinde bakım verenin algıladığı yük ve psikososyal kaygılar farklı olabilir. Hastanın işlevsellik durumu azaldıkça ve hasta ölüme yaklaştıkça bakım verenin kaygısında, depresyonunda ve psikolojik sıkıntılarında artış olduğu görülmektedir (Williams, 2011). Bakım verenlerin yaşam kalitesi, sahip oldukları demografik ve psikososyal

özelliklerden, sosyal destek durumlarından, verdiği bakımın tipinden, bakım vermedeki etkinliğinden, hastasının fonksiyonel durumundan etkilenebilir. Yapılan çalışmalarda hasta yakınlarının ileri yaş, kadın cinsiyeti, eğitim düzeyinin düşük olması, işsizlik, herhangi bir sağlık sorunun olması yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olduğu görülmüştür (Polat, 2011).

Palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarının bu süreci kolay geçirebilmesi için, bakım verenleri bakımın bir parçası olarak düşünmek, bakım vericinin durumunu ve ihtiyaçlarını değerlendirmek, uygun hizmetleri ve kaynakları kullanmak, bakım vermenin pratik yönleri hakkında eğitim vermek ve yas sürecinde bakıcıları desteklemek önemlidir (Alam, 2020). Ayrıca hastaların dispne, depresyon ve anksiyete gibi yönetilebilir semptomlarının olması hasta yakınlarının bakım yükünü etkilediği bilindiğinden, ailelerin bakım yükünü azaltmak için hastaların ihtiyaçlarının düzenli olarak değerlendirilmesi önemlidir (Krug, 2016). Bakım vericilerin yaşadığı sıkıntıların, hastaların iyilik hallerinde olumsuz bir etki yaratmasından dolayı palyatif bakım hizmetlerinde hasta ve hasta yakınları bir bütün olarak ele alınmalıdır (Williams, 2011).

2.3. ANKSİYETE

2.3.1. *Anksiyete tanımı*

Anksiyete DSM-5'te (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) gelecekteki tehdit beklentisi olarak tanımlanır (Crocq, 2015). Anksiyete her insanın yaşamının belli döneminde rastlanabilen ve çoğunlukla fizyolojik belirtilerinde görüldüğü, yaşamı tehdit ettiği veya tehdit ettiği şeklinde algılanan, rahatsızlık verici kaygı ve korku verici evrensel bir duygudur (Erbaş, 2012). Bireyin tehdit algısına karşı oluşturduğu, içgüdüsel olarak yaşamın devamlılığını sağlamaya yönelik, karşılaşılabilecek tehlikeleri önleyebilmede esas olan bir duygu durumu halidir (Karakaya, 2012). Herhangi bir tehlikeyle karşı karşıya kalındığında doğal bir tepki olarak kabul edilir ancak bunaltıcıysa veya devam ederse anksiyete bozukluğu olarak kabul edilir (Dean, 2016). Anksiyete bozukluğu, kaygı ve korku haline bedensel tepkilerinde eşlik ettiği ruhsal bir durum olarak tanımlanabilir (Doğan, 2010).

Anksiyete, bir gerilim duygusuna benzer olup bireyin benlik bütünlüğünü tehlikeye atacak bir tehdide tepki olarak hissedilir. Kişi bu duyguya tepkisini, ruhsal

olarak kaç ya da savaş şeklinde verir. Gerilim; panik duygusu, sinirlilik ve tehlike duygusundan dolayı rahatsız edici bir duygu olarak tanımlanırken, anksiyetede tehdit, spesifik olmayan veya belirli, bilinçli ya da bilinçsiz olarak algılanır. Çoğu zaman anksiyete bireyin benlik bütünlüğünün fikir, düşünce ve duygular tarafından tehdit edildiğinde ortaya çıkan duygusal veya ruhsal çelişkilerden dolayı meydana gelir. Örneğin, bilinçaltında aşık olunmayacak bir kadın olduğunu ve erkeklerin onu reddedeceğini düşünen bir kadın, yakın ilişkilerde zorlanır ve bu düşüncesi anksiyete yaşamasına neden olabilir (Öz, 2010).

Anksiyetenin patolojik olarak kabul edilmesi için, kişide oluşan anksiyete düzeyiyle bireyi olumsuz olarak etkileyen uyarının şiddetinin aynı olmaması, zaman geçtikçe aynı seviyede devam ediyor olması veya şiddetlenerek artması, bu duruma fiziksel belirtilerin eşlik etmesi, durumunun baş edilemeyecek hale gelmesi ve işlevsellikte kayıpların olması gerekmektedir. Patolojik anksiyete kişinin iş ve aile hayatını, sosyal yaşamını etkilemekte olup bireysel ilişkilerinde bozulmaya yol açmaktadır. Anksiyete hastalık boyutunda ulaştığında bireyin baş edemediği bir sağlık sorunu haline gelmiş olur (Özakkaş, 2013).

Peplau(1963) anksiyeteyi dört seviyede tariflemiştir; hafif, orta, şiddetli ve panik. Anksiyete seviyeleri ve sürecindeki adaptasyon tepkileri şu şekildedir;

- Hafif anksiyete; başa çıkma mekanizmaları,
- Orta anksiyete; benliğin savunma mekanizmaları,
- Şiddetli anksiyete; psikonörotik tepkiler,
- Panik anksiyete; psikotik tepkiler (Towsend,2011).

2.3.2. Anksiyete tarihçesi

Anksiyete kavramı, 19. yüzyılda tıpta yer edinmeye başlamıştır (Crocq, 2015). Ancak M.Ö. 3000’li yıllarda Gılgamış Destanı’nda anksiyeteye ilgili veriler bulunmaktadır (Yakut, 2015). Robert Burton 17. yüzyılda, The Anatomy of Melancholy’de anksiyete, 18. yüzyılda ise panik ataklar ve yaygın anksiyete bozukluğu Boissier de Sauvages tarafından tanımlanmıştır (Crocq, 2015). Feuchtersleben 1847 yılında fizyolojik hastalıklardan dolayı oluşan anksiyeteden, 1866 yılında Morel ise duygusal belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olan otonomik sinir sistemindeki değişimlerden bahsetmiştir. Anksiyetenin ayrı bir ruhsal hastalık olduğu ve birçok

hastalıkla beraber gelişebileceği düşüncesi 1890'lardan sonra yaygınlaşmıştır (Kafes, 2021). Freud, ilk defa 1895'te anksiyete nevrozu terimini egonun bir işlevi olarak dile getirmiş, anksiyeteyi 'bireyi fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı uyarır, gereken adaptasyonu sağlama ve yaşamı sürdürme işlevlerine katkıda bulunur' şeklinde açıklamıştır (Manav, 2011-Towsend, 2011).

2.3.3. Anksiyete epidemiyolojisi

Psikiyatrik hastalıkların en sık görüleni anksiyetedir (Bal, 2013). Birçok çalışma, anksiyete bozukluklarının kadınlarda erkeklere göre en az 2 kat daha fazla görüldüğünde hemfikirdir. Anksiyete bozukluklarının nüfus genelindeki görülme oranları genelleştirilmiş anksiyete bozukluğu için %3-5; panik bozukluğu için %3-5; OKB için %2-3; travma sonrası stres bozukluğu için %8; sosyal anksiyete bozukluğu için %13 ve fobiler için %25'tir. Alan literatür taraması, çocuklarda anksiyete bozukluklarının yaygınlığına ilişkin (%2-43) çok çeşitli bilgiler bulunduğunu göstermiştir. Epidemiyolojik çalışmalar, belirtilerin kızlarda erkeklere göre daha yaygın olduğunu ve sosyoekonomik seviyesi düşük ortamdaki azınlık çocuklarının bütün duygusal hastalıklar bakımından daha büyük risk altında olabileceğini göstermektedir. Aile örüntüleri araştırmaları ise anksiyete bozukluklarına aileden bir yatkınlığın olabileceğini göstermektedir (Towsend, 2011). Anksiyete bozuklukları adı altında geçen tüm hastalıkların prevalans ortalamaları DSM 5'te %6-7 civarında olduğu bildirilmiştir (Kafes, 2021).

2.3.4. DSM-V'e göre anksiyete sınıflandırması

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA- American Psychiatric Association) tarafından 2013 yılında yayınlanan DSM-V'e göre anksiyete bozuklukları aşağıda belirtildiği gibi yayınlanmıştır.

- Agorafobi,
- Özgül fobi,
- Sosyal fobi
- Panik bozukluğu,
- Ayrılma anksiyete bozukluğu,

- Yaygın anksiyete bozukluğu,
- Maddenin ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu,
- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu
- Mutizm (Seçici konuşmazlık),
- Tanımlanmamış anksiyete bozukluğu,
- Tanımlanmış diğer anksiyete bozukluğu (APA, 2013).

2.3.5. Anksiyete risk faktörleri ve etiyolojisi

Anksiyete bozuklukları için birçok değişken risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Anksiyetenin pek çok bağlantısının gerçekte risk faktörü olduğunu kesin olarak kanıtlamak için, önemli metodolojik engeller mevcuttur, çünkü risk faktörünün aslında anksiyete bozukluğunun başlangıcından önce mi var olduğu veya anksiyeteden sonra mı başladığı ispatlanmalıdır. Anksiyete bozukluğun derecesi, risk faktörünün şiddeti, sıklığı veya süresi ile ilişkilidir (Beesdo, 2009).

Bireyin bir durumu tehdit olarak algılamasıyla veya yaşanan bir kayıp nedeniyle genelde anksiyete ortaya çıkar (Akdağ, 2001). Anksiyete etiyolojilerinde, prestij ve toplumsal değişim, akran ilişkilerinde değişiklik, başarısızlık- başarılı olma durumu, sosyal kabul görmeme, ekonomik kayıplar, ahlaki çıkmazlık, boşanma, geçici veya kalıcı ayrılık, ölüm, kültürel baskı, taşınmak, göç, fiziksel şiddet, taciz ve tecavüz, cinsel gelişme, hastalık, hastaneye yatma, emeklilik ve iş kaybı, işsizlik, yeni iş, iş yaşantısının duygusal olarak olumsuz getirileri, terfi ve kariyer değişiklikleri, güvenlik riski, çevresel kirlenme, gebelik, ebeveyn olma, kişinin sosyal yaşantısı, yaşlanma etkileri, duygusal kayıplar, ve motor kayıplar gibi bir çok faktör vardır (Kozacıoğlu, 1995- Öz, 2010). Bireyin çocukluk dönemindeki yaşadıkları da anksiyetenin ortaya çıkmasında etkili olabilir. Çocukluk döneminde yaşadığı reddedici davranışlar, aşağılayıcı ve küçük düşürücü davranışlar, ebeveynlerin çocuğa verdiği cezalar, ilk sosyalleşme deneyiminin zor olması, akran zorbalığı anksiyete nedeni olabilmektedir (Esen, 2012).

Anksiyeteye yol açan faktörlerden biri de belirsizliktir. Hastalık yaşantısındaki belirsizlik durumunu, hasta ve hasta yakınlarının tehlike olarak düşünmesi anksiyeteye neden olabilmektedir. Bu durumda hastanın karar vermesi güçleşebilir, karar vermede zorlanan hasta anksiyete, korku, öfke, çaresizlik, gerginlik-sinirlilik ve depresyon gibi

duygular yaşayabilir. Hasta ve hasta yakınlarına öğrenmek istedikleri veya gereksinim duydukları bilgiden fazla verilmesi de korku, anksiyete yaşamasına, gerekli bilginin verilmemesi de hastaların anksiyetelerini artırıp paniğe sokabilir. Belirsizlik bireylerin anksiyete düzeylerini yükselttiğinden hastanın hazır oluşu değerlendirilerek gerekli bilgi verilmeli, anksiyetesi olan hastalar için etkili baş etme yöntemlerinin seçimi ve kullanılmasına yardımcı olunmalıdır (Öz,2010).

2.3.6. Anksiyete belirtileri

Anksiyete sürecinde vücudumuzda birtakım değişimler meydana gelmektedir (Kafes, 2021). Anksiyete belirtileri dört ana başlıkta (bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik) toplanmıştır.

- 1) Bilişsel Belirtiler: Aşırı uyanıklık durumu ya da dikkat dağınıklığı, düşüncelerin bulanık olması, çevrenin olduğundan farklı algılanması, düşünmeyi kontrol edememe, fiziksel zarar görme endişesi ve ölüm korkusu,
- 2) Duygusal Belirtiler: Endişe, huzursuzluk, tahammülsüzlük, çaresizlik, tükenmişlik, yorgunluk, korku, gerginlik, panik,
- 3) Davranışsal Belirtiler: Donakalma, çabuk kızma, yerinde duramama, kaçma, konuşma akışında bozukluk, gergin duruş, çabuk irkilme,
- 4) Fizyolojik Belirtiler: Sıcak basması, terleme, ciltte solukluk ya da kızarıklık, kan basıncında artış, göğüste ağrı, çarpıntı, baş ağrısı ve dönmesi, bayılacakmış hissi ve bayılmalar, kramp tarzı kaslarda gerginlik, karın ağrısı, yutma güçlüğü, öğürme, ishal, midede şişkinlik, hazımsızlık, bulantı, kusma gibi belirtiler görülebilir. (Towsend, 2011- DSM-V, 2013- Kafes, 2021).

2.4. DEPRESYON

2.4.1. Depresyon tanımı

Depresyon, üzüntü duygusuyla ifade edilen bir duygu değişikliğidir. Alışılmış olan aktivitelere karşı ilgi kaybı ve isteksizlik, değersizlik hissi, yavaş konuşma, hareketlerde durağanlık, dürtü ve düşünmenin bozulması, gamlı ve kederli hissetmek, karamsarlık ve somatik semptomlar görülen bir bozukluktur. (Townsend,2011& Öztürk,

2015). Sözcük anlamı "çöküş, alçalma" demektir. Depresyonda insanın biyopsikososyal bütünlüğü içindeki yaşamın en etkin biçimde yönlendiren ruhsal aygıtın işleyişinde bir bozulma ve buna bağlı olarak da bireyin biyopsikososyal sisteminin kendi içinde ve dış dünya ile arasındaki işlevsel dengede bir bozulma söz konusudur (Çam, 2014). Depresyon gelecek yaşam beklentisinin karamsar ve kötümser olduğu, yaşamdan zevk alma ve yaşama isteğinin kaybolması, gamlı ve kederli hissedildiği, geçmişte yaptıkları ve yaşadığı şeylerden pişmanlık ve suçluluk hissettiği bir bozukluk olup iştahta artma veya azalma, uykusuzluk veya çok uyuma, cinsel isteksizlik veya artma olabilmektedir. Depresyon hastalarında intihar düşünceleri ve bu duyguya bağlı suisid teşebbüsleri de görülebilmektedir (Çevik, 1993).

2.4.2. Depresyon tarihçesi

Çok eski kültürlerin çoğu (Babililer, Mısırlılar, Yahudiler) duygu durum bozukluklarının doğa üstü olduğuna veya ilahi kökenli olduğuna inanmaktadır. Samuel'in kitabında Tevrat King Saul'un depresyonunun Tanrı'nın ona işkencesi olarak kötü ruhla gönderildiğinden bahsedilmektedir. Depresyonla ilgili ilahi olmayan bakış açısı 5. Yy'da Yunan tıp topluluğu tarafından ele alınmıştır (Townsend,2011). Hipokrat melankoli (siyah safra) terimini tanımlamıştır (Karamustafalıoğlu, 2011). Hipokrat melankolinin dalak ve barsakta üretilen ve beyni etkileyen yoğun toksik madde olan aşırı siyah safradan kaynaklandığına inanmıştır (Townsend,2011). Fransız psikiyatristler 1854 yılında depresyonu tanımlarken "folie circulaire" terimini kullanarak depresyonun döngülü olabileceğini vurgulamışlardır. DSM-III'le 1980'de depresyonun tanı koyma kriterleri belirlenmiştir (Karamustafalıoğlu, 2011). Depresyonun ruhsal bir durum olduğu 1987 yılında kabul edilerek DSM-III-R'de depresyon sınıflandırmasında değişiklik yapılmıştır. DSM-IV 1994 yılında yayınlanarak 2013 yılına kadar kullanılmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği güncellenip geliştirilen DSM'nin beşincisi olan DSM V kriterleri 2013 Mayıs ayından itibaren kullanılmaya başlanmıştır (Köknel, 2000& APA, 2013).

2.4.3. Depresyon epidemiyolojisi

Depresyon major bir insanlık hastalığıdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaklaşık 350 milyon kadar insanın bu hastalıktan muzdarip olup uzun yıllar depresyonla yaşamlarına devam etmektedirler. Sakatlık ve ölüme göre sıralandığında, depresyon

inme, kalp hastalığı, HIV gibi ölümcül hastalıkların ardından dokuzuncu sırada gelir. Damgalama, etkili terapilerin olmaması ve yetersiz ruh sağlığı kaynakları nedeniyle depresyonun teşhis edilip ve tedavi edilmesi zordur (Smith, 2014).

Depresyon türlerinden en yaygın olanı majör depresyondur. DSM-III'te major depresif bozukluğun 1 yıllık görülme yaygınlığı %2,6- 6,2 bildirilmektedir. Bir çalışmada, DSM-IV'te belirtilen Major Depresif Epizodlar (MDE) DSÖ'nün Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme Programının kullanımıyla yapılan yüz yüze bir görüşmede 18 ülkeden gelen bilgiler değerlendirilmiş, yüksek gelirli 10 ülkede MDE'nin yaşam boyu görülme sıklığı %14,6 ve 12 aylık yaygınlığı %5,5 iken, gelir düzeyi düşük ve orta olan 8 ülkede %11,1 ve %5,9 bulunmuştur (Hamurcu, 2012). Amerika Birleşik Devleti'nde (ABD) 2008 de yürütülen bir araştırmada, 18 yaş ve üzerindeki bireylerin (14,3 milyon katılımcı) %6,4'ünün geçmiş yıllarında en az bir majör depresyon dönemi olmuştur. 25 yetişkinden biri (%4,2 veya 9,5 milyon kişi) geçmiş yıllarında majör depresif dönem yaşamıştır (Townsend,2011).

Araştırmalar depresif bozukluk insidansının kadınlarda erkeklerden yaklaşık 2:1 oranında daha fazla olduğunu göstermektedir. Yaşamları süresince kadınların yaklaşık %21 ve erkeklerin %13'ünde klinik olarak depresyon görülecektir. Yapılan bir çalışmada depresyon ve kişilik bozukluklarının düşük sosyoekonomik durumun bulunan en yaygın sonuçları olduğu bildirilmektedir (Townsend,2011).

Ülkemizde 700 bireyle yapılan bir çalışmada primer depresyonun nokta yaygınlığı %27,7, ikincil depresyonun yaygınlığı ise %3,57'i bulunmuştur. Türkiye'de depresyon araştırmalarına önemli bir katkı sunan bir diğer çalışmada Sağlık Bakanlığı tarafından Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi kullanılarak yapılan, 7479 kişiyi kapsayan 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili' adlı araştırmada depresif nöbet yaygınlığı %4,0 olarak bulunmuş olup, yaygınlık oranı erkeklerde %2,3 kadınlardaysa %5,4 bulunmuştur (Kaya, 2007).

2.4.4. Depresyon risk faktörleri ve etiyolojileri

Toplumun kadınlara değer vermemesi, aile içi aşırı sorumluluklara sahip olmaları nedeniyle kadınların psikiyatri polikliniklerine daha fazla başvurdukları bilinmektedir. Kadınlar ruhsal hastalıklar ve hastalık belirtileri yönünden risk grubundadır. Kadın ve erkek arasındaki ilişkide iş yükü ve eşitsizlikler, özel yaşantıdaki sorunlar kadınlarda depresyonun daha fazla görülmesine sebep olmaktadır. Yapılan bir çalışmaya göre evli

olanlarda bekarlara göre duygulanım bozukluğu riski 2,8 kat daha fazladır (Kayahan, 2003). Kişinin yaşamında menstürel siklus gibi hormon değişikliklere bağlı ortaya çıkan anormal durumlar depresyona sebep olabilmekte ayrıca postpartum dönemde östrojen ve progesteron hormonlarındaki değişimler depresyon hastalığının etiyolojisinden sorumlu tutulmaktadır (Yakut, 2019). Çeşitli çalışmalarda ise depresyon etiyolojisinde genetik bağlantılar olduğu ileri sürülmüştür; ancak genetik geçişle ilgili henüz kesin bir veri gösterilmemiştir. İkizlerle yapılan çalışmalar afektif hastalığın etiyolojisinde güçlü genetik faktörden bahsetmektedir. Joska ve Stein monozigot ikizlere yönelik çalışmalarında tekrarlı majör depresyonun genetik olarak aktarılma oranının yaklaşık %37 olduğunu bildirmiştir. “Genetik materyalleri hemen hemen aynı olan bireylerde genler majör depresyon gelişme açısından %37’lik bir riske sahiptir. Bireyin çevresi ile genler arasındaki etkileşim ve olumsuz çevre kalan riskin büyük bir kısmından sorumludur” (Towsend, 2011). Çoğu ruhsal bozukluklarda olduğu gibi eğitim seviyesi düştükçe depresyonun görülme oranı artmakta, eğitim seviyesi yükseldikçe depresyon oranı azalmaktadır, aralarında negatif bir ilişki vardır (Yakut, 2019).

Depresyonun patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır (Schneider, 2018). Birçok etmen depresyona neden olabilmektedir. Hastalığın net açıklamasını doğrulayan tek bir teori veya hipotezin olmadığı varsayılmaktadır (Towsend, 2011- Türkçapar, 2018). Hastalığın stres-diyatez modeli, bir aile üyesinin kaybı, duygusal veya profesyonel bir hayal kırıklığı, sosyal ve çevresel etmenler, genetik ve edinilmiş savunmasızlıkların neden olduğunu savunur (Schneider, 2018). Bireyin depresyona yatkınlığında genetik, biyokimyasal ve psikososyal etkilerin kombinasyonunu inceleyen ve çoklu nedenlerin destekleyen kanıtlar giderek artmaktadır (Towsend, 2011- Türkçapar, 2018). Depresyon görülmesinde rol oynayan etmenleri şu şekilde sıralayabiliriz;

Biyolojik etkenler: Yapılan çalışmalarda depresyon beyindeki önemli reseptör alanlarındaki serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi nörotransmitterin yetersizliği ile ilişkili olabileceği hipotez edilmiştir. Norepinefrin bedenin stresli olaylarla baş etmesini sağlayan temel bileşen olarak belirlenmiştir. Serotonin içeren nöronlar duygu durum, anksiyete, uyarılma, dikkatli olma, irritabilite, düşünme, kognisyon, iştah, agresyon ve sirkadiyen ritim gibi birçok psikobiyolojik fonksiyonların düzenlenmesinde yer alır. Serotonin aminoasit prekürsörü olan Tryptoptan’ın antidepresan ilaçların etkinliğini artırdığı ve zaman zaman da antidepresan olarak etkin olduğu gösterilmiştir. Beynin

mezolimbik sistemindeki dopamin düzeyinin insanın duygu ve davranışına etki ettiği düşünülmektedir. Bu biyogenik aminlerin desteğinin azalmış olması impulsların sinir lifleri arasından engeller bu da hücrelerin alevlenmesinde ya da şarj olmasında yetersizliğe neden olur. Ayrıca glutamat seviyesinin de hastalarındaki merkezi sinir sistemi patofizyolojisi ve fizyolojisinde etkin rol oynayarak depresyonla arasında bir etkileşim olduğu ifade edilmektedir (Towsend, 2011- Çelik& Hocaoglu, 2016).

