



**T.C.
ERZİNCAN BİNALI YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PALYATİF BAKIM KLİNİĞİNDEKİ TRAKEOSTOMİLİ
VE NAZOGASTRİK SONDALI HASTALARIN BAKIM
VERİCİLERİNİN BAKIM YÜKÜ VE UYKU KALİTESİNİN
BELİRLENMESİ**

Münevver YILDIRIM

Danışman: Prof. Dr. Papatya KARAKURT

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

**ERZİNCAN
Haziran 2025
Her Hakkı Saklıdır.**

T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PALYATİF BAKIM KLİNİĞİNDEKİ TRAKEOSTOMİLİ VE
NAZOGASTRİK SONDALI HASTALARIN BAKIM VERİCİLERİNİN
BAKIM YÜKÜ VE UYKU KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Münevver YILDIRIM

Danışman: Prof. Dr. Papatya KARAKURT

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

ERZİNCAN
Haziran 2025
Her Hakkı Saklıdır.

Bilimsel Etiğe Uygunluk

“Palyatif Bakım Kliniğindeki Trakeostomili ve Nazogastrik Sondalı Hastaların Bakım Vericilerinin Bakım Yüğü ve Uyku Kalitesinin Belirlenmesi” isimli “Yüksek Lisans” tezimin tarafımda intihal tespit programı ile incelenmiştir. Buna göre tezimde bilimsel etik ihlali ve intihal olarak nitelendirilebilecek herhangi bir durum olmadığını taahhüt ederim.

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir biçimde elde edildiğini; aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiğı gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi beyan ederim. 25/06/2025

Münevver YILDIRIM

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

PALYATİF BAKIM KLİNİĞİNDEKİ TRAKEOSTOMİLİ VE NAZOGASTRİK SONDALI HASTALARIN BAKIM VERİCİLERİNİN BAKIM YÜKÜ VE UYKU KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Münevver YILDIRIM

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Papatya KARAKURT

Amaç: Bu araştırma palyatif bakım kliniğindeki trakeostomili ve nazogastrik sondalı hastaların bakım vericilerinin bakım yükü ve uyku kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı türdeki bu araştırmanın verileri Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ekim 2023- Haziran 2024 tarihleri arasında Palyatif Bakım Kliniğinde bulunan nazogastrik sondalı ve trakeostomili hastaların bakım vericileri ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılmıştır. Bu araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmanın kriterlerine uyum sağlayan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 100 bakım verici alınmıştır. Araştırma verileri; Tanıtıcı Özellikler Formu, “Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği” ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi” kullanılarak toplandı. Veriler, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, cronbach alfa, bağımsız gruplarda t testi, one way-ANOVA ve korelasyon analizleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen bakım vericilerin yaş ortalaması 45.73 ± 12.03 olup, % 81’i kadın, %78’i evli ve %59’u 6 ay ve üzeri hastaya bakım verdiğini ifade etti. Bakım vericiler “Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği” toplamından 30.07 ± 12.78 ve “Pittsburgh Uyku Kalitesi” Ölçeği toplamından 9.65 ± 3.36 puan aldı. Ölçek kesme noktalarına göre katılımcıların %42’si hafif bakım yüküne sahiptirler, Zarit Bakım Verme Yükü ölçeği toplam puanı ve Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Sonuç: Araştırma sonucunda bakım vericilerin hafif bakım yüküne ve kötü uyku kalitesine sahip oldukları belirlendi. Bakım yükü ile uyku kalitesi arasında ilişki bulunmamasına rağmen gelecekte yapılacak çalışmalarda bu iki değişken arasında dolaylı etkiler araştırılmalı ve daha geniş bir örneklem seçilmelidir.

2025, 67 sayfa

Anahtar Kelimeler: Bakım Verici, Bakım Yükü, Hemşirelik, Uyku Kalitesi.

ABSTRACT

MSc Thesis

DETERMINATION OF THE CARE BURDEN AND SLEEP QUALITY OF CAREGIVERS OF PATIENTS WITH TRACHEOSTOMY AND NASOGASTRIC TUBE IN THE PALLIATIVE CARE CLINIC

Münevver YILDIRIM

Erzincan Binali Yıldırım University
Graduate School of Health Sciences
Department of Nursing Principles

Supervisor: Prof. Dr. Papatya KARAKURT

Purpose: This study was conducted to determine the care burden and sleep quality of caregivers of patients with tracheostomy and nasogastric tube in the palliative care clinic.

Material and Method: The data of this descriptive study were conducted using the face-to-face interview technique with the caregivers of patients with nasogastric tubes and tracheostomies in the Palliative Care Clinic of Erzincan Binali Yıldırım University Mengücek Gazi Training and Research Hospital between October 2023 and June 2024. No sample selection was made in this study, and 100 caregivers who met the criteria of the study and volunteered to participate in the study were included. The research data were collected using the Descriptive Characteristics Form, "Zarit Caregiver Burden Scale" and "Pittsburg Sleep Quality Index". The data were evaluated with number, percentage, mean, standard deviation, cronbach's alpha, t test in independent groups, one way-ANOVA and correlation analyzes.

