



T.C.

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PALYATİF BAKIM KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN BAKIM
VERİCİLERİNİN ALGILANAN STRES DÜZEYLERİNİN VE UYKU
KALİTELERİNİN BELİRLENMESİ**

Serhat YILDIRIM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ERZİNCAN

2021

T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PALYATİF BAKIM KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN BAKIM
VERİCİLERİNİN ALGILANAN STRES DÜZEYLERİNİN VE UYKU
KALİTELERİNİN BELİRLENMESİ

Serhat YILDIRIM

YÜKSEK LİSANS

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Papatya KARAKURT

ERZİNCAN

2021

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uygunluğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezin içerdiği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Hemşire Serhat YILDIRIM

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca gerek insani, gerekse bilimsel konularda her zaman desteğini hissettiğim, önerileriyle bana ışık tutan, hoşgörülü, sabırlı, en güzel rehber olarak gördüğüm, saygıdeğer danışman hocam **Sayın Prof. Dr. Papatya KARAKURT'a**,

Meslek hayatıma adım attığım andan itibaren her desteği gösteren, mesleki deneyimleri ile beni aydınlatan çok kıymetli meslektaşlarıma ve çalışmama gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm bakım vericilere,

Uzakta da olsalar her zaman yanımda olduklarını bildiğim, desteklerini hissettiğim, lisans eğitimimin bana kazandırdığı çok sevgili yol arkadaşlarım, meslektaş olmaktan onur duyduğum insanlara sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu tezi bugünlere gelmemde, başarılarımın esas sahibi olan, duyduğu gururu gözlerinde dolu dolu hissettiren canım annem **Gülizar YILDIRIM'a**, emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım babam **Arif YILDIRIM'a** ve canım **kardeşlerime** ithaf ediyorum.

Hemşire Serhat YILDIRIM

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	vi
TABLOLAR DİZİNİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Palyatif Bakım	5
2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Amacı	5
2.1.2. Palyatif Bakımın Temel İlkeleri ve Yapılanması	8
2.1.3. Palyatif Bakımın Sınıflandırma Modelleri	10
2.1.4. Palyatif Bakıma Kabul Kriterleri	11
2.1.5. Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişimi	12
2.1.5.1. Dünyada Palyatif Bakımın Gelişimi	12
2.1.5.2. Türkiye’de Palyatif Bakımın Gelişimi	14
2.1.6. Palyatif Bakım Hemşireliği	16
2.1.7. Palyatif Bakım Hemşireliğinin Kapsamı	17
2.1.8. Palyatif Bakım Hemşireliğinin Standartları	18
2.2. Stres	21

2.2.1. Stresin Aşamaları.....	23
2.2.2. Stresin Sonuçları... ..	24
2.2.3. Bakım Verici Stresi... ..	25
2.2.4. Bakım Verici Stresini Azaltmaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri... ..	27
2.2.5. Stres Yönetiminde Uykunun Önemi	28
2.3. Uyku... ..	29
2.3.1. Uykunun Tanımı... ..	29
2.3.2. Uyku Süresi ve Uykusuzluk.....	30
2.3.3. Uykunun Evreleri.....	31
2.3.4. Uyku Kalitesinin Tanımı ve Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler... ..	32
2.3.5 Uyku Bozuklukları.....	33
2.3.6. Uyku Kalitesini Artırmaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri... ..	34
3. MATERYAL VE METOD.....	36
3.1. Araştırmanın Türü... ..	36
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman... ..	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi... ..	36
3.4. Araştırmanın Değişkenleri... ..	37
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları... ..	38
3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu... ..	38
3.5.2. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ-10)... ..	38
3.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKI)... ..	39
3.6. Verilerin Toplanması... ..	39
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi... ..	40

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri...	41
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirlik...	42
4. BULGULAR	43
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
7. KAYNAKLAR	68
8. EKLER	82
Ek 1. Tanıtıcı Özellikler Formu...	82
Ek 2. Algılanan Stres Ölçeği(ASÖ-10)...	83
Ek 3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKI)	84
Ek 4. Etik Kurul Kararı...	85
Ek 5. Kurum İzin Yazısı.....	87
Ek 6. Aydınlatılmış Onam Formu...	90
Ek 7. Algılanan Stres Ölçeği İzin Yazısı.....	91
Ek 8. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi İzin Yazısı.....	92
ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ	93

KISALTMALAR LİSTESİ

AASM	:Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi
ANA	:Amerikan Hemşireler Birliği
ASÖ	:Algılanan Stres Ölçeği
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
EAPC	:Avrupa Palyatif Bakım Derneği
EEG	:Elektro Ensefalo Grafi
HPNA	:Holistik Palyatif Bakım Hemşireleri Derneği
HRW	:İnsan Hakları İzleme Komitesi
IAHPC	:Uluslararası Hospis Ve Palyatif Bakım Örgütü
ICSD	:Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması
NREM	:Non Rapid Eye Movement
PUKI	:Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
REM	:Rapid Eye Movement
TDK	:Türk Dil Kurumu
VAS	:Vizüel Analog Skala
WPCA	:Dünya Palyatif Bakım Birliği

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler	40
Tablo 3.2. Araştırmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu...	41
Tablo 4.1 Bakım vericilerin tanıtıcı ve hasta ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı(N=153)	43
Tablo 4.2. Bakım vericilerin Algılanan Stres Ölçeği(ASÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKI) ve alt boyutlarından puan ortalamasının dağılımı(N=153) ..	44
Tablo 4.3. Tanıtıcı ve diğer özelliklere göre Algılanan Stres Ölçeği(ASÖ) puanlarının karşılaştırılması(N=153)	45
Tablo 4.4. Tanıtıcı ve diğer özelliklere göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKI) puanlarının karşılaştırılması (N=153)	48
Tablo 4.5. Bakım vericilerin yaşı ile Algılanan Stres Ölçeği(ASÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKI) toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki(N=153)	55
Tablo 4.6. Bakım vericilerin Algılanan Stres Ölçeği(ASÖ) puanı ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKI) toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki(N=153)	56

ÖZET

Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Hastaların Bakım Vericilerinin

Algılanan Stres Düzeylerinin ve Uyku Kalitelerinin Belirlenmesi

Giriş ve Amaç: Bakım vericilerin stres düzeylerinin ve uyku kalitelerinin bakımın kalitesini etkilediği bilinmektedir. Bu araştırma palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların bakım vericilerinin algılanan stres düzeylerini ve uyku kalitelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini bir ildeki şehir hastanesinin palyatif bakım kliniklerinde tedavi gören hastaların bakım vericileri oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmanın kriterlerine uyan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 153 bakım verici alınmıştır. Verilerin toplanmasında tanımlayıcı özellikler formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi (PUKI) İndeksi kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, Varyans Analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bakım vericilerin %53.6'sı kadın, %31.4'ü lise mezunu ve %64.1'i evlidir. Bakım vericilerin Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) puan ortalamalarının 23.76 ± 6.84 ve PUKI toplam puan ortalamalarının 9.16 ± 3.33 olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin medeni durumu, hastaya yakınlık derecesi, süreçten maddi olarak etkilenme ve palyatif bakım ünitesinde tedavi görme süresine göre Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) puan ortalaması, hastaya yakınlık derecesi ve hastaya bakım vermeyi bilme durumuna göre PUKI toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ASÖ puanı ile toplam PUKI puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Bakım vericilerin algılanan stres düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu ve kötü bir uyku kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir. Bazı değişkenlerin bakım vericilerin stres düzeylerini ve uyku kalitelerini etkiledikleri saptanmıştır. Bakım vericilerin stres düzeyi arttıkça uyku kalitelerinin kötüleştiği belirlenmiştir. Bakım vericilerin uyku kalitesini ve stres düzeylerini etkileyebilecek farklı değişkenlerin araştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Stres, Bakım Verici, Hemşirelik, Palyatif Bakım, Uyku Kalitesi

ABSTRACT

Identification of the Perceived Stress Levels and Sleep Quality among Caregivers of Patients Hospitalized in the Palliative Care Clinic

Introduction and Aim: Stress levels and sleep quality of caregivers are known to affect the quality of care. This study aims to identify the perceived stress levels and sleep quality among caregivers of patients hospitalized in palliative care clinics.

Methods: The target population of this study is the caregivers of patients who were treated in the palliative care clinics of a city hospital in a city. The study utilized no sampling method, and the participants were composed of 153 caregivers who met the research criteria and agreed to participate in the study. Data were collected using the Socio-Demographic Form, the Perceived Stress Scale (PSS), and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Analyses included numbers, percentages, means, t-test in independent groups, Analysis of Variance, and Pearson correlation analysis.

Results: Of all the caregivers, 53.6% were females, 31.4% graduated from high school, and 64.1% were married. Participating caregivers' Perceived Stress Scale (PSS) mean score was found 23.76 ± 6.84 and the PSQI total mean score was found 9.16 ± 3.33 . While the difference was found to be statistically significant according to caregivers' marital status, kinship to the patient, financial effects, and the duration of the treatment in the palliative care unit in the Perceived Stress Scale (PSS) mean score, it was statistically significant according to the kinship to the patient and knowledge about providing care to the patient in the PSQI total mean score. A statistically significant, positive, and low-level relationship was found between the Perceived Stress Score and the total PSQI score.

Conclusion: It was found that the caregivers' perceived stress levels were above-average and they had poor sleep quality. Caregivers' stress levels and sleep quality were found to be affected by a number of variables. Caregivers' sleep quality was found to worsen as their stress levels increased. It is recommended to investigate various variables that could affect caregivers' sleep quality and stress levels.

Keywords: Caregiver, Nursing, Palliative Care, Perceived Stress, Sleep Quality

1. GİRİŞ

Tıp alanında 21. asırdan itibaren kaydedilen bilimsel gelişmeler ve hastaların bakım kalitesindeki düzenlemeler, hastalıklara bağlı olarak gelişen ani ölümlerde azalmaya sebep olmuş ve dolasıyla insanların yaşam süreleri uzamış ve yaşam süresinin uzaması hastalıkların getirdiği ağrı, sızı gibi komplikasyonlara maruz kalma süresini uzatmıştır (1). Medikal tedavinin imkansız olduğu zamanlarda, hastaların konforunun sağlanması ve mümkün olduğu düzeyde yaşam kalitesinin sürdürülmesi palyatif bakımın temel amacını oluşturmaktadır. Tüm bu çıkarımlarla palyatif bakım, bireylerin fiziksel durumlarında değil, içlerinde var olan öz saygıyı kelimeler ve davranışlar yolu ile aktaran; bireylerin kaçınılmaz fiziksel yetkinlikleri ile başa çıkarken bütünlüklerini korumalarına yardım eden ve ölmek üzere olan bireyleri onurlandıran bakım olarak tanımlanabilir (2).

Palyatif bakım, fiziksel ve psikososyal alanlarda semptomların giderilmesine odaklanmakta ve ortak karar vermeyi teşvik etmektedir. Palyatif bakım hizmetleri sadece hastalar için değil bakım vericileri için de yardım desteği içermektedir (3,4). Palyatif bakımda kronik hastalığın seyrine bağlı olarak hastanın durumu giderek kötüleşmektedir. Bununla birlikte primer bakım veren hasta yakınları bakım ve tedavinin önemli, bütünüleyici bir parçasını oluşturmaktadır (5). Palyatif bakımın temel ilgi alanları bütün süreçte semptom bakımı ve ailenin desteklenmesini içermektedir. Palyatif bakımın amacına bakıldığında da; hasta ve ailenin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, hasta ve ailenin tüm bakım süreçlerinde ve yas sürecinde duygusal ve manevi olarak desteklenmesi ve semptomların yönetilmesi yer almaktadır (6).

Sağlık ekibi çoğu zaman palyatif bakım alan hastaların bakım vericilerinin yaşadıkları endişeler, korkular ve hastaya bakım veren olma rolü ile ilgili konuşmak için vakit ayıramamaktadırlar (7). Bunun sonucunda bakım vericilerde bakımın kalitesi azalırken, hem kendisinin hem de bakım gerektiren hastanın yaşam kalitesinde düşüş görülmektedir. Bakım vericilerin psikososyal gereksinimleri sıklıkla bakım verdikleri hastaların gereksinimlerinden fazla olabilmektedir (8,9). Yaşam süresinde öngörülen artış ve buna bağlı olarak palyatif bakım gereksinimi olan hastaların artışı hem resmi hem de gayri resmi bakım vericilerin üzerinde stresin ve bakım yükünün artmasına sebep olmaktadır (10).

Stres, çevrede bir tehlike algıladığında yaşanan karmaşık bir psikobiyolojik süreç olarak tanımlanmaktadır. Biyolojik anlamda stres, tıpkı fizikte olduğu gibi, bir kuvvet ile ona sunulan direnç arasındaki etkileşimi temsil ettiği gibi hasar ve savunma arasındaki etkileşim olarak da bilinmektedir (11,12). Palyatif bakım kliniklerindeki hastalara bakım veren bakım vericilerin bu süreçte stres düzeylerinin yüksek olması beklenen bir durumdur. Bakım vericiler tipik olarak fiziksel ve psikolojik morbiditeye eğilimlidirler, semptom yönetimi gibi çok sayıda görevden sorumludurlar, mali açıdan dezavantajlı durumdadırlar, sosyal olarak izole olurlar, karşılanmamış ihtiyaçları fazladır ve hastalara benzer düzeylerde psikolojik sıkıntılar yaşamaktadırlar. Palyatif bakım alan hastaların bakım vericilerine bu süreçte psikososyal destek sunulmasının birçok sebebi vardır (9). Yapılan çalışmalar (13,14), hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin artmasıyla, bu bireylerde depresyon sıklığının arttığını ve bireylerin fiziksel, duygusal ve psikolojik durumlarında bozulmalar meydana geldiğini

göstermektedir. Günümüzde bakım vericiler, kronik sağlık problemleri, psikososyal ve davranışsal değişiklikler gibi bakım vericilerde stres düzeyini arttıran durumlarla sık karşılaşmaktadırlar (15).

Gerginlik ve stresin uyku kalitesini olumsuz etkileyen en büyük faktör olduğu bilinmektedir (16). Uyku bozuklukları özellikle yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylere bakım veren bakım vericilerde, anksiyete ve depresif bozukluğu olan bireylere bakım veren bakım vericilerde yaygın görülen bir durumdur. Bu durumun bedensel ve ruh sağlığını, iş ve sosyal hayatı etkileyebileceği, yaşamı tehdit edebilecek kazalara bile neden olabileceği bilinmektedir (17). Alzheimer hastalarının bakım vericileri ile yapılan bir çalışmada bakım verenlerin uyku bozukluğu semptomları yaşadıkları bildirilmiştir (18). Başka bir çalışmada da uyku kalitesini etkileyen tüm diğer faktörlerle karşılaştırıldığında gerginlik ve stresin uyku kalitesini olumsuz etkileyen en büyük faktör olduğu sonucuna varılmıştır (16). Stresin beyni ve uyku durumunu etkileyebileceğini araştıran bir çalışmada ise, katılımcıların %54,4'ü günlük yaşamlarında genel olarak stresli hissettiklerini bildirmişlerdir. Bu bulgu, çok sayıda insanın strese maruz kaldığını ve stresin uyku üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (19).

Hemşirelerin hasta ve yakınlarına zaman ayırma, görüş ve beklentilerini belirleme, duygu paylaşımına olanak sağlama, semptom yönetiminde rehberlik etme girişimleriyle danışmanlık hizmeti sağlamaları gerekmektedir. Hasta yakınına yatış ve tedavi sürecinde verilen eğitime palyatif bakıma ilişkin bilgilerin de dahil edilmesi hemşirenin rol ve sorumlulukları arasında yer almaktadır (20). Bakım vericiler stresi

azaltmak için gelişen durumlara tepkilerini değiştirmeli, strese neden olacak durumlara kendilerini önceden hazırlamalı, durumların olumlu yönlerini düşünmeli, yaşadıkları endişe, tedirginlik, öfke gibi duyguların üstüne konsantre olmak yerine elde edilmek istenen sonuca yoğunlaşmalı ve bu şekilde stres düzeylerini azaltarak uyku kalitelerinin daha iyi olmalarını sağlayabilmelidirler.

Ülkemizde palyatif bakım kliniklerinde yatmakta olan hastaların bakım vericilerine yönelik genellikle bakım verme yükü, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi, yaşam kalitelerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar mevcut olup, ulusal ve uluslararası literatüre bakıldığında, algılanan stres düzeylerinin ve uyku kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırma ile ulusal ve uluslararası literatürdeki boşluk doldurulacak ve bu konuda ihtiyacı olan bireylere gereken yardım sağlanarak ileride yapılacak çalışmalara ışık tutması planlanmaktadır. Bu araştırma palyatif bakım kliniğinde yatan hastalara bakım veren bakım vericilerin algılanan stres düzeylerini ve uyku kalitelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada ayrıca aşağıdaki sorulara da cevap aranmıştır.

Araştırma Soruları

1. Palyatif bakım alan hastaların bakım vericilerinin algılanan stres düzeyleri ve uyku kaliteleri düzeyleri nasıldır?
2. Palyatif bakım alan hastaların bakım vericilerinin bazı değişkenleri algılanan stres düzeylerini ve uyku kaliteleri düzeylerini etkiliyor mu?
3. Palyatif bakım alan hastaların bakım vericilerinin algılanan stres düzeyleri ve uyku kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1 Palyatif Bakımın Tanımı ve Amacı

Palyatif bakım, disiplinler arası bir yaklaşım olup ciddi hastalığı olan bireyler ve aileleri arasında yaşam kalitesini iyileştirmeye, ağrıyı azaltmaya odaklanan bir klinik alt uzmanlık alanıdır. Palyatif bakımın odak noktası, hastalar ve aileleri için yaşam kalitesini iyileştirmek, bakım hedeflerini değerlendirmek ve tedavi seçeneklerini belirtilen hedeflerle uyumlu hale getirmektir. (21,22). Modern Darülaceze felsefesi hareketine dayanan palyatif bakım, hastalar ve bakım vericileri için yaşam kalitesini iyileştirmek ve ölmekte olan hastanın bakımı için multidisipliner bir yaklaşım sağlamaktadır (23).