Psikososyal etkenler: Yapılan çalışmalarda stres oluşturan yaşam olaylarının depresyon görülmesinde etkili olduğu belirlenmiş fakat sonradan görülen ataklara etki etmediği, stres oluşturan durum ortadan kalksa bile hastalığın yeniden ortaya çıkabildiği zamanla fark edilmiştir (Akdemir, 2022). Her birey için stres durumları birbirinden farklıdır, kişinin benliğine zarar veren durumların depresyona en fazla neden olduğu düşünülmektedir. Hayata kötümser bakış açısı, sürekli olumsuz yönlerini görme gibi durumlar depresyonun etkisinde olan kişilerde sıklıkla görülmektedir. Depresyona yatkınlık kişilik özelliklerinden de etkilenmektedir. Kişilerin geleceğe dair umutsuz olmaları, benlik saygısı düşüklüğü gibi nedenlere bağlı olarak yaşam olaylarını olumsuz yorumlanması da kişinin depresyon duygu durumunu yaşamasına sebep olabilmektedir. Yakın aile ilişkileri, pozitif duygular ve iyimserlik, pozitif rol modellere sahip olma, psikolojik güç, geçmişte yaşanmış zor durumlarla başa çıkabilme, sosyal desteklerin varlığı, özgecilik, bilişsel olarak baş edebilme becerisine sahip olma, fiziksel sağlığın iyi olması ve sahip olunan becerilerin geliştirilmesi gibi etkenler de kişiyi depresyondan koruyan etmenler olduğu düşünülmektedir (Southwick, 2012). Duygu durum bozukluklarının oluşmasında en önemli nedenler, ekonomik sıkıntılar, ailevi problemler, iş yaşamındaki çatışmalar ve mesleki doyumsuzluklar, emeklilik, iş kaybı, sevgi nesnesinin kaybı, beden sağlığının bozulması, benliğe zarar veren, incitici, onur kırıcı durumlar yaşamak ve daha nice fiziksel ya da psikososyal olay büyük rol oynamaktadır (Öztürk, 2014).

Genetik etkenler: Genetik faktörlerin duygu durum bozukluklarının ortaya çıkmasında etkili olduğu ve bazı ailelerde yığılım olduğu görülmektedir (Öztürk, 2014). Aile çalışmalarının çoğu majör depresyonun, depresyon yaşamış bireylerin birinci derece biyolojik yakınlarında normal nüfusun 1.5-5 kat daha yaygın olduğunu göstermiştir. Pozitif aile öyküsü olan bireylerde depresyon riskinin arttığını destekleyen kanıtlar oldukça ilgi çekicidir. Rastgele çevre faktörlerinin ailelerde görülen hastalık

konsantrasyonuna neden olması mümkün değildir (Towsend,2011). Tek yumurta ikizleriyle yapılan araştırmalarda fenotipik eş zamanlı hastalanma oranının tam olmaması hastalığın genetik dışı etkenlerden (çevresel) de etkilendiğini göstermektedir (Öztürk, 2014).

2.4.5. Depresyon belirtileri

Depresyon ilk bilinen ve hala çok sık tanılanan psikiyatrik hastalıklardan birisidir. Üzüntü, duyguları ile ifade edilen duygu değişikliğidir. Somatik semptomlarla görülebilen alışılmış olan aktivitelere ilgisizlik vardır. İştah ve uyku örüntülerinde değişiklik yaygın görülmektedir. Sağlıklı bireyler arasında yaygın olan üzüntü ve hüznün duygusu, yaşamımızdaki hayal kırıklıklarına verilen normal bir tepki olarak görülmektedir. Bu episodlar bireyin yaşamış olduğu kayıp, değişim ve yetersizliğe (gerçek veya algılanan) uyum sağlayana kadar devam eden kısa süreli bir dönemdir. Adaptasyonun etkin olmadığı durumlarda patolojik depresyon ortaya çıkar (Towsend,2011). Günümüzde depresyon tanı kriterlerinde DSM-V ölçütleri kullanılmaktadır (Köroğlu,2013).

Depresyon başlangıç döneminde fiziksel olarak herhangi bir belirti vermeyip, ileri aşamada hastalar fiziksel problemler yaşamaya başlayabilir. Hastaların %60-70'i başlangıçta depresyonun etkileri ile başa çıkabilmekte olup genellikle antidepresan tedavisine olumlu yanıt verirken bunların %10-30'u iyileşemez. Bu hastalarda görülen işlevsellikte bozulma, yaşam kalitesinin düşmesi, intihar düşüncesi ve girişimleri, kendine zarar verme davranışı yüksek nüks oranını gösterir (Al-Harbi, 2012). Depresyonun belirtilerinde öncelikle dış uyaranlara duyarsızlık, huzursuzluk, tepkisizlik, fiziksel hareketlerde yavaşlama gibi durumlarla çaresizlik, umutsuzluk, kendini suçlama, yalnız kalma isteği gibi duygulara rastlanmaktadır (Türkçapar, 2018).

Depresyon dönemlerinde en sık görülen genel belirti ve bulgular şunlardır;

- Çökkün ve bunaltılı duygudurum
- Dikkati yoğunlaştırma da zorlanma, dalgınlık
- Yetersizlik, değersizlik, suçluluk hissetme
- Genel isteksizlik, ilgilerde azalma, eskiden zevk aldığı şeylerden zevk alamama
- Enerji azlığı, çabuk yorulma

- Uykunun azalması ya da artması
- İştah ve kilo da artma veya azalma
- Ölüm ve intihar düşünceleri
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon (Öztürk, 2014).

2.5. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

2.5.1. Psikolojik Sağlamlığın Tanımı ve Önemi

Psikolojik sağlamlık kavramı, II. Dünya Savaşı'ndan oldukça etkilenmiştir. Gelişmekte olan psikolojik sağlamlık kavramı için bilim adamları, savaş zamanında askerlerin deneyimlerinin ardından travmanın etkilerini ve savaş sırasında psikiyatrik hastalıklarının gelişimini ve savaşın olumsuz etkilerini azaltmayı amaçlayan müdahaleleri incelemiştir (VanMeter, 2020). Psikolojik sağlamlık 1950'li yılların başında Block tarafından ilk kez literatürde bahsedilmiştir. Psikolojik sağlamlık, kişinin yaşamındaki koşulların zorluğuna karşın bu zorlukların üstesinden başarıyla gelebilme ve bu koşullara uyum sağlayabilme yeteneğidir (Öz, 2009). Psikolojik sağlamlık kavramı Latince bir kelime olan resiliens (esnek olma) kökünden gelmektedir. Bir maddenin elastik olmasını ve kendi şekline kolayca dönebilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Greene, 2002). Psikolojik sağlamlığın bir başka tanımındaysa hastalıktan, depresif duygulardan, değişikliklerden ya da olumsuz koşullardan çabucak iyileşebilme yeteneği; kendini toparlayabilme, incindikten, gerildikten sonra eski haline kolayca dönebilme; elastikiyet şeklinde tanımlanır (Ramirez, 2007). Psikolojik sağlamlık bir yetenek ve psikolojik bir nitelik olarak görülmekle birlikte sağlıklı gelişimin sürdürülmesine katkı sağlar, olumsuz hayat şartlarıyla karşılaşıldığında o durumla mücadele edebilmeye yardımcı olur (Masten, 1998). Önemli zorluklarla karşılaşan bireyler, bu zorluğa rağmen tipik olarak normal işleyişlerine devam edebilirler. Direnç, bu bireylerin olumsuzlukların ardından olumlu bir şekilde uyum sağlama kapasitelerini kapsayan, herhangi bir işleyiş seviyesindeki dinamik bir süreçtir (VanMeter, 2020). Psikolojik sağlamlıkla ilgili yapılan araştırmalarda, psikolojik sağlamlık düzeyleri düşük olanların kaçınmacı başa çıkma stratejileri, yüksek olanlarınsa problem merkezli başa çıkma stratejilerini kullandıkları tespit edilmiştir. Araştırmalara göre stresle başa çıkmada psikolojik sağlamlık bir tampon görevi görmektedir (Aksoy, 2022). Psikolojik sağlamlığın gelişiminde, karşılaşılan

riskler ve bu risk faktörlerinin negatif etkilerinin azaltılmasında ya da ortadan kaldırılmasında koruyucu psikolojik sağlık faktörlerinin kullanılması önemlidir (Öz, 2009).

2.5.2. Risk Faktörleri

Risk kavramı zarara uğrama tehlikesi olan istenmeyen durumlar olarak tanımlanabilir (Demircioğlu, 2019). Birey herhangi bir risk faktörüne maruz kaldığında ya da zorluk yaşadığında psikolojik sağlamlıktan bahsedilebilir. Bir risk durumuyla karşılaşan, bu süreçte yeterli, uyumlu olabilen kişiler psikolojik olarak sağlam adlandırılabilir (Masten & Reed, 2002). Birey çocukluk veya ergenlik döneminde bir risk durumuyla karşılaşır, sonraki gelişim dönemlerinde aksamalar görülebilir. Kişinin psikolojik olarak sağlıklı bir yaşam sürmesi ve psikolojik sağlık gösterilmesinde, yaşamda karşılaşılabilecek olumsuz deneyimler ve başa gelebilecek felaketler, yoksulluk, ebeveynlerdeki psikopatolojik durum ya da hastalıklar, genetik bozukluk, cinsel taciz, boşanma, terör ve doğal afetler birer risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin psikolojik olarak sağlıklı bir yaşam sürmesinde ve psikolojik sağlık göstermesinde ise bu olumsuz durumlarla baş edebilmesi önemlidir (Kararımak, 2006).

Psikolojik sağlamlığı etkileyen risk faktörleri bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere üç ana başlıkta incelenebilir.

Bireysel risk faktörleri; gebelik döneminde annenin alkol/ilaç kullanması, erken doğum, cinsiyet, kronik hastalıklar, zor kişilik, negatif bir mizaca ya da utangaç bir kişiliğe sahip olma, güvensiz bağlanma, düşük özgüven, bilişsel, dil ya da motor alanındaki zedelenmeler, cinsel istismar, sosyal ilişki becerilerindeki yetersizlikler, düşük IQ seviyesi, davranış bozukluğu, madde bağımlılığı ve olumsuz yaşam olaylarıdır.

Ailesel risk faktörleri; erken yaşta ebeveyn olma, ebeveynlerin boşanması, ebeveynlerin ölümü ya da tek ebeveyn ile yaşamak, aile-çocuk arasındaki uyumsuzluk, ebeveynlerin hastalığı ya da psikopatolojisi, yetersiz ebeveynlik, çocuğun fiziksel, duygusal ve cinsel istismarı, eşler arasındaki çatışma, ebeveynlerin madde kullanması, ebeveyn işsizliği ve cinsel istismardır.

Çevresel risk faktörleri; toplumsal şiddet, akran zorbalığı, bir yakının ya da arkadaşın kaybı, savaşlar, doğal afetler, evsizlik, yoksulluk ve ekonomik sıkıntılar, okul dönemindeki stresli ve travmatik olaylar, çocuğun duygusal ihmali ve istismarı, akademik

başarısının düşük olması, kırsal alanda yaşamak ve toplumun gelişmişlik düzeyinin düşük olmasıdır (Stout, 2003; Gizir, 2007; Öz, 2009; Demircioğlu, 2019;).

2.5.3. Koruyucu Faktörler

Psikolojik sağlamlık denildiğinde akla gelen diğer bir mekanizma da koruyucu faktörlerdir. Risklerin ve kötü koşulların olumsuz etkilerini azaltan veya ortadan kaldıran durumlara koruyucu faktörler denir (Öz, 2009). Koruyucu faktörler bireyin yaşadığı olumsuz durumlara yapıcı tepkiler vermesini sağlar (Kararımak, 2006). Risk faktörleri ve koruyucu faktörler birbirlerinin tam tersi etki yapmaktadır (Masten, 1994). Koruyucu faktörler risk durumlarında ortaya çıkarak bireylerin yaşadığı olumsuz durumları azaltarak ve uyumu kolaylaştırıcı etkileri olmaktadır (Kararımak, 2006). Bireylerin risk durumları karşısında daha sağlıklı ve uyumlu olma durumunu açıklayabilmek için koruyucu faktörlerin etkisini bilmek önemlidir (Masten & Reed, 2002).

Psikolojik sağlamlıkta risk faktörleri gibi koruyucu faktörlerde üç ana başlıkta incelenebilir. Bunlar bireysel, ailesel ve çevresel koruyucu faktörler olarak sınıflandırılabilir.

Bireysel koruyucu faktörler; gelişmiş zeka/bilişsel yetenek, akademik yeterlilik ve başarı, arkadaş edinebilme, sosyal ilişkileri sürdürebilme, sosyal uyum, güvenli bağlanma, etkili baş etme mekanizmaları, problem çözme becerilerine sahip olma, kolay mizaç, cinsiyet, sağlık, yaş, özgüven, öz-denetim, yaşama dair amaç ve gerçekçi beklentilere sahip olma, olumlu düşünce, affedicilik ve sağlıklı fiziksel gelişim olarak açıklanabilir.

Ailesel koruyucu faktörler; ailenin yapısı, sınırları, kuralları, izlemeyi ve öngörülebilirliği sağlaması, ebeveyn çocuk arasındaki destekleyici ilişki, ailenin davranış ve değerler için uygulanabilir, gerçekçi ve net beklentiler içinde bulunması, ailenin çocuk eğitiminde tutarlı bir disipline sahip olması, ailenin tehlikeli ve güvensiz durumlardan çocuklarını koruma işlevi, sorunların çözülmesi için çocuğa sunulan fırsatlar, çocukların geleceği için ailenin olumlu beklentiler kurması, aileyle birlikte yaşama, iyi eğitilmiş anne ve babaya sahip olma, ailenin yeterli sosyoekonomik statüye sahip olması ve fiziksel şiddet yerine iletişim temelli disiplin ortamı oluşturması çocuğa akraba ve aile dışı yetişkin desteği olarak söylenebilir.

Çevresel koruyucu faktörler; yetenek ve ilgi alanlarının geliştirilmesinin desteklenmesi ve rehberlik, toplum ve okul hayatında desteklenmek, pozitif normlar, fiziksel ve psikolojik güvenlik, erken öğrenme için destek, olumlu bir toplumda yaşamak, pozitif okul ilişkileri, olumlu bir rol modeller, akran-arkadaş desteği, toplumsal kaynaklardan yararlanabilme, aile ve okul arasındaki olumlu ilişki ve bu ilişkiyi destekleyici öğretmenler, akran zorbalığını azaltan okul politika ve uygulamaları, okul rehberlik ve danışma merkezleri şeklinde ifade edilebilir (Stout, 2003; Gizir, 2007; Öz, 2009; Demircioğlu, 2019).

2.5.4. Yetişkinlik Döneminde Psikolojik Sağlamlık

Yetişkinlik, bireyin yaşamının erken dönemlerinde yaşadığı gelişimsel sonuçlarla birlikte döneme özgü sorunların ortaya çıktığı bir gelişim sürecidir (Çakar, 2018). Bu dönemde bireylerin meslek sahibi olması, aile kurması gibi sosyal anlamda yaşamlarında birtakım değişiklikler olur. Bu değişikliklerle birlikte bazı sıkıntılı durumlar da ortaya çıkabilmektedir. Bireyler karşılaştıkları bu güçlüklerle ve risk faktörleriyle baş edebilmek için aile, arkadaş, okul çevresi ve kişinin kendi sahip olduğu özellikler gibi koruyucu faktörlere ihtiyaç duymaktadır (Aksoy, 2022).

Yetişkinlik dönemi bazı yetişkinler tarafından daha sağlıklı yaşanırken, bazıları psikolojik sorunlarında görüldüğü pek çok zorluk yaşayabiliyor. Travmatik yaşantılar, hangi dönemde yaşanır yaşınsın, kişinin baş etme becerilerini aşan, kısa ya da uzun dönemde telafisi mümkün olmayan bir dizi etkiye sahip olabiliyor (Çakar, 2018). Bu yaşantılar bireyin iç huzurunu bozmakta, psikolojik sağlamlığını azaltmakta ve psikolojik rahatsızlıklara yatkın hale getirmektedir Risk faktörleri travmatik bir olayın etkisini artırırken, koruyucu faktörler bu tür etkileri azaltmakta ve kişinin iyileşme yeteneğini artırmaktadır. Ayrıca yetişkinlerde destek sistemleri, benlik saygısı ve dayanıklılık düzeyinin, erken dönem travmatik yaşantıların olumsuz etkileriyle baş etme ve bu durumlara uyum sağlamada önemli bir rol oynamaktadır. Bu yönüyle psikolojik sağlamlık, stresi kontrol etme ve bireyin stresli durumlardan kaçınması yerine baş etmesine yardımcı olarak yaşanan olaylarının etkilerini azaltır (Ramirez (2007; Davydoy, 2010). Psikolojik sağlamlık, yetişkinlerin zorluklar karşısında gelişmelerini sağlayan bir savunma mekanizması olarak görülebilir (Davydoy, 2010).

3.YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı palyatif bakım alan hastalara bakım veren hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ve sosyodemografik özellikleriyle arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

H0: Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve psikolojik sağlamlık ile hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ve hasta özellikleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve psikolojik sağlamlık ile hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ve hasta özellikleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma analitik, kesitsel nitelikte bir çalışmadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesinde yapılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Bu araştırmanın evreni, 15 Haziran 2021- 15 Ocak 2022 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesinde palyatif bakım alan hastaların yakınları olmuştur.

3.5. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini G-Power 3.1.9.2 kullanılarak hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü: 0,528. hata miktarı: %5 ve güç: %80 tespit edilmiştir. Araştırma örneklemini 15 Haziran 2021- 15 Ocak 2022 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesinde ayaktan ve yatarak tedavi alan 116 hastanın yakınıdır. Örneklemimizdeki

hasta yakınları çalışmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyanlardan oluşmaktadır.

Katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi yatarak veya ayaktan izlenen hastalara bakım veren hasta yakını olmak
- En az okuma yazma bilmek
- Çalışmaya katılma ve anket sorularını cevaplamak için gönüllü olmak
- 18 -65 yaşları arasında olmak
- Ankette yer alan soruları anlayıp cevaplayabilecek bilişsel düzey ve dil yeterliliğinde olmak
- Herhangi psikiyatrik hastalığının olmaması.

Katılımcıların çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Gönüllü onam vermemek
- 18 yaşından küçük olmak
- 65 yaşından büyük olmak
- Psikiyatrik bir hastalığının olması
- Soruları cevaplayacak bilişsel düzey ve dil yeterliliğinde olmama
- Okuma yazma bilmemek

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin soruları içeren bir anket formu (ek 4), Beck Anksiyete Ölçeği (ek 5), Beck Depresyon Ölçeği (ek 6) ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği (ek 7) kullanılarak bakım vericilerle yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir.

3.6.1. Sosyodemografik Özellikler Formu

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan, genel durumlarını sorgulayan 18 maddeden oluşan “Sosyodemografik Özellikler Formu” kullanıldı. Sosyodemografik Özellikler Formu

içeriği; 1. Katılımcının yaşı, 2. Cinsiyeti, 3. Hasta ile yakınlık derecesi, 4. Medeni durumu, 5. Eğitim durumu, 6. Mesleği, 7. Sağlık sorunun varlığı (hasta yakınlarının tanıdığı herhangi bir hastalığının olup olmadığı) 8. Gelir durumu 9. Çocuk sahibi olup - olmadığı, 10. Birlikte yaşadığı aile üyeleri, 11. Psikiyatrik bir hastalığının var olup olmadığı 12. Katılımcı dışında bakım vericilerinin varlığı (bu maddede hastaya bakım verirken yardımcı olan birilerinin varlığı veya hastaya tek başına mı bakım verdiği değerlendirildi.) 13. Palyatif bakım hizmetlerini alma süresi, 14. Hastaya bakım verirken yardım aldığı kişiler 15. Hastanın aldığı tedavi yöntemleri (bu maddede hastaya kemoterapi, radyoterapi, destekleyici tedavi (hastanın hastalığıyla ilgili tedavisi sonlandırılıp sadece semptomlarına yönelik tedavi) türlerinden hangisinin verildiği öğrenilmek istendi) 16. Hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki destek ihtiyacı (Sürekli bakım desteği ihtiyacı var , yardımla bakım ihtiyacı karşılanıyor, bakım desteği ihtiyacı yok) 17. Hastanın tanısı, 18. Katılımcının daha önceki palyatif bakım deneyimi (bu maddede hasta yakının daha önce palyatif bakım alan bir yakının olup olmadığını öğrenmek amaçlandı) sorularından oluşmaktadır.(Ek 4)

3.6.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck tarafından geliştirilen Beck Anksiyete Ölçeği anksiyete belirtilerini ölçmeyi amaçlayan ve anksiyetenin bilişsel yanlarını ortaya koyan bir ölçektir. Ulusoy ölçeğin ilk geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yürütmüştür (test-tekrar test-güvenilirlik katsayısı $r=0,57$) (Ulusoy, 1993). Çalışmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda anksiyete derecelendirme ve tedavi izleme çalışmalarında güvenle kullanılabileceği belirtilmiştir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. (Ölçek içeriği 1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma, 2. Sıcak/ ateş basmaları, 3. Bacaklarda halsizlik, titreme, 4. Gevşeyememe, 5. Çok kötü şeyler olacak korkusu, 6. Baş dönmesi veya sersemlik, 7. Kalp çarpıntısı, 8. Dengeyi kaybetme duygusu, 9. Dehşete kapılma, 10. Sinirlilik, 11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu, 12. Ellerde titreme, 13. Titreklik, 14. Kontrolü kaybetme korkusu, 15. Nefes almada güçlük, 16. Ölüm korkusu, 17. Korkuya kapılma, 18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi, 19. Baygınlık, 20. Yüzün kızarması, 21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan) maddelerinden oluşmaktadır.)