Findings: The mean age of the caregivers included in the study was 45.73 ± 12.03 , 81% were female, 78% were married and 59% stated that they had provided care to patients for 6 months or more. The caregivers received a total score of 30.07 ± 12.78 from the "Zarit Caregiving Burden Scale" and a total score of 9.65 ± 3.36 from the "Pittsburgh Sleep Quality" Scale. According to the scale cut-off points, 42% of the participants had a light caregiver burden, and there was no statistically significant relationship between the total score of the Zarit Caregiving Burden Scale and the total score of the Pittsburgh Sleep Quality Scale ($p > 0.05$).

Conclusion: As a result of the study, it was determined that caregivers had a light care burden and poor sleep quality. Although there was no relationship between care burden and sleep quality, indirect effects between these two variables should be investigated in future studies and a larger sample should be selected.

2025, 67 pages

Keywords: Care Burden, Caregiver, Nursing, Sleep Quality.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden, bilgisi, tecrübeleri ile yolumu aydınlatan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Papatya KARAKURT 'a

Çok kıymetli arkadaşım, hocam ve yol gösterenim Sayın Öğr. Gör. Selen ÖZDEMİR'e,

Tez savunma komitesinde yer alarak değerli görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Sayın Doç. Dr. Zeliha CENGİZ ve Dr. Öğr. Üyesi Şengül KORKMAZ BİNAY' a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara,

Aldığım kararlarda her zaman yanımda olan ve beni destekleyen aileme teşekkür ederim.

Münevver YILDIRIM

Haziran, 2025

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Tez Kabul ve Onay	i
Bilimsel Etiğe Uygunluk.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Palyatif Bakım Tanımı ve Amacı.....	5
2.2. Palyatif Bakım Modelleri.....	6
2.3. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım.....	7
2.4. Palyatif Bakımda Beslenme Desteği.....	8
2.4.1. Enteral Beslenme	9
2.4.1.1. Kısa Süreli Enteral Beslenme	9
2.4.1.2. Uzun Süreli Enteral Beslenme.....	9
2.5. Trakeostomi.....	10
2.6. Bakım ve Bakım Yüğü Kavramları.....	10
2.6.1. Bakım	10
2.6.2. Bakım Yüğü	11
2.6.3. Bakım Yüğünü Azaltmada Hemşirenin Rolü	12
2.7. Uyku.....	12
2.7.1. Uykunun Tanımı ve Uykunun Evreleri.....	12
2.7.2. Uyku Kalitesi	13
2.7.3. Uyku Aktivitesini Etkileyen Faktörler.....	14
2.7.3.1. Yaş	14
2.7.3.2. Cinsiyet.....	14
2.7.3.3. Hastalık.....	15
2.7.3.4. Egzersiz	15
2.7.3.5. Stres	15
2.7.3.6. Kullandığı ilaçlar	15
2.7.3.7. Alkol ile Kafein Alımı.....	15

2.7.3.8. Diyet	16
2.7.3.9. Çevre.....	16
2.7.3.10. Yaşam Biçimi	16
2.7.4. Uyku Kalitesini Artırmada Hemşirenin Rolü	16
3. MATERYAL VE METOD	18
3.1. Araştırmanın Türü.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	19
3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	19
3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	19
3.5.2. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBVYÖ)	20
3.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğı (PSQI).....	20
3.6. Verilerin Toplanması	20
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliğı	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
KAYNAKLAR	38
EKLER	45
Ek-1. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	46
Ek-2. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı.....	47
Ek-3 Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	50
Ek-4. Etik Kurul Kararları	51
Ek-5. Kurum İzin Yazısı	53
Ek-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF).....	54
Ek-7. Ölçek İzin Mailleri	55
ÖZGEÇMİŞ	57

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	21
Tablo 3.2. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu....	22
Tablo 4.1. Bakım Vericilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=100).....	23
Tablo 4.2. Zarit Bakım Verme Yüğü ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımı	24
Tablo 4.3. Bakım Vericilerin Demografik Özelliklerine Göre Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	25
Tablo 4.4. Bakım Vericilerin Demografik Özelliklerine Göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	27
Tablo 4.5. Yaş ile Zarit Bakım Verme Yüğü ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	28
Tablo 4.6. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçek puanı ve PUKİ Ölçek Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	29
Tablo 4.7. Bakım Verme Yüğünün Uyku Kalitesine Etkisini Gösterir Regresyon Analizi	30

SİMGELER ve KISALTMALAR

Simgeler

$\%$	Yüzde
α	Güvenirlilik Katsayısı
r	Korelasyon Katsayısı
S	Standart Sapma
Sd	Serbestlik Derecesi
$\bar{X}$	Ortalama

Kısaltmalar

AVE	Ortalama Açıklanan Varyans
CR	Bileşik Güvenirlilik
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICN	Uluslararası Hemşireler Konseyi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