Latin bir kelime kökenli olan “Palliate (Palliare)” kelimesi önleyen veya kapsayan anlamına gelmektedir. “Palliative” kelimesi ise İngiliz dilinin terminolojisinde dindirici, azaltıcı, geçici deva manalarında kullanılmaktadır (24).

Türk Dil Kurumu (TDK) ise palyatif sözcüğünü “ tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten ve dindiren” biçiminde tanımlar (25). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) değişen palyatif bakımı tanımlarına bakıldığında :

1989 yılında ilk kez ; “Palyatif Bakım hastalığı küratif olarak tedaviye yanıt vermeyen hastanın aktif olarak bütünsel bakımındır. Ağrının, psikolojik sorunların, sosyal sorunların ve espiritüel sıkıntıların kontrolü başlıca konulardır. Palyatif bakım almanın esas amacı hastalar ve aileleri için olası en iyi yaşam standartlarının sağlanmasıdır.” şeklinde tanımlamıştır (26).

2002 yılında; “Yaşamı tehdit edici boyutta hastalıklardan kaynaklanan sorunlar ile yüz yüze gelen hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerini, başta ağrı problemi olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların erken tanınarak ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yoluyla arttıran bir yaklaşımdır.” şeklinde değiştirmiş ve bu tanıma ek olarak 2014’de “palyatif bakım bütün hekimlerin vicdani sorumluluğudur” görüşünü eklemiş ve palyatif bakım almanın önemine dikkat çekmiştir (27,28).

Avrupa Palyatif Bakım Derneği (EAPC, European Association for Palliative Care) ise palyatif bakımı “Palyatif bakım, hastalığı küratif olarak tedaviye yanıtı olmayan hastaların aktif, bütüncül bakımı olmaktadır. Buna ek olarak ağrı ve diğer semptomların, psikolojik ve ruhani problemlerin kontrolü önceliklidir. Yaklaşımı interdisiplinerdir ve odağında hasta, aile ve toplum yer alır.” şeklinde tanımlamıştır (29).

Palyatif bakıma erişimin bir insan hakkı olduğu uluslararası organizasyonlarca savunulmaktadır. Prag Sözleşmesi (Prague Charter) bu anlamdaki önemli girişimlerden bir tanesidir. EAPC, Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Örgütü

(IAHPC), Dünya Palyatif Bakım Birliği (WPCA) ve İnsan hakları İzleme Komitesi (HRW) tarafından yayınlanan sözleşme palyatif bakıma erişimin insanlık imtiyazı olacak şekilde tanımlanmasını destekleme amacı taşımaktadır (30). Palyatif bakımın değerini kabul eden Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Amerikan Klinik Onkoloji Derneği, Amerikan Kanser Derneği ve Tıp Enstitüsü gibi birçok uluslararası kuruluş, standart onkoloji bakımının yanı sıra palyatif bakıma erken katılımı teşvik etmektedir (31).

Palyatif bakımı daha net açıklamak istenirse küratif bakım ile arasındaki farkı incelemek gerekmektedir. Küratif bakım hayatın kalitesini ve yaşam süresini uzatmayı amaçlarken, palyatif bakım yaşam ve ölüm olayların niteliğine odaklıdır ve ölümü yaşamın doğal bir bileşeni olarak kabul etmektedir. Hayatı desteklemekle birlikte aynı zamanda ölümü hayatın doğal bir süreci olarak algılar (32). “Palyatif bakım, insan sağlığı ve onurunu esas alan temel bir insan hakkı” olarak kabul edilmektedir. DSÖ aracılığıyla 1990 yılında ve Barselona Deklarasyonu ile 1996 yılında palyatif bakımın var olmasının her ülkenin sağlık siyasetinin bir kısmı olmasının gerekliliği bildirilmektedir(33).

Palyatif bakım kliniğinin amacı kliniğe kabulü yapılan hastanın hastalığının getirmiş olduğu sıkıntılara yönelik tedavisini uygulamak, hastaların hastalık sebebi ile gelişebilecek komplikasyon riskini en aza indirmek, hızlı, etkin ve güvenilir sağlık hizmetleri sunmak hasta ve bakım vericinin hoşnutluğunu en üst seviyeye çıkarmak ölümcül hastaların hayatlarının son dönemini onur ve huzur içinde yaşama fırsatı sağlamaktır(34,35).

2.1.2. Palyatif Bakımın Temel İlkeleri ve Yapılanması

Palyatif bakım;

- Ağrı ve benzeri üzücü semptomlardan kurtulmayı sağlar;
- Yaşamı onaylar ve ölüm olayını yaşam olayının doğal ve normal bir süreci olarak görür;
- Ölüm olayının gerçekleşmesini ne hızlandırmaya ne de ertelemeye niyetlidir;
- Hasta bakımının psikolojik kısımlarını, ruhani kısımlarını bütün olarak görür;
- Hastaların ölene kadar mümkün olduğu düzeyde aktif olacak şekilde yaşamalarına yardım sağlamak için bir destek sistemi sağlar;
- Hastanın var olan hastalığı ve ölüm olayının gerçekleşmesi sırasında ailenin başa çıkmasına yardımcı olabilecek bir destek sistemi sağlar;
- Gerekirse yas danışmanlığını da içermek üzere hastaların ve ailelerinin gereksinimlerini karşılamak için bir ekip yaklaşımı kullanır;

- Yaşam kalitesinin artmasını sağlayarak ve aynı zamanda hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilir;
- Hastalığın erken dönemlerinde, kemoterapi ve radyoterapi gibi yaşam süresini uzun kılmaya çalışan diğer tedavilerle birlikte uygulanabilir, hastaya sıkıntı verici klinik olarak gerçekleşen komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için gerekli olan araştırmaları içermektedir (36).

Tüm dünya tarafından kabul edilen bu ölçütler esas alınarak, palyatif bakım ünitelerinin yapılandırılmasında bakım vericilerin profesyonel eğitimleri kategorilendirilerek buna göre üç ayrı yaklaşım üzerinde odaklanılmaktadır. Bunlar;

Temel Palyatif Bakım Yaklaşımı: Tüm sağlık camiası çalışanlarının palyatif bakımın var olan temel ilkelerini tanınması, günlük uygulamalarında uygun şekilde kullanılması olarak tanımlanmaktadır (37).

Genel Palyatif Bakım Yaklaşımı: Bazı sağlık çalışanları, yalnızca bu konu üzerinde ilgili olmasalar bile, palyatif bakım alanında ek eğitim veya palyatif bakım uzmanlığına sahip olabilirler. Bu sağlık personelin çalışmaları “genel palyatif bakım” ismiyle tanımlanmaktadır (37).

Uzman Palyatif Bakım Yaklaşımı: Temel eğitim alanı ve hizmet alanı palyatif bakım verme olan uzmanlık olarak tanımlanmaktadır. Çok daha kompleks ve

zaman gerektiren bakım gereksinimi olan hastalarla uğraşırlar ve en üst düzeyde eğitim, gerekli personel ve gerekli kaynak gerektirir (37).

2.1.3. Palyatif Bakım Sınıflandırma Modelleri

Palyatif bakım kavramı, temel kavramları çeşitlenirken gelişmiştir ve "palyatif bakım" derken kişilerin aslında darülaceze bakımı, destekleyici bakım veya başka bir bakım şeklini düşündüğü zamanlar olmaktadır. Bu tür bir kafa karışıklığını önlemek için, palyatif bakım sınıflandırma modelini kullanmak önem arz etmektedir (38).

Zamana Dayalı Model

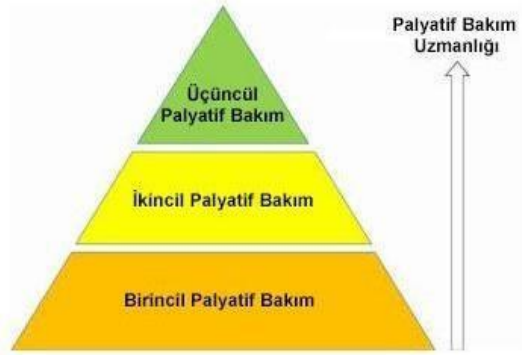
Bu model, bakımı zaman eksenine göre “destekleyici bakım”, “palyatif bakım” ve “darülaceze bakımı” olarak ayırmaktadır. Destekleyici bakım, bu modelin temelini oluşturur ve hastalığın ilk aşamalarından itibaren sunulmalıdır. Palyatif bakım, ileri evreler için daha özel semptomatik rahatlama gerektirir ve darülaceze bakımı, yaşam sonu bakımı ile ilgilidir. (Şekil I) (38).



(Şekil I) (39)

Sağlayıcı Tabanlı Model

Bu model hastanın karmaşıklık düzeyine ve ortama göre palyatif bakım sağlanmasına odaklanır. Birincil palyatif bakım, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından sağlanır. Daha karmaşık bakım ihtiyaçları olan hastalar, uzman palyatif bakım ekiplerinin hastaları danışman olarak gördüğü ikincil palyatif bakıma yönlendirilmektedir. Üçüncü basamak palyatif bakımda ise palyatif bakım ekibi, bir akut palyatif bakım ünitesi gibi en karmaşık destekleyici bakım ihtiyaçları olan hastalara bakım sağlamaktadır (Şekil II) (38).



(Şekil II) (40)

2.1.4. Palyatif Bakım Kliniklerine Kabul Kriterleri

1. Tıbbi tedavi devam etmesine rağmen Vizüel Analog Skala (VAS) ağrı skalası beşin altında olan, ağrı yaşanmasına bağlı olarak uyku düzeni bozulan, istirahat

halinde bile ağrı yaşamaya devam eden ve tüm bunların yan etkileri olması sebebiyle tıbbi tedavisi devam edemeyen hastalar,

2. Oral olarak alımı bozulmuş, nütrisyonel risk taraması sonrası beslenme skoru için altında olan, kilo kaybı yılın son altı ayı içerisinde yüzde ondan fazla olan, ağız yoluyla beslenemediği için enteral yolla, parenteral yolla besin alımı desteğine ihtiyacı olan hastalar,

3. Tıbbi tedaviye dirençli, Norton'a göre yatak yarası üçüncü veya dördüncü evre olan hastalar,

4. Demans ya da deliryum tanısı almış olan hastalar,

5. Yaşlılığa bağlı olarak gelişen düşme riski olan inkontinans varlığı olan hastalar,

6. Tıbbi olarak alınan tedaviye direnci olan, dördüncü evre kalp yetmezliği olan hastalar,

7. Tıbbi tedaviye rağmen laboratuvar sonuçlarının kötüleşmesi, buna bağlı olarak semptomları artan, beklenen yaşam süresi altı ayın altında olan, alınan radyoterapi veya kemoterapiye rağmen hastalığı devam eden kanser hastaları,

8. Uzun süreli tedaviye direnci olan terminal dönem akciğer hastaları,

9. İnme, Parkinson hastalığı, MS vb. hastalarıN klinik tablolarında değişiklik meydana gelmesi,

10. Tükenme dönemine giren HIV hastaları olarak sıralanabilir (41).

2.1.5 Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişimi

2.1.5.1. Dünyada Palyatif Bakımın Gelişimi

Modern darülaceze hareketi 1960'larda İngiltere'de başlamıştır. 20. yüzyılda yaşamış bir İngiliz hemşire ve sosyal hizmet uzmanı olan Cicely Saunders, St Luke's Home'daki deneyimleri aracılığıyla dünyanın dört bir yanındaki bakımevlerinde uygulanan temel ilkelerin oluşturulmasından sorumluydu. Saunders'ın 1967'de İngiltere'de kurduğu St. Christopher's, ilk modern darülaceze olarak bilinmektedir (38).

"Palyatif bakım" terimi, ilk olarak Balfour Mound adlı Kanadalı bir doktor tarafından 1974 yılında semptomların giderilmesini amaçlayan bir tedavi ortamında kullanılmıştır. Palyatif bakım programında, çok boyutlu değerlendirme, şiddetli fiziksel ve duygusal rahatsızlığın yönetimi; hekim ve hemşirelere ek olarak birden fazla disiplinden disiplinler arası bakım; sadece hastalara değil bakım vericilere de özen göstermenin vurgusu yapılmıştır (42,43).

Palyatif bakımın dünyadaki gelişimi açısından 2008'de WPCA 4 gelişim düzeyi tanımlamış ve 2011 yılında bu değerlendirmeyi güncellemiştir;

Grup 1 Ülkeleri: Bilinen Hospis-Palyatif Bakım Etkinliği Yok

Grup 2 Ülkeleri: Kapasite Geliştirme Faaliyeti

Grup 3 Ülkeleri

Grup 3a: İzole Palyatif Bakım Sağlama

Grup 3b: Genelleştirilmiş Palyatif Bakım Sağlama

Grup 4 Ülkeleri

Grup 4a: Darülaceze-Palyatif Bakım Hizmetlerinin Genel Hizmet Sunumuna Ön Birleşme Aşamasında Olduğu Ülkeler

Grup 4b: Darülaceze-Palyatif Bakım Hizmetlerinin, Genel Hizmet Sunumuna Gelişmiş Entegrasyon Aşamasında Olduğu Ülkeler

Bu değerlendirmeye göre 2011 yılında ülkelerin 75'i (%32) Grup 1, 23'ü (%10) Grup 2, 74'ü (%31,6) Grup 3a, 17'si (%7,3) Grup 3b, 25'i (%10,7) Grup 4a ve 20'si (%8,5) Grup 4b'de yer almaktadır (44).

2.1.5.2. Türkiye’de Palyatif Bakımın Gelişimi

Ülkemizde hastalara uzun zamanlı olarak palyatif bakım hizmeti verebilecek ve hospis kelimesinin kavram niteliğine yakın olan ilk kuruluş, Türk Onkoloji Vakfı aracılığıyla, İstanbul Yeşilköy’de “Kanser Bakımevi” ismiyle 1993 ve 1997 yılları arasında hizmet vermiştir. 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı aracılığı ile palyatif bakım amacıyla ikinci olarak gerçekleşen “Hospis” girişimi, Hacettepe Onkoloji Hastanesi’ne çok yakın mesafede, tarihi eskiye dayanan bir Ankara evinin yeniden yapılandırılarak 12 odadan oluşan bir hospise dönüştürülmesi ile gerçekleşmiştir. Fakat yasal boşlukların olması sebebiyle, bu ev “Hacettepe Umut Evi” ismiyle kanser tanısı almış hastaların medikal tedavi alması amacı ve kısa süreli konaklamaları amacıyla kullanılmıştır.(45).

Palyatif bakım düzenlenmesini geliştirmek için Sağlık Bakanlığı çalışmalar yapmış ve 2010 yılının ilk zamanlarında büyük bir bölümü üniversite hastanelerinde

olmak üzere 10 tane palyatif bakım merkezi açmıştır. İlk kapsamlı palyatif bakım merkezi denilebilecek palyatif bakım merkezi başkent Ankara’da Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde açılarak hizmet vermeye başlamıştır (46).

Pallia-Türk projesi ismiyle bilinen ve Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan 2009-2015, Ulusal Kansere Kontrol Programı’nda palyatif bakım programının da tanımı yapılmış ve böylece palyatif bakım merkezlerinin kurulması 2012 ile 2013 yılları arasında hızla artış göstermiştir (47).

Ülkemizdeki ilk yasal düzenleme, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 09.10.2014 tarih ve 640 sayılı “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” nin yürürlüğe girmesidir. 07.07.2015 tarihinde yataklı sağlık tesislerinde sunulmakta olan palyatif bakım hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amacı ile palyatif bakım merkezlerinin fiziki koşulları, personel alımı, donanım özellikleri ve hizmet kriterlerini düzenleyen yeni bir yönetmelik yayımlanmıştır (48).

Türkiye’de palyatif bakımın sunumu konusunda yoğun çabalar gösterilmektedir. Bu çabaların sonucunda, ülkemiz WPCA tarafından yapılan 2006’daki değerlendirmede Grup 2 de yer alırken, 2011’deki değerlendirmede Grup 3b’ye yükselmiştir (30).

2.1.6. Palyatif Bakım Hemşireliği

Palyatif bakım almaya ihtiyacı olan hastaların ve bu hastaların bakım vericilerinin ihtiyaçlarının giderilmesi, müşterek bir felsefe gerektiren ve ortak olarak bakımın sorumluluğunu aralarında paylaşan disiplinler arası bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu bağlamda palyatif bakım yaklaşımının en önemli üyelerinden biri olarak görülen hemşireler hastalar ve hastaların bakım vericileri ile en çok iletişimde olan sağlık personelidir(49).

Hemşireler hastaya ve hastanın bakım vericisine bakım sağladığı süre zarfında, hastalığın ileri reaksiyonları ile baş etmede hastaya yardımcı olabileceği, hasta için neyin önemli olduğu ve ne yapılarak hedefe ulaşılabileceği gibi konularda bilgi birikimi elde etmeyi sağlamalıdır. Edinilen bu bilgiler ışığında hastalık ve ölüm süresi boyunca hasta ve bakım vericisinin yaşam kalitesini arttırabilirler (50).

Hemşirelerin palyatif bakımdaki klinik rollerinin incelendiği bir araştırmada, hemşirelerin temel rolünün destek rolü olduğu belirlenmiştir. Hemşireler palyatif bakım hemşireliğini, hastanın ağrının azaltılması, hastanın bakım vericileri için acı çekmenin önlenmesi, hastaya rahatlık sağlama, hastaların yaşam kalitesi hedeflerine ve tercihlerine ulaşma olarak tanımlamaktadırlar(51).

İnci ve Öz'ün birlikte yaptıkları bir çalışmada, son dönemdeki hastaya bakım veren hemşirelerin farklı biçimlerde feyz aldıkları görülmüştür. Bu etkiler hemşireler tarafından, duyarsızlaşmak, doyum veya motivasyon azalması, olumsuz duygusal yük olarak ifade edilmektedir.(52).