Katılımcılardan her soru için ‘Hiç’, ‘Hafif Derecede’, ‘Orta Derecede’, ‘Ciddi Derecede’ seçeneklerinden birinin işaretlemesi istendi. Ölçekten alınacak en yüksek 63

puan en düşük puan 0'dır, puanın yüksekliği anksiyetenin şiddetini gösterir ve 0-7 puan anksiyetenin olmadığını, 8-15 puan anksiyetenin hafif düzeyde varlığını, 16-25 anksiyetenin orta düzeyde varlığını ve 26-63 puan anksiyetenin şiddetli olarak varlığını gösteren dört kategoriye ayrılmaktadır. Ölçekteki sorulardan 5 madde kavrama yönünü, 3 maddede hem somatik hem kavrama semptomlarını ve 13 madde fizyolojik semptomları değerlendirmektedir (Avcı, 1995). (Ek 5)

3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, 1961 yılında Aaron T. Beck tarafından geliştirilen 21 sorudan oluşan kişilerin depresyon yönünden riskini belirleyen ve depresyon düzeyini ve şiddetini ölçen çoktan seçmeli öz bildirim ölçeğidir. (Ek 6) (Ölçek içeriği; 1. Duygu durumu, 2. Kötümserlik, 3. Başarısızlık duygusu, 4. Doyumsuzluk, 5. Suçluluk duygusu, 6. Cezalandırılma durumu, 7. Kendinden nefret etme, 8. Kendini suçlama, 9. Kendini cezalandırma arzusu, 10. Ağlama Nöbetleri, 11. Sinirlilik, 12. Sosyal içedönüklük, 13. Kararsızlık, 14. Bedensel imge, 15. Çalışabilirliğin ketlenmesi, 16. Uyku bozuklukları, 17. Yorgunluk-bitkinlik, 18. İştahın azalması, 19. Kilo kaybı, 20. Somatik yakınmalar, 21. Cinsel dürtü kaybı. Bu kategorilerden her biri 4 tane kendini-değerlendirme maddesinden oluşmaktadır.)

Bu alt gruplardan 11'i biliş, 2'si duygu, 2'si açıkça görülen davranış, 1'i kişiler arası sorunlar, 5'i somatik semptomları ölçmektedir. Ölçekteki sorulara verilen cevaplar için 0 ile 3 arası puan verilir. Hasta yakınlarının her soruya verdiği puanlar toplanarak katılımcıların depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınacak 63 en yüksek puan 0 en düşük puandır (Hisli, 1989).

Ölçek için verilen kesim puanı araştırmalarda farklılık göstermekle birlikte 17 puanın klinik depresyonu belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir (Avşar, 2007). Beck Depresyon ölçeğinin dilimize uyarlaması ve ülkemizdeki güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Hisli (1989) tarafından yapılmıştır, çalışmamızda önerdiği puanlama sistemlerinden, alınan puanlara göre katılımcılar, (0-9 puan) depresif olmadığını, (10-16 puan) hafif depresyon olduğunu, (17-29 puan) orta derecede depresyon olduğunu ve (30-63) ağır derecede depresyon olduğunu gösteren 4 kategoriye ayrılmıştır. Elde edilen puanın yüksek olması depresyon düzeyi ve şiddetiyle doğru orantılıdır (Hisli, 1989).

3.6.4. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ), Smith ve ark. tarafından 2008 yılında bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Smith, 2008). KPSÖ'nün Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tayfun Doğan tarafından 2015 yılında eğitim fakültesine okuyan 295 üniversite öğrencisinde denenerek yapılmıştır (Doğan, 2015). KPSÖ 5'li Likert tipinde 6 maddeden oluşan bir ölçme aracıdır. Ölçekteki sorulara katılımcılar Hiç Uygun Değil (1), Uygun Değil (2), Biraz Uygun (3), Uygun (4), Tamamen Uygun (5) şeklinde cevaplar verebilmektedir. Ölçekte 2., 4. ve 6. maddeler tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, psikolojik sağlamlığın da yüksek olduğunu göstermektedir. (Ek 7)

3.6.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve analizi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Science) programı kullanılarak analiz edildi. Nitel verilerin değerlendirilmesinde sayı (S) ve yüzde (%) değerleri hesaplandı ve istatistiksel önemlilikler ki kare testi (χ^2) ile belirlendi. Elde edilen veriler Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendiğinde verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiş olup bundan dolayı verilerin analizinde parametrik olmayan testler tercih edilmiştir. İki grup arasındaki farkın incelenmesinde parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U, ikiden fazla gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. İstatistiksel önemlilik 0,05 düzeylerinde değerlendirildi.

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

- Araştırmanın yapılacağı kurumdan uygulama izni alınmıştır.
- Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'n dan onay alınmıştır.
- Katılımcılara çalışma konusunda bilgi verilerek, sözlü ve yazılı onam alınarak çalışmaya dahil edilmiştir.
- Görüşmeler katılımcıların kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortamda gerçekleştirilmiştir.

- Elde edilen veriler katılımcıların kişisel bilgilerin gizliliğine ve mahremiyetine saygı duyularak sadece araştırmamızın bulgularında değerlendirilmek için kullanılmış ve gizli tutulmuştur.



4. BULGULAR

Çalışmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarının sosyodemografik verileri incelendiğinde, hasta yakınlarının yaşlarına göre dağılımı 18 – 65 arasında olup, ortalama yaşlarının ise 44,6 olduğu hesaplanmıştır. Katılımcıların yaş durumu Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Yaşlarına Ait Bulgular

	Ortalama ($\pm$ SS)	Medyan	Minimum	Maksimum
Yaş (Hasta Yakınları)	44,6 $\pm$	47	18	65

Hasta yakınlarının sosyodemografik verilerinden cinsiyet dağılımları incelendiğinde büyük çoğunluğunun %73,3’ünün kadın, %26,7’sinin ise erkek olduğu görülmektedir. Hasta yakınları arasında hastaya yakınlık dereceleri incelendiğinde hasta yakınlarının; %40,5’inin hastanın eşi, %37,9’unun hastanın çocuğu, %7,8’inin hastanın ebeveyni, %7,8’inin hastanın gelini, %5,2’sinin hastanın kardeşi, %8,6’sının ise hastanın diğer yakınları olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının medeni durumları incelendiğinde, %77,6’sının evli olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının eğitim durumları incelendiğinde en fazla ilköğretim mezunu bulunmakta ve hasta yakınlarının %42,2’sini oluşturmaktadır. Lise mezunları %23,3’ünü, üniversite ve üzeri mezuniyete sahip olanlara %19’unu, ortaöğretim mezunu olarak %8,6’sını ve sadece okuryazar olanlar %6,9’unu oluşturmaktadır. Hasta yakınlarının mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde %59,5’inin çalışmadığı, %12,9’unun memur, %6’sının işçi, %6’sının çiftçi, %5,2’sinin emekli, %4,3’ünün serbest meslek sahibi, %3,4’ünün öğrenci ve %2,6’sının diğer mesleklere sahip olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının herhangi bir sağlık sorunun bulunma durumuna göre dağılımı incelendiğinde %51,7’sinin bir sağlık sorunu olmadığı, %48,3’ünün ise sağlık sorunlarının bulunduğu belirlenmiştir. Hasta yakınları arasında gelir durumunu iyi olarak ifade edenler %23,3, orta olarak ifade edenler %68,1 ve kötü olarak ifade edenler ise %8,6’lık dilimi oluşturmaktadır. Hasta yakınlarının %77,6’sının en az bir çocuğunun olduğu, %22,4’ünün ise bir evlat sahibi olmadığı görülmektedir. Hasta yakınları birlikte yaşadığı kişiler açısından incelendiğinde %43,1’i eşi ve çocuklarıyla birlikte, %21,6’sı eşi ile, %16,4’ü anne, baba ve kardeşleriyle,

%9,5'i eşi, çocukları, kayınpederi ve kayınvalidesi ile, %2,6'sı yalnız, %6,9'u ise bahsedilen aile fertleri dışındaki diğer bireylerle aynı evde yaşamaktadır. Hasta yakınlarının %59,5'inin hastaya bakım verirken destek aldığı kişiler bulunmakta, %40,5'inin ise destek aldığı kişiler bulunmamaktadır. Katılımcıların hastalara bakım verme süreleri incelendiğinde %29,3'ü altı aydan daha kısa süredir bakım vermektedir. Hasta yakınlarının daha önceki palyatif bakım deneyimleri sorgulandığında %48,3'ünün daha önce palyatif bakım alan bir yakını olduğunu, %51,7'sinin ise daha önce palyatif bakım alan bir yakını olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2).



Tablo 4.2. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Verilerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Katılımcılar	(n=116)	%
Cinsiyet	Kadın	85	73,3
	Erkek	31	26,7
Hastaya Yakınlık Derecesi	Çocuğu	44	37,9
	Eşı	47	40,5
	Kardeşı	6	5,2
	Ebeveyn	9	7,8
	Gelini	9	7,8
	Diğer	10	8,6
Medeni Durum	Evli	90	77,6
	Bekar	26	22,4
Eğitim Durumu	Okuryazar	8	6,9
	İlköğretim	49	42,2
	Ortaöğretim	10	8,6
	Lise	27	23,3
	Üniversite ve üzeri	22	19,0
Mesleği	Memur	15	12,9
	İşçi	7	6,0
	Çiftçi	7	6,0
	Emekli	6	5,2
	Serbest Meslek	5	4,3
	Çalışmıyor	69	59,5
	Öğrenci	4	3,4
	Diğer	3	2,6
Sağlık Sorunu Varlığı	Var	56	48,3
	Yok	60	51,7
Gelir durumu	İyi	27	23,3
	Orta	79	68,1
	Kötü	10	8,6
Evlat sahibi olma durumu	Var	90	77,6
	Yok	26	22,4
Evde yaşadığı aile fertleri	Yalnız	3	2,6
	Eşi ile	25	21,6
	Eşi ve çocuklarıyla	50	43,1
	Eşi, çocukları, kayınvalide ve kayınpederle	11	9,5
	Anne, baba ve kardeşleriyle	19	16,4
	Diğer	8	6,9
Bakım verirken destek aldığı kişilerin varlığı	Var	69	59,5
	Yok	47	40,5
Bakım verme süresi	6 aydan az	34	29,3
	6 aydan fazla	82	70,7
Daha önce palyatif bakım alan yakının varlığı	Var	56	48,3
	Yok	60	51,7

Hastaların tedavi alma yöntemlerine göre dağılımları incelendiğinde %59'unun kemoterapi, %27'sinin destekleyici tedavi, %14'ünün kemoterapi ve radyoterapiyi birlikte aldığı görülmektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hastaların Tedavi Alma Yöntemine İlişkin Yüzdelik Dağılımları

	Katılımcılar	(n=116)	%
	Kemoterapi	68	59
Hastaların aldığı tedavi yöntemi	Kemoterapi ve Radyoterapi	16	14
	Destekleyici tedavi	32	27

Bakım verilen hastaların özerklik durumları incelendiğinde, hastaların %59'unun bakım desteğine ihtiyacı olmadığı, %24'ü sürekli bakım desteğine ihtiyacı olduğu, %17'si ise yardımla bireysel ihtiyaçlarını karşılandığı bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hastaların Destek İhtiyacına İlişkin Yüzdelik Dağılımları

	Katılımcılar	(n=116)	%
	Sürekli bakım desteğine ihtiyacı var	28	24
Hastaların destek ihtiyacı	Yardımla bakımını karşılıyor	20	17
	Bakım desteğine ihtiyacı yok	68	59

Bakım verilen hastaların tanılarına göre dağılımları incelendiğinde, hastaların büyük çoğunluğunun (%95'inin) kanser, geri kalan kısımda ise (%6) Parkinson, CVO ve Demans gibi hastalıklar bulunmaktadır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastaların Tanısına İlişkin Yüzdelik Dağılımları

	Katılımcılar	(n=116)	%
Hastaların tanısı	Kanser	110	95
	Diğerleri	6	5

Hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerine ilişkin dağılımları incelenmiştir. Beck Anksiyete Ölçeği'ne verilen yanıtlara göre hasta yakınlarının %40,5'inin anksiyetesinin olmadığı, %36,2'sinin hafif anksiyeteye, %17,2'sinin orta düzey anksiyeteye ve %6'sının şiddetli anksiyeteye sahip olduğu belirlenmiştir. Beck

Depresyon Ölçeği'ne verilen yanıtlara göre hasta yakınlarının %24,1'inin depresif olmadığı, %32,8'inin hafif depresyon, %33,6'sının orta depresyon ve %9,5'inin ağır depresyon düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hasta Yakınlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Dağılımı

Ölçekler	Katılımcılar	(n=116)	%
Beck Anksiyete Ölçeği	Anksiyete yok	47	40,5
	Hafif anksiyete	42	36,2
	Orta düzey anksiyete	20	17,2
	Şiddetli anksiyete	7	6,0
Beck Depresyon Ölçeği	Depresif değil	28	24,1
	Hafif depresyon	38	32,8
	Orta depresyon	39	33,6
	Ağır depresyon	11	9,5

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeyleri medeni durum değişkenine göre incelendiğinde anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($U=750,50$, $Z=-2,543$, $p<.05$). Evli olan hasta yakınlarının anksiyete düzeyi sıra ortalamaları 62,16, bekar olanların anksiyete düzeyi sıra ortalamaları ise 43,02 olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla evli olan hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri bekar olan hasta yakınlarına göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri medeni durum değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=996,50$, $Z=-.872$, $p>.05$). Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da evli olan hasta yakınlarının (Sıra Ort.=59,43) depresyon düzeylerinin bekar olan hasta yakınlarına (Sıra Ort.=52,86) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri medeni durum değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=986,50$, $Z=-.942$, $p>.05$). Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da bekar olan hasta

yakınlarının (Sıra Ort.=63,54) psikolojik sağlamlık düzeylerinin evli olan hasta yakınlarına (Sıra Ort.=56,46) göre daha yüksek olduğu görülmektedir

Tablo 4.7. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	Z	p
Anksiyete	Evli	90	62,16	5594,50	750,50	-2,543	,011*
	Bekar	25	43,02	1075,50			
Depresyon	Evli	90	59,43	5348,50	996,50	-,872	,383
	Bekar	25	52,86	1321,50			
Psikolojik Sağlamlık	Evli	90	56,46	5081,50	986,50	-,942	,346
	Bekar	25	63,54	1588,50			

*p<.05

Cinsiyetlere göre katılımcıların anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeyleri incelendiğinde anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (U=659,00, Z=-4,114, p<.01). Bakım veren kadın hasta yakınlarının anksiyete düzeyi sıra ortalamaları 66,25, erkek hasta yakınlarının anksiyete düzeyi sıra ortalamaları ise 37,26 olarak bulunmuştur. Buna göre bakım veren kadın hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri erkek hasta yakınlarına göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır (U=985,00, Z=-2,077, p<.05). Bakım veren kadın hasta yakınlarının depresyon düzeyi sıra ortalamaları 62,41, erkek hasta yakınlarının anksiyete düzeyi sıra ortalamaları ise 47,77 olarak bulunmuştur. Buna göre bakım veren kadın hasta yakınlarının depresyon düzeyleri erkek hasta yakınlarına göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (U=1078,50, Z=-1,495, p>.05). Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da bakım veren erkek hasta yakınlarının (Sıra Ort.=66,21) psikolojik sağlamlık düzeylerinin kadın hasta yakınlarına (Sıra Ort.=55,69) göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo4.8).

Tablo 4.8. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	Z	p
Anksiyete	Kadın	85	66,25	5631,00	659,00	-4,114	,000**
	Erkek	31	37,26	1155,00			
Depresyon	Kadın	85	62,41	5305,00	985,00	-2,077	,038*
	Erkek	31	47,77	1481,00			
Psikolojik Sağlamlık	Kadın	85	55,69	4733,50	1078,50	-1,495	,135
	Erkek	31	66,21	2052,50			

*p<.05 **p<.01

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeyleri hastaya yakınlık derecelerine göre incelendiğinde anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($X^2=9,188$, $p>,05$). Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da hasta eşlerinin gruplar içerisinde en yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri hastaya yakınlık derecelerine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($X^2=4,788$, $p>,05$). Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da hasta eşlerinin gruplar içerisinde en yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri hastaya yakınlık derecelerine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=5,226$, $p>,05$). Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da hastaya bakım veren kardeşlerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.9. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Yakınlık Derecelerine Göre Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Sıra Ortalaması	sd	X ²	p
Anksiyete	Çocuk	44	54,49	4	9,188	,057
	Eşi	47	67,81			
	Kardeşi	6	33,67			
	Gelini	9	61,06			
	Diğer	10	45,00			
Depresyon	Çocuk	44	58,33	4	4,788	,310
	Eşi	47	62,39			
	Kardeşi	6	30,83			
	Gelini	9	60,33			
	Diğer	10	55,90			
Psikolojik Sağlamlık	Çocuk	44	60,59	4	5,226	,265
	Eşi	47	52,29			
	Kardeşi	6	77,58			
	Gelini	9	54,28			
	Diğer	10	70,85			

*p<.05

Katılımcıların anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeyleri eğitim durumlarına göre incelendiğinde anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($X^2=12,571$, $p<.05$). Herhangi bir eğitim kurumundan mezuniyeti olmayan fakat okuryazar olan hasta yakınlarının anksiyete düzeyi (Sıra Ort.=83,44) hem lise mezunu olan hasta yakınlarına (Sıra Ort.=45,85) hem de üniversite ve üzeri mezuniyete sahip hasta yakınlarına (Sıra Ort.=48,00) göre anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca ilköğretim mezunu olan hasta yakınlarının (Sıra Ort.=65.41) anksiyete düzeylerinin, lise mezunu olan hasta yakınlarına (Sıra Ort.=45,85) göre manidar bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri eğitim durumu değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($X^2=7,581$, $p>.05$). Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da sadece okuryazar olan hasta yakınlarının gruplar içerisinde en yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri eğitim durumu değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=7,129$, $p>.05$). Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da üniversite ve üzeri mezuniyete

sahip hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.10. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Sıra Ortalaması	sd	X ²	p
Anksiyete	Okuryazar	8	83,44	4	12,571	,014*
	İlköğretim	49	65,41			
	Ortaöğretim	10	61,95			
	Lise	27	45,85			
	Üniversite ve üzeri	22	48,00			
Depresyon	Okuryazar	8	75,69	4	7,581	,108
	İlköğretim	49	65,30			
	Ortaöğretim	10	52,55			
	Lise	27	48,65			
	Üniversite ve üzeri	22	51,91			
Psikolojik Sağlamlık	Okuryazar	8	41,38	4	7,129	,129
	İlköğretim	49	57,37			
	Ortaöğretim	10	43,05			
	Lise	27	62,02			
	Üniversite ve üzeri	22	69,95			

*p<,05

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeyleri herhangi bir sağlık sorunlarının var olup olmama durumuna göre incelendiğinde anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (U=1160,50, Z=-2,874, p<,01). Herhangi bir sağlık sorunu bulunan hasta yakınlarının anksiyete düzeyi sıra ortalamaları 67,78, sağlık sorunu bulunmayan hasta yakınlarının anksiyete düzeyi sıra ortalamaları ise 49,84 olarak bulunmuştur. Buna göre bir sağlık sorunu olan hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri sağlık sorunu olmayan hasta yakınlarına göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri sağlık sorunu değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (U=1428,50, Z=-1,391, p>,05). Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da sağlık sorunu bulunan hasta

yakınlarının (Sıra Ort.=62,99) depresyon düzeylerinin sağlık sorunu bulunmayan hasta yakınlarına (Sıra Ort.=54,31) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri sağlık sorunu değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=1398,00$, $Z=-1,563$, $p>,05$). Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da sağlık sorunu bulunmayan hasta yakınlarının (Sıra Ort.=63,20) psikolojik sağlamlık düzeylerinin sağlık sorunu olan hasta yakınlarına (Sıra Ort.=53,46) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.11. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Herhangi Bir Sağlık Sorunu Bulunma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Sağlık Sorunu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	Z	p
Anksiyete	Var	56	67,78	3795,50	1160,50	-2,874	,004*
	Yok	60	49,84	2990,50			
Depresyon	Var	56	62,99	3527,50	1428,50	-1,391	,164
	Yok	60	54,31	3258,50			
Psikolojik Sağlamlık	Var	56	53,46	2994,00	1398,00	-1,563	,118
	Yok	60	63,20	3792,00			

* $p<,01$

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeyleri gelir durumlarına göre incelendiğinde anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($X^2=4,157$, $p>,05$). Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da gelir durumunu kötü olarak değerlendiren hasta yakınlarının gruplar içerisinde en yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri gelir durumu değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($X^2=13,135$, $p<,01$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelenmiştir. Buna göre gelir durumunu kötü olarak değerlendiren hasta yakınlarının depresyon düzeyi (Sıra Ort.=91,35) gelir durumunu hem orta olarak değerlendiren (Sıra Ort.=58,52) hem de iyi olarak değerlendiren hasta yakınlarına (Sıra Ort.=46,28) göre anlamlı derecede yüksektir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri gelir durumu değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=,953$, $p>,05$). Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da gelir durumunu iyi olarak değerlendiren hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.12. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Gelir Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Gelir Durumu	N	Sıra Ortalaması	sd	X^2	p	
Anksiyete	İyi	27	52,70				
	Orta	79	58,03	2	4,157	,125	
	Kötü	10	77,90				
Depresyon	İyi	27	46,28				
	Orta	79	58,52	2	13,135	,001*	3>1
	Kötü	10	91,35				3>2
Psikolojik Sağlamlık	İyi	27	62,39				
	Orta	79	58,20	2	,953	,621	
	Kötü	10	50,40				

* $p<,01$

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeyleri bakım verme süresine göre incelendiğinde anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($U=1115,50$, $Z=-1,692$, $p>,05$). Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da altı aydan daha fazla süredir bakım veren hasta yakınlarının (Sıra Ort.=61,90) anksiyete düzeylerinin altı aydan daha az süredir bakım veren hasta yakınlarına (Sıra Ort.=50,31) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri bakım verme süresi değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($U=1061,50$, $Z=-2,019$, $p<,05$). Altı aydan daha fazla süredir bakım veren hasta yakınlarının depresyon düzeyi sıra ortalamaları 62,55, altı aydan daha az süredir bakım veren hasta yakınlarının depresyon düzeyi sıra ortalamaları ise 48,72 olarak bulunmuştur. Buna göre altı aydan daha fazla süredir bakım veren hasta yakınlarının depresyon düzeyleri altı aydan daha az süredir bakım veren hasta yakınlarına göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri bakım verme süresi değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=1106,00$, $Z=-1,752$,

$p>,05$). Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da altı aydan daha az süredir bakım veren hasta yakınlarının (Sıra Ort.=66,97) psikolojik sağlamlık düzeylerinin altı aydan daha fazla süredir bakım veren hasta yakınlarına (Sıra Ort.=54,99) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.13. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Bakım Verme Sürelerine Göre Karşılaştırılması

	Süre	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	Z	p
Anksiyete	6 Aydan Az	34	50,31	1710,50			
	6 Aydan	82	61,90	5075,50	1115,50	-1,692	,091
	Fazla						
Depresyon	6 Aydan Az	34	48,72	1656,50			
	6Aydan	82	62,55	5129,50	1061,50	-2,019	,044*
	Fazla						
Psikolojik Sağlamlık	6 Aydan Az	34	66,97	2277,00			
	6 Aydan	82	54,99	4509,00	1106,00	-1,752	,080
	Fazla						