Gelişen teknoloji ve yaşam koşullarının iyileşmesi, yaşam süresinin uzaması, kronik hastalığı olan hasta sayısının artmasına, terminal dönemdeki hastalar için takip ve tedavi sürecinin oldukça uzamasına sebep olmaktadır (Gürsan ve Erdoğan, 2022). Terminal dönem, hasta, ailesi ve hizmet veren sağlık üyeleri için psikolojik ve fizyolojik olarak oldukça zorlu bir süreç olup (Duracak ve Özmen, 2023) palyatif bakım gereksinimi oluşturabilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre palyatif bakım, “hayatı tehdit eden kronik hastalığa sahip hasta ve yakınının, teşhis aldığı an başlayan ölüm ve sonraki süreçte yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik ağrı ve diğer belirtilerin erken teşhis, tedavisi, psikososyal ve spiritüel yardımın sağlanmasıdır”. Tıp alanında yaşanan teknolojik gelişmelerin yaşam süresinin uzaması terminal dönemdeki hastaların palyatif bakıma olan gereksinimini de arttırmaktadır (WHO, 2022). Terminal dönemdeki hastanın yaşamının son günlerinde konforlu bir süreç geçirmesini hedefleyen ve aynı zamanda ailesine destek ile danışmanlık hizmeti sunmayı amaçlayan palyatif bakım, özellikle yaşamın son evresindeki hastalar için giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Gürsan ve Erdoğan, 2022; Özçelik, 2020).

Palyatif bakım kliniğinde yatan solunum güçlüğü yaşayan bazı hastalarda havayolu açıklığını sağlamak ve solunum fonksiyonunu devam ettirebilmek için trakeostomi, beslenme ihtiyacını yerine getiremeyen hastalarda ise beslenme gereksinimini devam ettirebilmek için nazogastrik tüp (NG) takılmaktadır. Trakeostomi, hava yolu geçişini sağlamak amacıyla trakeanın ön duvarında 3. veya 4. kıkırdak halka hizasında açıklık oluşması için yapılan cerrahi işlem olarak tanımlanmakta ve hayat kurtarıcı olarak bilinen yöntemlerin en eskisi olarak kabul edilmektedir. Treokotomi, geçici veya kalıcı olabilmektedir. Kalıcı olan trakeostomilerde hasta yaşamının geri kalanında hava gereksinimini bu açıklıktan sağlamaktadır (Karaca ve ark., 2019). Trakeostomi sonrasında komplikasyonların önlenmesi için bakım verenlere yönelik aspirasyon işlemi, trakeostomi çevresi deri bakımı gibi bakım eğitimlerinin tam anlamıyla verilmesi ve

doğru bir şekilde uygulanması önemlidir (Dawson, 2014). Beslenme ihtiyacının enteral yoldan karşılanmasına karar verilen hastalara kullanılan nazogastrik tüp uygulaması, tanı, önlem ya da tedavi edici amaçlarla da kullanılabilir. Nazogastrik tüp uygulaması, burun deliğinden sokulan kateterin yutak ve özafagustan geçirilerek mideye ulaşması ile takılan ve sabitlenmesi ile son bulan cerrahi işlem gerektirmeyen bir uygulamadır (Şendir ve Kızıl, 2019). Nazogastrik sonda genellikle enteral beslenme, ilaç uygulamaları için tercih edilen ve sağlık çalışanının sorumluluğunda gerçekleştirilen invaziv işlemdir (Best, 2015). Ayrıca midenin drenajı ve bazı tanı testlerinde de kullanılmaktadır (Şendir ve Kızıl, 2019). Beslenme ihtiyacının enteral yoldan karşılanmasına karar verilen hastaların primer bakım vericilerine nazogastrik sondanın kullanımı ve bakımı konusunda eğitim verilir. Takılan nazogastrik tüp sadece hastanın değil bakım vericinin de hayatında değişikliğe sebep olur, yeni rol ve sorumlulukları da beraberinde getirir. Bu süreçte artan sorumluluk ve bakım yükü ailenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Genelde uzun ve yoğun geçen bu süreç, bakım veren açısından tek taraflı bir mecburiyete dönüşür. Bakımı üstlenen kişiler için yeterince zor olan bu dönemde suçluluk hissi, bitkinlik, çöküntü, çaresizlik, kızgınlık, davranış bozuklukları ile bazı kişilik değişiklikleri gibi fiziksel, psikososyal ve duygusal birçok sorun ile karşılaşmaktadır (Budak, 2019; Çelik, 2013). Buna ek olarak aile bireylerinin uykuyu başlatma ve devam ettirme konusunda sorunlar yaşaması farklı uyku problemleri, halsizlik ve gündüz yorgunluğu gibi sıkıntılara da sebep olmaktadır (Yıldırım, 2021). Bakım vericide bakım yükü ve uyku düzeninde bozulma hastane sürecinde karşılaşılabilecek sorunlar arasında yer almaktadır. Bu dönemin en önemli sorunlarından biri de aile bireylerinin yaşam kalitelerinin bakım verme sürecinden önemli düzeyde etkilenmesidir (Ekiz, 2021). Bakım vericinin yaşadığı problemler; bakım desteğinin yeterli olmaması, hastasının karşılaştığı önemli sağlık sorunlarına şahit olma ve ölümüne yönelik korku yaşama, hasta bakımında tercih edilen malzemeler hakkında bilgi yetersizliği, halsizlik, maddi sorunlar, anksiyete, umutsuzluk, endişe, bıkkınlık, uyku bozuklukları, hüznün ve depresyon olarak sıralanmaktadır. Bu sorunlar bakım vericinin fiziksel, duygusal ve psikososyal yönden daha fazla etkilenmesine sebep olmaktadır (Aksüt, 2024). Terminal dönemde olan hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ile depresyon sık görülen olumsuz etkilerden bazılarıdır. Bakım yükü düzeyinin, bakım veren kişinin sosyal, mesleki ve kişisel rol ile sorumluluklarını yerine getirmesini olumsuz yönde etkileyebileceği; ayrıca bakım verenlerin stres,