Palyatif bakım hemşireliği, hasta olan bireylerin hayat standartlarını arttırmak ve yaşamının son dönemine giren hastanın ölüm sürecine çok daha rahat ve daha huzurlu bir şekilde ulaşmasını sağlamayı amaç edinmelidir. Bu amaçla hasta bireylerin ağrılarının doğru olarak kontrolü, bazı rahatsız edici belirtilerin tedavisi ve bakım verme konusunda bütün bakım vericilerin bilgilendirilmesiyle, hemşireler bakım vericilerin gereksiz kaygı ve endişelerinin ortadan kaldırılmasına önder olacaklardır. (53).

2.1.7. Palyatif Bakım Hemşireliğinin Kapsamı

Hemşireler palyatif bakım hastasının yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli sağlık profesyonellerinden biridir. Palyatif bakım hemşireliğinin kapsamı;

- Hasta eğitimi ve danışmanlık,
- Etkili iletişim,
- Hasta ve ailesinin psikososyal ve spiritüel bakımı,
- Ağrı ve diğer semptomların yönetimi,
- Son dönem hastalık sürecinin bakımı,
- Hasta ve ailesinin kültürel bakımı,
- İnterdisipliner işbirliği uygulamaları ve
- Kayıp ve yas sürecinde bakımı içermektedir (54).

2.1.8. Palyatif Bakım Hemşireliği Standartları

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Holistik ve Palyatif Bakım Hemşireler Derneği (HPNA, 2013) tarafından, palyatif bakım hemşireliğinde uygulama standartları ve profesyonel performans standartları belirlenmiştir.

Uygulama Standartları: Hospis ve palyatif bakım hemşireliği uygulama standartları, hemşirelik süreci ile belirlenen genel ve kapsamlı hemşirelik bakımının yeterlilik düzeyini tanımlamaktadır.

Standart 1 Tanılama: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi hastanın sağlığı ve hastalığının durumu ile ilgili kapsamlı bilgileri toplar.

Standart 2 Hemşirelik tanısı: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi topladığı verileri analiz ederek hemşirelik tanısını belirler.

Standart 3 Beklenen sonuçlar: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi interdisipliner ekip ile birlikte hastanın bireyselleştirilmiş bakım planı için beklenen sonuçları tanımlar.

Standart 4 Planlama: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi beklenen sonuçlara ulaşmak için stratejileri tanımlayarak bakım planını geliştirir.

Standart 5 Uygulama: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi belirlenen bakım planını uygular.

Standart 5A Bakımın koordinasyonu: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi bakımın verilmesini koordine eder ve bunun uygulanmasını yürütür.

Standart 5B Sağlık ile ilgili eğitim ve sağlığı sürdürme: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi sağlığı sürdürmek ve güvenli çevreyi sağlamak için stratejiler oluşturur.

Standart 5C Konsültasyon: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi ve uzman hemşire belirlenen planı uygulamada konsültasyon sağlar.

Standart 6 Değerlendirme: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirir.

Profesyonel Performans Standartları: Bu standartlar profesyonel rol davranışlarını tanımlamaktadır. Hospis ve palyatif bakım hemşiresinin profesyonelliği, mesleki kuruluşlara üyelik, uzmanlık alanında sertifika sahibi olma, akademik ve sürekli eğitimler yoluyla profesyonel gelişimini sürdürme yoluyla güçlenmektedir.

Standart 7 Etik: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi tüm uygulama alanlarında etik ilkeleri göz önünde bulundurur.

Standart 8 Eğitim: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi, hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi ve yeteneklerini geliştirir.

Standart 9 Kanıta dayalı uygulama ve araştırma: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi uzmanlık alanıyla ilgili kanıta dayalı yeni bilgiler oluşturur ve araştırma bulgularını uygulamaya entegre eder.

Standart 10 Uygulamanın kalitesi: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi hemşirelik uygulamalarının kalitesi ve etkinliğini sistematik olarak artırır.

Standart 11 İletişim: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi interprofesyonel ekibin üyeleri ile etkili bir şekilde iletişim kurar, akran ve meslektaşlarının profesyonel gelişimine katkıda bulunur.

Standart 12 Liderlik: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi profesyonel uygulama alanında ve mesleğinde liderlik yapar.

Standart 13 İşbirliği: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi hasta, aile ve interprofesyonel ekip ile işbirliği yapar.

Standart 14 Profesyonel uygulamayı değerlendirme: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi, profesyonel uygulama standartları ve rehberler, ilgili tüzükler, kurallar ve düzenlemeler ile kendi hemşirelik uygulamalarını değerlendirir.

Standart 15 Kaynak kullanımı: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi güvenlik, etkililik, maliyet, hemşirelik hizmetlerinin planlanması ve sunumu ile ilgili faktörleri göz önünde bulundurur.

Standart 16 Çevresel sağlık: Hospis ve palyatif bakım hemşiresi sağlıklı bir çevrenin sürdürülmesini sağlar (55).

2.2. STRES

Stres kavramını kullanan hemen hemen herkes stres kavramının ne anlama geldiğini bilse de tanımlama adımıyla farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden stres kavramı izafiyet teorisinde olduğu gibi, çok bilinir fakat anlaşılamaz olma gibi bir çelişkiyi taşımakta olan bilimsel bir kavramdır (56).

Stres, Latin dilinde ‘Estrictia’ olan fiilden türemiş bir sözcüktür ve fiil anlamı sıkıştırmak, sıkıca sarmak anlamlarında kullanılırken, ad anlamı olarak ise dert, keder, basınç anlamlarına gelmektedir. İnsan fizyolojisine kötü yönde zarar vererek etkiler ve bu etkilere karşı bedende meydana gelen istem dışı değişiklikler olarak adlandırılmaktadır (57).

Spesifik bir tıbbi terim olarak ise stres ilk olarak endokrinolog Hans Selye tarafından; bir organizmaya karşı algılanan (psikolojik) veya gerçek (fiziksel) tehditlere ("stresörler") karşı fizyolojik uyarlamalı yanıtlar olarak 1936 yılında tanımlanmıştır (58,59).

Hans Selye, stresi, bireyi etkisi altına alan çevresel bir uyarıcı olarak açıklamaktadır. Stres kelimesini, insanın içinde olduğu çevreye karşı aldığı bir tepki

olarak tanımlamaktadır. Bu tanımdan hareketle Hans Selye, stres ve stresör kelimelerini ortaya çıkarmış ve kişide bir sıra tepki oluşturan çevresel uyaranı stresör, bireyin bu uyaranlara karşı gösterdiği tepkiyi de stres olarak tanımlamaktadır (60).

Literatür incelendiğinde stresin temel olarak iki boyutundan bahsedilmektedir. Stres, bir uyarıcı olarak ele alındığında olayın ya da durumsal çevresel şartlarının, stres yaratıp yaratmayacağına göre değerlendirilmektedir. Stres, tepkisel anlamda değerlendirildiği zaman mevcut olan durum ya da olaylara karşı bireyin gösterdiği tepki ön planda olmaktadır. Bu tepki literatürde “psikolojik stres” olarak tanımlanmaktadır (61).

Uyarana bağlı stres modelinde, stresin büyük bir oranda çevresel sebepler ile ortaya çıkabileceği ve bireyin başına gelen negatif olan olayların kişide bir stres tepkisi ortaya çıkaracağı belirtilmektedir. Stresin bir çeşit tepki olarak tanımının yapıldığı bu modelde, çevresel sebeplerle giderek artan beklentilerin kişiler üzerindeki etkisi sonucunda bireyin bunlara yönelik ortaya koyduğu tepki olarak tanımlanmaktadır. (62).

Modern toplumlardaki çoğu insan için psikolojik stres, fiziksel stresten daha siktir ve bazıları bir birey için benzersiz olabilen çeşitli sosyal ve duygusal tetikleyiciler tarafından tetiklenebilir (63).

2.2.1. Stresin Aşamaları

Kişilerin yaşamlarındaki stresli durumlar, nörolojik sistemi ve endokrin sistemini savaş veya kaç tepkisini ortaya çıkarmak üzere harekete geçiren olumsuz çevresel uyaranlar olarak tanımlanmaktadırlar. Var olan bu tepki, normal olmayan tepkiler olmak üzere süresi daha uzun olarak devam ettiğinde, sinirsel ve hormonal aktivitede uzun zamanlı artmalar, normal olmayan vücut dokuları ve sistem işlevine sebep olmak için hücrelerin içinde var olan gelişimsel gen ifadesinin değişmesine neden olmaktadır. Fizyolojik olarak stresin ortaya çıkması sonucu kişilerde fizyolojik strese bağlı olarak hastalıklar, hızlı yaşlanma ve ölüm meydana gelebilmektedir (64).

Birey, stresli durumlara farklı aşamalarda tepki verir:

Alarm evresi; kısa sürelidir ve organizmayı korumaya yönelik olarak bazı değişiklikler görülmektedir.

- Kanın damarlara yaptığı basınç yükselir, dolayısıyla bunun sonucu olarak doku kanlanması artar.
- Hücre metabolizması hızlanır.
- Kan glukoz düzeyi artış gösterir.
- Kanama-pıhtılaşma sürecinin hızı artış gösterir.
- Bilişsel aktivitede artış meydana gelmektedir.

Direnç evresinde; özerk sinir sistemi alarm verdikten sonra, organizma ya savaşma ya da kaçma tepkisi verir ve adrenokortikal yanıtın hakimiyeti ile organizma bir dizi etkinlik içine girer. Bedenin stres olayına karşı olarak gösterdiği tepkilerin

tamamı organizmayı balansta tutmayı hedeflemede, balansı muhafaza etmeye ve organizmanın enerji gereksinimini karşılamaya yöneliktir (66).

Tükenme evresinde; strese karşı direnç devam ettikçe adrenokortikal yanıt sonucu oluşan enerji kanalize edilebilir ya da edilemez. Tükenme evresinde kişi uyum sürecine yetersiz kalır ve bunun sonucu olarak savunma iyice zayıfladığında bitkinlik/tükenme aşaması başlar (65).

2.2.2. Stresin Sonuçları

Organizmada stres olayının algılanması sonucu, bireylerin uyumu sürdürebilme çabalarına cevap olarak fizyolojik ve psikolojik olarak bazı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Stres olayına karşı bedenimizin uyumu beynimizde de değişikliklere neden olarak bu durum fiziksel rahatsızlıkların ve psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasında etkili bir faktördür (66).

Fizyolojik Sonuçlar

Yaşamsal durumların sebep olduğu stres olayı ve bu stres olayıyla başa çıkma davranışları fizyolojik olarak bedenimiz de değişimlere yol açmaktadır. Taylor stresin beden üzerindeki etkisini 4 şekilde gösterdiğini açıklamıştır;

- Stresin hastalıkların oluşmasına yol açabilecek psikolojik ve fizyolojik etkileri bulunmaktadır.

- Stres kişinin yatkınlığı olan hastalığı tetiklemekte ve hastalığın ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.
- Stres sağlıklı yaşam alışkanlıklarını olumsuz yönde değiştirmektedir.
- Hastalar ikincil kazanımlar (ilgi çekmek, sorumluluktan kaçmak vb.) elde etmek istedikleri için hastaneye başvurmalarında da artış olmaktadır (67).

Psikolojik Sonuçlar

Bireylerde psikolojik belirtilerden en sık olarak görülenler; depresyon, geçimsizlik, işbirliğinden kaçınma, uyku bozuklukları, sürekli endişe, yetersizlik duygusu, düş kırıklığı ve yersiz telaştır (68).

2.2.3. Bakım Verici Stresi

Bakım verme olayı, fiziksel ihtiyaçları psikolojik ihtiyaçları ya da kişisel ihtiyaçları var olan aile üyesine ya da bildiği, tanıdığı herhangi birisine maddi bir karşılığı olmadan yardım sağlama veya o bireye destek verme davranışı olarak tanımlanmaktadır. (69).

Bakım verici ise hastanın medikal olarak günlük bakımına ya da yaşam aktivitelerine, kişisel ihtiyaçlarına belli bir düzen dahilinde yardım eden, hastaya haftada en az 10 saat olmak üzere bakım sunan, ya da hasta ile birlikte yaşayan kişi olarak tanımlanmaktadır (70).

Aile üyeleri genellikle bakım verici rolünü sevgi, saygı, bağlılık ve / veya bakım alıcısı için bir görev ve sorumluluk duygusuyla yerine getirirler (71).

Hasta kişiler ise hastalığın vermiş olduğu yükten muzdariptirler ve bakım vericileri, hayatı tehdit eden bir hastalığı olan sevdiklerine sahip olmanın stresine katlanırken bu acıyı hafifletmek için mücadele ederler (72).

Bakım verici stresi, bakım olayını verme işinin gerekli kıldığı sorumluluklarının olması sebebi ile bakım verenin reel kabiliyeti arasındaki uyum olamaması sebebiyle ailenin kendi içindeki gerilimler ve baskılar şeklinde tanımlanmaktadır. Bakım vericilerin çoğunluğuna göre uzun sürecek olan bir hastalık tanısı konulmuş olan hasta olan bir bireye bakım vermek, kontrol altına alması güç olan birçok belirsizlik durumunu ifade etmektedir. Tüm bunların sonucu olarak mevcut bu durum bakım veren için, “Bilinmeyen karşısında süregelen bir şüphe tutumu” ifadesini içeren bir stresör olarak tanımlanmaktadır. (73).

Kronik hastalık tanısı almış akrabaların bakım vericileri birden fazla farklı durum yaşayabilmektedirler. Tüm bunların sonucu olarak ortaya çıkan stres durumu ve olumlu olmayan duygular, bakım verenin iyilik halini, hasta bireye bakım sunma kabiliyetini ve hastalığın iyiye gitme, toparlanma sürecini olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir (74).

Bakım verici stresinin yaygın, doğrudan ve zararlı sağlık sonuçlarına yol açtığı bildirilmektedir. Örneğin, yapılan bir çalışmada bakım vericiler bakım vermeyenlerle

kıyaslandığında yüksek kardiyovasküler hastalık belirteçlerine, bozulmuş böbrek fonksiyonuna sahip oldukları ve bakım verenlerin, davranış problemlerinin ciddiyetinin önemli derecede yüksek bulunduğu belirtilmiştir (75).

2.2.4 Bakım Vericilerin Stresini Azaltmaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Bakım sunma süresinde stresin oluşmasına yol açabilecek nedenler kaçınılmaz gibi görünse de bu açıdan riskli olan bakım verenleri erken tanılamak ve stresten kaynaklanabilecek olumsuz etkileri önleyebilmek mümkün kılınabilir (76).

Hemşireler bireylerin stres ile baş edebilmesine yardımcı olabilmek için;

- Stresörler/stresin kaynağı
 - Stresin fizyolojik ve psikolojik etkileri
 - Stres belirtileri
 - Strese uyum süreci ve özellikleri gibi konularda bilgi sahibi olmalıdır
- (65).

Bu süreçte hemşirelere düşen görevlere bakıldığında bakım verenlere kendi biyopsikososyal sağlıklarını devam ettirebilmek amacıyla bilgi aktarımı yapmak, psikolojik, fiziksel ve sosyal destek sağlamak ve mevcutta olan destek sistemlerine ulaşmalarını kolaylaştırmak ve stres yönetimi gibi alanlarda uygun girişimlerde bulunabilmek olarak sıralanabilmektedir. Bakım vericilerin hem fiziki hem de duygusal ihtiyaçları arasındaki uyumu sağlamak, deneyimledikleri stresi azaltmayı,

böylece yaşam kalitelerini yükseltmeyi ve dolayısıyla verdikleri bakımında kalitesinin artmasını sağlayabilecektir (77).

2.2.5. Stres Yönetiminde Uykunun Önemi

Uyku, sağlıklı bir yaşam tarzını sürdürmek için temel bir gerekliliktir ve uykunun bozulması, stres ile ilgili bozukluklar dahil olmak üzere farklı sağlık sorunlarından da kaynaklanabilmektedir (78).

Çalışmalar, yüksek düzeydeki stresin bozulmuş uyku düzeniyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Çok sayıda araştırma, aşırı stresin uykuya dalmayı zorlaştırdığını, kabus görmenin arttığını ve düşük uyku kalitesine sebep olduğunu göstermektedir. Stres ile ilişkili çeşitli ruhsal bozukluklar da önemli uyku bozukluklarıyla ilişkilendirilmektedir.(79,80,81)

Uyku, stres yönetiminde oldukça önemli bir etkidir. Uykusuzluk, bireylerin enerjisinin tükenmesine neden olmakta, performanslarının düşmesine yol açabilmekte ve önemli derecede uyku eksikliği yaşayan bireylerin, kontrolü tümüyle kaybettikleri düşüncesiyle stres seviyeleri artmaktadır (82).

2.3. UYKU

2.3.1. Uykunun Tanımı

Sağlıklı bir yaşamın olmazsa olmazları arasında ilk sıralarda gelen faktörlerden birisi sağlıklı uykudur. Uyku, yaşam boyu sağlık ve zindelik için önemli bir bileşendir, Doğumdan itibaren büyümek, gelişmek, öğrenmek, dinlenmek ve zinde yaşamak için uykuya ihtiyaç duyulur. (83).

Uyku, temel bir biyolojik işlevdir ve bu süreçte beyin, gün boyunca aktif olmak için dinlenir ve yeniden şarj olur. Bilinç kaybının eşlik ettiği, dış uyaranlara ve göreceli hareketsizliğe karşı doğal ve tersine çevrilebilir bir yanıt verme durumu uyku olarak tanımlanmaktadır (84,85).

Alternatif bir bakış açısı, uykuyu uyumsal bir hareketsizlik hali olarak görmektir. Ancak uyku pasif bir durum değildir. Beyin ve vücut bu özel davranış durumunda oldukça aktiftir. Uyku, prototipik bir duruş (genellikle yatma), dış uyaranlara daha az yanıt veren bir uyarılma eşiği ve bir bilinç kaybı ile karakterize edilebilir. Komadan farklı olarak kolaylıkla tersine çevrilebilir (86,87).