* $p<,05$

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeyleri tedavi yöntemlerine göre incelendiğinde anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($X^2=6,295$, $p>,05$). Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da hem kemoterapi hem de radyoterapi alan hastaların yakınlarının gruplar içerisinde en yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri tedavi yöntemine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($X^2=9,872$, $p<,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelenmiştir. Buna göre destekleyici tedavi alan hastaların yakınlarının depresyon düzeyi (Sıra Ort.=72,66) yalnızca kemoterapi alan hastaların yakınlarına (Sıra Ort.=51,19) göre anlamlı derecede yüksektir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri hastaların aldığı tedavi yöntemlerine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=1,944$, $p>,05$). Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da hem kemoterapi hem de radyoterapi alan hastaların yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.14. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Tedavi Yöntemine Göre Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Sıra Ortalaması	sd	X ²	p	
Anksiyete	Kemoterapi	68	53,03				
	Kemoterapi ve Radyoterapi	16	73,07	3	6,295	,098	
	Destekleyici Tedavi	32	64,20				
Depresyon	Kemoterapi	68	51,19				
	Kemoterapi ve Radyoterapi	16	63,27	3	9,872	,020*	1<4
	Destekleyici Tedavi	32	72,66				
Psikolojik Sağlamlık	Kemoterapi	68	60,74				
	Kemoterapi ve Radyoterapi	15	62,63	3	1,944	,584	
	Destekleyici Tedavi	32	52,45				

*p<.05

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeyleri hastaların bakım desteği ihtiyaçlarına göre incelendiğinde anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($X^2=6,247$, $p<.05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelenmiştir. Buna göre bakım verilen hasta gruplarından, sürekli bakım desteğine ihtiyacı olan gruba bakım veren hasta yakınlarında anksiyete düzeyi (Sıra Ort.=70,27) bakım desteğine ihtiyacı olmayan hasta grubuna bakım veren hasta yakınlarına (Sıra Ort.=52,21) göre anlamlı derecede yüksektir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri bakım desteği ihtiyacına göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($X^2=,526$, $p>.05$). Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da hastaların sürekli bakıma ihtiyacı olduğunu ifade eden hasta yakınlarının gruplar içerisinde en yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri bakım desteği ihtiyacına göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2=,369$, $p>.05$). Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da bakım desteği ihtiyacı olduğunu ifade eden hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.15. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Bakım Desteği İhtiyacına Göre Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Sıra Ortalaması	sd	X ²	p	
Anksiyete	Sürekli bakım desteği ihtiyacı var	28	70,27				
	Yardımla bakım ihtiyacı karşılanıyor	20	63,40	2	6,247	,044*	3<1
	Bakım desteği ihtiyacı var	68	52,21				
Depresyon	Sürekli bakım desteği ihtiyacı var	28	62,38				
	Yardımla bakım ihtiyacı karşılanıyor	20	58,50	2	,526	,769	
	Bakım desteği ihtiyacı var	68	56,90				
Psikolojik Sağlamlık	Sürekli bakım desteği ihtiyacı var	28	58,77				
	Yardımla bakım ihtiyacı karşılanıyor	20	54,43	2	,369	,832	
	Bakım desteği ihtiyacı var	68	59,59				

*p<.05

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeyleri daha önce palyatif bakım alan bir yakını bulunma durumuna göre incelendiğinde anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (U=1433,00, Z=-1,367, p>.05). Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da daha önce de palyatif bakım alan bir yakını olan hasta yakınlarının (Sıra Ort.=62,91) anksiyete düzeylerinin daha önce palyatif bakım alan bir yakını olmayan hasta yakınlarına (Sıra Ort.=54,38) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri daha önce palyatif bakım alan bir yakını bulunma durumuna göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (U=1614,50, Z=-,362, p>.05). Anlamlı derecede bir farklılık görülmemekle birlikte, daha önce de palyatif bakım alan bir yakını olmayan hasta yakınlarının (Sıra Ort.=59,59) depresyon düzeylerinin daha önce palyatif bakım alan bir yakını olan hasta yakınlarına (Sıra Ort.=57,33) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri daha önce palyatif bakım alan bir yakını bulunma durumuna göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (U=1601,50, Z=-,429, p>.05). Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da daha önce de palyatif bakım alan bir yakını olmayan hasta yakınlarının (Sıra

Ort.=59,79) daha önce palyatif bakım alan bir yakını olan hasta yakınlarına (Sıra Ort.=57,12) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.16. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Daha Önceden Palyatif Bakım Alan Yakınlarının Bulunma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Önceki Deneyim	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	Z	p
Anksiyete	Evet	56	62,91	3523,00	1433,00	-1,367	,172
	Hayır	60	54,38	3263,00			
Depresyon	Evet	56	57,33	3210,50	1614,50	-,362	,717
	Hayır	60	59,59	3575,50			
Psikolojik Sağlamlık	Evet	56	57,12	3198,50	1601,50	-,429	,668
	Hayır	60	59,79	3587,50			

Palyatif bakım alan hastalara bakım vermekte olan hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık durumları incelendiğinde hasta yakınlarının anksiyete düzeylerinin ortalama 10.77 (Min=0, Maks=63) olduğu görülmektedir. Bu ortalama Beck Anksiyete ölçeği değerlendirmesinde “Hafif Düzey Anksiyete” olarak karşılık bulmaktadır. Böylece hasta yakınlarının ortalamaları incelendiğinde genel olarak hafif derecede anksiyeteye sahip oldukları söylenebilir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri ortalamaları incelendiğinde ise ortalama puanın 16,40 (Min.=0, Maks.=63) olduğu görülmektedir. Bu ortalama Beck Depresyon ölçeğinde 17-29 puan aralığının “Orta Düzey Depresyon” derecesine denk geldiği göz önüne alındığında hasta yakınlarının ortalama depresyon düzeylerinin orta derecede depresyona da yakın olduğu yorumu yapılabilir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ortalamaları incelendiğinde 18,34 (Min.=6, Maks.=30) ortalamaya sahip oldukları görülmektedir. Bu puanın orta dereceye yakın olduğu göz önüne alındığında hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri için olumlu veya olumsuz yorum yapmak zor olacaktır.

Tablo 4.17. Hasta Yakınlarının Anksiyete, Depresyon ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Ortalama ve Standart Sapmalarına İlişkin Bulgular

Ölçek	Min.	Maks.	Ortalama ($\bar{x}$)	SS
Beck Anksiyete	0	63	10,77	8,14
Beck Depresyon	0	63	16,40	8,90
Kısa Psikolojik Sağlamlık	6	30	18,34	4,48

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Buna göre hastaların anksiyete ortalama puanları ile depresyon ortalama puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde manidar bir ilişki bulunmaktadır ($r=,53$, $p<,01$). Hasta yakınlarının anksiyete ve psikolojik sağlamlık puan ortalamaları arasında negatif yönde ve orta düzeyde manidar bir ilişki bulunmaktadır ($r=-,47$, $p<,01$). Hasta yakınlarının depresyon ve psikolojik sağlamlık puan ortalamaları arasında da negatif yönde ve orta düzeyde manidar bir ilişki bulunmaktadır ($r=-,59$, $p<,01$).

Tablo 4.18. Psikolojik Durum ve Psikolojik Sağlamlık Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman Korelasyon Testi Sonuçları

Ölçek	Anksiyete	Depresyon	Psikolojik Sağlamlık
Anksiyete	1	,529*	-,465*
Depresyon		1	-,591*
Psikolojik Sağlamlık			1

* $p<,01$

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon puanlarının psikolojik sağlamlık durumlarını yordamasına ilişkin regresyon analizi sonuçları incelendiğinde modelde çoklu bağlantı ($VIF<10$, $Tolerance>0.2$) ve otokorelasyon ($D-W=1,71$) problemi olmadığı görülmekte ve modelin anlamlı olduğu görülmektedir ($F_{(2,113)}=38,617$; $p<,01$). Buna göre hasta yakınlarının depresyon ve anksiyete durumları birlikte, psikolojik sağlamlık puanlarındaki varyansın yaklaşık %41'ini açıklamaktadır ($R^2=0,406$). Bu veriler ışığında hasta yakınlarının depresyon ve

anksiyete durumlarının, psikolojik sağlamlık durumları üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu söylenebilir.

Tablo 4.19. Hasta Yakınlarının Anksiyete, Depresyon Puanlarının Psikolojik Sağlamlık Puanlarına Yordamasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	<i>t</i>	<i>p</i>	F _(2,113) = 38,617; p= ,000; R=,637; R ² = ,406
	B	s.h.	β			
Sabit*	23,95	,72		33,46	,000	
Anksiyete	-,140	,043	-,26	-3,27	,001	
Depresyon	-,250	,039	-,50	-6,37	,000	

*Psikolojik Sağlamlık

VIF: 1.16,

Tolerance: .86,

D-W: 1.71

5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının verdiği cevaplardan elde edilen bulgulara göre hasta yakınlarının yaş ortalaması 44,6 olduğu görülmüştür. Literatür taramalarında çalışmamıza benzer sonuçlar olduğu görülmüştür, yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun yaş aralığını 31-50 aralığında, başka bir çalışmada hasta yakınlarının %66'ını 30-49 yaş aralığında, Taylan ve Baydoğan (2015) , hasta ve yakınlarının hasta hakları ve hasta hakları birimi hakkındaki bilgi düzeylerinin ve faydalanma durumlarıyla ilgili yaptığı çalışmada ise hasta yakınlarının %53,9'unu 30-59 yaş aralığında bulmuştur (Koyuncu,2016, Baltalı, 2022, Taylan,2015). Zimmermann ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının %61'ini 38-71 yaş grubunda bulmuştur (Zimmermann, 2016). Hastalara bakım verme sorumluluğunu genelde aile içerisinde deneyimli kişiler, ev hanımları veya emekli olmuş çalışmayan kişiler üstlendiğinden hasta yakınlarının yaş ortalaması beklenendir.

Çalışmamızda bakım verenlerin %73,32'sinin kadın, %26,7'si erkektir. Çalışmamızda bakım verenlerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Literatür taramalarına bakıldığında çalışmamıza paralel olarak bakım verenlerin büyük bir çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu görülmektedir (Duman, 2022). Götze ve ark. (2018) çalışmasında palyatif bakım alan kanser hastalarının yakınlarının %69,42'ünü, Menekli ve ark. (2021) çalışmasında bakım verenlerin %84,4'ünün kadınlardan oluştuğunu bulmuştur (Götze, 2018, Menekli, 2021). Toplumsal değişimler olsa da halen bakım verme rolünün kadının temel görevi olduğu düşüncesi mevcuttur (Özkurt, 2019). Ülkemiz kültüründe ataerkil bir toplum yapısına sahip olunması bakım verici rollerinin kadınlar tarafından üstlenilmesine sebep olabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin %40,5'inin hastanın eşi, %37,9'unun hastanın çocuğu, %7,8'inin hastanın ebeveyni, %7,8'inin hastanın gelini, %5,2'sinin hastanın kardeşi, %8,6'sının ise hastanın diğer yakınlarından oluştuğu görülmüştür. Hasta yakınlarıyla yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının %66,7'si hastanın eşi, %22,7'sini çocuğu, %1,5'ni ise hastanın ebeveyni, başka bir çalışmada hasta yakınlarının %83,5'inin hastaların birinci derece yakını olduğunu, terminal dönemdeki hastaların yakınlarıyla yapılan başka bir çalışmada hasta yakınlarının %38,9'unu hastanın eşi, %61,1'ini hastanın çocuğu, Akyakar ve Akdemir (2009) %84'ünü hastanın çocuğu,

%14'ünü hastanın eşi, başka bir çalışmada %19,8'ini hastanın eşi, %55'ini hastanın anne veya babası, %13,5'ini hastanın gelini veya damadı olduğu sonuçları görülmektedir (Baltalı, 2022, Koyuncu, 2016, Akyakar, 2009, Duman, 2022). Fringer ve ark. (2020) hasta yakınlarının %7,8'ini öz veya üvey çocuğu, %21,6'sını ebeveyn veya kayınpeder-kayınvalide %62,7'sini eşi, %2,9'unu kardeşi olarak bulmuştur (Fringer, 2020). Çalışmamızda, hastaların büyük çoğunluğunun ileri yaş yetişkin olmasından dolayı hasta yakınlarında ebeveyn bakım vericilerin sayıca az olması çalışma sonucumuz için beklenendir. Bakım vericilerin çoğunluğu hastanın yakın akrabalarından oluşmaktadır, bu durum, geleneksel Türk aile yapısı, aile bağlarının güçlü olmasından kaynaklanmaktadır. Bakım vericilerde eşlerin ve çocukların yüksek olması, eşlere bakma görevinin eşlerden ve anne babaya bakma görevinin çocuklarından beklenmesi ile açıklanabilir.

Hasta yakınlarının medeni durumları incelendiğinde, %77,6'sının evli, %22,4'ünün ise bekar olduğu, %77,6'sının en az bir çocuğunun olduğu, %22,4'ünün ise bir evlat sahibi olmadığı görülmektedir. Alanyazında da benzer sonuçlar görülmektedir. Kanserli çocuk hastalara bakım veren yakınlarla bir çalışmada hasta yakınlarının %86,1'ini evli, %13,9'unu bekar, hasta yakınlarının %74,1'i evli olduğunu, başka bir çalışmadaysa hasta yakınlarının %66,1'inin çocuk sahibi olduğu, %33,9'unun çocuk sahibi olduğu sonuçlarına rastlanmaktadır (Olagunju, 2016, Karakaya, 2020). TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları) 2021 verileriyle de uyumlu olarak, hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun orta yaş ve ileri yaş grubundan oluşması, evli ve çocuk sahibi olanların oranının yüksek olması beklenen ve ülkemizde yaygın olarak görülen bir durumdur (TNSA, 2021).

Hasta yakınları birlikte yaşadığı kişiler açısından incelendiğinde %43,1'i eşi ve çocuklarıyla birlikte, %21,6'sı eşi ile, %16,4'ü anne, baba ve kardeşleriyle, %9,5'i eşi, çocukları, kayınpederi ve kayınvalidesi ile, %2,6'sı yalnız, %6,9'u ise bahsedilen aile fertleri dışındaki bireylerle aynı evde yaşamaktadır. Şener ve ark. (2022) palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarıyla yaptığı çalışmada hasta yakınlarının %51,1'ini, Özden ve ark. (2016) bakım verenlerin %71,4'ünü, Küçükgüçlü ve ark. (2009) hasta yakınlarının %63,9'unun bakımından sorumlu oldukları hasta ile aynı evde yaşadıklarını bildirmiştir (Şener, 2022- Özden 2016- Küçükgüçlü, 2009). Türk aile geleneklerine bakıldığında aileler genellikle birlikte yaşamaktadır, daha

az gelişmiş şehirlerde kayınvalide ve kayınpeder ile yaşamak normal kabul edilmektedir, çalışma verilerimiz Türk aile yapısını yansıtmaktadır.

Hasta yakınlarının eğitim durumları incelendiğinde en fazla ilköğretim mezunlarına rastlanmaktadır ve hasta yakınlarının %42,2'sini oluşturmaktadır. Lise mezunları %23,3'ünü, üniversite ve üzeri mezuniyete sahip olanlar %19'unu, ortaöğretim mezunu olarak %8,6'sını ve sadece okuryazar olanlar %6,9'unu oluşturmaktadır. Çalışmamıza paralel olarak İmre ve Özer'in yaptığı çalışmada hasta yakınlarının %2,4'ünü okuryazar, %12,7'sini ilkokul, %26,1'i ortaokul mezunu, %22,4'ünü lise, %36,4'ünü üniversite ve üzeri mezuniyete sahip, Duman ve ark. (2022) hasta yakınlarının %10,8'ini okur-yazar, %36'sını ilkokul mezunu, %5,4'ünü ortaokul mezunu, %5,4'ünü lise mezunu, %2,7'sini üniversite mezunu olarak tespit etmiştir (İmre, 2021, Duman, 2022). Çalışmamızdan farklı olarak Götzte ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada %27,8'ini ilkokul, %38,9'unu orta okul, %8,3'ünü lise, %25'ini üniversite mezunu olarak bulmuş, Elkhateeb ve Salem (2018) yaptığı çalışmada ise hasta yakınlarının %22'sinin hayatları boyunca örgün eğitim almadığını tespit etmiştir (Götzte, 2016- Elkhateeb, 2018). Çalışmamızdaki katılımcıların yaş aralığındaki eğitim düzeyleri, TNSA 2021 verileriyle uyumlu bulunmuştur (TNSA, 2021). Çalışmalardaki eğitim düzeylerinde ortaya çıkan farklılıklar çalışmanın yapıldığı şehir ve ülkelerin gelişmişlik düzeyinden etkilendiği düşünülmektedir.

Hasta yakınlarının mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde %59,5'inin çalışmadığı, %12,9'unun memur, %6'sının işçi, %6'sının çiftçi, %5,2'sinin emekli, %4,3'ünün serbest meslek sahibi, %3,4'ünün öğrenci ve %2,6'sının diğer mesleklere sahip olduğu görülmektedir. Çalışmamıza benzer olarak Altay ve ark. (2018) alzheimerlı hastalara bakım veren hasta yakınlarıyla yaptığı araştırmada hasta yakınlarının %63,2'sini çalışmıyor, %36,8'ini çalışıyor, Erol ve ark. (2022) hasta yakınlarının %43,0'ünü çalışıyor, %57'sini çalışmıyor, olarak bulmuştur (Altay, 2018- Erol,2022). Çalışmamızdan farklı olarak İmre ve Özer'in (2021) yaptığı çalışmada hasta yakınlarının %18'ini çalışmıyor, %6,5'ini emekli, %24,1'ini memur, %0,8'ini öğrenci, %16,3'ünü serbest meslekle meşgul bulmuş, Blanckenburg ve ark. (2021) ise çalışmasında hasta yakınlarının %59,1'ini çalışıyor, %23,4'ünü emekli, %4,7'sini ev hanımı, %1,6'sını refakatçi izninde olarak bulmuş, Gahzwani ve ark. (2021) hasta yakınlarının %62,5'ini çalışıyor, %38,5'ini çalışmıyor olarak bildirmiştir (İmre, 2021- Blanckenburg, 2021-

Ghazwani, 2021). Çalışmalardaki hasta yakınlarının çalışma durumlarındaki fark araştırma yapılan şehirlerdeki hayat koşullarının zorluğu, iş imkanlarının fazlalığı veya azlığı ile doğrudan etkilenmiş olabilir ayrıca hasta yakınlarının birçoğunun kadınlardan oluşması ve kültürel olarak kadınlarının çalışmasının uygun bulunmamasıyla ilgili bizim çalışmamızda çalışmayan hasta yakınları oranını yükseltmiş olabilir. Hasta bakımı için yoğun zaman ayırmak gerektiğinden, hasta bakımını çalışmayan yakınların üstlenmek zorunda kaldığı da düşünülebilir.

Hasta yakınlarının herhangi bir sağlık sorunun bulunma durumuna göre dağılımı incelendiğinde %51,7'sinin bir sağlık sorunu olmadığı, %48,3'ünün ise sağlık sorununun bulunduğu belirlenmiştir. Araştırmamıza benzer olarak Akyar ve Akdemir (2009) yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının %66'sının tanı konulmuş bir hastalığının olduğunu, tanı konulanların %75,6'sının depresyon hastası olduğunu belirlemiştir (Akyar, 2009). Karakaya ve Işıkhan'ın (2020) araştırmasına katılan hasta yakınlarının %66,1'i hastalara bakım verdikleri süreçte sağlıklarının olumsuz etkilendiklerini ifade etmiş, Akgün ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin %80,3'ü kemoterapi alan hastaya bakım vermeden önce kendi sağlıklarını iyi, %51,6'sı bakım verirken kendi sağlıklarının kötü olduğunu belirtmiştir, başka bir çalışmadaysa hasta yakınlarının %35,7'sinin kronik bir hastalığının olduğu bildirilmiştir (Karakaya, 2020- Akgün, 2009- Eğici, 2019). Çalışmamızdan farklı olarak Boer ve ark. (2017) ise bakım verme sürecinde, hasta yakınları sağlıklarını %12 mükemmel, %17 çok iyi, %57 iyi, %14 orta, %1 kötü hissettiklerini belirlemiştir (Boer, 2017). Palyatif bakım alan hastaların birçok semptom yaşaması, hastalıklarının tedavisinin olmaması, ihtiyaçlarının birçoğunu destekle karılıyor veya hiç karşılayamıyor olmaları, hasta yakınlarına düşen yükü artırmaktadır. Bu durum hasta yakınlarının zorlanmasına ve bakım vericilerde fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Hasta bakımının dışında, hastaların yaş ortalamasına bakıldığında da o yaş grubunda (ortalama 44,6) en az bir tane bulaşıcı olmayan hastalıkların sık görüldüğü bilinmektedir (Aydemir, 2019).

Hasta yakınları arasında gelir durumunu iyi olarak ifade edenler %23,3, orta olarak ifade edenler %68,1 ve kötü olarak ifade edenler ise %8,6'lık dilimi oluşturmaktadır. Çalışmamıza benzer olarak İnangil ve ark.(2021) yaptığı çalışmada hasta yakınlarının gelir durumlarını %54,7'sinin geliri giderine denk, Akyar ve Akdemir'in (2009) yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının %50'sinin geçim

durumlarının iyi olduğunu, %40'ının idare eder bir geçim durumu olduğunu, %10'unun ise zor geçindiğini, başka bir çalışmadaysa katılımcıların %27,8'inin geliri durumunu iyi, %61,2'sinin gelir durumunu orta, %11'inin kötü olarak tespit etmiştir (İnangil, 2021- Akyar, 2009- İmre, 2018). Şener ve ark. (2022) çalışmasında hasta yakınları gelir durumları için %56,8'i gelirim giderden az, %43,22'si gelirim giderime eşittir, Altay ve ark. (2018) çalışmasında hasta yakınlarının %4,6'sı gelirim giderden fazla, %52,9'u gelirim giderime denk, %42,5'i gelirim giderden az şeklinde ifadede bulunmuş (Şener, 2022- Altay, 2018). TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2022 verilerine göre ülke nüfusunun birçoğunun orta gelirli olduğu bildirilmektedir, yaptığımız araştırmada da büyük çoğunluğun gelir düzeyinin orta olması TÜİK verileriyle doğru orantılıdır (TÜİK, 2022).

Çalışmamızda hasta yakınlarının %59,5'inin hastaya bakım verirken destek aldığı kişiler bulunmakta, %40,5'inin ise destek aldığı kişiler bulunmamaktadır. Alanyazında da benzer sonuçlara rastlanmaktadır, Duman ve Özdelikara (2022) hasta yakınlarının %71,2'sine hasta bakımında yardımcı olan birilerin olduğunu, %28,8'ine ise yardımcı olacak kimsenin olmadığını, başka bir çalışmadaysa hasta yakınlarının %61,5'i hastalara bakarken yardım almakta, %38,5'i yakınlarından destek görmediğini, Karakaya ve Işıkhan'ın çalışmasında hasta yakınlarının %64,5'inin hastalara bakım verirken yardım eden kişilerin var olduğunu, %35,5'inde hasta bakımda başka yardımcıları olmadığını belirtmiştir (Duman, 2022, Hut, 2021, Karakaya, 2020). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarıyla yapılan bir çalışma sonucunda, hasta yakınları beklenti ve ihtiyaçlarının destek olunması, yakınlık görme, yeterli bilgi alabilme, güven ve rahatlık olduğu tespit edilmiş, başka bir çalışmadaysa hasta yakınlarının bakım verirken %61,5'inin ruhsal olarak bunaldığını tespit edip, desteğin önemini vurgulamıştır (Erdoğan, 2019, Dökmen, 2012). Hut ve Özer'in (2021) hasta yakınlarının manevi destek ihtiyaçlarını belirlemek için yaptığı çalışmada katılımcıların %53,8'i manevi destek almalarının faydalı olacağını, %69,2'si manevi desteğe ihtiyaç duyduğunu, %76,9'unun manevi destek alamadıklarını ifade etmiştir (Hut, 2021). Bulgulardaki farklılığın nedeni örneklem gurubu ve bölgesel farklılıklardan dolayı olabilir. Araştırma verileri destek alınan kişilerin varlığı aile ilişkilerinin yakın olmamasından veya ailenin büyük- küçük bir aile olmasından etkilendiği düşünülmektedir.