depresyon ve çeşitli sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalma riskinin bulunduğu ifade edilmektedir (Çimete, 2002). Palyatif bakımda da hasta yakınları, üstlendikleri bakım yüklerinin fazla olması ve hastanın terminal dönemde olması bakım rolleri doğrultusunda pek çok sorunla karşılaşmasna sebep olmaktadır (Duracak ve Özmen, 2023; Ekiz, 2021). Bakım yükü, bakım verenin üstlendiği bakım nedeniyle aynı zamanda aile içindeki ilişkilerde sorun çıkması, özgür iradenin kaybolması duygusu gibi subjektif ve objektif sonuçları kapsamaktadır (Fadıloğlu ve Ateş, 2017). Yapılan çalışmalar bakım vericilerde uyku bozukluğu ve uyku kalitesinde düşüklük yaşandığını göstermektedir (Webster ve ark., 2024; Yıldırım, 2021). Bakım vericilerin bakım verme yükünü etkileyen bazı faktörler; yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, kendisinde bulunan kronik bir hastalığının olması, hastayla olan bağı, hastanın bağımlılık düzeyi, bakım vericinin diğer sorumlulukları, bakım verirken yaşadığı zorluk düzeyi, gönüllülüğü, ekonomik durumu, başa çıkma şekilleri, sosyal desteğinin olup olmaması, bakım verme süresinin uzunluğu, kültürel özellikleri bakım yükünü etkileyebilmektedir (Adib-Hajbaghery ve Ahmadi, 2019; Soyanıt ve Avcı, 2021). Uyku kalitesi, hem fiziksel hem de zihinsel sağlıkla bağlantılı bir kavramdır. Bundan dolayı uyku problemleri fiziksel ve psikolojik stresle yakından bağlantılıdır. Kronik hastalıkları bulunan hastalara bakım veren bakım vericilerin uyku kalitesinin azalması sık karşılaşılan bir durumdur. Aslan, Sanisoğlu, Akyol ve Yetkin (2009), kanser hastalarına bakım sağlayan yakınlarının uyku kalitesini ele aldığı çalışmalarında bakım sağlayıcıların %72.2'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu ve Sarı, Eşer ve Khorshid (2010) kanser hastalarının uyku ve depresyon seviyelerini ele aldıkları araştırmalarında ise hasta yakınlarının %82'sinin uyku kalitesinin iyi olmadığı belirtilmiştir (Aslan, Sanisoğlu, Akyol ve Yetkin 2009; Sarı, Eşer ve Khorshid, 2010). Verilen örneklerde de görüldüğü üzere bakım vericilerin uyku kalitesi ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. Bakım yükü ağır olan bakım vericilerde özellikle kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerde, uyku kalitesinin belirgin şekilde bozulduğu görülmüştür. Bu durum yüksek bakım yükü taşıyan bireylerin uykuya dalmakta zorlandıkları, sık uyanmalar yaşadıkları ve gündüz işlevselliğinde azalma gözlemlendiğini ortaya koymuştur (Can ve ark., 2020). Bu durum, bakım yükünün yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik ve fizyolojik alanlarda da olumsuz etkiler yarattığını ve bu etkilerin uyku kalitesi üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir.

Bakım yükü arttıkça, bakım veren bireylerde anksiyete, depresyon ve uyku problemleri gibi olumsuz durumların ortaya çıkma olasılığı da artmaktadır. Bu yüzden hemşireler, sadece hastaya değil aynı zamanda bakım vericiye de destek sunan önemli sağlık profesyonelleridir. Hemşireler, bakım verenlerin sorunlarını erken tanılayarak, onları destekleyici stratejilere yönlendirebilir ve gerekli durumlarda profesyonel destek almaları için rehberlik edebilir ve bakım veren bireye yönelik psiko-eğitim ve sosyal destek ağlarına yönlendirme gibi girişimlerle, bakım yükünü azaltmaları ve bireyin yaşam kalitesini yükseltmeleri mümkündür (Özkan, Bayrak ve Demirbağ, 2022).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma palyatif bakım kliniğinde bulunan bakım vericilerin uyku kalitesinin bozulması ve bakım yükünün artmasının gözlemlenmesi ile planlanmış olup, bu araştırma ile ulusal ve uluslararası literatürde bu konuda ihtiyaç duyan bireylere gereken yardım sağlanarak gelecekte gerçekleştirilecek çalışmalara ışık tutması amacıyla gerçekleştirildi. Bu nedenle bu araştırma palyatif bakım kliniğindeki trakeostomili ve nazogastrik sondalı hastaların bakım vericilerinin bakım yükü ve uyku kalitesinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

1-Palyatif bakım kliniğindeki trakeostomili ve nazogastrik sondalı hastaların bakım vericilerinin bakım yükü ve uyku kalitesi ne düzeydedir?