2.3.2. Uyku Süresi ve Uykusuzluk

Uyku süresinin sağlık üzerindeki etkilerinin ele alındığı bir çalışmada hem kısa süreli uykunun hem de uzun süreli uykunun daha yüksek ölüm oranıyla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (88).

İyi bir gece uykusu, bulaşıcı hastalıklar için “en iyi ilaç” olarak önerilmektedir. Bu doğrultuda uykusuzluğun, bağışıklık fonksiyonunda azalma, yara iyileşmesinde gecikme, artmış insülin direnci, ağrı algısı ve ölüm gibi birçok zararlı fizyolojik etkiye sahip olduğu bildirilmektedir (89,90).

Ulusal Uyku Vakfı tarafından yayınlanan sonuç temelli önerilere göre, 18-60 yaş arası yetişkinlerin optimum sağlık ve refahı teşvik etmek için yetişkinlerin her gece en az 7 saat uyumaları önerilmektedir (91,92).

Uyku miktarının veya kalitesinin azalması olarak tanımlanan kronik uyku eksikliği, artan kronik hastalıkların riski ve nihayetinde kısalan yaşam süresi gibi birçok olumsuz sağlık sonucuyla ilişkilidir (93).

Gecede 7 saatten az uyumanın, hem kadınlar hem de erkekler arasında kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, depresyon, anksiyete ve stres bozuklukları dahil sayısız sağlık durumuna katkıda bulunduğu veya bunlarla ilişkili olduğu bildirilmektedir (92,94).

2.3.3. Uykunun Evreleri

Farklı seviyeleri içinde barındıran, farklı uyaranlarla kişinin uyanabileceği, kompleks bir bilinçsizlik durumunu belirten uyku NREM (non rapid eye movement) ve REM (rapid eye movement) olarak isimlendirilen iki temel evreye sahiptir.

Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (AASM) sınıflandırma sistemine göre de NREM kendi içinde üç evreye ayrılmaktadır (95).

REM uykusunu göz küresinin hızlı hareketleri, kas zayıflaması, korteks de dahil olmak üzere çeşitli beyin alanlarının aktivasyonu, kanın damarlara yaptığı basınç, solunum sayısının ve nabız hızının değişiklikleriyle tanımlamak mümkündür. (96).

REM uykusu, paradoksal uyku ya da senkronize olmayan uyku olarak tanımlanmaktadır. NREM uykusunun dördüncü döneminden sonra REM uykusu meydana gelmektedir. REM uykusuna ilk giriş süresi REM latansı olarak tanımlanır ve 90 dakikadan uzundur (97).

NREM uykusu ise vücudun dinlenmesi ve Elektro Ensefalo Grafi’de (EEG) yavaş dalga aktivitesi ile tanımlanmaktadır (96). Kendi içerisinde toplam dört dönemden oluşan NREM uykusunun ilk iki dönemi yüzeysel uyku, son iki dönemi ise yavaş dalga uykusu ve derin yavaş uyku olarak tanımlanmaktadır. (97).

2.3.4. Uyku Kalitesinin Tanımı ve Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Uyku kalitesi, uykunun verimliliği ile eş anlamlı olarak tanımlanmaktadır. Uyku kalitesinin bileşenlerini, öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz disfonksiyon bozukluğu oluşturmaktadır (98).

Öznel uyku kalitesi, fiziksel ve zihinsel sağlık, bilişsel performans, iyi oluş ve yaşam doyumu terimleri ile ilişkilidir, bu sebeple uyku kalitesini arttıran veya zayıflatan faktörleri anlamak önem içermektedir (98).

Fizyolojik parametrelere ek olarak uyku kalitesi iki sebepten dolayı değerlendirilmesi gereken önemli bir faktördür. Birincisi, uyku kalitesiyle ilgili şikayetler yaygındır ve uyku kalitesini etkileyen ana faktör uykuya dalmada güçlük veya uyuma güçlüğüdür ve vakaların yaklaşık % 15 ila % 35'ini etkiler. İkinci olarak ise, düşük kaliteli uyku çeşitli hastalıkların bir göstergesidir. Uyku kalitesi bozuklukları insanların duygularını, fikirlerini ve motivasyonunu olumsuz etkileyebilir (99).

Uyku kalitesi kişiden kişiye değişebilir; bir birey uyku kalitesini gece uyanmamaya bağlarken diğer birey ise kısa bir uyku gecikmesini kaliteli uyku olarak yorumlayabilmektedir (100).

Uyku kalitesini değerlendirmek için çok sayıda standartlaştırılmış anket aracı geliştirilmiş olmasına rağmen çok yaygın olarak kullanılanlardan birisi Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'dir.(PUKI) (101).

Bakım verenlerde uyku kalitesi ise fiziksel faktörler duygusal faktörler ve sosyal faktörler olmak üzere birçok sebepten etkilenmektedir. Bakım verenlerin nüfus olarak bilinen demografik özellikleri, yaşam şekillerinin oluşturduğu çevresel

faktörleri, stres başta olmak üzere psikolojik faktörleri, hastalık ve hastalığın tedavisiyle bağlantılı sebepler uyku bozukluklarının meydana gelmesine neden olabilmektedir (102).

2.3.5. Uyku Bozuklukları

Uyku ile ilgili hastalıklar için herkesin anladığı bir dil kullanmak, standart bir tanı ve tedavi prosedürünü belirlemek amacıyla uyku bozuklukların ilk sınıflandırması 1979 yılında yapılmış ve 1991 yılında AASM aracılığıyla tekrardan revize edilerek International Classification of Sleep Disorders-1 (ICSD-1) ismi ile yayınlanmıştır (103).

Son olarak 2014 yılında 3. modeli yayınlanan ICSD-3'te uyku ile ilgili bozukluklar; insomnia, uyku ile ilişkili solunum bozuklukları, hipersomnolensin santral bozuklukları, sirkadiyen ritim uyku uyanıklık bozuklukları, parasomnialar, uyku ile ilişkili hareket bozuklukları ve diğer uyku bozuklukları olmak üzere yedi temel kategoride sınıflandırılmıştır (104).

2.3.6. Uyku Kalitesini Arttırmaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Hemşireler bireylere bütüncül bir bakış açısı ile yaklaşmalı ve kişileri etkileyebilecek ya da etkilemiş olan her türlü sorunu önceden tanımalı ve bu sorunlara yönelik uygun girişimlerde bulunabilmelidirler (105).

Bakım, duygusal ve bilişsel olarak zahmetlidir ve literatür, bakıcıların genel sağlığının olumsuz bir şekilde değiştiğini göstermektedir. Bilişsel işlevsellik, bakıcılarda azalabilir ve çalışmalar uyku bozukluklarının zihinsel, fiziksel ve bilişsel sağlıkta gözlenen değişiklikleri şiddetlendirdiğini göstermektedir (106).

Palyatif bakım hastasına bakım veren bireylerin uyku kalitelerinin iyi olması, hastanın gereksinimlerini tam olarak karşılayabilmeleri ve hastaya destek olabilmeleri açısından önem taşımaktadır. Özellikle terminal dönem palyatif bakım hastasına bakım veren bakım vericiler için bireyin yakın zamanda kaybedileceği düşüncesi bakım vericiler için büyük bir stresör olmakta ve dolayısıyla bakım vericilerin uyku düzenlerinin bozulmasına sebep olmaktadır.

Bu kapsamda hasta ve yakını ile en çok ilgilenen sağlık ekibinin bir üyesi olarak hemşirelere büyük bir rol üstlenme görevi düşmektedir. Bu amaçla hemşireler bakım vericilerinin uyku kalitelerini arttırmak için;

- Bakım vericilerin uyku kalitesini etkileyen durumlar belirlenmeli,
- Dinlendirici, sessiz ve sakin bir ortam oluşturulmasına yardım etmeli,
- Hasta bireyin hastalık süreci ile ilgili gerekli bilgilendirmeleri yapıp bakım vericinin hastası ile ilgili soru işaretleri ortadan kaldırmalı,
- Bakım vericinin uyku alışkanlığını ve uyku gereksinimini belirlemeli,
- Gerekğinde bakım vericilerin değişmesini sağlamalı ve
- Gerekğinde ziyaretçi kısıtlaması yapmalıdır.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı türde yapılmış bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma Şubat 2020 ile Nisan 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma, Sağlık Bakanlığı-Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi / Palyatif Bakım Kliniklerinde yatan hastaların bakım vericileri ile yürütülmüştür. İlgili hastanede palyatif bakım klinikleri toplam 3 klinikten oluşmakta ve Palyatif Bakım 1 kliniği 12 yatak, Palyatif Bakım 2 kliniği 12 yatak ve Palyatif Bakım 3 kliniği ise 8 yatak kapasitesine sahip olup toplam yatak sayısı 32'dir. Yaşanan Covid-19 pandemisi nedeniyle Palyatif Bakım 3 kliniği kapatılmış bu sebeple çalışma Palyatif Bakım 1 ve Palyatif Bakım 2 kliniklerinde yatan hastaların bakım vericileri ile yürütülmüştür. İki klinikte toplam 16 hemşire, 2 anestezi uzmanı, 2 sağlık memuru görevlerini sürdürmektedirler.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini Sağlık Bakanlığı-Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi / Palyatif Bakım Kliniklerinde yatan hastaların bakım vericileri oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmanın kriterlerine uyum sağlayan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 153 bakım verici alınmıştır. Araştırmanın örneklem

büyüküğünün yeterliliğini belirlemek için post hoc güç analizi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde çalışmanın 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında çalışma gücünün 0.99 olduğu belirlenmiştir (Correlation H1=0.59, lower critical $r=-0.159$, Upper Critical $r=0.159$, power 0.99). Bu değer örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir (107).

Araştırmaya alınma kriterleri;

- İletişim ve iş birliğine açık olan,
- Bilinen bir psikiyatrik bozukluğu olmayan,
- En az bir aydır klinikte yatan hastasına aktif bakım veren,
- Gönüllü olarak araştırmaya katılmak isteyen bakım vericiler olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; bakım vericilerin tanıtıcı özellikleri (cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastaya yakınlık derecesi, süreçten maddi olarak etkilenme, hastaya bakım vermeyi bilme durumu, palyatif bakım ünitesinde tedavi görme süresi, hastaya bakım verme süresi) ve bakım verdikleri hasta ile ilgili sorular oluşturmaktadır.

Bağımlı Değişkenler: Algılanan Stres Ölçeği – 10 (ASÖ) ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinden (PUKI) alınan puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları

Araştırma verileri, tanımlayıcı özellikler formu (EK-1), Algılanan Stres Ölçeği – 10 (ASÖ) (EK-2) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) (EK-3) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1 Tanıtıcı Özellikler Formu: Araştırmaya dahil edilen bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastaya yakınlık derecesi, hastanın tanısı) 6 soru ve bakım vericiye ait bilgileri içeren (hastasına bakım vermeyi bilme durumu, hastasının hastalığı hakkında bilgi edinme kaynağı, ne kadar zamandır palyatif bakım ünitesinde hastasının tedavi gördüğü, hastaya ne kadar süredir bakım verdiği,) 5 soru, toplamda ise 11 sorudan oluşmuştur.

3.5.2 Algılanan Stres Ölçeği-10 (ASÖ-10) : Bireylerin son bir ay içerisinde stresli yaşam olaylarını tahmin edilemez, kontrol edilemez ve baş etmesi güç olmak üzere nasıl değerlendirdiklerini ölçmek amacıyla Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilen ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte maddeler “0=hiç”, “4=çok sık” arasında değişen 5’li Likert tipi ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin iki faktörlü yapıdan oluştuğu belirlenmiş fakat isimlendirilmeyerek ölçekten alınacak en düşük puan 0 iken en yüksek puan ise 40 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan yüksek puan kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir. Cohen ve ark. (1983) tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı .75 ile .86 arasında bulunmuştur (108). Ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışması Eskin ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Analizler sonucu ölçeğin yetersiz öz-yeterlik ve stres veya

rahatsızlık algısı olmak üzere iki faktörlü yapıdan oluştuğu bulunmuştur. İki faktörün güvenirlik değerleri .69 ve .80 olarak saptanmıştır. Ölçeğin toplam güvenirliliği ise .82, test tekrar güvenirliliği .88 olarak saptanmıştır (109). Bu araştırmada iç geçerlilik katsayısı .780 olarak bulunmuştur.

3.5.3 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) : PUKİ olarak kısaltılan indeks, Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş, Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında Türkçe diline uyarlanmıştır. (110). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKİ), geçmiş olan bir aylık süre içerisinde uyku kalitesini ve uyku bozukluğunun değerlendirmesini yapan 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. İndeks toplam 24 sorudan oluşmakta, 19 soru öz bildirim sorusu iken 5 soru eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanacak sorulardır. Ölçeğin puanlanan 18 sorusu toplam 7 bileşenden oluşmaktadır. Öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu bu yedi bileşeni oluşturmaktadır. Her bir bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşenin toplam puanı ölçek toplam puanını vermektedir. Toplam puan 0-21 arasında değişmektedir. Toplam puanın 5'ten büyük olması “kötü uyku kalitesini” göstermektedir. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKİ)'nin iyi ve kötü uyuyanları ayırt edebilmede tanı duyarlılığı %89,6, özgünlüğü %86,5 bulunmuştur (111). Bu araştırmada ölçeğin iç geçerlilik katsayısı .637 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacının vasıtasıyla veriler literatür taranarak hazırlanan Tanımlayıcı özellikler formu, Algılanan Stres Ölçeği(ASÖ) ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

(PUKİ) kullanılarak toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından, Palyatif Bakım Kliniklerinde yatan hastaların bakım vericileri ile yüz yüze görüşme yapılarak toplanmış, bakım vericilere gerekli açıklamalar yapılmıştır. İlgili formların doldurulması yaklaşık 15 ile 20 dakika arasında sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, SPSS for Windows 21.0 istatistik programında hazırlanan veri tabanına girilerek analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılım ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney U analizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson	Spearman
İç Geçerlilik Verilerin normallik dağılımı	korelasyon analizi	Korelasyon Analizi
	Cronbach α kat sayısı	
	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

(112).

Verilerin normallik dağılım analizleri ise Tablo 3.2.'de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Araştırmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		Kat Sayısı		Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Yaş	153	0.122	0.196	-0.715	0.390
Algılanan Stres Ölçeği	153	0.219	0.196	-0.543	0.390
Öznel Uyku Kalitesi	153	-0.451	0.196	-0.307	0.390
Uyku Latansı	153	-0.386	0.196	-0.459	0.390
Uyku Süresi	153	0.298	0.196	-0.714	0.390
Alışılmış Uyku Etkinliği*	153	2.106	0.196	4.414	0.390
Uyku Bozukluğu	153	0.399	0.196	-0.649	0.390
Uyku İlacı Kullanımı*	153	3.774	0.196	14.580	0.390
Gündüz İşlev Bozukluğu	153	-0.277	0.196	-1.163	0.390
Toplam PUKI	153	-0.136	0.196	-0.997	0.390

* Normal Dağılmayan Verilerdir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (E.10309 sayılı/ 05.02.2020 tarihli) onay alındıktan sonra (EK-4), Sağlık Bakanlığı-Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesinden yazılı izin alınmıştır (EK-5). Araştırmaya başlamadan önce araştırmaya katılacak bakım vericilere araştırmanın amacı, süresi ve uygulama aşaması açıklanarak aydınlatılmış onam ilkesine bağlı kalınmıştır. Araştırmaya katılacak bakım vericilerin sözel onamları alınarak gönüllü olanlar çalışmaya kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma Elazığ Fethi Sekin şehir Hastanesi Palyatif Bakım Klinikleri ile sınırlıdır. Ayrıca araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden bakım vericilerin verdiği cevaplar ile sınırlıdır.

Bu araştırmanın evrenini Elazığ Fethi Sekin şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniklerinde yatan hastaların bakım vericileri oluşturmuştur. Araştırma sadece bu kurumda yapıldığı için sonuçlar sadece bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların bakım vericilerinin tanıtıcı ve hasta ile ilgili bazı özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Bakım Vericilerin Tanıtıcı ve Hasta İle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (N=153)

Değişkenler		Sayı	%		
Cinsiyet	Kadın	82	53.6		
	Erkek	71	46.4		
Eğitim Durumu	Okuryazar	15	9.8		
	İlkokul	34	22.2		
	Ortaokul	26	17.0		
	Lise	48	31.4		
	Üniversite ve üzeri	30	19.6		
Medeni Durum	Evli	98	64.1		
	Bekâr	55	35.9		
Hastaya Yakınlık Derecesi	Anne	10	6.5		
	Baba	13	8.5		
	Eş	12	7.8		
	Kardeş	13	8.5		
	Çocuk	64	41.8		
	Diğer (Bakıcı, akraba vb.)	41	26.8		
Süreçten Maddi Olarak Etkilenme	Evet	83	54.2		
	Hayır	70	45.8		
Hastaya Bakım Vermeyi Bilme	Evet	124	81.0		
	Hayır	29	19.0		
Hastalık Hakkında Bilgi Edinme Kaynağı					
	Doktor	24	15.7		
	Doktor ve hemşire	129	84.3		
Palyatif Bakım Ünitesinde Tedavi Görme Süresi	1-3 ay	100	65.4		
	3-6 ay	30	19.6		
	6 aydan fazla	23	15.0		
Hastaya Bakım Verme Süresi	6 aydan az	45	29.4		
	6 aydan fazla	108	70.6		
Sürekli Değişkenler	N	Min.	Max.	Ort.	SS.
Bakım Vericinin	153	18	69	40.34	12.22

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, bakım vericilerin %53.6’sı kadın, %31.4’ü lise mezunu ve %64.1’i evlidir. Bakım vericilerin %41.8’i hastanın çocuğudur ve %54.2’sini hastalık süreçten maddi olarak etkilendiğini belirtmiştir. Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin %81’i hastaya nasıl bakım vereceklerini bilmektedirler, %84.3’ü hastalık hakkında bilgilerini doktor ve hemşirelerden edinmektedirler. Hastaların %65.4’ü 1-3 aydır palyatif bakım ünitesinde bakım görmektedirler, bakım vericilerin %70.6’sı 6 aydan uzun bir süredir hastasına bakım vermektedirler. Bakım vericilerin yaş ortalaması 40.34 ± 12.22 olup, 18-69 arasında değişmektedir.