Katılımcıların hastalara bakım verme süreleri incelendiğinde %29,3'ü altı aydan daha kısa süredir, %70,7'si ise altı aydan daha uzun süredir bakım vermektedir. Roiş ve ark. (2021) ilerlemiş kanser hastalarının yakınlarıyla yaptığı çalışmada hasta yakınlarının %30'unun bir yıldan az, %70'inin bir yıldan fazla süredir hastaya bakım verdiğini, haftalık en az 15 saat hastayla ilgilendiklerini belirlemiştir (Roiş, 2021). Yapılan bir çalışmada bakım verme sürecinde hasta yakınlarının %84,6'sının kendilerine ayırdıkları vaktin azaldığını ve %92,3'ünün sosyalliğinin azaldığını ifade etmiştir (Hut, 2021). Başka bir araştırmadaysa hasta yakınlarının %65,4'ünün üç aydan kısa, %34,6'sının üç aydan uzun süredir bakım verdiğini, bir başka çalışmada hasta yakınlarının %33,3'ünün 0-1 yıl arası, %33,3'ünün 1-3 yıl arası, %12,6'sının 3-5 yıl arası, %20,7'sinin 5 yıl üzerinde bakım verdiği tespit edilmiştir (Ghazwani, 2021, Altay, 2018). Eğici ve ark. (2019) araştırmasında hasta yakınlarının %41,1'inin 1 yıl ve üzeri, %58,9'unun 1 yıl ve altında bir zamanda bakım verdiklerini bildirmiştir. Araştırmalar arasındaki fark çalışmanın yapıldığı örneklem gruplarının farklılığından etkilenmiş olabilir. Ayrıca tedavi yöntemlerindeki gelişmeler hastaların daha uzun yaşamasını sağlayarak bakım sürelerini uzatmış olabileceğini düşündürmektedir.

Hasta yakınlarının daha önceki palyatif bakım deneyimleri sorgulandığında %48,3'ü daha önce palyatif bakım alan bir yakını olduğunu, %51,7'si ise daha önce palyatif bakım alan bir yakını olmadığını ifade etti. Baltalı ve ark. (2022) yoğun bakımda kalan hastaların yakınlarıyla yaptığı çalışmada hasta yakınlarının %21'inin daha önce palyatif bakım deneyimleri olduğunu %79'unun olmadığını, başka bir çalışmadaysa %30,8'inin hasta bakma deneyiminin olduğunu, %69,2'sinin hasta bakam deneyiminin olmadığını bulmuştur (Balatalı,2022- Bilgin, 2020). Büyük bir aileye sahip bireylerde, aile bireyleriyle yakın ilişkilerini sürdürenlerde, kanser gibi genetiğın de etiyolojik bir faktör olduğu hastalıklarda, kişiler birden fazla kez hasta yakını olma deneyimini yaşayabilirler.

Anksiyete bozukluklarının en sık görüldüğü dönem ergenlik ve erken erişkinlik dönemidir (Tamam, 2019). Tüm anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı %12,6, yaşam boyu görülme sıklığı ise %14,6'dır(Bal,2013). Çalışmamıza katılan bakım vericilerin Beck Anksiyete Ölçeğine verdiği yanıtlara göre %40,5'inin anksiyetesinin olmadığı, %36,2'sinin hafif anksiyeteye, %17,2'sinin orta düzey anksiyeteye ve %6'sının şiddetli anksiyeteye sahip olduğu bulunmuştur. Ölçeklerden katılımcıların yüksek puan alması,

hasta yakınlarının klinikte düzeyde değerlendirmesi gerektiğini ve anksiyete bozukluğu görülme riskinin oluştuğunu göstermektedir. Elde ettiğimiz verilere göre hasta yakınlarında, normal popülasyona göre daha fazla anksiyeteye rastlanıldığıdır. Pochard ve ark. (2001) yoğun bakımda kalan hastaların yakınlarıyla yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarının %69'unun anksiyete ve %35'inin depresyon yaşadığını, başka bir çalışmada da hasta yakınlarında görülen anksiyete düzeyinin ve sıklığının normale göre anlamlı yüksek bulunmuştur (Pochard, 2001, Grov, 2013). İnme hastalarının yakınlarını değerlendirmek için, 34 makalenin incelenerek hazırlandığı, 1756 hastayı içeren bir metaanaliz çalışmasında, bakım verenlerin %21,4'ünde anksiyete semptomlarının yüksek olduğu ifade edilmiştir (Loh, 2017). Hasta yakınlarının bakım verici rolünün getirdiği sorumluluklarla birlikte anksiyete düzeyi ve sıklığının normal popülasyona göre yüksek olması beklenendir. Hasta yakınları hastalık sürecinde gelecekle ilgili endişeler, durumla başa çıkmada zorlanma, hastayı kaybetme ve yalnız kalma korkusu, çocuklar için tek bir ebeveyn olma ve evdeki alışılmadık görevleri yerine getirme gibi durumlar yaşayabilirler, bu durumsal faktörler hasta yakınlarının anksiyete düzeyini artırabileceğini düşündürmektedir.

Yaşam boyu anksiyete yaygınlığı kadınlarda erkeklerle kıyaslandığında yaklaşık iki kat daha fazladır (Alçı, 2019). Yaptığımız çalışmada literatüre paralel olarak kadın hasta yakınlarının anksiyete düzeyi sıra ortalamaları 66,25, erkek hasta yakınlarının anksiyete düzeyi sıra ortalamaları ise 37,26, kadın hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri erkek hasta yakınlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Hu ve ark. (2018) kadınların anksiyete puanını erkeklere göre anlamlı yüksek bulmuş, yoğun bakımda kalan hastaların yakınlarıyla yapılan bir çalışmadaysa kadınlarda erkeklere göre daha fazla anksiyete ve depresyon semptomları görüldüğü bildirilmiştir (Hu, 2018- Opuş, 2020). Çalışmamızdan farklı olarak Anderson ve ark. (2008)- Bilgin ve ark. (2020) çalışmalarında hem anksiyete hem de depresyonun cinsiyet ile ilişkisinin olmadığı belirtilmiştir (Anderson, 2008- Bilgin, 2020). Çalışmamızda kadınların anksiyete düzeylerinin daha yüksek çıkmasının nedeni, kadınların duygusal yükünün, ailevi sorumluluklarının daha fazla olması ve bakım verme rolüne daha fazla bağlanmalarıyla ilişkili olabilir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin medeni durumlarına göre anksiyete düzeyleri incelendiğinde evli (Sıra Ort.: 62,16) olan hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri bekar (Sıra Ort.:43,02) olan hasta yakınlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza karşın Sarıtaş ve Büyükbayram (2016) kemoterapi alan hastaların yakınlarıyla yaptığı çalışmada medeni durumun anksiyeteye etki etmediğini görmüştür (Sarıtaş, 2016). Toros (2002) zihinsel ve/veya bedensel engele sahip çocukların anneleri ile sağlıklı çocuklardan olan annelerin evlilik uyum düzeyleri açısından anlamlı farklılık olmadığını, medeni durumun anksiyete düzeyine etki etmediğini bildirmiştir (Toros, 2002). Evli olan hasta yakınlarında anksiyete puanlarının yüksek olması evli bireylerin sorumluluklarının daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca katılımcıların hastaya ayırdığı zaman sahip olduğu sorumlulukları yerine getirememesine neden olacağından anksiyete düzeylerinin artmasını sağlayacaktır.

Çalışmamıza katılan hasta yakınlarının, hastaya yakınlık derecelerine göre anksiyete düzeyleri incelendiğinde anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da hasta eşlerinin gruplar içerisinde en yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Anderson ve ark. (2008), Bilgin ve ark. (2020), Sarıtaş ve Büyükbayram (2016) araştırmalarında, çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz bulgulara benzer olarak hastaya yakınlık derecesiyle anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (Anderson, 2008- Bilgin 2020- Sarıtaş, 2016). Buna karşın İlbaşı (2014) izole edilen hastaların yakınlarıyla yaptığı çalışmada hastaya yakınlık derecesiyle anksiyete düzeylerinde anlamlı bir fark görüldüğünü, Opuş ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada anne ve babalarda anksiyete düzeyini daha yüksek bulmuştur (İlbaşı, 2014- Opuş 2020). Bolosi ve ark. (2018) hasta yakınlarından en yüksek anksiyeteye sahip olan grubu hastanın eşleri olarak bulmuştur, hastanedeki 1. günde %40 oranında şiddetli anksiyete, 7. günde istatistiksel olarak anlamlı artarak eşlerde anksiyete görülme oranını %53,8, hastanın çocuklarındaysa ise sırasıyla %20 ve %23,1 olarak bulmuştur (Bolosi, 2018). Bulgulardaki farklılığın örneklem grupları farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir. Hasta eşlerinin hepsi hastayla birlikte yaşadığından, aralarında duygusal bir bağ olmasından, aile sorumluluğunu tek ebeveyn olarak sürdürmeye başlamalarından, hastaya yapılacak işlemlerde karar verici olmalarından kaynaklı anksiyete düzeylerinin yüksek olmasına sebep olabilir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre anksiyete düzeyleri değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Herhangi bir eğitim kurumundan mezuniyeti olmayan fakat okuryazar olan hasta yakınlarının anksiyete düzeyi hem lise mezunu olan hasta yakınlarına hem de üniversite ve üzeri mezuniyete sahip hasta yakınlarına göre anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca ilköğretim mezunu olan hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri, lise mezunu olan hasta yakınlarına göre manidar bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Papastavrou ve ark.'nın (2009) kanser hastalarının yakınlarıyla yaptığı çalışmada lise ve üzeri eğitilmiş bakım verenlerde anksiyete düzeylerini daha düşük bulmuştur (Papastavrou, 2009). Kemoterapi alan hastaların yakınlarıyla yapılan bir çalışmada ise eğitim düzeyinin düşük olması anksiyete sıklığının artmasına neden olduğu bildirmiştir (Özsoy, 2019). Çalışmamızdan farklı olarak Opuş ve ark. (2020), Sarıtaş ve Büyükbayram (2016) farklı seviyede eğitim almış hasta yakınlarıyla yaptıkları çalışmada, eğitim durumları ve anksiyete görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamıştır (Opuş, 2020- Sarıtaş, 2016). Hu ve ark. (2018) ise çalışmasında bakım veren gruplar arasında en düşük anksiyete puanını en düşük eğitim düzeyine sahip gruba ait bulmuştur (Hu, 2018). Mevcut araştırma bulgularımızın alanyazınla tutarlı olduğu görülmektedir. Düşük eğitim seviyesi düştükçe hasta yakınlarının stresle baş etme yöntemlerinin, iletişim becerilerinin az gelişmiş olması anksiyeteyi artırmasına, yüksek eğitime sahip hasta yakınlarının daha fazla kaynağa sahip olabileceği, hastalık, tedavi ve bakımla ilgili bilgilere daha kolay ulaşp ve anlayabilmesi anksiyeteyi düşürmesine sebep olabilir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olanlar daha iyi ekonomik koşullara sahip olabilir, ekonomik sıkıntılar yaşanmaması anksiyete üzerine olumlu bir etki yapabilir (Burke, 2015).

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının herhangi bir sağlık sorunlarının var olup olmama durumuna göre incelendiğinde anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Herhangi bir sağlık sorunu olan hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri sağlık sorunu olmayan hasta yakınlarına göre anlamlı derecede daha yüksektir. Özsoy ve ark. (2019) çalışmasında hasta yakınlarının sahip olduğu kronik hastalık varsa anksiyete prevalansını 7 kat arttırdığını, Sarıtaş ve Büyükbayram (2016) kemoterapi alan hastaların yakınlarında herhangi bir hastalığı olan bakım vericilerin anksiyete puanını hastalığı olmayanlara göre yüksek bulmuştur (Özsoy,

2019- Sarıtaş, 2016). Bakım verenlerin herhangi bir sağlık sorunu varlığı, hastalıkları nedeniyle bakım vermede yetersiz kalabileceklerinden anksiyete düzeylerinin yüksek çıkmasına sebep olduğu düşünülebilir. Ayrıca literatür taramalarında tıbbi hastalıklarla birlikte anksiyete bozukluklarına çok sık rastlandığına değinilmektedir. Anksiyetenin yüksek çıkması katılımcıların bakım vermesiyle ilgili olmayıp hastalıklarına bağlı olarak da fazla görülmüş olabilir (Karamustafalıoğlu, 2011).

Katılımcıların gelir durumlarına göre anksiyete düzeyleri incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da gelir durumunu kötü olarak değerlendiren hasta yakınlarının gruplar içerisinde en yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Alanyazında da benzer sonuçlar görülmüştür, bir çalışmada anksiyete durumları geliri giderinden az olanlarda en yüksek, geliri giderine denk olanlarda ise en düşük ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (Bilgin, 2020). Lim ve arkadaşlarının (2013) ve Önal (2022) yaptıkları çalışmada araştırma sonuçlarımızı destekler nitelikte, aile üyelerinin sosyoekonomik durumlarının düşük olması, anksiyete düzeylerini arttırdığını, gelir düzeyi düşük olanlarla gelir düzeyi orta- yüksek olanlara göre anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Lim, 2013, Önal, 2022). Hastalık ve tedavi süreci, bakım verenlerin bu süreçte çalışmaya ara vermesi ekonomik yükü de beraberinde getirmektedir. Sosyoekonomik durumu düşük olanlar için bu durumu tolere etmek daha zor olacağından, mevcut verilerimiz beklenendir.

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının bakım verme süresine göre anksiyete düzeyleri incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da altı aydan daha fazla süredir bakım veren hasta yakınlarının anksiyete düzeylerinin altı aydan daha az süredir bakım veren hasta yakınlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Elde ettiğimiz sonuçlarda katılımcıların bakım vermek için uzun bir süre günün büyük bir kısmını bakım için ayırması tüm hayatında değişikliklere yol açabilmektedir, süre uzadıkça tolere edilme yetenekleri azalacaktır, bakım süresiyle anksiyete arasında pozitif bir ilişkinin olması tahmin edilendir. Benzer çalışmalara bakıldığında, Akgün ve ark. (2009) bakım süresi ile hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri arasında anlamlı değişiklik olmadığını, Lou ve ark. (2015) alzheimer hastalarına bakım verenlerle yaptığı çalışmada en yüksek anksiyeteli grubun en uzun süre bakım verenlere ait olduğunu, Opuş ve ark. (2020) yaptıkları

çalışmada hasta yakınların 1. ve 21. günlerde anksiyete görülme durumlarını değerlendirmiş, anne ve babaların kaygılarının gün geçtikçe arttığını, Hu ve ark. (2018) bakım verme süresinin artmasıyla anksiyete puanlarının da anlamlı bir şekilde arttığını bildirmiştir (Akgün, 2009, Lou, 2015, Opuş, 2018, Hu, 2018). Buna karşın Anderson ve ark. (2008) ise yaptığı çalışmada hasta yakınlarının yatış anındaki anksiyete oranını %42, aynı hasta yakınlarının 1. ayda anksiyete görülme oranını %21, 6. ayda anksiyete görülme oranını %15 bularak, anksiyetenin bakım süresi arttıkça azaldığını ifade etmiştir (Anderson, 2008). Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz bulunması, bakım verme süresinin bağımsız olarak doğrudan anksiyete için risk faktörü olmadığını gösterebilir. Ancak bakım verme süresi arttıkça bakım vericilerinin bakım yüküne toleranslarının azalacağı düşünülerek anksiyete puanlarının yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur.

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri tedavi yöntemlerine göre incelendiğinde anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da hem kemoterapi hem de radyoterapi alan hastaların yakınlarının gruplar içerisinde en yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Sarıtaş ve Büyükbayram (2016) ve Hu ve ark. (2018) çalışmalarında hastaların tedavi yöntemleriyle hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki bulamamıştır (Sarıtaş, 2016- Hu, 2018). Terminal dönemde hastaların tanısı farklı olsa da tüm hastalıklarda süreç ve beklenen durum genel olarak benzerdir, elde ettiğimiz sonuç hastanın aldığı tedavi yönteminin anksiyete üzerinde direk yordayıcı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların anksiyete düzeyleri, hastaların bakım desteği ihtiyaçlarına göre incelendiğinde anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Buna göre bakım verilen hasta gruplarından, sürekli bakım desteğine ihtiyacı olan gruba bakım veren hasta yakınlarında anksiyete düzeyi bakım desteğine ihtiyacı olmayan hasta grubuna bakım veren hasta yakınlarına göre anlamlı derecede yüksektir. Hastaların bağımlılığı arttıkça, bakım verme yükü, bakım zamanı, enerji, ekonomik yük ve stres de artacaktır. Hasta yakınlarının daha fazla enerji, zaman ayırarak verdikleri bakımda anksiyete puanlarının yüksek olması beklenendir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri daha önce palyatif bakım alan bir yakını bulunma durumuna göre değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir

farklılık olmadığı görülmektedir. Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da daha önce de palyatif bakım alan bir yakını olan hasta yakınlarının anksiyete düzeylerinin daha önce palyatif bakım alan bir yakını olmayan hasta yakınlarına göre sayısal olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Daha önceki bakım deneyiminde yaşanan olumsuzluklar bakım vericilerin, tekrar aynı süreçleri yaşamaktan tedirgin olmasıyla anksiyete puanlarının yüksek çıkması beklenendir. Elde ettiğimiz sonuca karşın Önal (2022) çalışmasında daha önce bakım deneyimi olan ve olmayan hasta yakınlarını karşılaştırmış, iki grubun anksiyete düzeyleri arasında bir fark olmadığını bildirmiştir (Önal, 2022).

Palyatif bakım alan hastalara bakım vermekte olan hasta yakınlarının anksiyete durumlarına genel olarak bakıldığında hasta yakınlarının anksiyete düzeylerinin ortalama 10,77 (Min=0, Maks=63) olduğu görülmektedir. Bu ortalama Beck Anksiyete ölçeği değerlendirmesinde “Hafif Düzey Anksiyete” olarak karşılık bulmaktadır. Böylece hasta yakınlarının ortalamaları incelendiğinde genel olarak hafif derecede anksiyeteye sahip oldukları söylenebilir. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarında, hastane ortamında bulunmak, zamanlarının çoğunu bakım için harcamak, hastaların durumunu ve diğer hasta yakınlarının üzüntüsüne şahit olmak anksiyete deneyimlemelerine neden olabilmektedir.

Depresyon düşük ruh hali, enerji eksikliği, üzüntü, uykusuzluk ve hayattan zevk alamama ile karakterize, düşünceleri, ruh halini ve fiziksel sağlığı etkileyebilen yaygın görülen kronik bir hastalıktır (Cui, 2015). Dünya Sağlık Örgütü, 350 milyondan fazla insanın depresyondan muzdarip olduğunu ve depresyon geçiren insanların uzun bir süre bununla mücadele etmek zorunda kaldığını bildirmektedir. Sakatlık ve ölüm oranına göre sıralandığında, depresyon kalp hastalığı, inme ve HIV gibi ölümcül hastalıkların ardından 9. sırada gelmektedir (Smith, 2014). Dünyada depresyon görülme sıklığına bakıldığında ülkede yaşanan savaş nedeniyle en yüksek Afganistan’da %22,5, İsviçre’de %6,16, İngiltere’de %4,45, Çin’de %3,02, Amerika’da 12 ay boyunca görülen majör depresyon yaygınlığı %7 olarak görülmektedir (Smith, 2014, Arrarás,2019). Kronik hastalığı olan hastalarda yıllık yaygınlık oranı yaklaşık %25’tir (Schneider, 2018). Ülkemizde yapılan çalışmalardaysa Özyurt ve arkadaşlarının 15-49 yaş arasındaki kadınlarda yaptığı çalışmada depresif belirti prevalansını %14,7 olarak, Binbay ve ark. (2013) depresyon ve anksiyete bozukluklarının genel toplum prevelansı yaklaşık %10 bulunmuştur. (Özyurt, 2011, Binbay, 2013).

Çalışmamıza katılan hasta yakınlarının Beck Depresyon Ölçeği'ne verilen yanıtlara göre hasta yakınlarının %24,1'inin depresif olmadığı, %32,8'inin hafif depresyon, %33,6'sının orta depresyon ve %9,5'inin ağır depresyon düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Özsoy ve ark. (2019) yaptığı araştırmada hastaların ilk hastaneye başvurusunda hasta yakınlarının %12,2'sinde, bir yıl sonra aynı hasta yakınlarını incelediklerinde ise %34,4-%39,3 arasında değişen oranlarda depresyon görülmüş, yine aynı çalışmada progresyon saptanan hastaların yakınlarında, regresyon saptanan hastaların yakınlarına oranla depresyon sıklığının 67 kat arttığını bildirmişlerdir. Bir başka çalışmadaysa hasta yakınlarının depresyon düzeyi orta depresyon, başka bir çalışmadaysa hasta yakınlarının %72'sinde depresyon riski olduğu görülmüştür (Softa, 2016- Karabulutlu, 2013). İnme hastalarının yakınlarını değerlendirmek için, 34 makalenin incelenerek hazırlandığı, 1756 hasta yakınına içeren bir metaanaliz çalışmasında, depresif semptomların görülme prevalansını %40,2 bulmuştur (Loh, 2017).

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bakım veren kadın hasta yakınlarının depresyon düzeyleri erkek hasta yakınlarına göre anlamlı olarak daha yüksektir. Buna göre kadın bakım vericilerin depresif belirtiler için risk altında olduğu söylenebilir. Çalışmamıza paralel olarak Salk ve ark. (2017) de 90 ülkede yapılan çalışmalardan bir meta- analiz yapmış ve 12 yaşından itibaren kadın cinsiyetine sahip olmanın depresyonun görülme sıklığını ve derecesini artırdığını, beklenenin aksine cinsiyet eşitliğinin daha yüksek olduğu ülkelerde majör depresyon için istatistiksel olarak anlamlı derecede kadınlarda erkeklere nazaran daha fazla depresyon görüldüğü bildirilmiştir (Salk, 2017). Literatür taramalarında çalışmamızı destekler şekilde kadınların depresyon belirti düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ölçüm, 2018, Hu, 2018, Özsoy, 2019). Buna karşın Grov ve ark. (2005) çalışmasında palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin depresyon düzeyinin cinsiyetten etkilenmediğini ancak kadın bakım vericilerin normal popülasyona göre depresyon düzeyini istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulmuş, Çivi ve ark. (2011) yaptıkları araştırmada hasta yakınlarının depresyon düzeyinin cinsiyetten etkilenmediğini ifade etmiştir (Grov, 2005, Çivi, 2011). Hasta yakınlarının kadın olanlarında, aile içi sorumluluklarının daha fazla olması, duygusal olmaya daha meyilli olmaları, eğitim, kültür, sosyal hayat ve meslek, ekonomik durum gibi birçok konuda dezavantajlı olmaları psikolojik olarak olumsuz etkilenmelerine yol

açıyor olabilir, bu durumun depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu düşünülebilir. Ayrıca depresyonun kadınlarda daha fazla görülmesinin cinsiyetler arasındaki sağlık eşitsizliğinden kaynaklandığını bildiren çalışmalarda mevcuttur (Salk, 2017).