2-Palyatif bakım kliniğindeki trakeostomili ve nazogastrik sondalı hastaların bakım vericilerinin değişkenleri bakım yükü ve uyku kalitesi düzeylerini etkiler mi?

3-Palyatif bakım kliniğindeki trakeostomili ve nazogastrik sondalı hastaların bakım vericilerinin bakım yükü ile uyku kalitesi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım Tanımı ve Amacı

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında yaptığı palyatif bakım tanımı, “yaşamı tehdit eden hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hastalar ile onlara bakım verenlerin, öncelikle ağrı ile birlikte tüm fiziksel, psikososyal, ruhsal/spiritüel problemleri erken dönemde tanıyıp, güçlü bir şekilde değerlendirmeler yaparak bu sorunların engellenmeyi ve çözmeyi hedefleyen yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlayan bir yaklaşım olarak ifade edilmiştir (WHO, 2002).

Palyatif bakım, hayatı ciddi derecede tehdit eden hastalıklarla ilgili problemlerle karşılaşan yetişkin ya da çocuk hastaların bakım vericilerinin yaşam kalitesini artıran bir yaklaşım türüdür. Bu yaklaşım türü hastada bulunan ağrının, fiziksel, psikososyal ve ya manevi gibi bazı sıkıntıların erken tespiti, doğru değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla acıyı önler ve dindirir. Bir ekip anlayışı şeklinde hasta ve bakım vericilere yaklaşan palyatif bakımın amaçlarından biri de hastaya ve bakım vericiye bütüncül olarak yaklaşp yaşam sonu desteği sağlamaktır. Bu anlayışa basit gereksinimlerin karşılanmasından yas danışmanlığının sağlanmasına kadar bir çok destek sistemi dahildir. Palyatif bakım hastaların yaşamı son bulana kadar olabildiğince aktif yaşamalarına yardımcı olacak bir destek sistemi sunar (WHO, 2018). Palyatif bakımdaki asıl hedeflerden biri de birincil hastalıkların kontrolü haricinde hasta ve bakım vericinin manevi destek, danışmanlık, eğitim, iletişim ve sosyal hizmet gibi gereksinimlerini kapsayıcı olarak ele alıp geniş bir çerçevede sunmaktır. Bu hususta Palyatif bakımın temel hedefi hasta ve ailelerin yaşam kalitesini artırmaktır (Kıvanç, 2017).

İnsan yaşamını tehdit eden ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen pek çok hastalık, palyatif bakım gereksinimini beraberinde getirebilmektedir. DSÖ'e göre ilk sıralarda yer alan bu hastalıklar; kalp damar hastalıkları, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları, HIV/AIDS, diyabet gibi hastalıklardır (WHO, 2021).

2.2. Palyatif Bakım Modelleri

Literatur incelendiğinde birçok ülkede çeşitli palyatif bakım modelleri ile karşılaşılmaktadır. Karşılaşılan bu modeller, palyatif bakım ünitesi/yatan hasta birimleri, evde bakım hizmetleri, hospis, gündüz bakım veren evler, palyatif bakım veren poliklinik hizmetleri, palyatif bakım danışma hizmetleri veren bölümlerden oluşmaktadır (Lagman ve Walsh, 2005; Aydoğan ve Uygun, 2011).

Palyatif bakım ünitesi/yatan hasta klinikleri; bu uygulama kaynak tüketimini ile hastane giderlerini düşüren bir çözüm yolu olarak görülmektedir. Mevcut hastalığın belirtilerinin yönetilmesini kolaylaştırmaya imkan tanır. Akut ve kronik palyatif bakım merkezi olarak iki farklı şekilde uygulanmaktadır. Etkili bir palyatif bakım hizmeti sunulmasına imkan tanır. Terminal dönemdeki hastalara uygulanan gereksiz tetkik ve tedavi yükünü önemi derecede azaltır. Bu sebeple hastalar daha az yorgunluk duyar (Gürsan ve Erdoğan, 2022).

Evde bakım (Homecare); hastanın evinde, hastane düzeyi palyatif bakım hizmetinin sunulmasıdır. Fizik tedavi, rehabilitasyon, psikososyal destek gibi uzmanlık gerektiren hizmetlere ihtiyaç duyan ve parenteral ilaç tedavisi yapılacak hastalara, kesintisiz (7 gün 24 saat) palyatif bakım hizmeti sunulmasını sağlar (Gürsan ve Erdoğan, 2022).

Hospis (Hospice); Ev tipi hastanelerde, tedaviye cevap vermeyen terminal dönem hastaların semptomlarının yönetildiği yerlerdir. Amacı hastanın son günlerini itibarlı ve rahat geçirmesini sağlamaktır (Gürsan ve Erdoğan, 2022).