Bakım vericilerin Algılanan Stres Ölçeği(ASÖ) ile PUKI Uyku Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.2’de belirtilmiştir.

Tablo 4.2. Bakım Vericilerin Algılanan Stres Ölçeği(ASÖ) ile PUKI ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçek ve Alt Ölçekler	N	Min.	Max.	Ort.	SS.
Algılanan Stres Ölçeği	153	8	40	23.76	6.84
Öznel Uyku Kalitesi	153	0	3	1.81	0.86
Uyku Latansı	153	0	3	2.00	0.80
Uyku Süresi	153	0	3	1.46	0.90
Alışılmış Uyku Etkinliği	153	0	3	0.32	0.62
Uyku Bozukluğu	153	1	3	1.64	0.61
Uyku İlacı Kullanımı	153	0	3	0.18	0.57
Gündüz İşlev Bozukluğu	153	0	3	1.75	1.06
Toplam PUKI	153	2	15	9.16	3.33

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi bakım vericiler, Algılanan Stres Ölçeği’nden (ASÖ) 23.76 ± 6.84 puan almışlardır ve alınan puanlar 8-40 arasında değişmektedir. Bakım vericiler, öznel uyku kalitesi alt boyutundan 1.81 ± 0.86 puan, uyku latansı alt boyutundan 2.00 ± 0.80 , uyku süresi alt boyutundan 1.46 ± 0.90 , alışılmış uyku etkinliği alt boyutundan 0.32 ± 0.62 , uyku bozukluğu alt boyutundan 1.64 ± 0.61 , uyku ilacı kullanımı alt boyutundan 0.18 ± 0.57 ve gündüz işlev bozukluğu alt boyutundan 1.75 ± 1.06 puan almışlardır. Bakım vericilerin PUKI Toplam puan ortalamaları 9.16 ± 3.33 ’dür ve 2-15 arasında değişmektedir.

Bakım vericilerin tanıtıcı ve hasta ile ilgili bazı özelliklerine göre Algılanan Stres ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Demografik ve Diğer Özelliklere Göre Algılanan Stres Ölçek (ASÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Algılanan Stres Puanı			
			Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	82	24.27	6.63	t=0.979	0.329
	Erkek	71	23.18	7.08		
Eğitim Durumu	Okuryazar	15	26.60	6.33	F=2.325	0.059
	İlkokul	34	24.29	7.80		
	Ortaokul	26	25.85	6.70		
	Lise	48	22.56	6.83		
	Üniversite ve üzeri	30	21.87	5.27		
Medeni Durum	Evli	98	24.58	7.08	t=1.992	0.048
	Bekâr	55	22.31	6.18		
Hastaya Yakınlık Derecesi	Anne	10	28.30	8.18	F=5.586	0.000
	Baba	13	21.00	6.06		
	Eş	12	28.50	7.75		
	Kardeş	13	24.69	8.04		
	Çocuk	64	24.75	5.68		
	Diğer	41	20.32	6.05		
Süreçten Maddi Olarak Etkilenme	Evet	83	25.18	7.36	t=2.912	0.004
	Hayır	70	22.09	5.78		
Hastaya Bakım Vermeyi Bilme	Evet	124	23.28	6.74	t=-1.818	0.071
	Hayır	29	25.83	7.00		
Hastalık Hakkında Bilgi Edinme Kaynağı	Doktor	23	21.91	7.28	t=-1.423	0.157
	Doktor ve hemşire	128	24.10	6.70		
Palyatif Bakım Ünitesinde Tedavi Görme Süresi	1-3 ay	100	23.86	6.87	F=3.114	0.047
	3-6 ay	30	25.60	7.11		
	6 aydan fazla	23	20.96	5.60		
Hastaya bakım verme Süresi	6 aydan az	45	22.71	6.75	t=-1.232	0.220
	6 aydan fazla	108	24.20	6.86		

Tablo 4.3.'de görüldüğü gibi, medeni durum, hastaya yakınlık derecesi, süreçten maddi olarak etkilenme ve palyatif bakım ünitesinde tedavi görme süresine göre Algılanan Stres Ölçeği(ASÖ) toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$). Evlilerin ve süreçten maddi olarak etkilenenlerin puan ortalamaları daha yüksektir. Hastaya yakınlık derecesine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastanın babası olanların Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) puanlarının anne ve eşi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Palyatif bakım ünitesinde tedavi görme süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); altı aydan uzun süredir palyatif bakımda tedavi görenlerin puanlarının, 3-6 aydır tedavi görenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin tanıtıcı ve hasta ile ilgili bazı özelliklerine göre PUKI Uyku Kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4'de sunulmuştur

Tablo 4.4. Demografik ve Diğer Özelliklere Göre PUKI Uyku Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Öznel Uyku Kalitesi		Uyku Latansı		Uyku Süresi		Alışılmış Uyku Etkinliği		Uyku Bozukluğu		Uyku İlacı Kullanımı		Gündüz İşlev Bozukluğu		Toplam PUKI		
		rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	
Cinsiyet	Kadın	2	.89	.83	.15	.76	.39	.84	.28	.55	.76	.64	.21	.64	.73	.10	.40	.17
	Erkek	1	.72	.88	.83	.83	.55	.97	.37	.70	.51	.56	.14	.49	.76	.02	.87	.51
	Test ve Önemlilik		t=1.241 p=0.217		t=2.463 p= 0.015		t=-1.087 p=0.279		U=2793.000 p=0.567		t=2.549 p= 0.012		U=2838.000 p=0.624		t=-0.167 p=0.867		t=-0.979 p=0.333	
Eğitim Durumu	Okuryazar	5	.27	.59	.33	.62	.40	.63	.27	.59	.87	.74	.20	.41	.67	.23	0.00	.95
	İlkokul	4	.91	.97	.32	.64	.59	.99	.32	.59	.71	.58	.35	.81	.94	.98	0.15	.97
	Ortaokul	6	.85	.78	.88	.71	.23	.82	.15	.37	.69	.55	.04	.20	.81	.13	.65	.94
	Lise	8	.71	.90	.88	.91	.52	.92	.27	.57	.54	.68	.10	.47	.69	.11	.71	.65
	Üniversite ve üzeri	0	.60	.77	.77	.82	.47	.97	.57	.86	.57	.50	.20	.66	.60	.93	.77	.57
	Test ve Önemlilik		F=1.859 p=0.121		F=3.269 p= 0.013		F=0.654 p=0.625		$\chi^2_{kw}=4.825$ p=0.306		F=1.074 p=0.371		$\chi^2_{kw}=6.746$ p=0.150		F=0.503 p=0.734		F=1.477 p=0.212	
Medeni Durum	Evli	8	.88	.82	.13	.78	.36	.83	.26	.50	.67	.59	.16	.59	.77	.12	.22	.19
	Bekâr	5	.69	.92	.76	.79	.65	.00	.44	.79	.58	.66	.20	.56	.71	.96	.04	.60
	Test ve Önemlilik		t=1.296 p=0.197		t=2.788 p= 0.006		t=-1.869 p=0.065		U=2471.000 p=0.259		t=0.886 p=0.377		U=2558.500 p=0.341		t=0.314 p=0.754		t=0.334 p=0.739	

Tablo 4.4. Demografik ve Diğer Özelliklere Göre PUKI Uyku Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması- devamı

Hastaya yakınlık Derecesi	Anne	0	.10	.99	.40	.52	.70	.82	.50	.85	.00	.82	.30	.95	.10	.10	1.10	.25
	Baba	3	.31	.75	.54	.78	.85	.80	.31	.85	.23	.60	.08	.28	.23	.83	.54	.20
	Eş	2	.25	.62	.42	.67	.33	.98	.08	.29	.75	.45	.08	.29	.08	.24	0.00	.98
	Kardeş	3	.08	.86	.15	.69	.38	.77	.23	.44	.54	.52	.00	.00	.08	.12	.46	.10
	Çocuk	4	.83	.81	.00	.87	.55	.89	.39	.63	.78	.55	.17	.52	.67	.07	.39	.11
	Diğer	1	.66	.91	.88	.75	.54	.95	.27	.59	.46	.64	.27	.74	.73	.00	.80	.54
	Test ve Önemlilik		F=2.374		F=2.391		F=1.616		$\chi^2_{kw}=4.918$		F=3.642		$\chi^2_{kw}=2.584$		F=1.415		F=2.767	
			p= 0.042		p= 0.041		p=0.159		p=0.426		p= 0.004		p=0.764		p=0.222		p= 0.020	

Tablo 4.4. Demografik ve Diğer Özelliklere Göre PUKI Uyku Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması- devamı

		Öznel Uyku Kalitesi		Uyku Latansı		Uyku Süresi		Alışılmış Uyku Etkinliği		Uyku Bozukluğu		Uyku İlacı Kullanımı		Gündüz İşlev Bozukluğu		Toplam PUKI		
		rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	
Süreçten Maddi Olarak Etkilenme	Evet	3	.94	.82	.10	.77	.53	.89	.29	.65	.72	.63	.11	.41	.84	.06	.53	.32
	Hayır	0	.66	.88	.89	.83	.39	.92	.36	.59	.54	.58	.26	.72	.63	.05	.71	.32
	Test ve Önemlilik	t=2.055 p=0.042		t=1.626 p=0.106		t=0.985 p=0.326		U=2651.000 p=0.217		t=1.822 p=0.070		U=2723.500 p=0.223		t=1.250 p=0.213		t=1.515 p=0.132		
Hastaya Bakım Vermeyi Bilme	Evet	24	.78	.86	.99	.78	.37	.90	.27	.54	.63	.63	.19	.60	.64	.08	.86	.30
	Hayır	9	.93	.84	.03	.91	.86	.83	.55	.87	.69	.54	.14	.44	.21	.82	0.41	.25
	Test ve Önemlilik	t=-0.841 p=0.402		t=-0.256 p=0.798		t=-2.689 p=0.008		U=1534.500 p=0.104		t=-0.478 p=0.634		U=1778.500 p=0.868		t=-3.156 p=0.003		t=-2.287 p=0.024		
Hastalık Hakkında Bilgi Edinme Kaynağı	Doktor	3	.70	.93	.91	.90	.74	.96	.39	.58	.70	.63	.30	.88	.57	.16	.30	.94
	Doktor ve hemşire	28	.86	.82	.04	.77	.40	.88	.31	.64	.63	.61	.16	.51	.80	.03	.20	.20
	Test ve Önemlilik	t=-0.864 p=0.389		t=-0.706 p=0.481		t=1.682 p=0.095		U=1323.000 p=0.308		t=0.450 p=0.653		U=1431.000 p=0.699		t=-1.009 p=0.315		t=0.135 p=0.893		

Tablo 4.4. Demografik ve Diğer Özelliklere Göre PUKI Uyku Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması- devamı

			Öznel Uyku Kalitesi		Uyku Latansı		Uyku Süresi		Alışılmış Uyku Etkinliği		Uyku Bozukluğu		Uyku İlacı Kullanımı		Gündüz İşlev Bozukluğu		Toplam PUKI	
			rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.	rt.	S.
Palyatif Bakımda Tedavi Görme Süresi	1-3 ay	00	.75	.87	.94	.85	.46	.87	.33	.65	.64	.63	.22	.68	.71	.03	.05	.34
	3-6 ay	0	.10	.76	.13	.68	.57	.01	.27	.52	.70	.60	.13	.35	.10	.96	0.00	.95
	6 aydan fazla	3	.70	.88	.09	.73	.35	.93	.35	.65	.57	.59	.04	.21	.43	.24	.52	.70
	Test ve Önemlilik		F=2.204 p=0.114		F=0.826 p=0.440		F=0.382 p=0.683		$\chi^2_{kw}=0.109$ p=0.947		F=0.311 p=0.733		$\chi^2_{kw}=1.313$ p=0.519		F=2.781 p=0.065		F=1.437 p=0.241	
Hastaya Bakım Verme Süresi	6 aydan az	5	.76	.91	.02	.89	.58	.92	.49	.82	.73	.65	.11	.49	.78	.02	.47	.66
	6 aydan fazla	08	.83	.84	.99	.77	.42	.90	.25	.51	.60	.59	.20	.61	.73	.08	.03	.20
	Test ve Önemlilik		t=-0.511 p=0.610		t=0.220 p=0.826		t=1.005 p=0.316		U=2106.000 p=0.085		t=1.210 p=0.228		U=2277.500 p=0.263		t=0.245 p=0.807		t=0.741 p=0.460	

Öznel Uyku Kalitesi alt boyutu için;

Tablo 4.4.'de görüldüğü gibi, hastaya yakınlık derecesi ve süreçten maddi olarak etkilenme durumuna göre öznel uyku kalitesi alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$). Hastaya yakınlık derecesine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastanın babası olanların Algılanan Stres puanlarının hastanın anne, eş, kardeş ve çocuğu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Süreçten maddi olarak etkilenenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Uyku Latansı alt boyutu için;

Tablo 4.4.'de görüldüğü gibi, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastaya yakınlık derecesine göre uyku latansı alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$). Kadınların ve evlilerin puan ortalaması daha yüksektir. Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); ilkökul mezunlarının puanlarının, üniversite ve üzeri eğitim almışlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaya yakınlık derecesine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastanın babası olanların Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) puanlarının hastanın anne, eş ve kardeşi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Uyku Süresi alt boyutu için;

Bakım vericilerin, hastaya bakım vermeyi bilme durumuna göre uyku süresi alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p>0.01$). Bakım vermeyi bilmeyenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Alışılmış Uyku Etkinliği alt boyutu için;

Tablo 4.4.'de görüldüğü gibi, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastaya yakınlık derecesi, süreçten maddi olarak etkilenme, hastaya bakım vermeyi bilme, hastalık hakkında bilgi edinme kaynağı, palyatif bakım ünitesinde tedavi görme süresi, hastaya bakım verme süresine göre alışılmış uyku etkinliği alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.01$).

Uyku Bozukluğu alt boyutu için;

Tablo 4.4.'de görüldüğü gibi, cinsiyet ve hastaya yakınlık derecesine göre uyku bozukluğu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$). Erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir. Hastaya yakınlık derecesine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastanın babası olanların Algılanan Stres puanlarının hastanın anne, eş ve çocuğu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Uyku İlacı Kullanımı alt boyutu için;

Tablo 4.4.'de görüldüğü gibi, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastaya yakınlık derecesi, süreçten maddi olarak etkilenme, hastaya bakım vermeyi bilme, hastalık hakkında bilgi edinme kaynağı, diğer hasta yakınlarıyla bilgi alışverişi, palyatif bakım ünitesinde tedavi görme süresi, hastaya bakım verme süresine göre uyku ilacı kullanımı alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.01$).

Gündüz İşlev Bozukluğu alt boyutu için;

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin, hastaya bakım vermeyi bilme durumuna göre Gündüz İşlev Bozukluğu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$). Hastaya bakım vermeyi bilmeyenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

PUKI Toplam Puanı için;

Tablo 4.4.'de görüldüğü gibi, hastaya yakınlık derecesi ve hastaya bakım vermeyi bilme durumuna göre PUKI Toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$). Hastaya yakınlık derecesine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastanın babası olanların Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) puanlarının hastanın anne, eş, kardeş, çocuğu olanlardan ve diğer yakınlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaya bakım vermeyi bilmeyenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Araştırmaya katılan bakım vericilerin yaşı ile Algılanan Stres, PUKI toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Tablo 4.5'de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Bakım Vericilerin Yaşı İle Algılanan Stres, PUKI Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler ve Alt Boyutları		Yaş
Algılanan Stres Ölçek Puanı	r	0.179
	p	0.026
	N	153
Öznel Uyku Kalitesi	r	0.166
	p	0.040
	N	153
Uyku Latansı	r	0.204
	p	0.011
	N	153
Uyku Süresi	r	0.083
	p	0.308
	N	153
Alışılmış Uyku Etkinliği	r	0.023
	p	0.781
	N	153
Uyku Bozukluğu	r	0.190
	p	0.019
	N	153
Uyku İlacı Kullanımı	r	0.039
	p	0.628
	N	153
Gündüz İşlev Bozukluğu	r	0.015
	p	0.853
	N	153
PUKI Toplam Puanı	r	0.097
	p	0.232
	N	153

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi yaş ile Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0.01$). Yaş arttıkça Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puanı da artmaktadır. Yaş ile öznel uyku kalitesi alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0.01$). Yaş arttıkça öznel uyku kalitesi alt boyut puanı da artmaktadır. Yaş ile uyku latansı alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0.01$). Yaş arttıkça uyku latansı alt boyut puanı da artmaktadır. Yaş ile uyku

bozukluğu alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0.01$). Yaş arttıkça uyku bozukluğu alt boyut puanı da artmaktadır.

Bakım vericilerin yaşı ile uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu alt boyut puanları ve toplam PUKI puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.01$).

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) puanı ile PUKI toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Bakım vericilerin Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) puanı ile PUKI toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

Ölçek ve Alt Boyutları	Algılanan Stres Ölçek Puanı
Öznel Uyku Kalitesi	r 0.405
	p 0.000
	N 153
Uyku Latansı	r 0.262
	p 0.001
	N 153
Uyku Süresi	r 0.150
	p 0.064
	N 153
Alışılmış Uyku Etkinliği	r 0.018
	p 0.828
	N 153
Uyku Bozukluğu	r 0.224
	p 0.005
	N 153
Uyku İlacı Kullanımı	r -0.100
	p 0.220
	N 153
Gündüz İşlev Bozukluğu	r 0.360
	p 0.000
	N 153
PUKI Toplam Puanı	r 0.350
	p 0.000
	N 153

Bakım vericilerin, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puanı ile öznel uyku kalitesi alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.01$). Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puanı arttıkça öznel uyku kalitesi alt boyut puanı da artmaktadır. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puanı ile uyku latansı alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.01$). Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puanı arttıkça uyku latansı alt boyut puanı da artmaktadır. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puanı ile uyku bozukluğu alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.01$). Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puanı arttıkça uyku bozukluğu alt boyut puanı da artmaktadır. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puanı ile gündüz işlev bozukluğu alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.01$). Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puanı arttıkça gündüz işlev bozukluğu alt boyut puanı da artmaktadır. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puanı ile toplam PUKI puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.01$). Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puanı arttıkça toplam PUKI puanı da artmaktadır.