Çalışmaya katılan bakım verenlerin medeni durumlarına göre depresyon düzeyleri incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da evli olan hasta yakınlarının depresyon düzeylerinin bekar olan hasta yakınlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada ise bekar olmanın, 37-49 yaş grubundaki bireylerde önemli bir depresyon belirleyicisi olduğunu ancak diğer yaş gruplarında (18-25, 26-36, 50+) bekar olmanın depresyon için önemli bir belirleyici olmadığı ifade edilmiştir (Towsend, 2011). İngiltere’de yapılan bir çalışmada ayrılmış, boşanmış ve dul bireylerin depresyon için daha yüksek risk altında olduğu bulunmuştur (Ohayon, 1999). Bu çalışmalara karşın Çivi ve ark. (2011) ve Softa ve ark. (2016) çalışmalarında hasta yakınlarının depresyon puanlarıyla medeni durumdan etkilenmediğini belirtmiştir (Çivi, 2011- Softa, 2016).

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri hastaya yakınlık derecelerine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da hasta eşlerinin gruplar içerisinde en yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bakım veren eşlerin yaşının daha büyük olacağı düşünüldüğünde bakım görevlerinin getirdiği fiziksel yük, aile içi sorumlulukları tek başına almaya başlaması eşlerin bakım sürecinde daha fazla depresyon yaşamasına sebep olabilir. Literatür taramalarında da çalışmamıza benzer sonuçlara rastlanmaktadır, Babaoğlu ve Öz (2010), Götze (2016) ve Ölçüm ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada, Lou ve ark. (2015) ise alzheimer hastası olan hasta yakınlarında yaptığı çalışmada hasta yakınlarından en yüksek depresif duygulanıma hastaların eşlerinin sahip olduğunu bulmuştur (Bababaoğlu, 2010, Götze, 2016, Lou, 2015, Ölçüm, 2018). Buna karşın Loh ve ark. (2017) yaptıkları bir meta- analiz çalışmasında hastanın eşi ve hastanın çocuğu olanlarda düşük depresyon prevalansı görmüştür (Loh, 2017). Başka bir çalışmadaysa bakım verenler arasında depresyon ortalamaları en yüksek olan grubun anneler olduğunu bulunmuştur (Softa, 2016).

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri eğitim durumu değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da sadece okuryazar olan hasta yakınlarının gruplar içerisinde en yüksek

depresyon düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Özsoy ve ark. (2019) yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin düşük olması depresyon sıklığının artmasına neden olduğunu, Çivi ve ark. (2011) ise en yüksek depresyon görülme grubunu ilkokul mezunlarında tespit etmiştir (Özsoy, 2019- Çivi, 2011). Yapılan başka bir çalışmada lise ve üzeri eğitilmiş bakım verenlerde depresyon düzeyleri daha düşük bulunmuştur. İlkokul-ortaokul mezunu bakım verenlerde, lise ve üzeri mezunlara göre depresyon yaygınlığı 20 kat daha fazla bulunmuştur (Papastavrou, 2009). Eğitim düzeyi yüksek olan hasta yakınları karşılaştıkları stres ile mücadele etme yöntemlerini daha iyi bilmekte ve uygulamakta olduğu düşünülebilir. Eğitimle birlikte ekonomik durum, çalışma şartlarının daha iyi olması beklenir, sahip olunan bu durumda depresyon için koruyucu bir faktör olabilir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri sağlık sorunu değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da sağlık sorunu bulunan hasta yakınlarının depresyon düzeylerinin sağlık sorunu bulunmayan hasta yakınlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Özsoy ve ark. (2019) çalışmasında hasta yakınlarının sahip olduğu kronik hastalık varsa depresyon prevalansını 7 kat arttırdığı bildirmiştir (Özsoy, 2019). Başka bir çalışmada bakım verenin fiziksel bir hastalığının olması depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı şekilde artırdığını bildirilmiştir (Önal, 2022). Williams (1993) çalışmasında hastanın bakımını üstlenen kişilerin hastalıktan önce ve sonraki sağlık durumlarını karşılaştırmış, hasta yakınlarının hastalığının başlamasından önceki sağlık durumlarının daha iyi olduğunu, hastalığın başlaması ile sağlıklarının olumsuz etkilendiklerini tespit etmiştir (Williams, 1993). Hastalık süresince hasta yakınları hastalardan daha fazla anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşadıkları ve bunların sonucunda immün sistemlerinin bozulması ile fiziksel hastalık risklerinin arttığı belirtilmektedir (Fallowfield, 1995). Bakım verenlerin fiziksel sağlık sorunları olmasına rağmen bakım almak yerine bakım verici rolünde olması önemli bir stresör olabilir. Hastalıkları nedeniyle bakım vermek onlar için daha zorlu olabileceğinden, bakım verirken kendilerini yetersiz hissedebilir, kendi hastalıkları için bekledikleri ilgi ve desteği göremediğini düşünerek depresyona yatkın hale gelebilirler. Literatür taramalarında tıbbi bir hastalıklarla depresyonun çok sık görüldüğünden bahsedilmektedir, sağlık sorunu olan katılımcıların depresyon puanlarının yüksek

çıkması katılımcıların sahip oldukları hastalıkla da ilgili olabilir (Karamustafalıoğlu, 2011).

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri gelir durumu değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre gelir durumunu kötü olarak değerlendiren hasta yakınlarının depresyon düzeyi gelir durumunu hem orta olarak değerlendiren hem de iyi olarak değerlendiren hasta yakınlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Alanyazında bakım verenlerin gelir durumu ile depresif belirti düzeyi arasındaki ilişkinin her iki yönde de olabileceğini gösteren, çeşitli kültürlerde yürütülen araştırmalar yer almaktadır. Ohayon (1999) çalışmasında işsiz ve gelir durumu kötü olanların depresyon için daha yüksek risk altında olduğunu tespit etmiş, Edwards ve ark. (2010) ise bakım vericilerin istihdam statüsü, geliri, olumsuz iş deneyimleri, çalışma saatleri ve çalışma yılı ile arasında pozitif yönde, olumlu iş deneyimleriyle negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur (Ohayon, 1999, Edwards, 2010). Buna karşın Softa ve ark. (2016) çalışmasında hasta yakınlarının depresyon puanlarıyla gelir düzeyleri arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir (Softa, 2016). Ekonomik imkanların iyi olması her alanda olduğu gibi hastalık sürecinde, tedavi ve bakım için etkin rol oynamaktadır. Düşük ekonomik gelir düzeyine sahip olan bakım vericilerin tedavinin etkin uygulanabilmesi, hasta yakınlarının hastaların yaşam sonu döneminde en iyi yaşam koşullarını sunmayı isteyip bunu gerçekleştirememeleri depresyon puanlarının artırdığı söylenebilir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri bakım verme süresi değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Altı aydan daha fazla süredir bakım veren hasta yakınlarının depresyon düzeyleri altı aydan daha az süredir bakım veren hasta yakınlarına göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bu durumda bakım verme süresiyle depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğu söylenebilir. Çalışmamamıza benzer olarak Lou ve ark. (2015) bakım verme süresiyle (gün-ay olarak) depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ancak günlük bakım saatlerinin uzun ya da kısa olmasından etkilenmediğini ifade etmiştir (Lou, 2015). Literatür taramalarında da bakım süreleriyle depresyon puanları arasında pozitif bir ilişki olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (Hu, 2018- Bambauer, 2006- Softa, 2016). Buna karşın Anderson ve ark. (2008) ise hasta yakınlarıyla yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının, yatış anındaki depresyon görülme oranını %16, aynı hasta yakınlarının 1. ayda depresyon görülme

oranını %8, 6. ayda depresyon görülme oranını %6 bularak, depresyonun bakım süresi arttıkça azaldığını bildirmiştir (Anderson, 2008). Bakım verme süresi arttıkça, bakım vermenin getirdiği nesnel yük, strese maruz kalma, vaktinin büyük çoğunluğunu bakım vermeye adanmış psikolojik sağlığı önemli ölçüde etkileyebileceği düşünülmektedir. Bakım verenlerin normal yaşamı, iş hayatı, günlük rutinleri, eğlence zamanları büyük bir ölçüde değişeceği için bakım verme süresi ile depresyon arasında pozitif bir ilişki beklenendir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri tedavi yöntemine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelenmiştir. Buna göre destekleyici tedavi alan hastaların yakınlarının depresyon düzeyi yalnızca kemoterapi alan hastaların yakınlarına göre anlamlı derecede yüksektir. Destekleyici tedavi yaşam sonuna daha yakın dönemde verilen tedavi yöntemidir, semptomları azaltmak ağrıyı dindirmeye çalışılır. Ölüm anına daha yakın olunması, hastanın genel durumun daha kötü olması, bakım sürecinin en son aşamasına gelinmesi ve bakım için geçen süreden etkilenecek, destekleyici tedavi alan hastalarının yakınlarında en yüksek depresyon düzeyinin görülmesi beklenendir. Önal (2008) çalışmasında hastaların tanısında ve tedavi yöntemlerinden bakım vericilerin depresyon puanlarının etkilendiğini ifade etmiştir (Önal, 2022). Lui ve ark. (2015) travmatik beyin hasarı olan hastaların yakınlarıyla yaptığı araştırma sonucuna göre, hastaların tedavi yöntemleriyle ve hastalığın şiddetiyle hastaların depresyon puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif bir ilişki vardır (Lui, 2015). Bizim çalışmamızda hastaların tanısının büyük bir çoğunluğunun (%94) kanser olması nedeniyle tanılara göre bakım vericilerinin duygu durumları sağlıklı bir şekilde değerlendirilememiştir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri bakım desteği ihtiyacına göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Anlamlı derecede bir farklılık olmasa da hastalarının sürekli bakıma ihtiyacı olduğunu ifade eden hasta yakınlarının gruplar içerisinde en yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Yapılan başka bir çalışmada hastaların bağımlılık düzeyi yüksek olanlarda ve yatağa bağımlı olan hastalara bakım verenlerin depresyon puanlarıyla anlamlı derecede pozitif bir ilişki görülmüştür (Önal, 2022). Grov ve ark. (2005) hastaların fiziksel performans kapasiteleriyle hasta yakınlarının depresyon düzeyleri arasında bir etkileşim bulamamıştır (Grov, 2005). Bu farklılığın nedeni örneklem gruplarının ve

çalışmaların yapıldığı ülkelerdeki kültürel değişikliklerden kaynaklı olabilir. Hastaların bağımlılığı arttıkça, bakım verme yükü, bakım zamanı, enerji, ekonomik yük ve stres de artacaktır, bu durumda bağımlılıkla depresyon puanı arasında pozitif bir ilişki olması beklenendir. Ayrıca hastanın bağımlılığı arttıkça hastanın iyileşeceğine dair umudun azalması, umutsuzluk ile depresyon arasında pozitif bir ilişkinin olması, depresif belirtilerin görülmesinde yordayıcı olacağını düşündürmektedir.

Hasta yakınlarının depresyon düzeyleri daha önce palyatif bakım alan bir yakını bulunma durumuna göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Anlamlı derecede bir farklılık görülmemekle birlikte, daha önce de palyatif bakım alan bir yakını olmayan hasta yakınlarının depresyon düzeylerinin daha önce palyatif bakım alan bir yakını olan hasta yakınlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Daha önce palyatif bakım deneyimleri olmayan bakım vericilerin için bakım sürecinin ilk deneyim olması, süreç hakkında bilinmezlikler yaşaması, hastaları kaybetme ve gelecek korkusuyla yakından bağlı olduğu gerçeğini yansıtır olabilir. Daha önce palyatif bakım alan bir hastanın yakını olmak ve bu süreci olumlu atlatabilmek, hasta yakınlarının psikolojik olarak güçlenmesine sebep olduğu da düşünülebilir.

Literatür taraması yapıldığında hasta yakınlarının psikolojik sağlamlığıyla ilgili çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ortalamaları incelendiğinde 18,34 (Min.=6, Maks.=30) ortalamaya sahip oldukları görülmektedir. Bu puanın orta dereceye yakın olduğu göz önüne alındığında hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri için olumlu veya olumsuz yorum yapmak zor olacaktır. Bakım verenlerin psikolojik sağlamlıklarının yüksek olması tükenmişlik yaşamamalarına, hastalık sürecini olumlu bir şekilde atlatabilmelerine, hissettikleri bakım yükünün azalmasına ayrıca hastaların psikolojik sağlamlıklarını olumlu yönde etkilenmesini sağladığı bilinmektedir (Liu, 2018, Golub, 2018)

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri medeni durum değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da bekar olan hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin evli olan hasta yakınlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde de benzer sonuçlar mevcuttur, Kocakaya (2013) ve Bildirici (2014) özel eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerle yapmış oldukları çalışmalarda, medeni durumları ile psikolojik sağlamlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

olmadığını ifade etmiştir (Kocakaya 2013, Bildirici, 2014). Buna karşın Tekin (2011) hemşirelerle yaptığı bir çalışmada evli olanların psikolojik sağlamlığını daha yüksek, Tümlü (2013) ise akademisyenlerle yaptığı çalışmada bekar akademisyenlerin psikolojik sağlamlık puanını evlilere göre daha yüksek bulmuştur (Tekin, 2011, Tümlü,2013). Evli bireylerin eş desteğine sahip olmasından dolayı evli kişilerin psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek çıkması beklenendir. Ancak evlilik bireyler için koruyucu bir faktör olabileceği gibi evlilikte yaşanan sıkıntıların varlığı, evlilik doyumunun düşük olması, sorumluluklarıyla bir risk faktörü olup psikolojik sağlamlığa etki yapması zor olabilir. Bu durum psikolojik sağlamlığın medeni durumdan etkilenmediğini veya örneklemeler arasındaki değişikliklerden dolayı farklı çıktığını da gösterebilir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da bakım veren erkek hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin kadın hasta yakınlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan literatür taramalarında çalışmamıza paralel olarak Soyer (2013) yetişkin bedensel engelli bireylerle yürütülen çalışmada, Kararırmak ve Güloğlu (2014) ve Yağmur ve Türkmen (2017) çalışmalarında cinsiyetle psikolojik sağlamlık arasında anlamlı bir farklılık olmasa da erkeklerin psikolojik sağlamlık puanını kadınlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Soyer, 2013, Kararırmak,2014, Yağmur, 2017). Buna karşın Tümlü ve Recepoğlu (2013) ise, üniversite akademik personeli ile yapmış olduğu araştırmada istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadınların psikolojik sağlamlık düzeylerinin erkeklerinkinden daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (Tümlü, 2013). Elde ettiğimiz sonuca göre kadın ve erkeklerin yaşamsal sıkıntılara verdiği tepkiler farklı olsa da aynı oranda toparlanabilme becerilerine sahip olduklarını, cinsiyetin tek başına psikolojik sağlamlıktan etkilenmediğini, cinsiyetin bazı demografik özelliklerden, kişisel yaşam koşullarından etkilenebileceğini gösterebilir. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa kadınların psikolojik sağlamlık puanlarının daha düşük olmasının nedeni, kadınların erkeklere nazaran daha duygu odaklı davranışlarda bulunması mantık odaklı tepkilerden kaçınmasının bir sonucu, erkelerin yaşadıkları zorluklardan hızlı toparlanabilmesi, kültürel olarak erkeklere zorluklar karşısında pes etmememe rolünün verilmesiyle açıklanabilir (Tümlü, 2013, Bektaş, 2016).

Hasta yakınlarının psikolojik sağamlık düzeyleri hastaya yakınlık derecelerine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ancak gruplar içerisinde hastaya bakım veren kardeşlerinin psikolojik sağamlık düzeylerinin diğerk gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür taramalarında eşlerin psikolojik sağamlığının düşük olduğu çalışmalara rastlanmaktadır (Lin, 2013). Hasta yakınlarının psikolojik sağamlık düzeylerindeki düşüklüğün nedeni yaşanan psikolojik sıkıntıların güçlü bir göstergesi olabilir. Hastayla eşi ve çocuklarının oluşturduğu bağ kardeşlere göre daha kuvvetli olabilir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağamlık düzeyleri eğitim durumu değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da üniversite ve üzeri mezuniyete sahip hasta yakınlarının psikolojik sağamlık düzeylerinin diğerk gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Yağmur ve Türkmen (2017), Sadıkoğlu (2021) çalışmasında eğitim durumuyla psikolojik sağamlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamıştır (Yağmur, 2017, Sadıkoğlu, 2021). Bildirici (2014) ise özel eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip annelerle yaptığı çalışmada eğitim durumlarıyla psikolojik sağamlık arasında anlamlı bir ilişki bulmuş, okuryazar olmayan katılımcılar en düşük psikolojik sağamlık puanını, lisans ve lisans üstü eğitime sahip anneler ise en yüksek puanı almıştır (Bildirici, 2014). Psikolojik sağamlığın ortaya çıkabilmesi için birey koruyucu faktörleri kullanarak risk faktörleriyle baş edebilmelidir. Koruyucu faktörler içerisinde yer alan eğitim düzeyinin yüksek olması psikolojik sağamlığında yüksek olması beklentisini beraberinde getirmektedir. Eğitim bireylerin kendilerini geliştirmesi için fırsat vermesi, sosyalleşmesi, çalışma koşullarının daha iyi olmasıyla birlikte ekonomik durumunu düzeltmesi ve belirli yeteneklerini geliştirmesi için fırsat doğurabilir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağamlık düzeyleri sağlık sorunu değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da sağlık sorunu bulunmayan hasta yakınlarının psikolojik sağamlık düzeylerinin sağlık sorunu olan hasta yakınlarına göre daha yüksek olduğu görölmektedir. Literatür taramalarında benzer sonuçlara rastlanmaktadır (Tekin, 2011, Bonanno, 2007). Kocakaya (2017) da engelli çocuğu olan ailelerle yaptığı çalışmada sağlık sorunu olmayan yakınların psikolojik sağamlık düzeyini daha yüksek

bulmuştur (Kocakaya, 2017). Sürekli tedavi gerektiren bir sağlık probleminin bulunması, yetişkinlerin sürekli mücadele etmesi ve sorunlarla baş etmek zorunda kalmasına neden olur, bakım verici rolüyle bu durum daha da zorlaşacaktır. Bu nedenle sağlık sorunu bulunan yetişkinlerin psikolojik dayanıklılığı daha düşük çıkmış olabilir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlık düzeyleri gelir durumu değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak gruplar içerisinde gelir durumunu iyi olarak değerlendiren hasta yakınlarının psikolojik sağlık düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Alanyazında da benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Tekin (2011) hemşirelerle yaptığı bir çalışmada gelir durumuyla psikolojik sağlık arasında pozitif bir ilişki olduğunu, Bektaş ve Özben (2016), Sadıkoğlu (2021), Yağmur (2017) çalışmalarında gelir durumlarıyla psikolojik sağlık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu ifade etmiştir (Tekin, 2011, Bektaş, 2016). Gelir düzeyinin iyi olması bireylerin sosyal faaliyetlere zaman ayırmasına yardımcı olacağını ve koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanılmasına imkan sağlayacağını, ekonomik sıkıntıların getireceği sorunların olmayışı bireyi daha güçlü yapacağı düşündürülebilir.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlık düzeyleri bakım verme süresi değişkenine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış, altı aydan daha az süredir bakım veren hasta yakınlarının psikolojik sağlık düzeylerinin altı aydan daha fazla süredir bakım veren hasta yakınlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaya verilen bakım süresinin uzaması hasta yakınında iş yükünün artması, maddi manevi sorunların yaşanması yıllar içinde birikerek daha fazla bitkinlik ve tükenmişlik yaşanmasına neden olabilmektedir, bu durumun psikolojik sağlamlığı da etkilediğini gösterebilir. Çalışmamıza karşın Liu ve ark. (2018) meme kanseri hastalarının yakınlarıyla yaptığı araştırmada zamanla hasta yakınlarının psikolojik sağlık düzeylerinin arttığını ifade etmiştir (Liu, 2018).

Hasta yakınlarının psikolojik sağlık düzeyleri hastaların aldığı tedavi yöntemlerine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da hem kemoterapi hem de radyoterapi alan hastaların yakınlarının psikolojik sağlık düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların aldığı tedavi yöntemleri farklı olsa palyatif bakım süreci tüm hastalar için benzer geçebilmektedir. Elde ettiğimiz veri hastaların

tedavilerinin tek başına psikolojik sağlamlık düzeyine etki etmediğini gösterebilir. Hem kemoterapi hem radyoterapi alan hastaların yakınlarında psikolojik sağlamlığın yüksek çıkması, hasta yakınların iki tedaviyle birlikte prognoz hakkında umutlanmalarının sonucu olabilir. Yapılan bir çalışmada hasta yakınlarında saptanan psikolojik sorunların hastalığın ciddiyeti ve tedavi yöntemleriyle doğrudan ilişkili olduğundan bahsedilmektedir (Lui, 2015).

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri bakım desteği ihtiyacına göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Aralarında anlamlı bir farklılık olmasa da bakım desteği ihtiyacı olduğunu ifade eden hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza karşın Bildirici (2014) özel eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip annelerin birden fazla özel eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip olmaları ile psikolojik sağlamlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir (Bildirici, 2014).

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri daha önce palyatif bakım alan bir yakını bulunma durumuna göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Aralarında istatistiksel olarak kayda değer bir farklılık olmasa da daha önce de palyatif bakım alan bir yakını olmayan hasta yakınlarının daha önce palyatif bakım alan bir yakını olan hasta yakınlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamıza karşın Yapılan bir çalışmada psikolojik sağlamlık düzeyi ile olumsuz yaşam deneyimleri arasındaki ilişki incelenmiş, psikolojik sağlamlığın olumsuz yaşam deneyimlerinden etkilenmediği görülmüş (Kocakaya, 2017). Yine ABD’de gerçekleştirilen terör saldırısı sonrasında, katılımcıların rastgele seçilmesiyle oluşturulan, toplam 2752 kişiyle telefonla görüştürülerek yürütülen bir araştırmada, psikolojik sağlamlığın geçmiş yaşam zorluklarından etkilendiği tespit edilmiştir (Bonanno, 2007).