Gündüz bakım veren evler (Day Care); hasta bireyler için sosyal izolasyonun önlemek için oluşturulan alanlardır. Asıl amacı hastanın sosyal destek sistemlerinin mevcut olduğunu bilmesi, semptom yönetimine yardımcı olmaktadır (Gürsan ve Erdoğan, 2022).

Palyatif bakım veren poliklinik (ayaktan tedavi) hizmetleri; destek tedavilerinin sunulduğu bir diğer birim olan ayakta hasta poliklinik ortamlarıdır (Gürsan ve Erdoğan, 2022).

Palyatif bakım konsültasyon (danışma) hizmeti; ihtiyaç halinde uzman ekibin paltif hizmeti sunmasıdır (Gürsan ve Erdoğan, 2022).

Bunların haricinde palyatif bakım üç şekilde katagorize edebiliriz;

1. Toplum temelli palyatif bakım; Ayaktan hastaların semptom yönetimini sağlayarak bakım maliyetlerini düşürmek, bakım vericiye bakıma ihtiyacı olan bireyin bakımına ilişkin eğitim vermek, manevi ve psikososyal destek sağlamak için oluşturulan birimlerdir (Hui ve Bruera 2015; Uslu ve Terzioğlu, 2015).

2. Ev temeline dayandırılan palyatif bakım; amacı ev ortamında da hastanede sunulan bakımın sunulmasının sağlanmasıdır. Hastane ile işbirliği içinde hizmet sunumu gerçekleştirir (Uslu ve Terzioğlu, 2015).

3. Hastane temelli palyatif bakım; uzman sağlık personel ekibince verilen durumu ciddi, ağır semptomlara sahip hastalara sunulan hizmettir (Gürsan ve Erdoğan, 2022).

2.3. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım

Palyatif bakım, ilk kez 1842 de Fransa’da hayata geçirilmiştir. Kurulan bu ilk merkezde, palyatif bakımından ziyade hospis hizmetleri sunulmuştur (Öngel, 2017). Hospisin anlamı Latin dilinde gezgin evleri olan Hospes kelimesinden gelmiştir (Sürmeli ve Akçiçek, 2016). Hospis, ciddi düzeyde kronik hastalığı bulunan, uygulanan tedaviye cevap alamayan ve terminal dönem hastalara son dönem bakımı vermek ile bu bireylerin var olan belirtilerini azaltmak amacıyla kurulmuş, hasta ile hasta ailesinin birlikte bir bütün olarak değerlendirilen yerlerdir (Topal, 2017).

İlk olarak Kanadalı bir doktor olan Balfour Mound tarafından kullanılan palyatif bakım terimi 1974 yılında semptomların giderilmesini hedefleyen bir tedavi ortamında kullanılmıştır. Bu Palyatif bakımın içinde, çok boyutlu değerlendirme, ciddi ve şiddetli fiziksel, duygusal rahatsızlığın yönetimi; sadece hekim ve hemşireler değil bunların yanında birçok disiplinden disiplinler arası bakım; sadece hastalara değil bakım vericilere de özen göstermenin önemi vurgulanmıştır (Von Gunten ve ark., 2011; Yennurajalingam ve ark., 2011).

Türkiye’de palyatif bakım hizmeti sunabilecek ve hospis kelimesinin kavram niteliğine benzer olan ilk kurum, 1993 ve 1997 yılları arasında Türk Onkoloji Vakfı tarafından, kanser bakım hizmeti sunan ve hospis benzeri kuruluşlar oluşturulmuştur. Ancak maddi imkanların eksik kalmasından dolayı kurulan merkezler kapatılmıştır. Daha sonra ise

Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında Ankara’da, kanser hastalığı bulunan palyatif bakım hastalarına hizmet için “Hacettepe Umut Evi” isimli bir kurum kurulmuştur (Bag, 2012; Öngel, 2017). Türkiye’de palyatif bakım merkezi olarak pilot uygulama, Ankara Ulus Devlet Hastanesi’nde başlatılmıştır (Ceylan ve ark., 2012).

Türkiye de palyatif bakımla ilgili ilk yasal düzenleme ise 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 (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024).

2.4. Palyatif Bakımda Beslenme Desteği

Palyatif bakım ihtiyacı olan hastalarda bir diğer önemli problem beslenme sorunudur. Beslenme problemi hastalığa ve ya hastalıkla ilgili bir duruma bağlı olarak ortaya çıkan bir olaydır. Bu durum ortaya çıktığında multidisipliner ekip üyelerinden biri olan diyetisyenler devreye girmektedir. Hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi aynı zamanda uygun kalori yönetimi için diyetisyenler, hastanın hastalığına uygun diyet planlaması yapmaktadır. Diyetisyenler bu süreci planlarken doktor, hemşire, hasta ve yakını ile iletişim içinde olup diyeti hastanın malnutrisyon durumunu dikkate alarak revize eder ve ihtiyaç halinde ek beslenme ürünlerini de diyet planına dahil etmektedirler (Bag, 2012; Harputluoğlu ve Çelik, 2020; Özçelik ve ark., 2014).