Bakım vericilerin, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puanı ile uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku ilacı kullanımı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.01$).

5. TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin algılanan stres düzeylerinin orta düzeyin (23.76 ± 6.84) üzerinde olduğu belirlenmiştir. Literatür incelediğinde, Öztürk Kaynar ve Vural'ın kolorektal kanserli hastaların bakım vericilerinde yapmış olduğu çalışmada bakım stresinin düşük olduğunu, Desbiens ve arkadaşlarının yaşlı hastaların bakım vericilerinde yapmış oldukları çalışmada bakım verici stresinin orta düzeyde olduğunu belirlemişlerdir (113,114). Diğer taraftan Yıldız ve arkadaşları kanserli hasta bakım vericilerinde, Lu ve Wykle demanslı hasta bakım vericilerinde ve Khan ve arkadaşları MS'li hasta bakım vericilerinde bakım stresinin yüksek olduğunu bulmuştur (115,116,117). Evde bakım hastalarının bakım vericilerindeki stres düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada ise bakım verenlerin stres ölçeği puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur (118). Bu araştırma sonucu literatür ile paralellik göstermekte olup bu sonucun ortaya çıkmasında bakım verilen hasta gruplarının farklı tanılarda olmasının ve palyatif bakım alan hastaların terminal dönemlerinde olmaları sebebiyle genel sağlık durumlarının her an değişebileceği endişesinin yer almasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Bakım vericilerin cinsiyet durumunun algılanan stres düzeylerini etkilemediği bulunmuştur. Cinsiyet ve stres arasındaki ilişkiyi inceleyen literatür çelişkili sonuçlar ortaya koysa da kadınların kendilerini erkeklerden daha sık stresli koşullarda buldukları bildirilmiştir. (119). Kim ve arkadaşlarının kanser hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmada kadınların stres düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğunu ancak cinsiyetin stres düzeyini etkilemediğini saptanmıştır (120). Malak ve Dicle'nin yapmış olduğu çalışmada cinsiyetin stres düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (121). Bu araştırma sonucu literatür ile

benzerlik göstermektedir. Araştırmada kadın ve erkek bakım vericilerin sayılarının birbirine yakın olması bu sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bakım vericilerin eğitim durumlarının, algılanan stres düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Adelman ve arkadaşları yaptığı çalışmada bakım vericilerin eğitimin durumlarının stres düzeylerini etkilemediğini bildirmişlerdir(123). Araştırma bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu sonucun ortaya çıkmasında kültürümüzde bakım vericilerin eğitim durumları ne olursa olsun, hastasına bakım vermeyi bir zorunluluk olarak algılamasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada evlilerin stres düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gök Uğur ve Çatıker'in çalışmasında evde bakım alan hastaların bakım verenlerinin medeni durumlarının bakıcı stresini etkilemediği bildirilmiştir (118). Araştırma sonucu elde edilen bulgular evli bireylerde algılanan stres puanlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Evli bireylerin bekar bireylere göre aile olma kavramının beraberinde getirdiği stresin ve sorumluluğunu daha iyi anlayabilmelerinin bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada hastaya yakınlık derecesinin bakım vericilerin stres düzeylerini etkilediği bulunmuştur. Hastaya yakınlık derecesine göre stres düzeyi ile ilgili literatürde benzer veya farklı bulgulara rastlanmamıştır. Ancak literatürde hastanın eşinin bakım verme yükünün daha yüksek olduğunu bildiren araştırmalar bulunmaktadır (123,124,125,126). Karlıkaya ve Freeman'nın araştırmalarında ise yakınlık derecesi ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmektedir (127,128). Duman'ın çalışmasında da hasta ile yakınlık derecesinin bakım verici yükünü etkilemediği belirlenmiştir (129). Kadınların erkeklerden daha fazla kronik strese sahip oldukları ve rutin rolleriyle bağlantılı olarak daha

fazla günlük strese maruz kaldıkları bildirilmektedir (130). Türk toplumunda kadının daha çok bakım işleri ile ilgilenmesinin, anne olmanın getirmiş olduğu sorumluluğun ve bağlılığın yüksek düzeyde olmasının, erkeklerin ise bakım verici rolüne daha yabancı olması sebebiyle stres düzeylerinin daha düşük olmasının beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerden süreçten maddi olarak etkilenenlerinin, maddi olarak etkilenmeyenlere göre daha stresli oldukları bulunmuştur. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak yapılan bir çalışmada da ailelerin stresini etkileyen temel faktörler arasında finansal istikrarsızlık olduğu bildirilmiştir (131). Gott ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hasta yakınlarının ne olursa olsun hastalarının tüm isteklerini yerine getirmek istediklerinden bahsetmiş ve bu durumun mali dengelerini oldukça sarstığını belirtmişlerdir (132). Başdinç'in yapmış olduğu çalışmada ise gelir durumu kötü olan hasta yakınlarının bakım verme yükü düzeyleri, gelir durumu orta ve iyi olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (133). Bu araştırma bulgusu literatür ile benzerlik göstermekte ve mevcut çalışma, mali durumun bakım vericilerin stres düzeyleri ile ilişkili olduğunu göstererek literatüre eklemektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin bakım vermeyi bilme durumlarının algılanan stres düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. İlgili literatüre bakıldığında palyatif bakım alan hastaların bakım vericilerinin, bakım vermeyi bilme durumlarını ve algılanan stres düzeylerini karşılaştıran bir çalışmaya ulaşılammıştır. Palyatif bakım alma sürecine gelene kadar bakım vericilerin hastalarının bakımı ile ilgili sürece hakim olmalarının algılanan stres düzeylerini etkilememesinin beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Palyatif bakım ünitesinde tedavi görme süresine göre altı aydan uzun süredir palyatif bakımda tedavi gören hastaların bakım vericilerinin stres düzeyleri, 3-6 aydır tedavi gören hastalarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada 6 ay -1yıl arasında bakım verenlerin %75' inde ve 1 yıldan daha uzun süredir bakım verenlerin %77.3' ünde depresyon semptomları olduğu; 6 aydan daha uzun süre bakım vermenin depresif belirtileri arttırdığı görülmüştür (134). Pasacrete ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bakım verici olarak harcanan süre ile yaşanan stres miktarı arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmuştur.(135). Literatürde, bazı çalışmalarda da bakım yükü ile bakım süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (136,137). Palyatif bakım alan hastaların bakımını veren bakım vericilerin bu süre zarfında hastalarında klinik anlamda bir ilerleme olmayışını görmeleri, hastalarının durumunu zaman geçtikçe kabullenmeleri ve umutlarını yitirmelerinin bu sonucu ortaya çıkardığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin, bakım verme sürelerinin stres düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Literatürde palyatif bakım alan hastaların bakım vericilerinin, bakım verme süreleri ve stres düzeylerini karşılaştıran bir araştırmaya ulaşılmamıştır. Bu sonucun ortaya çıkmasında, hastaların palyatif bakım alma noktasına gelene kadar belirli aşamalardan geçmelerinin ve bu aşamaların süresinin uzun olması sebebiyle hastalarının palyatif bakıma kabul edildikten sonra kendilerini bu sürece hazır halde olmalarının stres düzeylerini etkilemediği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin PUKI puan ortalamaları 9.16 ± 3.33 sonucu ile kötü olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde; kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitelerinin kötü olduğu belirtilmektedir (138,139,140). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitelerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada da bakım

verenlerin uyku kaliteleri kötü bulunmuştur. (141). Bu araştırma bulgusu literatür ile benzerlik göstermektedir. Uyku kalitesi fiziksel ve psikolojik streslerde ilişkilidir, stres durumları orta düzeyin üzerinde bulunan bakım vericilerin uyku kalitelerinin kötü bulunması beklenen bir sonuçtur.

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre PUKİ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bakım vericilerin cinsiyetinin PUKİ toplam puan ortalamasını etkilemediği görülmektedir. Literatüre bakıldığında, Uzelli ve Sarı'nın çalışmasında cinsiyetin hasta yakınlarının PUKİ toplam puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur (5). Farklı araştırma bulgularına bakıldığında ise Hsi-Ling ve arkadaşlarının, Lindsay ve arkadaşlarının çalışmalarında da cinsiyetin PUKİ toplam puan ortalamasını etkilemediği bildirilmektedir (142,143). Bu doğrultuda bu araştırma bulgusu literatür ile benzerlik göstermektedir. Ölçeğin alt puan ortalamalarında ise kadın bakım vericilerin uyku latansı ve uyku bozukluğu alt puanlarının erkek bakım vericilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Cinsiyetler arası uyku kalitesi ile ilgili olarak, mevcut analizler kadınların erkeklere göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Bireylerde uyku şikayetlerini, yansımalarını ve cinsiyetler arası baskınlığı araştıran bir çalışmada, kadınların büyük bir kısmının erkeklerden daha fazla kötü uykudan şikâyet ettiğine rastlanmıştır (144).

Bakım vericilerin eğitim durumlarının uyku kalitelerini etkilemediği saptanmıştır. Bu araştırma bulgusundan farklı olarak Uzelli ve Sarı'nın bakım vericilerle yaptığı çalışmada eğitim durumları ile PUKİ toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (5). Bu araştırma bulgusuna benzer olarak Chiu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise eğitim düzeyinin PUKİ toplam puan ortalamasını etkilemediği bildirilmiştir

(145). Bu bağlamda araştırma sonuçları ile literatürde benzer ve farklı sonuçlara rastlanmıştır. Bu bulgu bakım vericilerin eğitim durumlarının uyku aktivitelerini planlamada etkili olmadığını düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin medeni durumlarının uyku kalitelerini etkilemediği belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında Bartolomei ve arkadaşlarının Parkinson hastaların bakım vericileri ile yaptıkları çalışmada medeni durumun bakım vericilerin PUKI toplam puan ortalamasını etkilemediği görülmektedir (146). Yine bu araştırma bulgusuna benzer bir çalışmada da medeni durumun PUKI toplam puan ortalamasını etkilemediği bildirilmiştir (147). Bu yönüyle araştırma bulgusu literatür ile benzerlik göstermekte ve uyku kalitesinin etkilenmesinde bakım vericilerin bekar ya da evli olmalarının etkili olmadığı sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

Bakım vericilerin hastaya yakınlık derecesinin uyku kalitelerini etkilediği belirlenmiştir. Yılmaz ve arkadaşlarının bakım vericilerle yapmış olduğu çalışmada hastaya yakınlık derecesi ile PUKI puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir (147). Hastanın babası olanların uyku bozukluğu, uyku latansı ve öznel uyku kalitesi alt boyutlarından alınan puanın diğer hasta yakınlarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun çıkmasında anne sıfatıyla kadınların, erkeklere göre daha merhametli, daha hassas bir yapıda olduklarına inanılması ve hastasına her an bir şey olacakmış tedirginliği ile derin bir uykuya dalamamalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bakım vericilerin süreçten maddi olarak etkilenme durumlarının uyku kalitelerini etkilemediği saptanmıştır. Uzelli ve Sarı'nın çalışmasında da gelir düzeyi ile

PUKİ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır(5). Literatür incelendiğinde bakım verenlerin sosyoekonomik düzeyi ile ilgili bazı çalışmalar gelir düzeyi düşük olan bakım vericilerin daha fazla yüke sahip olduklarını gösterirken (148), bakım verme yükü ve gelir düzeyi arasında ilişki bulmayan çalışmalar da mevcuttur (149). Bu doğrultuda gelir düzeyi ile uyku kalitesi arasında farklı sonuçlar bulunmakta, araştırmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu sonucun ortaya çıkması gelir düzeyinin uyku aktivitesini planlamada etkili olmadığını ve uyku kalitesini etkilemediğini göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin hastaya bakım vermeyi bilme durumlarının uyku kalitelerini etkilediği belirlenmiştir. Literatürde bakım vermeyi bilme ve uyku kalitesi arasında benzer veya farklı bulgulara rastlanmamıştır. Fakat bakım verme süresinin uzadıkça uyku kalitesinin giderek kötüleştiği bildirilmiştir (147). Bu araştırmada uyku latansı ve gündüz işlev bozukluğu alt boyutunun hastaya bakım vermeyi bilmeyenlerle ve bakım vermeyi bilenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonucun ortaya çıkmasında bakım vermeyi bilmeyenlerin hastanın durumunu ve hastada olabilecek değişikliklerini gözlemlenmede yetersiz olmalarının uyku kalitelerini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin hastalarının palyatif bakım ünitesinde tedavi görme sürelerinin uyku kalitelerini etkilemediği belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, palyatif bakım alan hastaların bakım vericilerinin, hastalarının palyatif bakım ünitesinde tedavi görme süreleri ve uyku kalitelerini karşılaştıran bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bakım verenlerin hastalarının palyatif bakım alma süreçlerinin genelde uzun olması sebebi ile bu sürece adapte olmalarının ve hastalarına uzun süreli bakım vermelerinin uyku kalitelerini etkilememesinin beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin hastalarına bakım verme sürelerinin uyku kalitelerini etkilemediği belirlenmiştir. Literatür tarandığında, palyatif bakım alan hastaların bakım vericilerinin, hastalarına bakım verme süreleri ve uyku kalitelerini karşılaştıran bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bakım vericilerin hastalarına bakım verme sürelerinin genelde uzun olmasının, bakım sürecine uyum sağlamalarının uyku kalitelerini etkilememesinin beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada, bakım vericilerin stres düzeyleri ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Algılanan Stres puanı arttıkça toplam PUKI puanı da artmaktadır. Bu çalışma bulgusuna benzer olarak stresin uyku kalitesini kötü yönde etkilediği bildirilmektedir. (150). Ayrıca, uykusuzluk ile stres, gece uyarılma ve strese karşı duygusal tepkiler arasında doğrudan veya dolaylı bir ilişki olduğu sonucuna varılmaktadır. Nitekim stres prevalansı ve uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Palyatif bakım servislerinde yatan terminal dönem hastasına bakım vermek, bakım vericiler için oldukça zorlu bir süreçtir. Yakınlarının her an kaybedileceği düşüncesi bakım vericiler için stres düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Stres düzeyinin artması uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve bu sonucun beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nin palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların bakım vericilerinin algılanan stres düzeylerini ve uyku kalitelerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Bakım vericilerin stres durumlarının orta düzeyin üzerinde, uyku kalitesi düzeylerinin ise kötü olduğu belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin medeni durumunun, hastaya yakınlık derecesinin, süreçten maddi olarak etkilenme ve palyatif bakım ünitesinde tedavi görme süresinin stres düzeylerini etkilediği saptanmıştır.
- Cinsiyet, eğitim durumu, hastaya bakım vermeyi bilme, hastalık hakkında bilgi edinme kaynağı ve hastaya bakım verme süresinin bakım vericilerin stres düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir.
- Hastaya yakınlık derecesi ve hastaya bakım vermeyi bilme durumunun bakım vericilerin uyku kalitelerini etkilediği, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, süreçten maddi olarak etkilenme, hastalık hakkında bilgi edinme kaynağı, palyatif bakım ünitesinde tedavi görme süresi ve hastaya bakım verme süresinin uyku kalitelerini etkilemediği saptanmıştır.
- Bakım vericilerin yaşı arttıkça stres düzeylerinin arttığı, ancak yaştan uyku kalitelerini etkilemediği belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin stres düzeyi arttıkça uyku kalitelerinin kötüleştiği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bakım vericilerin stres düzeyini azaltmaya yönelik eğitimlerin sıklığının artırılması,

-Hastalarına bakım verirken bakım vericilerin uyku kalitelerini arttırmaya yönelik girişimlerin düzenlenmesi,

-Bakım vericilerin stres düzeylerini etkileyen (medeni durum, hastaya yakınlık derecesi, süreçten maddi olarak etkilenme, palyatif bakım ünitesinde tedavi görme süresi) ve uyku kalitelerini etkileyen (hastaya yakınlık derecesi ve hastaya bakım vermeyi bilme durumu) faktörlerin dışındaki faktörlerin tespit edilmesi, gerekli önlemlerin alınması ve - Çalışmanın daha büyük örneklem grubuyla tekrarlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Sucaklı, M.H ve Koşar, Y.(2016). Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*. 8(3), 34-39
2. İnci, F. ve Öz, F.(2012). Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 4(2), 178-187.
3. Ferrel, B., Sun, V., Hurria, A., Cristea, M. ve diğerleri.(2015). Interdisciplinary Palliative Care for Patients with Lung Cancer. *J Pain Symptom Manage*. 50 (6), 758–767.
4. Chandrasekar, D., Tribett, E., ve Ramchandran, K.(2016). Integrated Palliative Care and Oncologic Care in Non-Small-Cell Lung Cancer. *Curr Treat Options Oncol*, 17(23).
5. Uzelli Yılmaz, D. ve Sarı, D. (2017). Kronik Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Uyku Kalitesi Ve Yorgunluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 20(2), 90-98.
6. M Dy, S., Isenberg, S.R., Al ve Hamayel, N.A.(2017). Palliative Care for Cancer Survivors. *Med Clin North Am*. 101(6), 1181-1196.
7. Adelman, R.D., Diamond, R.R., ve Evans, A.T. (2014). The Sentinel Hospitalization and the Role of Palliative Care. *J Hosp Med*. 9(5), 320–323.
8. Simms, V.M., Higginson, I.J., ve Harding, R.(2011). What palliative care-Related Problems Do Patients Experience at HIV Diagnosis? A Systematic Review of the Evidence. *Journal of Pain And Symptom Management*. 42(5), 734-753.
9. Hudson, P., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K. ve diğerleri.(2012). Guidelines for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Medicine*. 15(6), (696–702).