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Buna göre hastaların anksiyete ortalama puanları ile depresyon ortalama puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde manidar bir ilişki bulunmaktadır ($r=.53$, $p<.01$). Literatür taramalarında depresyon ve anksiyetenin çok sık birlikte görüldüğü vurgulanmaktadır (Bui, 2017, Türkçapar, 2004). Başka bir çalışmadaysa depresyonu olan hastaların yaklaşık %85’inde belirgin bir anksiyete vardır ve anksiyete bozukluğu olan

hastaların %90'ında depresyon olduğu ifade edilmiştir (Yeke, 2013). Hasta yakınlarının anksiyete ve psikolojik sağlamlık puan ortalamaları arasında negatif yönde ve orta düzeyde manidar bir ilişki bulunmaktadır ($r=-,47$, $p<,01$). Hasta yakınlarının depresyon ve psikolojik sağlamlık puan ortalamaları arasında da negatif yönde ve orta düzeyde manidar bir ilişki bulunmaktadır ($r=-,59$, $p<,01$). Zheng (2022) yaptığı çalışmada araştırma sonucumuzla benzer olarak psikolojik sağlamlığın düşük olması depresyonu yordayabileceğini ifade etmiştir (Zheng, 2022).

Palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon puanlarının psikolojik sağlamlık durumlarını yordamasına ilişkin regresyon analizi sonuçları incelendiğinde modelde çoklu bağlantı ($VIF<10$, $Tolerance>0,2$) ve otokorelasyon ($D-W=1,71$) problemi olmadığı görülmekte ve modelin anlamlı olduğu görülmektedir ($F_{(2,113)}=38,617$; $p<,01$). Buna göre hasta yakınlarının depresyon ve anksiyete durumları birlikte, psikolojik sağlamlık puanlarındaki varyansın yaklaşık %41'ini açıklamaktadır ($R^2=0,406$). Bu veriler ışığında hasta yakınlarının depresyon ve anksiyete durumlarının, psikolojik sağlamlık durumları üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu söylenebilir.

Araştırma bulgularının yapıldığı bölgeyi yansıtması ve bu çalışmanın yetişkin palyatif bakım hastalarında yapılmış olması araştırmanın sınırlılığdır. Hasta yakınlarının soruları yanıtlarken duygusal anlar yaşaması, duygusal anlarında sorulara cevap vermede zorlanmaları çalışmanın uygulama aşamasındaki zorluklarıdır. Bu araştırma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesinde bakım almakta olan hasta yakınlarını kapsadığı için tek merkezli bir çalışmadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda palyatif bakım alan hastalara bakım veren hasta yakınlarının anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeylerini ve sosyodemografik özellikleriyle arasındaki ilişkiyi değerlendirdik. Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz sonuçlara göre bakım verenlerin büyük çoğunluğunun; kadın olduğu, eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu, çalışmadığı, evli ve en az bir çocuğa sahip olduğu, hastaya yakınlık derecesine göre- hastanın eşi veya çocuğu-, gelir durumlarının orta düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca bakım verenlerin büyük bir kısmının altı aydan uzun süredir bakım verdiği ve daha önce palyatif bakım alan bir yakını olduğu tespit edilmiştir.

Bakım vericilerin büyük bir çoğunluğunda anksiyete ve depresyon olduğu görülmüştür. Bakım vericilerin evli olmaları, kadın olmaları, eğitim düzeylerinin okur-yazar olması, herhangi bir hastalığa sahip olmaları ve bakım verdikleri hastaların sürekli bakıma ihtiyaç duyması anksiyete puanlarını diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkarmıştır. Ayrıca hastanın eşi olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, gelir durumunun kötü olması, bakım verme sürelerinin altı aydan fazla olması, hastaların tedavi olarak hem kemoterapi hem de radyoterapi alıyor olması, daha önce palyatif bakım alan bir hastanın yakını olması anksiyete görülmesi açısından risk oluşturduğu saptanmıştır.

Bakım vericilerin kadın olması, gelir durumlarının kötü olması, altı aydan uzun süredir bakım veriyor olmaları ve bakım verdikleri hastaların sadece destekleyici (semptomatik) tedavi alması depresyon puanlarını diğer gruplara göre anlamlı derecede artırmıştır. Bakım vericilerin evli olması, hastanın eşi olması, düşük eğitim düzeyine sahip olması, herhangi bir hastalığa sahip olması, daha önce palyatif bakım alan bir hastanın yakını olması, bakım verdikleri hastaların sürekli bakıma ihtiyaç duyması depresyon görülmesi açısından risk oluşturduğu görülmüştür.

Bakım vericilerin psikolojik sağlamlık puanları orta dereceye yakındır ve grupların hiçbirinde psikolojik sağlamlık puanlarıyla sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak bakım verenlerin bekar ve erkek olması, hastanın kardeşi olması, üniversite ve üzeri mezuniyete sahip olması, sağlık durumu ve gelir durumunun iyi olması, altı aydan daha kısa süredir bakım veriyor olması, bakım verdikleri hastanın kemoterapi ve radyoterapi alıyor olması ve daha önce palyatif bakım

alan bir hasta yakınının olmamasıyla psikolojik sağamlık puanları üzerinde pozitif yönde doğrusal bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Öneriler:

Palyatif bakım alan hastaların yakınlarında hastane ortamında bulunmak, hastaların durumunu görmek ve diğer hasta yakınlarının üzüntüsüne şahit olmak bireylerin psikolojik olarak etkilenmelerine neden olmaktadır. Çalışmamızda palyatif bakım alan hastalara bakım veren hasta yakınları çeşitli yönleriyle değerlendirildiğinde çoğunlukla hasta yakınlarının göz ardı edildiği saptanmıştır. Özellikle ülke kültürümüzde hasta bakımında önemli bir yeri olan hasta yakınlarının, anksiyete ve depresyon bozuklukları ve psikolojik sağamlık düzeylerinin değişmesi açısından yüksek risk altındadırlar. Kadın olmak, evli olmak, hastanın eşi olmak, düşük eğitim düzeyine ve gelir durumuna sahip olmak, uzun süredir bakım vermek, herhangi bir hastalığa sahip olmak, bakım verilen hastaların bağımlılıklarının yüksek olması hasta yakınlarının psikolojik yönden etkilenmeleri için risk oluşturmaktadır. Bakım verenlerin bu risklerini en aza indirmek, fiziksel ve ruhsal yüklerini azaltmak için, riskli grupların psikolojik değişiklikler açısından değerlendirilerek gerekirse psikolojik destek almaları için teşvik edilmesi, hastanede ve evde bakım rehberliklerinin verilmesi, eğitim programlarının oluşturulması, toplumsal bilinçlenmenin sağlanması, bakım yüklerinin azaltılması için daha fazla ek bakıcıların olması, evliliğin getirdiği sorumlulukların paylaşılması için çözüm yollarının bulunması, psikolojik danışmanlık yapılması, bilgi ihtiyaçlarının karşılanması, sosyal destek sağlanması, anksiyete ve depresyon sıklığını azaltarak, psikolojik sağamlıklarını güçlendirebilir. Mevcut araştırmanın bakım verme sürecine ilişkin risk faktörleri ve koruyucu faktörleri belirleme açısından alanyazına katkı sağladığı düşünülmektedir. Uygulama alanında araştırmadan elde edilen risk faktörlerinin palyatif bakım alan hastalara bakım veren hasta yakınlarına yönelik destek ve müdahale programları için yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Hastalara bakım verirken ‘gizli hasta’ olan bakım vericiler unutulmamalıdırlar.

KAYNAKLAR

- Akçakaya A., 2018, Türkiye'de palyatif bakım merkezleri mevcut durumu. Sağlık Düşünceleri ve Tıp Kültürü Dergisi, 48:36-38.
- Akçakaya A., 2020, Palyatif bakım: Ülkemizde ve dünyada son durum, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, 54:46-51.
- Akdağ, A., 2001, Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, Psikoloji A.D., İstanbul.
- Akdemir S.A., 2022, Pandemi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Anksiyete, Depresyon, Ruhsal Belirti Düzeyi ve Tükenmişlik Düzeylerinin İlişkisinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Kent Üniversitesi, Klinik Psikoloji ABD, İstanbul.
- Akyar İ. ve Akdemir N., 2009, Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik, s: 32-49.
- Aksoy H.P., 2022, Annelerin Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri ile Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri ve Akademik Destek Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Alçı D., Aydın O. Ve Aydemir Ö., 2019, DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin Şiddet Ölçeği Türkçe Formunun Güvenilirliği ve Geçerliliği, Klinik Psikiyatri Dergisi, 22:389-395
- Alam S., Hannon B. ve Zimmermann C, 2020, Palliative 76ar efor Family Caregivers, J Clin Oncol, 20;38(9):926-936.
- Al-Harbi K.S., 2012, Treatment-Resistant Depression: Therapeutic Trends, Challenges, and Future Directions. Patient Prefer Adherence, 6:369-388.
- Altay B., Erkuran H. ve Avcı İ.A., 2018, Alzheimerlı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler, 3(2):1-8.
- Anderson W.G., Arnold R.M., Angus D.C. ve Bryce C.L., 2008, Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. J Gen Intern Med, 23:1871-1876.
- Anonim, 2002, WHO Definition of Palliative Care, World Health Organization.2002, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (14.05.2022).
- Anonim, 2004, Integrated management of adult illnesses, palliative care: symptom management and end of life care. World Health Organization <http://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf>, (15.05.2021).
- Anonim, 2005, Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, sayı: 2575, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/19150, evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik-10032005-tarihli-ve-25751-sayili-resmi-gazetepdf.pdf?0.,> (14.05.202).
- Anonim, 2010, Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, T.C. Resmi Gazete, sayı:3895, www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglikhizmetlerinin-u-.html. (14.05.2021).
- Anonim, 2014, Global atlas of palliative care at the end of life, World Health Organization. http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care, (15.05.2022).
- Anonim, 2016, Global atlas of palliative care Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/planning-and-implementing-palliative-care-services-a-guide-for-programme-managers> (14.05.2022).

- Anonim, 2021, TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları), <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2021-45634>, (05.05.2021).
- Anonim, 2021, TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları), 2021, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2021-45634>, (05.05.2021).
- Anonim, 2022, Gelir, Yaşam, Tüketim ve Yoksulluk, [https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Gelir, -Yasam, -Tuketim-ve-Yoksulluk-107](https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Gelir,-Yasam,-Tuketim-ve-Yoksulluk-107), (01.12.2022).
- Anonim, 2023, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi Faaliyetleri, <https://palyatifbakim.gop.edu.tr/Default.aspx>, (15.01.2023).
- Arrarás J.I. ve Manrique E., 2019, La percepción de la depresión y de su tratamiento, *An Sist Sanit Navar*, Apr 25;42(1):5-8.
- Atagün M.İ., Balaban O.D., Atagün Z., Elagöz M. ve Özpolat A., 2011, Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(3):513-52.
- Avcı M.G., 1995, Beck Anksiyete Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. (Yüksek Lisans Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Aydemir T. ve Çetin Ş., 2019, Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım, *JAMER* 4(3):109-115.
- Aydoğan Ü., Çetin Doğaner Y., Borazan E., Kömürcü Ş., Koçak N., Öztürk B., Özet A. ve Sağlam K., 2012, Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 16(2): 55-60.
- Babaoğlu E. ve Öz F., 2003, Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2:24-33.
- Bal U., Çakmak S. ve Uğuz Ş., 2013, Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4):441- 459.
- Baltalı S., Ceylan İ. ve Erden V., 2022, Yoğun Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeylerinin Psikososyal Gereksinimler Üzerine Etkisi, *Black Sea Journal of Health Science*, 5(2):192-198.
- Bambauer K.Z., Zhang B., Maciejewski P., Sahay N., Pirl W.F., Blok S.D. ve Prigerson H.G., 2006, Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(10):819-24.
- Batbaş C.S., Yakar B. ve Pirinçi E., 2021, Palyatif Bakım ve Hospis, *Sted.*, 30(2): 136- 143.
- Batiste X.G. ve Connor S., 2017, Building integrated palliative care programs and services. *Palliative Care Programs And Services*, 23:63-207.
- Baur N., Centeno C., Garralda E., Connor S. ve Clark D., 2019, Recalibrating the ‘world map’ of palliative care development. *Wellcome Open Research*, 4:77.
- Beesdo K., Knappe S. ve Pine D.S., 2009, Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32:3,483-524.
- Bektaş M. ve Özben Ş., 2016, Evli bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin bazı sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi, *CBÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1);215-240.
- Benli R.A. ve Erbeşler Z.A., 2016, Türkiye’de palyatif bakımda uygulama ve anlayış farklılıkları, *Türk Aile Hek. Dergisi*, 20 (1): 5-6.
- Bildirici F., 2014, Özel eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerde aile yükü ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki (yüksek lisans tezi), Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı, İstanbul.
- Bilen A., 2016, Palyatif bakım, *Toplum ve Hekim*, 31(1):25-30.

- Bilgin F., ve Türkleş S., 2020, Yoğun Bakım Ünitesinde Hastası Olan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri, EJONS International Journal on Mathematic, Engineering and Natural Sciences, 4(14):240-253.
- Binbay T., Direk N., Aker T., Akvardar Y., Alptekin K., Cimilli C., Çam, B., Deveci A., Gültekin B. K., Şar V., Taycan O. Ve Ulaş H., 2013, Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. Türk Psikiyatri Dergisi, 25(4): 264-81.
- Biver S., 2000, Experience of patients and their families with a palliative care interdisciplinary team, Article in French, (61):68-81.
- Blanckenburg P., Knorrenschild J.R., Hofmann M., Fries H., Nestoriuc Y., Seifart U., Rief W. ve Seifart C., 2022, Expectations, end-of- life fears and end-of- life communication among palliative patients with cancer and caregivers: a cross-sectional study, BMJ Open, 12: 1-10.
- Boer D., Hofstede J., Veer A.J.E., Rajimakers N. ve Francke A., 2017, Relatives’ perceived quality of palliative care: comparisons between care settings in which patients die, BMC Palliative care, 16(41): 1-8.
- Bolosi M., Peritogiannis V., Tzimas P., Margaritis A., Milios K ve Rizos D.V., 2018, Depressive and Anxiety Symptoms in Relatives of Intensive Care Unit Patients and the Perceived Need for Support, Journal of neurosciences in rural practice, 9(4), 522–528.
- Bonanno G.A., Galea S., Bucciarelli A. ve Vlahov D., 2007, What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75(5):671-682.
- Borasio G.D., 2011, Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. Palliative and Supportive Care, 9: 1-2.
- Bui E., 2017, From depression to anxiety, and back, Acta Psychiatrica Scandinavica, 136(4); 341-342.
- Burke, L.A., Clark, K.A., Ali, K.S., Gibson, B.W., Smigelsky, M.A. ve Neimeyer, R.A., 2015, Risk Factors for Anticipatory Grief in Family Members of Terminally Ill Veterans Receiving Palliative Care Services. Journal of social work in end-of-life & palliative care, 11(3-4), 244–266.
- Çakar F.S., 2018, Yetişkinlerin Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ile Psikolojik Belirtileri Arasındaki İlişkide Yılmazlığın ve Cinsiyetin Rolü, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 44:114-131.
- Çam O. ve Engin E., 2014, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, İstanbul Medikal Yayınevi, 1. Baskı. İstanbul.
- Çelik, H.F. ve Hocaoglu, Ç., 2016, ‘Major Depresif Bozukluk’ Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme, Journal Of Contemporary Medicine, 6(1): 51-66.
- Çelik M. Ve Koç A., 2021, Ülkemizdeki Palyatif Bakım Modeli ve Ölçüm Araçlarının Kullanımının Değerlendirilmesi, Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 4(3), 30-41.
- Çevik A., Volkan V.D., 1993, Depresyonun psikodinamik etiolojisi. Depresyon Monografileri Serisi., 3:109-122.
- Çivi S., Kutlu R. Ve Çelik H.H., 2011, Kanseri Hasta Yakınlarında Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Gülhane Tıp Dergisi, 53:248-253.
- Choi Y. ve Billings J.A., 2002, Changing perspectives on palliative care, 16(4):515-522.

- Connor M.O., Fisher C. Ve Guilfoyle A., 2013, interdisciplinary teams in palliative care:a critical reflection, *International Journal of Palliative Nursing*, (2) 3, 2052-2860.
- Crocq M.A., 2015, A history of anxiety: from Hippocrates to DSM, *Dialogues Clin Neurosci*, 17(3):319-25.
- Cui R., 2015, Editorial: A Systematic Review of Depression, *Curr Neuropharmacol*, 13(4):480.
- Davydov D.M., 2010, Resilience and mental health, *Clin Psychol Rev* 30(5):479-95.
- Dean E., 2016, Anxiety, *Nurs Stand.*, 30(46):15-17.
- Demircioğlu H. ve Yoldaş, C., 2019, Çocukluk ve ergenlik döneminde psikososyal risk faktörleri ve koruyucu unsurlar. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 18(1), 40-48.
- Doğan T., 2015, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Türkçe Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *The Journal Of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.
- Doğan P., 2010, Aerobik egzersizin kadınlarda ve erkeklerde anksiyeteye olan etkisinin araştırılması. (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Spor Fizyolojisi, İzmir.
- Dökmen Z.Y., 2012, Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 3-30.
- Duman Ö. Ve Özdelikara A., 2022, Hasta Yakınlarının Palyatif Bakıma İlişkin Görüşlerinin Bakım Verici Yüküne Etkisi, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1):32-39.
- Edwards A. B., Zarit S. H., Stephens M. A. P. Ve Townsend A., 2010, Employed family caregivers of cognitively impaired elderly: An examination of role strain and depressive symptoms, *Aging & Mental Health*, 6(1): 55–61.
- Elçigil A., 2012, Palyatif bakım hemşireliği, *Gülhane Tıp Dergisi*, 54:329- 334.
- Elkhateeb O. Ve Salem K., 2018, Patient and Caregiver Education Leves and Readmission and Mortality Rates of Congestive Heart Failure Patients, *East Mediterr Health*, 24(4):345-350.
- Erbaş M.K, Küçük V., 2012, Üst düzey basketbolcularda durumluk kaygı düzeylerinin farklı değişkenlere göre karşılaştırılması. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi*. 14 (2): 257-261.
- Erdoğan N., 2019, Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının gereksinimlere ve stresle baş etme tarzlarının belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Nevşehir.
- Erel S., 2009, Dünyada Palyatif Bakımın Durumu ve Hospis Sistemleri. Ed: Tuncer A.M., *Türkiye’de Kanser Kontrolü*, s: 287-298, Koza Matbaacılık, Ankara.
- Erol Ö., Yanık Y.T. ve Yacan L., 2022, Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Ailelerinin Gereksinimleri, *Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1):11-20.
- Esen, U., 2012, Okul Yöneticilerinin Yönetici Kaygı Düzeyleri ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. (Yüksek Lisans Tezi) Ahi Evran Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık B.D, Kırşehir.
- Fadıllıoğlu Ç., 2017, Palyatif Bakım. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşama Sonu Bakım, Editörler: Yıldırım Y. ve Fadıllıoğlu Ç., Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, s: 1-177.
- Fallowfield L., 1995, Helping the relatives of patients with cancer. *Eur J Cancer*, 31A: 1731-1732.

- Frota O.P., Sene A.G., Ferreira- Junio M.A., Giacon- Arruda B.C.C., Teston E.F., Pompeo D.D. ve Paula F.M., 2021, Coping strategies of family members of intensive care unit patients, *Intensive and Critical Care Nursing*, 63:1-6.
- Garcia M.T. ve Merino B., 2018, Palliative Care: Taking the Long View, *Front Pharmacol*, 9:1140.
- Ghazwani E.Y., Al-Shehri A.A. ve Alghamdi FA., 2021, Assessment of Burden and Stress Among Caregivers of Terminally Ill Patients in a Saudi University Hospital: A Cross-Sectional Study, *Open Access Original Article*, 13(3):1-10.
- Gizir C.A., 2007, Psikolojik Sağlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28): 113-128.
- Golub M., Avram D., Clement L., Carr A, Kessler E.R. ve Kilbourn K., 2018, The association between caregiver burden, resilience, and self-rated health in a national sample of caregivers of patients with cancer. *American Society of Clinical Oncology*, 36(15).
- Götze H, E Brahler, Brahler E., Gansera L., Fleischer AG. Ve Köhler N., 2018, Anxiety, Depression And Quality Of Life In Family Caregivers Of Palliative Cancer Patients During Home Care And After The Patient's Death, *Eur J Cancer Care (Engl)*, 27(2):12606.
- Graham F. ve Clark D., 2007, The changing model of palliative care. *Medicine*, 36: 64-66.
- Greene, R.R., 2002, Holocaust survivors: A study in resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 37(1), 3-18.
- Grov E.K., Dahl A.A., Moum T. ve Fossa S.D., 2005, Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase, *Annals of Oncology* 16: 1185–1191.
- Güç Z.G. ve Yavuzşen T., 2020, Palyatif Bakım Nedir, Ne Değildir? Tanımı, Amacı ve Felsefesi, *Onkolojide Palyatif Bakım*, Ed: Şenler F.Ç., Türkiye Klinikleri, Ankara, 1:1- 4.
- Gültekin M., Özgül N., Olcayto E. ve Tuncer A.M., 2010, Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 1:1-6.
- Hamurcu H.D., 2012, Depresyon Epidemiyolojisi, *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 5(2):7-13.
- Hisli, N., 1989, Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*, 7(23), 3-13.
- Hisli, N., 1989, Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma, *Psikoloji Dergisi*, 22, 118-126.
- Hu P., Yang Ç. Kong L. ve Hu L., Zeng L., Relationship between the anxiety/depression and care burden of the 80ajör caregiver of stroke patients, *Medicine (Baltimore)*, 97(40):12638.
- Hut E. ve Aydın A.R., 2021, Bakım Veren Hasta Yakınlarının Manevi Destek İhtiyaçları: Karma Yöntem Bir Araştırma, 4:113- 135.
- İmre A. ve Özer Z, 2021, Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Yakınlarının Memnuniyet Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Tarzlarının Değerlendirilmesi, *Kocaeli Med J.*, 10(3):242-251.
- İlbaşı A.R., 2014, İzole Edilen hastaların İzolasyon sonrası Anksiyete, Depresyon durumları ile İzole Edilmeyen hastaların Anksiyete, Depresyon durumlarının değerlendirilmesi ve İzole Edilen Hasta yakınlarının, sağlık Personelinin Anksiyete durumlarının İncelenmesi, (Uzmanlık Tezi), Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bursa.