Beslenme ihtiyacı olan hastaya beslenme yardımı verilirken, ilk tercih edilen oral yol olmalıdır. Oral beslenme yolu en kolay ve ucuz yöntemdir. Tüm uygulamalara rağmen oral yolla beslenmesi sağlanamıyorsa gastrointestinal sistem işlevselliğine göre enteral ya da parenteral beslenme türleri tercih edilebilir. Beslenme ihtiyacı bulunan hastanın beslenme durumunun incelenmesi ve destek olunması palyatif bakım tedavisinin önemli faktörlerinden biridir (Tuncer ve Bayındır, 2016).

2.4.1. Enteral Beslenme

Enteral beslenme şekli ağızdan başlayan ve jejenuma devam eden gastrointestinal sistemin bazı farklı bölgelerinden uygulanabilmektedir. Bu bölgelere erişim, doğrudan (örneğin ağızdan oral bir boşluk ile erişilmesi gibi), bir tüpten faydalanarak (örneğin nazogastrik ve nazoduedonal yollar gibi), perkütan yol ile (perkütan gastrostomi ve ya jejenostomi) ve ya cerrahi yol ile yapılabilir. Oral yoldan beslenmesi olmayan hastalarda gastrik yol ile beslenme tercih edilebilmektedir (Akıncı, 2011).

Beslenme desteği tedavi planına göre enteral beslenme, kısa süreli enteral beslenme ve uzun süreli enteral beslenme diye ikiye ayrılır:

2.4.1.1. Kısa Süreli Enteral Beslenme

Oral yoldan beslenemeyi kullanamayan hastalar da kısa süreli yapılan enteral beslenme şeklidir (Bankhead ve ark., 2009). Oral ve nazogastrik sonda ile beslenme yöntemi en çok tercih edilen enteral beslenme yollarındandır. Bu tür beslenmelerde beslenme başlamadan önce nazogastrik tüpün yerinde olup olmadığı mutlaka kontrol edilmelidir. Bu kontrolü sağlamak için en güvenilir yol, radyolojik görüntüleme sistemidir (Umuroğlu ve ark., 2004). Yetişkinlerde Nazogastrik sonda takıldıktan sonra tüpün yerinde olup olmadığının kontrolünü sağlamak için kapnografi yapılabilir ya da mide öz sıvısı aspire edilerek ph değerine bakılabilir (Bankhead ve ark., 2009). Nazogastrik sondanın yerinde olup olmadığını kontrol etmede uygulanan, nazogastrik sondadan hava verilerek mide seslerinin duyulması metodu, güvenli bir metod olarak kabul görülmekte ve kullanılması tavsiye edilmemektedir (Akıncı, 2011; Bankhead ve ark., 2009).

2.4.1.2. Uzun Süreli Enteral Beslenme

Enteral yoldan beslenme desteğinin 4 haftadan uzun sürdüğü beslenme türüdür (Schrag ve ark., 2007). Bu beslenme türünde; beslenmenin başarılı olabilmesi amacıyla uygun enteral beslenme cihazının ve enteral yoldan beslenme bölgesinin tercih edilmesi, gerekli olan bakım ve düzenli takibin aksatılmaması önemlidir. Böyle durumlara karar verebilmesi amacıyla gastrointestinal sistemin anatomik yapısı, hasta bireyin daha önce geçirmiş olduğu cerrahi işlemlerin, üst gastrointestinal sistemin kullanılabilirliğinin ve tedavinin planının uzunluğu göz önünde bulundurulmalıdır (Bankhead ve ark., 2009).

Eğer hastanın enteral yoldan beslenme desteği 4 haftayı aşkın bir süre ise PEG kullanımı önerilmektedir (Volkert ve ark., 2006).

2.5. Trakeostomi

Solunum güçlüğü yaşayan palyatif bakım kliniğinde bulunan bazı hastalarda havayolu açıklığını sağlamak ve solunum fonksiyonunu devam ettirmek için trakeostomi açılmaktadır. Trakeotomi kelimesi kökeni Yunanca'dan gelmektedir. Kelime olarak 'trakeanın kesilmesi' anlamı taşır. Trakeostomi, hava yolu akışını sağlamak için trakeanın ön duvarın da üçüncü ya da dördüncü kıkırdak halka seviyesinde açıklık olabilmesi amacıyla yapılan cerrahi işlem olarak ifade edilir. Hayat kurtaran uygulamalar olarak bilinen yöntemlerin en eskisidir. Treokotomi geçici veya kalıcı olabilmektedir. Kalıcı olan trakeostomilerde hasta hayatının geri kalanında hava ihtiyacını bu açıklıktan sağlamaktadır (Hickey, 2002). Trakeostomi hastalarda hava yolu açıklığını sağladığı için hayati öneme sahiptir. Bunun yanı sıra bakımında ve taburculuk sonrasında pnömotoraks, apne, tüpe bağlı gelişen komplikasyonlar, peristomal cilt problemleri, trakeal stenoz, trakeaözefagial reflü, enfeksiyon, kanama gibi birçok komplikasyon riski bulunmaktadır (Karaca ve ark., 2019). Oluşabilecek bu komplikasyonların engellenmesi için bakım vericilere beslenme, aspirasyon, kanülün temizliği, kaf balonunun kontrolü, trakeostomi çevresindeki cilt bakımı tam anlamıyla öğretilmeli ve yapılmalıdır (Dawson, 2014).