10. Chiao, C.Y., Wu, H.S., ve Hsiao C.Y.(2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Rewiew*
11. Molero Jurado, M.M., Perez-Fuentes, M.C., Orepeza Ruiz, N.F., Simon Marquez, M.M., ve Gazquez Linares, J.J.(2019). Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Perceived Stress in Nursing Professionals. *Medicina (Kaunas)*. 55(6), 237.
12. Ritchie, C.S., Zhao, F., Patel, K.S., Kvale, E.A., Snyder, C.F., ve Fisch, M.J.(2017). Association Between Patients Perception Of Comorbidity Burden And Symptoms İn Outpatients With Common Solid Tumors. *HHS Public Access*. 123(19), 3835-3842.
13. Sales, E.. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*. 12, 33–41.
14. Rivera, H.R. (2009). Depression Symptoms in Cancer Caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 13(2), 195-202.
15. Njoku, G.U. (2015). *The Impact of Caring for Seniors on the Caregiver's Stress Level*. Walden University, College of Health Sciences, Doctoral Study
16. Lund, C., Breen, A., Flisher, A.J., Kakuma, R., ve diğerleri.(2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med*. 71(3), 517-528.
17. Mc Dermott, M., Brown, D.L., ve Chervin, R.D.(2018). Sleep disorders and the risk of stroke. *Expert Rev Neurother*. 18(7), 523–531.
18. Mccurry, S.M., Logsdon, R.G., Vitiello, M.V.ve Teri, L.(1999). Successful behavioral treatment for reported sleep problems in elderly caregivers of dementia patients: a controlled study. *Journals of Gerontology*. 53(2), 122- 129.
19. Griffin, J. M., Fuhrer R., Stansfled, S. A., ve Marmot, M., 2003. “The importance of low control at work and home on depression and anxiety: Do these effects vary by gender and social class”, *Social and Economic Patterning of Health among Women / Les facteurs sociaux et économiques de la santé des femmes*, Arber S. and Khlat M., (eds.), Paris, *CICRED*. 297-330.

20. Özçelik, S.(2020). Palyatif Bakıma Bakış ve Hemşireliğin Rolü. *J Med Palliat Care*. 1(3), 76-82.
21. Kavalieratos, D., Gelfman, L.P., Tycon, L.E., Riegel, B. ve diğerleri. (2017). Integration of Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. *J Am Coll Cardiol*. 70(15), 1919-1930.8
22. Robinson, M.T., ve Holloway, R.G.(2017). Palliative Care in Neurology. *Symposium on Neurosciens*. 92(10), 1592-1601.
23. Tveit Sekse, R.D., Hunskar, ve I., Ellingsen, S.(2017). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 27(1-2), 21-38.
24. Kabalak, A.A., Öztürk, H., Çağıl, H., ve Ulus, A.(2013).Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım End of Life Care Organization; Palliative Care. *Yoğun Bakım*
25. Palyatif Kelimesinin Anlamı. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. Erişim Adresi :
26. Dirimen Arıkan, G.(2016). Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*
27. Wentlandt, K., Weiss, A., Connor, E., ve Kaya, E.(2017). Palliative And End Of Life Care İn Solid Organ Transplantation. *American Journal Of Transplantation*. 17(12), 3008-30019
28. Tanrıverdi, Ö., ve Kömürcü, Ş.(2017). Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma. Erişim Adresi: https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/176201612846-33_Bolum_32_Palyatif.pdf (Erişim Tarihi:26.12.2020)
29. Palyatif Bakımın Tanımı. Avrupa Palyatif Bakım Derneği (EAPC, European Association for Palliative Care). [http://www.eapcnet.eu/Corporate/About the EAPC/Definition and Aims.aspx](http://www.eapcnet.eu/Corporate/About%20the%20EAPC/Definition%20and%20Aims.aspx) , (Erişim Tarihi: 25.12.20)

30. Çolak, D.(2017). Palyatif Bakım Dünya Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics*. 10(1), 13-98.
31. Hui, D., Meeng, Y.C., Bruera, S., Geng, Y. ve diğerleri. (2016). Referral Criteria for Outpatient Palliative Cancer Care: A Systematic Review. *Oncologist*. 21(7), 895-901.
32. Bilen, A.(2016). Palyatif Bakım. *Toplum Ve Hekim*. 31(1), 25-30.
33. The Barcelona Declaration on Palliative Care (1996) *Prog Palliat Care*. (4), 113.
34. Palyatif Bakım Kliniğinde Amaç, Erişim Adresi: <https://sureyyapasaeah.saglik.gov.tr/TR,300313/palyatif-bakim-unitesi.html> (Erişim Tarihi: 28.12.2020)
35. Casula, C.(2018). Clinical Hypnosis, Mindfulness And Spirituality İn Palliative Care.
36. What is palliative care?. (2020). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, page :5
37. Palyatif Bakım Yaklaşımları, Erişim Adresi: https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/176201612846_33_Bolum_32_Palyatif.pdf
38. Saga, Y., Enokido, M., Iwata, Y., ve Ogawa, A.(2018). Transitions İn Palliative Care: Conceptual Diversification And The İntegration Of Palliative Care İnto Standard Oncology Care. *Chinese Clinical Oncology*. 7(3)
39. Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R. ve diğerleri.(2013). Concepts And Definitions For "Actively Dying," "End Of Life," "Terminally İll," "Terminal Care," And "Transition Of Care": A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 47(1), 77-89.
40. Hui D, ve Bruera E.(2015). Models Of İntegration Of Oncology And Palliative Care. *Ann Palliat Med*. 4, 89-98.

41. Palyatif Bakım Evde Ve Hastanede Çalıştay Raporu.(2013). Palyatif Bakıma Kabul Kriterleri. Akçiçek, F., Akbulut, G., ve Fadiloğlu, Ç.(eds). İzmir. Ege Geriatri Derneği Yayınları. 1, 14-15
42. Yennurajalingam, S., Urbauer, D.L., Casper, K.L.B., Chacko, R., ve diğerleri. (2011). Impact Of Palliative Care Consultation on Cancer Patients Referred to an Outpatient Supportive Care Clinic. *Journal of Pain And Symptom Management*. 41(1), 49-56.
43. Von Gunten, C.F., Lutz, S., ve Ferris, F.D.(2011). Why Oncologists Should Refer Patients Earlier for Hospice Care. *Cancer Network Home Of The Journal Oncology*. 25(13)
44. Lynch, T., Connor, S., ve Clark, D.(2013). Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. *Journal of Pain And Symptom Management*. 45(6), 1094-1106.
45. Aslan, Y.(2020). Türkiye’de Ve Dünya’da Palyatif Bakım Modellerine Genel Bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*. 2(1), 19-27.
46. Benli, A.R., ve Erbesler, Z.A.(2016). Türkiye’de Palyatif Bakımda Uygulama Ve Anlayış Farklılıkları. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*. 20 (1), 5-6.
47. Madenoğlu Kıvanç, M.(2017). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. *HSP*. 4(2), 132-135
48. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge 07.07.2015. Erişim Adresi : <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html> Erişim Tarihi: 28.12.2020
49. Uslu Şahan, F., ve Terzioğlu F.(2015). Dünyada Ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi Ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 4(2), 81-90
50. Elçigil, A.(2012). Palyatif bakım hemşireliği. *Gulhane Medical Journal*. 54(4), 329-334
51. Pavlish, C., ve Ceronsky, L.(2009). Oncology Nurses’perceptions Of Nursing Roles And Professional Attributes In Palliative Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 13(4), 404-412.
52. İnci, F., ve Öz, F.(2009). Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölümüne İlişkin Depresyon ve Ölümçül Hastaya Tutumlarının Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 10, 253-260

53. Canadian Hospice Palliative Care Nursing Standards Of Practice.(2009). Erişim Adresi: https://www.chpca.ca/wp-content/uploads/2019/12/Canadian_Hospice_Palliative_Care_Nursing_Standards_2009.pdf , Erişim Tarihi: 28.12.2020
54. Hauser, J., Sileo, M., Arenata, N., Kirk, R., Martinez, J., ve diğerleri.(2011). Navigation And Palliative Care. *American Cancer Society Journal*. 117, 3583-3589.
55. Sayın Kasar, K., ve Yıldırım, Y.(2017). İleri Demans Hastalarında Palyatif Bakım. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 9(2), 164-170.
56. Akdemir, B.(2010). Kriz Sürecinde İşten Çıkarılan ve Çalışan İşğörenlerin Stres Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bir Araştırma. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakóltesi*
57. Cufta, M. (2016). Stres ve Dini İnanç. *Pamukkale Üniversitesi İlahiyat Fakóltesi Dergisi*. 3, 50-70.
58. Konturek, P.C., Brzozowski, T., ve Konturek, S.J.(2011). Stress And The Gut: Pathophysiology, Clinical Consequences, Diagnostic Approach And Treatment Options,
59. Larauche, M., Mulak, A., ve Tache, Y.(2012). Stress And Visceral Pain: From Animal Models To Clinical Therapies. *Experimental Neurology*. 233(1), 49-67
60. Sürme, Y.(2019). Stres, Stresle İlişkili Hastalıklar Ve Stres Yönetimi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 12(64), 525-529.
61. Gözeler, P.S. (2018). Algılanan Stres Düzeyi Ve İlişkilerde Yüklemelerin Evlilik Uyumu İle İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul
62. Başçı, Z. (2018). Sağlık Çalışanlarında Algılanan Stres Düzeyinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
63. Cohen, S., Gianaros, P.J., ve Manuck, S.B.(2016). A Stage Model of Stress and Disease. *Perspect Psychol Sci*. 11(4), 456-463.

64. Piotrowski, N.A., Holar, D.W. (2013). Stress [Internet]. Magill's Medical Guide (Online Edition), Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=bd19ba2c209d423194f86522435b87df%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9dHImc2l0ZT1lZHMtG1Q%3d%3d#AN89093561&db=ers>
65. Akdemir, N.(2011). Stres, Adaptasyon ve Anksiyete. in: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir, N., Birol, L.(eds). *Sistem Ofset*, Ankara, 141-147.
66. Balcıoğlu, İ., ve Savrun, M. (2011). Stres ve Hormonlar. *T Klin J Psychiatry*. 2, 3-50
67. Arıbal Kocatürk, P., (2000). Strese Cevap. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 53(1), 49-56.
68. Soytürk, K. (2011). Eğitim Yönetiminde Stres (Bakırköy İlçesi Örneği). İstanbul:
69. Hermanns, M., ve Mastel-Smith, B. (2012). Caregiving: A Qualitative Concept Analysis. *The Qualitative Report*. 17(38), 1-18.
70. Swartz, K., Collins, L.G., ve Thomas, M.D.(2019). Caregiver Care. *Am Fam Physician*. 99(11), 699-706.
71. Tak Cheng, S.(2017). Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis. *Curr Psychiatry Rep*. 19(9), 64.
72. Hendrix, C.C., Bailey, D.E., Steinhauser, K.E., Olsen, M.K., ve diğerleri. (2015). Effects of Enhanced Caregiver Training Program on Cancer Caregiver's Self-Efficacy, Preparedness, and Psychological Well-Being, *Support Care Cancer*. 24(1), 327–336.
73. Özcan Yüce, U., ve Taşcı S.(2020). Bakım Verici Stresi ve Reiki Enerji Terapisi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*. 12(1), 158-165
74. Sabancıoğulları, S., ve Ertekin Pınar. Ş.(2020). Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Yükü Ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 23(1), 109-118

75. Zwerling, J.L., Cohen, J.A., ve Verghese, J.(2016). Dementia and Caregiver Stress. *Neurodegenerative Disease Management*. 6(2)
76. Bevans, M.F., ve Strenberg, E.M.(2012). Caregiving Burden, Stress, And Health Effects Among Family Caregivers Of Adult Cancer Patients. *JAMA*. 307(4), 398–403.
77. Northouse, L.L., Katapodi, M., Song, L., ve Mood, D.W.(2010). Interventions With Family Caregivers Of Cancer Patients: Meta-Analysis Of Randomized Trials. *CA Cancer J Clin*. 60(5), 317–339.
78. Gaine, M.E., Chatterjee, S., ve Abel, T.(2018). Sleep Deprivation and the Epigenome. *Front Neural Circuits*. 12(14).
79. Almojali, A., Almalki, S., Alothman, A., Masuadi, E., ve Alaqeel, M.(2017). The Prevalence And Association Of Stress With Sleep Quality Among Medical Students. *Journal Of Epidemiology and Global Health*. 7(3), 169-174.
80. Gao, C., Chapagain, N., ve Scullin, M.(2019). Sleep Duration and Sleep Quality in Caregivers of Patients With Dementia. *Jama Network*. 2(8).
81. Khalsa, D.(2015). Stress, Meditation, and Alzheimer’s Disease Prevention: Where The Evidence Stands. *Journal Of Alzheimer’s Disease*. 48(1), 1-12.
82. İlgar, Ö. (2001). Örgütsel stresin çalışan kadınlar üzerindeki etkileri ve stresle başa çıkma yolları (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
83. Miner, B., ve Kryger, M.H.(2017). Sleep in the Aging Population. *Sleep Med Clin*. 12(1), 31–38.
84. Bugueno, M., Curihual, C., Olivares, P., Wallace, J., ve diğerleri.(2017). Quality Of Sleep And Academic Performance İn High School Students. *Rev.méd.Chile*. 145(9)
85. Hanson, J.A., ve Huecker, M.R.(2020). Sleep Deprivation. *StatPearls Publishing*
86. Brinkman, J.E., Reddy, V., ve Sharma, S.(2020). Physiology, Sleep. *StatPearls Publishing*
87. Akerstedt, T., Ghilotti, F., Grotta, A., Zhao, H., ve Diğerleri.(2019). Sleep Duration And Mortality – Does Weekend Sleep Matter?. *J Sleep Res*. 28(1), E12712.

88. Besedovsky, L., Lange, T., ve Haack, M.(2019). The Sleep-Immune Crosstalk in Health and Disease. *Physiol Rev.* 99(3), 1325–1380.
89. Tamrat, R., Huynh-Le,M.P., ve Goyal, M.(2014). Non-Pharmacologic Interventions to Improve the Sleep of Hospitalized Patients: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 29(5), 788-795.
90. Covassini, N., ve Singh, P.(2016). Sleep Duration and Cardiovascular Disease Risk: Epidemiologic and Experimental Evidence. *Sleep Med Clin.* 11(1), 81-89
91. Liu, Y., Wheaton, A.G., Chapman, D.P., ve diğerleri.(2016). Prevalence of Healthy Sleep Duration among Adults. *United States Centers for Disease Control and Prevention.* 65(6), 137–141.
92. Hublin, C., Lehtovirta, M., Partinen, M., Koskenvuo, M., ve Kaprio, J.(2017). Changes in sleep quality with age—a 36-year follow-up study of Finnish working-aged adults. *Journal of Sleep Research.* 27(4)
93. Mosti, C., Spiers, M.V., ve D Kloss, J.(2016). A practical guide to evaluating sleep disturbance in concussion patients. *Neurol Clin Pract.* 6(2), 129-137.
94. Koçak, A.T., ve Arslan, S.(2020). Yoğun Bakımda Uyku Yoksunluğuna Bir Çözüm: Uyku Bandı ve Kulaklık. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 23(2), 298-303
95. Öztürk, L.(2008). Uyku ve Uyanıklığın Güncel Fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics.* 1(1)
96. Aşcıoğlu, L., ve Şahin, M.(2013). Uyku Ve Uykunun Düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal Of Health Sciences).* 22(1), 93-98
97. Elsey, T., Keller, P., ve El-Sheikh, M.(2019). The Role of Couple Sleep Concordance in Sleep Quality: Attachment as a Moderator of Associations. *J Sleep Res.* 28(5), 12825.
98. Viana Da Costa, S., ve Ceolim, M.F.(2013). Factors that affect inpatients' quality of sleep. *Rev Esc Enferm US.* 47(1), 46-52.
99. Uyku Bozuklukları, Türk Nöroloji Derneği. Erişim Adresi: <https://www.noroloji.org.tr/menu/98/uyku-bozukluklari> (Erişim Tarihi: 03.03.2021)

100. Carley, D.W., ve Farabi, S.S.(2016). Physiology of Sleep. *Diabetes Spectr.* 29(1), 5–9.
101. Berger, A.M., Parker, K.P., Young-McCaughan, S., Mallory, G.A., Barsevick, A.M., ve Beck, S.L.(2005). Sleep wake disturbances in people with cancer and their caregivers: state of the science. *Oncol Nurs Forum.* 32(6), 98-126
102. Genç, S., ve Dikmen, N.(2017). Yeni Uyku Bozuklukları Sınıflaması (Icsd-3): Icsd-3 İle Uykuda Solunum Bozuklukları Sınıflamasındaki Değişiklikler. *Mustafa Kemal Univ Tıp Derg.* 8(31),23-31.
103. Keskin, N., ve Tamam, L.(2018). Uyku Bozuklukları: Sınıflama ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.* 27(2), 241-260
104. Korkut Bayındır, S., ve Biçer, S.(2019). Holistik Hemşirelik Bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 4(1), 25-29.
105. Pinquart, M., ve Sörensen, S.(2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 62(2), 126-37.
106. Riedijk, S.R., De Vugt, M.E., Duivenvoorden, H.J., Niermeijer, M.F., ve diğerleri.(2006). Caregiver Burden, Health-Related Quality Of Life And Coping İn Dementia Caregivers: A Comparison Of Frontotemporal Dementia And Alzheimer's Disease. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 6(22), 405–412.
107. Çapık, C.(2014). İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 17(4), 268-274.
108. Cohen, S., Kamarck, T., ve Mermelstein, R. (1983). A Global Measure Of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior.* 24, 385-396.
109. Eskin Harlak, H., Demirkıran, M., , F., ve Dereboy, Ç.(2013). Algılanan Stres Olceğinin Turkceye Uyarlanması: Guvenirlik ve Gecerlik Analizi. *New/Yeni Symposium Journal.* 51(3), 132-140.
110. Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., ve Kupfer, D.J.(1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument For Psychiatric Practice And Research. *Psychiatric Res.* 28, 193-213.
111. Ağargün, M.Y., Kara, H., ve Anlar, O.(1996). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Geçer-liği Ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 7,107-115.