- Kabalak A.A., Öztürk H. ve Çağır H., 2013, Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi, 11(2):56-70.
- Kabalak A.A., 2014, Türkiye’de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler, Anestezi Dergisi, 22 (3): 121 – 123.
- Kafes A.Y., 2021, Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış, Uluslararası Psikolojik Danışma ve Rehberlik Araştırmaları Dergisi (3)1:186-194.
- Kahveci K. ve Gökçınar D., 2014, Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri, s.1-7, İstanbul.
- Karabulutlu Ö., 2009, Kemoterapi Alan Hastalarda Semptom Yönetimi ve Yaşam Kalitesinin Sürdürülmesi, İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi, 17(3):218-225.
- Karabulutlu E., Aykıl R., Karaman S. ve Karaca M., 2013, Kanseri Hastalarına Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Psikolojik Sorunların İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 28(1):1-9 .
- Kararımak Ö., 2006, Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(26), 129-142.
- Kararımak Ö. ve Güloğlu B., 2014, Deprem deneyimi yaşamış yetişkinlerde bağlanma modeline göre psikolojik sağlamlığın açıklanması. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 43(2):1-18.
- Karakaya İ., 2012, Psikiyatrik hastalıklar ve psikiyatrik tedavi gören hastalarda dış hekimliği yönünden yaklaşım (Bitirme Tezi), Ege Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, İzmir.
- Karakaya C. ve Işıkhân V., 2020, Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Toplum ve Sosyal Hizmet, 31(4), 1437-1458.
- Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal H., (2011) Depresyon ve anksiyete bozuklukları, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45(2):65-74.
- Kavşur Z. ve Sevimli E., 2020, Türkiye’deki palyatif bakım hizmetlerinin bazı gelişmiş ülkeler ile karşılaştırılması, USBAD Uluslararası Sosyal Bilimler Akademisi Dergisi, 2(4):715- 730.
- Kaya B. ve Kaya M., 2007, 1960’lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış, J Clin Psy., 10(6): 3-10.
- Kıvanç M.M., 2017, Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri, HSP-Dergisi, 4(2):132-135.
- Klick J.C. ve Hauer J., 2010, Pediatric palliative care. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 40(6):120-51.
- Kocakaya R., 2017, Engelli Üyeye Sahip Ailelerdeki Bireylerin Psikolojik Dayanıklılığı ile Algılanan Aile İşlevselliği Arasındaki İlişki. (yüksek lisans tezi), Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Koç A., 2021, Türk Tıp Tarihinde Palyatif Bakım, JARSS, 29(3):159-64.
- Koyuncu A., Aslan F.E., Yava A., Çınar D. Ve Olgun N., 2016, Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Terminal Dönemdeki Hastaların Yakınlarının Hasta Ziyaretinden Beklentileri, Turk Gogus Kalp Damar Cerrahi Dergisi, 24(1):68-75.
- Kozacıoğlu, G., 1995, Yüksek Eğitim Düzeyindeki Erkeklerin Rorschach Testi ve Spielberger Anksiyete Ölçekleri ile Kişilik Yapılarının Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Tıbbi Psikoloji Çalışmaları, 20, s. 85-93.
- Köknel Ö., 2000, Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Dizisi., 1(1):5-11.
- Kristjanson L.J. ve Aoun S., 2004, Palliative care for families: remembering the hidden patients. Can J Psychiatry, 49(6):359-365.
- Krug K., Miksch A., Peters-Klimm F., Engeser P. Ve Szecsenyi J., 2016, Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study, BMC Palliat Care, 15;15:4.

- Kurtuluş İ., 2019, Ülkemizde Palyatif Bakımın Yeri ve Basamaklandırılması, Palyatif Bakım ve Tıp, s:32-36.
- Küçükçüçlü O., Esen A. ve Yener G., 2009, Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumuna İçin Geçerlilik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi J Neurol Sci(Turkish),26,60-73.
- Lange P., 2001, Family stress in the intensive care unit. Crit Care Med., 29:2025-6.
- Lim S.M., Kim H.C. ve Lee S. Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. Cancer Research and Treatment. 45(3): 226-233.
- Lin F.Y., Rong J.R., Lee T.Y., 2013, Resilience among caregivers of children with chronic conditions: a concept analysis. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 6:323.
- Liu Y., Li Y., Chen L., Li Y., Qi W. ve Yu L., 2018, Relationships between family resilience and posttraumatic growth in breast cancer survivors and caregiver burden, Psycho-oncology, 27(4):1284-90.
- Liu W., Zhu J., Liu J. ve Guo Q., 2015, Psychological state and needs of family member caregivers for victims of traumatic brain injury: A cross-sectional descriptive study. Int J Nurs Pract, 2: 231-6.
- Loh A. Z., Tan J. S., Zhang M. W. Ve Ho R. C., 2017, The Global Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms Among Caregivers of Stroke Survivors. J Am Med Dir Assoc. 1;18(2):111 116.
- Lou Q., Liu S., Huo Y.R., Liu M., Liu S. ve Ji S., 2015, Comprehensive analysis of patient and caregiver predictors for caregiver burden, anxiety and depression in Alzheimer's disease, J Clin Nurs, 24(17-18):2668-78.
- Lutz S., 2011, The history of hospice and palliative care, Curr Probl Cancer, 35 (6): 304-309.
- Masten, A. S., 1994, Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity: APA PsycNet, P:3-25, <https://psycnet.apa.org/record/1994-97364-001>, (05.05.2022).
- Masten A.S. ve Coatsworth J.D., 1998, The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research on successful children. American Psychologist, 53: 205-220.
- Masten, A.S. ve Reed, M.J., 2002, Resilience in development, APA PsycNet, P:74-88, <https://psycnet.apa.org/record/2002-02382-006>, (05.05.2022).
- Manav F., 2011, Kaygı kavramı. Toplum Bilimleri Dergisi, 5(9):201-211.
- Meier D.E., 2011, Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. Milbank Quarterly. 89(3):343–380.
- Menekli T., Dolu S., Coşkun Ö. Ve Torun M., 2021, Palyatif Bakım Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerinin İyi Ölüme İlişkin Görüşleri, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 24(1): 84-94.
- Nussbaum A.M., 2015, DSM- 5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Çev: Köroğlu E.) Hyb Yayıncılık, s: 155-232, Ankara (Orijinal yayın yılı: 2013).
- Ohayon M.M., Priest R.G., Guilleminault C. ve Caulet M., 1999, The prevalence of depressive disorders in the united kingdom. Biological Psychiatry;45(3):300-307.
- Olagunju A.T., Sarimiye OF., Olagunju T.O., Habeebu M.Y.M. Ve Aina A.F.,2016, Child's symptom Burden And Depressive Symptoms Among Caregivers Of Children With Cancers: An Argument For Early İntegration Of Pediatric Palliative Care, Ann Palliat Med., 5(3):157-165.

- Opuş B., Gök F., Kılıçaslan A. ve Yosunkaya A., 2020, Yoğun Bakım Hastalarının Akut Fizyolojik Durum Değişiklikleri ile Hasta Yakınlarında Görülen Anksiyete ve Uyku Bozukluğu İlişkisi, Selçuk Tıp Dergisi, 36(4):333- 337.
- Osse B.H., Vernooij-Dassen M.J., Schadé E. ve Grol R.P.,2006, Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. Cancer Nurs., 29(5):378–388.
- Ölçüm H.İ., Özşen K., Diken A.İ., Yazla E. ve Karadere M.E., 2018, Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Birimlerinde Hasta Yakınının Gereksinimleri: Anksiyete ve Depresyon ile İlişkisi, Yoğun Bakım Dergisi, 9 (3): 63-70.
- Önal G., 2022, Kronik Hastalığı Olan Yakınlarına Bakım Verenlerin Depresyon, Kaygı, Tükenmişlik Belirtilerinde ve Yas Düzeylerinde Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılığın Düzenleyici Rolü, (yüksek lisans tezi), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Ankara.
- Öz F. ve Yılmaz B.E., 2009, Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 82-89.
- Öz F., 2010, Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Mattek Yayıncılık, S: 130-148, Ankara.
- Özakkaş T., 2013, Anksiyete Bozukluklu Hastaların Çeşitli Tedavilere Karşı Anlık ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Değişiminin İncelenmesi., <http://www.psikoterapi.org/mod/page/view.php?id=58>. (20.05.2022).
- Özçelik H., Fadiloğlu Ç., Uyar M. ve Karabulut B., 2010, Kanseri Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım, Üniversiteler Ofset, 1-9.
- Özçelik S., 2020, Palyatif Bakıma Bakış ve Hemşireliğin Rolü, Med Palliat Care, 1(3): 76-82.
- Özden D., Karagözoğlu Ş., Güler N. ve Bülbüloğlu S., 2016, Evde Enteral Tüple Beslenen Hastaların Beslenmeye İlişkin Yaşadığı Sorunlar ve Yakınlarının Bakım Yükü, DEUHFED, 9(4), 134-141.
- Özsoy Z., Demirci U., Menekşe S., Özsoy M., Özmen E., Dinç G. Ve Öztürk G.G., 2019, Kemoterapi Uygulanan Hastaların Birinci Derece Yakınlarında Depresyon ve Anksiyete Sıklığı; Prospektif Randomize Çalışma, Cerrahi Sanatlar Dergisi, 12(1): 7-14.
- Öztürk M.O. Ve Uluşahin A., 2014, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I, Nobel Yayınevi, No: :340-420, Ankara.
- Özyurt B. C. Ve Deveci A., 2011, Manisa ili kırsalında 15-49 yaş arası evli kadınlarda aile içi şiddet ile depresif belirti yaygınlığı arasındaki ilişki, Türk Psikiyatri Derneği, 22(1):10-6.
- Papastavrou E., Charalambous A. ve Tsangari H., 2009, Exploring the other side of cancer care: the informal caregiver. Eur J Oncol Nurs., 13(2):128-36.
- Pochard F., Azoulay E., Chevret S., François L., Philippe H., Pierre C., Marc G., Robert Z., Jean-Roger G., François D.J. ve Benoit S., 2001, Anxiety and depression symptoms in family members of intensive care patients: Ethical hypothesis on decision-making capacity. Crit Care Med., 29:1893–1897.
- Polat Ü., 2011, İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri, 26(4):193-198.
- Potter J., Hami F., Bryan T. Ve Quigley C., 2003, Symptoms in 400 Patients Referred To Palliative Care Services: Prevalence And Patterns, 17(4): 310-314.
- Proot I.M., Abu-Saad H.H., Meulen R.H., Goldsteen M., Spreeuwenberg C. ve Widdershoven G.A., 2004, The needs of terminally ill patients at home: directing one's life, health and things related to beloved others. Palliat Med., 18(1):53–61.

- Rabow M.W., Dibble S.L., Pantilat S.Z. ve McPhee S.J., 2004, The Comprehensive Care Team: Acontrolled Trial of Outpatient Palliative Medicine Consultation. *Arch Intern Med.*, 164(1): 83-91.
- Radbruch L., Payne S., Bercovitch M., Caraceni A., Hegedus K., Nabal, M., Rhebergen A., Schmidlin A., Sjogren P, Tishelman C., Wood C. Ve Honorary D.F., 2010, White Paper On Standards And Norms For Hospice And Palliative Care In Europe Part I. Recommendations From The European Association For Palliative Care. *European Journal Of Palliative Care*, 16(6):278-289.
- Ramirez E.R., 2007, Resilience: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 42: 73-82.
- Roj J., Brom L., Sommeijer D., Poll-Franse L., Raijmakers N. ve Study group E., 2021, Self-care, Resilience, and Caragiver Burden in Relatives of Patients With Advanced Cancer: Results From The Equipe Study, *Support Care Cancer*, 29(12):7975- 7984.
- Ross D.D. ve Alexander C.S., 2001, Management of Common Symptoms in Terminally İll Patients: Part II. Constipation, delirium and dyspnea, *15:64(6):1019-26*.
- Sadıkoğlu N., 2021, Evde Bakım Yardımından Yararlanan Engelli Yakınlarının Kullanmış Oldukları Farklı Savunma Mekanizmalarının Psikolojik Sağlamlıkla İlişkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık, Samsun.
- Salk R.H., Hyde J.S. ve Abramson L. Y., 2017, Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms, *Psychol Bull*, 143(8):783-822.
- Sarıtaş S.Ç. ve Büyükbayram Z., 2016, Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2): 141- 151.
- Scnedider C. Ve Wissink T., 2018, Integrative Medicine (Fourth Edition), Chapter 5 – Depression, Ed: Rakel D., Elsevier Inc., Pages 36-45.
- Sherif T., Jehani T., Saadani M. ve Andejani A.W., 2001, Adult oncology and chronically ill patients: comparison of depression, anxiety and caregivers' quality of life. *East Mediterr Health J.*, 7(3):502-9.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. ve Bernard, J., 2008, The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194–200.
- Smith K., 2014, Mental Health: A World of Depression, *Nature* 13(515): 180-181.
- Stout M.D. ve Kipling G., 2003, Aboriginal People, Resilience And The Residential School Legacy. Aboriginal Healing Foundation, 7-9, <https://www.ahf.ca/downloads/resilience.pdf>, (05.05.2022).
- Softa H.K., Çelik A. ve Başbilen H., 2016, Kemoterapi Alan Hasta Yakınlarında Depresyon, *Sağlık Akademisi*, 1(1):57-70.
- Southwick S.M. ve Charney D.S., 2012, The Science Of Resilience: Implications For The Prevention And. *Biol. Psychiatry*, 338(6103):79-82.
- Soyer F., Gülle M., Mızrak O., Zengin, S. ve Kaya E., 2013, Analysis of resiliency levels of disabled individuals doing sports according to some variables. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 7(2), 126-136.
- Star A. ve Boland J., 2018, Updates in Palliative Care- Recent Advancements in The Pharmacological Management of Symptoms, *18(1):11-16*.
- Sürmeli D. ve Akçiçek F., 2016, Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri*, 9(1):8-11.

- Şahin Z.A., Polat H. ve Ergüney S., 2009, Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2):1-9.
- Şener A., Kurtgöz A. ve Koç Z., 2022, Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Bakımından Sorumlu Hasta Yakınlarının Bakım Yükleri ile Yaşam Doyumlarının Belirlenmesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9(1):63-70.
- Tamam L. Ve Demirkol M., 2019, Anksiyete Bozuklukları. Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi, Editörler: Çifci A., Tursun S., Özkara A., Kekilli M. Ve Demireş B. Ankara, s.1641-1643.
- Taylan H.H. Ve Baydoğan T., 2015, Hasta ve Yakınlarının Hasta Hakları ve “Hasta Hakları Birimi” Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Faydalanma Durumlarının Araştırılması, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 14(55):248- 256.
- Tekin E., 2011, Askeri hastanelerde çalışan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Tel H. ve Pınar Ş., 2013, Investigation Of Relationship In Between Burnout And Depression In Primary Caregivers Of Chronic Mental Problem Patients. J Psy Nursing. 4(3):145-152.
- Toptaş, S., 2013, Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Toros F., 2002 Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon, evlilik uyumunun ve çocuğu algılama şeklinin değerlendirilmesi. T Clin J Psychiatry, 3:45- 52.
- Townsend M.C. 2011, Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice. Fifth Edition.
- Turgut A., ve Soylu G., 2020, Palyatif Bakım Hasta Yakınları ile Nitel Bir Araştırma, Toplum ve Sosyal Hizmet, 31(2), 460-476.
- Tükel R., 2006, Yaygın anksiyete bozukluğunun patogenezi. Ed: Tükel R. ve Alkın T., Anksiyete Bozuklukları. pp. 481-509, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara.
- Tümlü G.Ü. ve Receptoğlu E., 2013, Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki, Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 3(3):205-213.
- Türkçapar H., 2004, Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri, Klinik Psikiyatri, 4:12-16.
- Türkçapar M.H., 2018, Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi- Depresyon, Epsilon Yayınevi, İstanbul.
- Ulusoy M., 1993, Beck Anksiyete Ölçeğinin Psikometrik Özellikleri. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
- Uslu Ş. ve Terzioğlu F., 2015, Dünya’da ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi, Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 4(2):81-90.
- Uysal N., Şenel G., Karaca Ş., Kadioğulları N., Koçak N. ve Oğuz G., 2015, Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Hastalarda Görülen Semptomlar ve Palyatif Bakımın Semptom Kontrolüne Etkisi. Ağrı, 27(2):104-110.
- Uzuncu H.B., Buyruk H. ve Alnak E., 2013, Yoğun Bakımda Yapılacak Bir Şeyi Kalmayan Kanserli Terminal Dönem Hastalara İnsanca Bakım Önerisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 35:143- 151.
- VanMeter F. ve Cicchetti D., 2020, Resilience, Handb Clin Neurol., 173:67-73.

- Weitzner M.A., McMillan S.C. ve Jacobsen P.B.,1999, Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. *J Pain Symptom Manage* 17(6):418-28.
- Williams A.M., 1993, Caregivers of Persons With Stroke: Their Physical And Emotional Well-Being. *Qual Life Res.*, 2: 213-220.
- Williams A.L. ve McCorkle R., 2011, Palliat Support Care, 9(3):315-25.
- Yakut B., 2019, Palyatif Bakım Merkezinde Yatan Hastalara Bakım Verenlerin Anksiyete, Depresyon ve Bakım Yüklerinin Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır.
- Yağmur T. ve Türkmen S.N., 2017, Ruhsal Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinde Algılanan Stres ve Psikolojik Dayanıklılık, *MCBU-SBED*, 4(1): 542-548.
- Yıldırım S., Akyüz Ö., Engin E. ve Gültekin K., 2017, The relationship between psychiatric patients' caregivers burden and anger expression styles. *J Clin Nurs.*, 3:725-731.
- Yıldız, E., Dedeli, Ö., ve Pakyüz S., 2016, Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 13 (3): 216-225.
- Yılmaz A. ve Turan E., 2007, Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Baş Etme Yolları. *Türkiye Klinikleri*, 27:445-454.
- Zheng K., Chu H., Zhang X., Ding Z., song Q., Liu Z., Peng W., Cao W., Zou T. ve Yi J.; 2022, Psychological resilience and daily stress mediate the effect of childhood trauma on depression, *Child Abuse Negl*, 125:105485.
- Zimmermann C., Swami N., Krzyzanowska M., Leighl N., Rydall A., Rodin G., Tannock I. ve Hannon B.,2016, Perceptions of Palliative Care Among Patients With Advanced Cancer And Their Caregivers, *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 188(10):217-227.

EKLER**EK 1. ETİK KURUL ONAY RAPORU**

EK 2. KURUM İZİN YAZISI

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-72843479-108.99-47292
Konu : Bilimsel Çalışma İzni

15.06.2021

YAZI İŞLERİ VE EVRAK KAYIT BİRİMİNE

İlgi : 14.06.2021 Tarihli, 46785 sayılı yazı.

Prof. Dr. Mustafa SÜREN'in dilekçesinde bahsi geçen çalışmanın yüksek lisans öğrencisi Sibel Tok'un tez çalışması olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmanın yapılmasında herhangi bir engel durum bulunmamaktadır. Saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Faruk KUTLUTÜRK
Merkez Müdür Yardımcısı

EK 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmacının Açıklaması

Palyatif bakım alan hastalara bakım veren hasta yakınlarının psikolojik durumlarının araştırılması amacıyla bir bilimsel araştırma yapmayı planlamaktayız. Yapılması planlan araştırmanın ismi ‘**Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Depresyon, Anksiyete ve Psikolojik Sağlamlığın İncelenmesi**’dir.

Palyatif bakım tedavisi alan Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi ayaktan veya yatarak tedavi alan hastaların yakınlarında uygulanacak olan bu çalışmaya, tıbbi durumunuz bu koşullara uyduğu için sizi de davet ediyoruz. Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile vermelisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz.

Kararınızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bilimsel çalışma hakkında bilgiler

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni, 18-65 yaş aralığında olmanız ve palyatif bakım tedavisi alan bir hastaya, bakım veren bir birey olmanızdır. Bu araştırma TOGÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Palyatif Bakım Anabilim Dalı ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım Birimi iş birliği ile gerçekleştirilecektir.

Bu araştırmada araştırılacak olan palyatif bakım alan hastalara bakım veren hasta yakınlarının psikolojik durumlarının araştırılmasıdır. Hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve psikolojik sağlamlıkları incelenecektir. Bilindiği üzere aile; kuşaklar arasındaki bağları ve kalıcılığı içeren, tüm bireyleri için endişe duyan, yüksek oranda duygusallık içeren, üyelerine koruyucu ve sağaltıcı sağlık bakımı veren, kalitatif amaçları olan, üyelerini fedakâr bir şekilde yönlendiren temel ve tek sosyal grup olarak tanımlanmaktadır. Ailenin rolü; üyelerinin fiziksel (beslenme, giyinme, barınma), emosyonel (güven, sevgi, sorumluluk, aitlik) ve sosyal gereksinimlerini karşılamak, aynı zamanda sağlık bakım örgütü ve sağlık bakım profesyonelleri ile sağlık hizmetlerini yürütmektir. Palyatif bakım gerektiren hastalıklara sahip hastalara bakım verenler tükenmişlik yaşayabilmektedirler, bakım verme yükü ile baş etmekte zorluk çeken aile bireylerinde yeterli psikosozal destek verilmezse psikolojik semptomlar görülebilmektedir.

Çalışma kapsamında bilinmesi gereken durumlar ve araştırmacılar ile gönüllülerin uyması gereken kurallar

Araştırmaya katılmanız durumunda;

1. Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.
2. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.
3. Hekim ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.
4. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır.

5. Çalışma sırasında meydana gelebilecek sağlığınız ile ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir.
6. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.
7. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemelerinizde hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir.

Katılımcının (Gönüllü) / Hastanın Beyanı

Sayın Sibel TOK tarafından, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Palyatif Bakım Anabilim Dalı ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi iş birliği ile bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Tarih

Katılımcı (Gönüllü)

Adı, Soyadı :
Adres :
Telefon :
İmza :

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı

Adı, Soyadı, Ünvanı :
Adres :
Telefon :
İmza :

EK 4. SOSYODEMOGROFİK ÖZELLİKLER FORMU

1. Yaşınız?

2. Cinsiyetiniz nedir? () Kadın () Erkek

3. Hastaya Yakınlık Dereceniz?

() Çocuğu () Eşi () Kardeşi () Ebeveyn () Gelini
() Diğer

4. Medeni durumunuz? () Evli () Bekar

5. Eğitim Durumunuz?

() Okur yazar () İlköğretim () Ortaöğretim () Lise () Üniversite

6. Mesleğiniz?

() Memur () İşçi () Çiftçi () Emekli () Serbest Meslek () Çalışmıyor () Öğrenci () Diğer

7. Herhangi bir sağlık sorunuz var mı? () Var () Yok

8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? () İyi () Orta () Kötü

9. Çocuğunuz var mı? () Evet () Hayır

10. Evde kiminle yaşıyorsunuz?

() Yalnız () Eşi ile birlikte () Eşi ve çocukları ile birlikte () Diğer

11. Psikiyatrik hastalığınız var mı? () Evet () Hayır

12. Bakım verirken destek aldığınız kişiler var mı? () Evet () Hayır

13. Ne kadar süredir bakım veriyorsunuz? 6 ay..... 6 aydan fazla.....

14. Sürekli siz mi bakım veriyorsunuz? () Evet () Hayır

15. Hastanız hangi tedavi yöntemini alıyor?

() Kemoterapi () Radyoterapi () Kemoterapi ve Radyoterapi () Destekleyici tedavi

16. Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde destek ihtiyacı nedir?

() Sürekli bakım desteği ihtiyacı var () Yardımla bakım ihtiyacı karşılanıyor
() Bakım desteği ihtiyacı yok

17- Hastanın tanısı?

18. Daha önce ailenizde palyatif bakım alan bir yakınınız var mı? Varsa yakınlık dereceniz nedir?

.....

EK 5. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK 6. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1.	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2.	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3.	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4.	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5.	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6.	a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7.	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum

8.	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9.	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10.	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskişine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11.	a. Eskişine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12.	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskişine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13.	a. Eskişine gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskişine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskişine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14.	a. Eskişinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15.	a. Eskişine kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskişine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışamıyorum
16.	a. Eskişine kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskişine kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskişine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskişine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum

17.	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18.	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok
19.	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20.	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21.	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok²¹. b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

EK 7. KISA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim. *	1	2	3	4	5
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	1	2	3	4	5
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur. *	1	2	3	4	5
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlattım.	1	2	3	4	5
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır. *	1	2	3	4	5