- 112.** Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- 113.** Öztürk Kaynar, Ö., v e Vural, F.(2018). Assessment of The Caregiver Burden of Caregivers of Colorectal Cancer Patients. *Turk J Colorectal Dis.* 28, 164-71.
- 114.** Desbiens, N.A., Mueller-Rizner, N., Virnig, B., ve diğerleri.(2001). Stress in Caregivers of Hospitalized Oldest-Old Patients. *J Gerontol.* 56(4), 231–235.
- 115.** Yıldız, E., Dedeli, Ö., ve Çınar Pakyüz, S.(2016). Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *HEAD.* 13(3), 216-225.
- 116.** Lu, Y.F.Y., ve Wykle, M.(2007). Relationships Between Caregiver Stress and Self-Care Behaviors in Response to Symptoms. *Clin Nurs Res.* 16, 29-43.
- 117.** Khan, F., Pallant, J., ve Brand, C.(2007). Caregiver Strain and Factors Associated with Caregiver Self-Efficacy and Quality of Life in A Community Cohort with Multiple Sclerosis.
- 118.** Gök Uğur, H., ve Çatıker, A.(2019). Evde Bakım Hastalarının Bakım Vericilerindeki Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *EGE HFD.* 35 (3), 115-122.
- 119.** Mcdonough, P., ve Walters, V.(2001). Gender and health: Reassessing patterns and explanations. *Social Science and Medicine.* 52, 547-559.
- 120.** Kim, S.C., Adesogan, A.T., ve Arthington, J.D.(2007). Optimizing nitrogen utilization in growing steers fed forage diets supplemented with dried citrus pulp. *J. Anim. Sci.* 85 (10), 2548-2555.
- 121.** Tuna Malak, A., ve Dicle, A.(2008). Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nöroşir. Derg.* 18(2), 118-121.
- 122.** Jogaratnam, G., ve Buchanan, P.(2004). Balancing The Demands Of School And Work: Stress And Employed Hospitality Students. *International Journal of Contemporary Hospitality Management.* 16(4), 237-245.

- 123.** Adelman, R.D, Tmanova, L.L, ve Delgado, D.(2014). Caregiver Burden a Clinical Review. *JAMA*. 311(10), 1052-1059.
- 124.** Kuzuya, M., Masuda,Y., Hirakawa, Y., Iwata, M., Enoki, H., Hasegawa, J., Izawa, S. Ve Iguchi, A.(2006). Falls. Of The Elderly Ara Associated With Burden Of Caregivers İn The Community. *Int J Geriatr Psychiatry*. doi: 10.1002/gps.1554.
- 125.** Or, R., ve Kartal, A.(2013). Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yükü Ve Bakım Verenin İyilik Hali. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek
- 126.** Yeşil, T., Çetinkaya, Uslusoy, E., ve Korkmaz, M.(2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *GÜSBD*. 5(4), 54-66.
- 127.** Karlıkaya, G., Yüksel, G., Varlıbaş, F., ve Tireli, H.(2005). Caregiver Burden İn Dementia: A Study İn The Turkish Population. *Int J Neurology*. Erişim Adresi: <http://archive.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-neurology>.
- 128.** Freeman, S., Kurosawa, H., Ebihira, S. ve Kohzuki, M.(2010). Caregiving Burden For The Oldest Old: A Population Based Study Of Centenarian Caregivers İn Northern Japan. *Arch Gerontol Geriatr*. doi: 10.1016/j.archger.2009.04.008.
- 129.** Duman, Ö.(2020). Hasta Yakınlarının Palyatif Bakıma İlişkin Görüşlerinin Bakım Verici Yüküne Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Samsun
- 130.** Almedia, D.M., ve Kessler, R.C.(1998). Everyday Stressors and Gender Differences in Daily Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*. 75(3), 670-680.

- 131.** Carrol, N., Sadowski, A., Laila, A., Hruska, V., Nixon, M., Ma, D.W.L., ve Haines, J.(2020). The Impact of COVID-19 on Health Behavior, Stress, Financial and Food Security among Middle to High Income Canadian Families with Young Children. *Nutriens*. 12(8), 2352.
- 132.** Gott, M., Allen, R., Moeke Maxwell, T., Gordiner, C. ve Robinson, J. (2015). “No Matter What the Cost”: A Qualitative study of the financial costs faced by family and whonau caregivers within a palliative care context. *Journal of Palliative Medicine*. 26(6), 518-528.
- 133.** Başdınç, Ş.E.(2019). Palyatif Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüğü Ve Psikososyal Gereksinimleri. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
- 134.** Arkın, S.(2017). Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Anksiyete, Depresyon Ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi
- 135.** Pasacreta, V.J., Barg, F., Nuamah, I., ve McCorlke, R. (2000). “Participiant Charecteristics Before And 4 Months Attendance At A Family Caregiver Cancer Education Program”. *Cancer Nursing*. 23(4), 295-303.
- 136.** Mollaoğlu, M., Özkan Tuncay, F., ve Kars Fertelli, T.(2011). İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü Ve Etkileyen Faktörler. *DEUHYO ED*. 4 (3), 125-130.
- 137.** Şahin, Z. A., Polat, E., ve Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğülerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 12(2), 1-9.
- 138.** Cho, M.H., Dodd, M.J, Lee, K.A, Padilla, G., ve Slaughter, R.(2006). Selfreported Sleep Quality İn Family Caregivers Of Gastric Cancer Patients Who Are Receiving Chemotherapy İn Korea. *J Cancer Educ*. 21, 37-41.
- 139.** Aslan, Ö., Sanisoğlu, Y., Akyol, M., ve Sinan Y.(2009). Quality of Sleep in Turkish Family Caregivers of Cancer Patients. *Cancer Nurs*. 32,370-377.
- 140.** Walsh, S.D., ve Rybicki, L.,(2000). The Symptoms Of Advanced Cancer: Relationship To Age, Gender And Performance Status İn 1000 Patients. *Support Care Cancer* 8,175–179.
- 141.** Görgülü, Ü., ve Akdemir, N.(2010). İleri Evre Kanseri Hastalarına Bakım Verenlerin Yorgunluk Ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg*. 20(4), 125-132,
- 142** Peng, H.L., Lorenz, R.A., ve Chang, Y.P.(2019). Factors Associated With Sleep İn Family Caregivers Of İndividuals With Dementia. *Perspect Psychiatr Care*. 55, 95–102.
- 143.** Smith, L.M., Onwumere, J., Craig, T., ve Kuipers, E.(2019). Role Of Poor Sleep İn Deter-mining Distress İn Caregivers Of İndividuals With Early Psychosis. *Early Intervention in Psyc-hiatry*. 13, 613–618.

- 144.** Mesquita, G., ve Reimão, R. (2010). Stress And Sleep Quality İn High School Brazilian Ado-lescents. *An Acad Bras Cienc.* 545-551.
- 145.** Chiu, I.T., Huang, T.Y., Ong, J.R., Ou, J.C., Chen, P.L., ve Ma, H.P.(2020). Association between Sleep Deprivation in Caregivers and Risk of Injury among Toddlers: A Propensity Score Analysis. *BioMed Research International.* <https://doi.org/10.1155/2020/9421712>
- 146.** Bartolomei, L., Pastore, A., Meligrana, L., Sanson, E., Bonette, N., ve diğerleri.(2018). Relevance Of Sleep Quality On Caregiver Burden İn Parkinson’s Disease. *Neurological Sciences.* 39, 835–839.
- 147.** Yılmaz Karabulutlu, E., Akyıl, R., Karaman, S., ve Karaca, M.(2013). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi Ve Psikolojik Sorunlarının İncelenmesi. *Türk Onkoloji Der-gisi.* 28(1), 1-9.
- 148.** Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G. ve Hooyman, N.R.(1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations.* 34, 19-26.
- 147.** Northouse, L.L., Mood, D., Templin, T., Mellon, S., ve George, T.(2000). Couples’ Patterns Of Adjustment To Colon Cancer. *Soc Sci Med,* 50, 271–284.
- 149.** Ahrbergi, K., Dresler, M., Niedermaier, S., Steiger, A., ve Genzel, L. (2012). The İnterac-tion Between Sleep Quality And Academic Performance. *J Psychiatr Res,* 1618-22.
- 150.** Öztürk, O., Meral, H., Çetin, S., Hanoğlu, L., Atmaca, B.,ve Özer, F. (2004) Parkinson Hastalığında Anksiyete ve REM Davranış Bozukluğu. *Parkinson Hast. Hareket Boz. Dergisi.* 7(2), 121-127.

EKLER

EK 1. TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

Değerli katılımcılar, bu çalışma *“Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Hastaların Bakım Vericilerinin Algılanan Stres Düzeylerinin ve Uyku Kalitelerinin Belirlenmesi”* amacıyla yürütülmektedir. Araştırma sonuçlarının değeri tamamen sizin gerçek ve samimi düşüncenizi ifade etmenize bağlıdır. Bu nedenle vereceğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacaktır. Böyle bir bilimsel çalışmaya değerli zamanınızı ayırarak katkıda bulunduğunuz için şimdiden teşekkür ederim.

Hemşire, Serhat YILDIRIM

1. Yaşınız :

2. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek

3. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e)Üniversite f) Lisansüstü

4. Medeni durumunuz nedir? a) Evli b) Bekar

5. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?

a)Anne b)Baba c)Eş d)Kardeş e)Çocuk f)Diğer(.....)

6. Hastanızın hastalığı sizi maddi olarak etkiledi mi? a) Evet b) Hayır

7.Hastanıza nasıl bir bakım vereceğinizi biliyor musunuz? a)Evet b)Hayır

8. Hastanızın hastalığı hakkında bilgileri kim/ kimlerden alıyorsunuz?

a)Bilgi almadım b)Doktordan c)Doktordan ve Hemşireden d)Diğer

9. Hastanızın tanısı nedir? :

10. Hastanız ne kadar süredir palyatif bakım ünitesinde tedavi görüyor? a) 1-3 ay b) 3-6 ay c) 6 ay ve üzeri

11. Hastanıza ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

a)≤ 6 ay b)> 6 aydan fazla

EK 2. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ(ASÖ-10)

Aşağıda geçen son ay içindeki duygu ve düşünceleriniz hakkında çeşitli sorular yer almaktadır. Sizden her bir soruda, tarif edilen duygu veya düşünceyi ne kadar sıklıkla yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Bazı sorular birbirine çok benzer gözüke de aralarında birtakım farklılıklar bulunmaktadır. Bu yüzden her bir soruya ayrı ayrı düşünerek yanıt vermeniz istenmektedir. Bu amaçla her soruyu hızlı bir şekilde düşünerek yanıtlamanız uygun olacaktır. Tarif edilen duygu veya düşünceyi geçen ay boyunca kaç kere hissettiğinizi saymak yerine, verilen alternatiflerden size en uygun gelen seçeneği işaretlemeniz istenmektedir.

	Hiç	HiçNeredeyse	Bazen	Oldukça Sık	Çok Sık
1) Geçen ay içinde, hangi sıklıkla beklenmedik bir olaydan dolayı kendinizi üzgün hissettiniz?	0	1	2	3	4
2) Geçen ay içinde, hangi sıklıkla yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?	0	1	2	3	4
3) Geçen ay içinde, hangi sıklıkla kendinizi stresli hissettiniz?	0	1	2	3	4
4) Geçen ay içinde, hangi sıklıkla kişisel problemlerinizi ele alma beceriniz konusunda kendinize güvendiğinizi hissettiniz?	0	1	2	3	4
5) Geçen ay içinde, hangi sıklıkla işlerin istediğiniz yönde gittiğini hissettiniz?	0	1	2	3	4
6) Geçen ay içinde, hangi sıklıkla kendinizi yapmanız gereken şeylerle başa çıkamaz durumda buldunuz?	0	1	2	3	4
7) Geçen ay içinde, hangi sıklıkla hayatınızdaki sinir bozucu şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?	0	1	2	3	4
8) Geçen ay içinde, hangi sıklıkla her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?	0	1	2	3	4
9) Geçen ay içinde, hangi sıklıkla kontrolünüzün dışında gerçekleşen olaylardan dolayı kızgınlık hissettiniz?	0	1	2	3	4
10) Geçen ay içinde, hangi sıklıkla zorlukların üstesinden gelemeyeceğiniz boyutlara ulaştığını hissettiniz?	0	1	2	3	4

EK 3. PITTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ(PUKİ)

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

1	Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?	
2	Geçen ay geceleri uykuya daldığınız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?	dakika
3	Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?	
4	Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)	saat
5	Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?	
		Haftada Hiç 1'den az 1 - 2 kez 3'den çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
c	Tuvalete gittiniz	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
e	Aşırı derecede üşüdünüz	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
g	Kötü rüyalar gördünüz	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
h	Ağrı duyduunuz	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
i	Diğer nedenler	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
6	Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.	
	☐ 0 Çok iyi ☐ 1 Oldukça iyi ☐ 2 Oldukça kötü ☐ 3 Çok kötü	
7	Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?	
	☐ 0 Hiç ☐ 1 1'den az ☐ 2 1 - 2 kez ☐ 3 3'den Çok	
8	Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?	
	☐ 0 Hiç ☐ 1 1'den az ☐ 2 1 - 2 kez ☐ 3 3'den Çok	
9	Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?	
	☐ 0 Hiç problem oluşturmadı ☐ 2 Bir dereceye kadar problem oluşturdu ☐ 1 Yalnızca çok az bir problem oluşturdu ☐ 3 Çok büyük bir problem oluşturdu	
10	Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?	
	☐ 0 Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok ☐ 2 Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil ☐ 1 Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var ☐ 3 Partner aynı yatakta	
11	Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.	
		Hiç 1'den az 1 - 2 kez 3'den Çok
a	Gürültülü horlama	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
c	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
e	Diğer huzursuzluklarınız:	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

EK 4. ETİK KURUL KARARI



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 44495147-50.01.04-E.10309
Konu : Etik Kurulu Kararı
2020/02-05

28/02/2020

Sayın Serhat YILDIRIM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığının 27/02/2020 tarih ve 02 sayılı oturumunda alınan 02-05 sayılı kararı ekte gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ergün KUTLUSOY
Etik Kurul Başkanı

EKLER:

Ek-1: Kurul Kararı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre **Argüri Sıkı Tarih: 28.02.2020 10:21:03** tarihinde onaylanmıştır. Evrağınızı <http://evrakdogrulama.erzincan.edu.tr> linkinden **3A2F2FAKX3** kodu ile doğrulayabilirsiniz.



Adres : Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterlik Fatih Mah. 726.Sk. Merkez/ERZİNCAN
Telefon: (0446) 226 66 66 Belgegeçer: (0446) 226 66 65 Bilgi: M.İsmail TURAK
E-Posta: rektörlük_yaziisleri@erzincan.edu.tr İnternet Adres: www.erzincan.edu.tr Kep: erzincanuniv@hs02.kep.tr Dahili : 11445

EK 5. KURUM İZİN YAZISI



**T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü**

Sayı : 18045924-300.99-E.17922
Konu : Tez Çalışma İzni Serhat YILDIRIM

20/05/2020

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi: Elazığ Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Elazığ Fethi SEKİN Şehir Hastanesi' nin 12.05.2020 tarihli ve 2471 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınızda tezli yüksek lisans eğitimi yapan 18780101002 numaralı Serhat YILDIRIM' a ait tez konusu araştırma izni ile ilgili Elazığ Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Elazığ Fethi SEKİN Şehir Hastanesi' nin almış olduğu komisyon kararı ekte gönderilmiş olup; ilgili öğrenciye ve danışmanına bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Arda IŞIK
Enstitü Müdürü

Ek: İlgi Sayılı Yazı (2 Sayfa)

Bu belge 5070 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 20.05.2020 tarihinde e-imzalanmıştır. Eyağınıza
Adres : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü 24100/Erzincan Web : www.eyyu.edu.tr
Telefon : 0 (446) 226 18 19 E-mail : erzincanuniv@hs02.kep.tr
E-mail : sagbe_yazi@erzincan.edu.tr Bilgi İçin : Aşlı UZUN





T.C.
ELAZIĞ VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Elazığ Fethi SEKİN Şehir Hastanesi

ELAZIĞ FETHİ SEKİN ŞEHİR HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ - ELAZIĞ FETHİ SEKİN ŞEHİR
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ
12/05/2020 11:48 - 13281952 - 702.99 - E.2471



00117662944

Sayı : 13281952-702.99
Konu : Serhat YILDIRIM(Komisyon
Kararı)

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsüne

Üniversitenizde Yüksek Lisans Öğrencisi olan Serhat YILDIRIM' ın "Palyatif Bakım
Kliniğinde Yatan Hastaların Bakım Vericilerinin Algılanan Stres Düzeylerinin ve Uyku
Kalitelerinin Belirlenmesi" konulu araştırması tarafımızca uygun görülmüş olup, komisyon
kararı yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Savaş ÖZTÜRK
Başhekim

EKLER:
1 Adet Komisyon Kararı

Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi İdari Kalem Birimi Ulukent Mahallesi, Onbaşı
Sokak No:99 Merkez/Elazığ

Telefon: Faks No: 0424 212 14 61

e-Posta: mehter.dabakoglu@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

mehter.dabakoglu@saglik.gov.tr

Bilgi için: MEHTER DABAKOĞLU

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: (0 424) 606 63 48

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imza suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 925a4916-1844-4bec-92ac-a2c336c3f609 kodu ile erişebilirsiniz.