2.6. Bakım ve Bakım Yükü Kavramları

2.6.1. Bakım

Bakım, yaşamda gerek duyulan ilişkisel, öznel ve etik tarafları olan çok yönlü bir kavramdır (Cambridge Dictionary, 2024). Bakım, bir şeyin durumunun sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi için yapılan çaba ya da bir kişinin beslenme, giyinme gibi günlük hayati ihtiyaçlarının karşılanması sürecine denir (Türk Dil Kurumu Sözlükleri, 2024). Bakıma muhtaç hastalarda bakım, ciddi bir özen ve süreklilik gerektiren bir süreçtir. Bu sürecin doğru yönetilmesi oluşabilecek herhangi olumsuz bir durumu en aza indirmede önemli bir rol oynamaktadır (Akalın ve Modanlıoğlu, 2019). Hemşirelik mesleği, bakımı profesyonel kimliği ile bütünleştirmiş ve bütünü ayrılmaz bir parçası olarak kabul etmiştir (Yıldırım, 2021). Bakım verme, hastayı bütüncül bir şekilde ele alıp, çeşitli açılardan

yaklaşarak değerlendirebilme, ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak bakım sürecini organize etmek ve uygulanmasını sağlamak, hastanın gereksinim duyacağı bütün alanlarda sağlanabilecek maddi, fiziksel, sosyal ve emosyonel yardımın düzenlenmesini içinde barındıran, hastalara verilen bakım hizmetlerini ve bu süreçteki sorumluluklarını üstlenme olarak tanımlanabilir (Aşiret ve Kapucu 2012).

2.6.2. Bakım Yüğü

Bakım yüğü, hasta bireyin bakımının sebep olduğı olumsuz sonuçlar ve algılanan stresin seviyesine bağılı bakım verenlerde görülen çok yönlü bir tepki olarak tanımlanır. Bundan dolayı bakım yüğü hem objektif hem de subjektif sonuçları içerir. Bakım yüğü, bakım vericilerin sadece fiziksel değıl, aynı zamanda psikolojik, duygusal ve fonksiyonel sağığında olumsuz yönde etkiler (Işıl ve Onan, 2016).

Palyatif bakım sürecinde genellikle terminal dönemdeki hastalara bakım desteğı hasta bireyin yakınları tarafından verilmektedir. Bu yüzden bakım veren hasta yakınlarının, hastanın bakımını üstlenmesi ve yaşam kalitesini artırma üzerinde ciddi öneme sahip oldukları bilinmektedir. Bu süreç bakım veren hasta yakınlarına ciddi bir stres ve bakım yükünü de beraberinde getirmektedir (Hudson ve Payne, 2011; WHO, 2007).

Yük kavramı, bakım veren kişilerin bakım görevini üstlendiklerinde, ekonomik, psikolojik, sosyal, fiziksel, ailesel sorunlarla birlikte, kontrolün kendilerinde olmadığını hissettikleri durumların bir sonucu olarak tanımlanmaktadır (Dağdeviren ve ark., 2020; Liu ve ark., 2020).

Bakım yükünü arttıran bazı etkenler; yaşı genç olmak, kadın olmak, ekonomik olarak düşük gelir düzeyine sahip olmak ve hastaya yalnız başına bakım sağlamak gibi etmenler bakım yükünün arttırmakla birlikte yıpranmayı da beraberinde getirmektedir (Yaşar, 2008).

Artan bakım yüğü ile birlikte bakım vericilerin algıladıkları umutsuzluk ve stres düzeyleri de artmaktadır (Polat ve ark., 2020). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda ve bakım vericilerin de ölüm korkusu ortaya çıkmaktadır. Ölüm korkusu nedeniyle palyatif bakım sürecinde bakım vericilerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve buna yönelik uygun psiko-sosyal desteğın sağlanması oldukça önem taşımaktadır (Ay, 2018; Schulz ve ark., 2018).

2.6.3. Bakım Yükünü Azaltmada Hemşirenin Rolü

Bakım verenin bakım yükünü azaltmak için bakım vericinin ve bakım alan hastanın gereksinimleri doğrultusunda bir danışmanlık hizmetinin verilmelidir. Verilen bu hizmet bakımın kalitesini arttırmakla birlikte bakım verenin stres düzeyini düşürmekte, hastanın yaşam kalitesinde artışa sebep olmaktadır (Vicki ve ark., 2001).

Palyatif Bakım Kliniğinde hastalara bakım veren bakım vericilerle iş birliği içerisinde yürütülen bu süreçte hemşirelere büyük sorumluluklar yüklenmektedir (Karakurt ve ark., 2020). Literatüre bakıldığında bakım verici bireylerdeki bireysel baş etme ve umutsuzluk düzeylerinin azaltılmasında hemşirelerin, süreci kolaylaştırmaktan sorumlu olduklarının önemli olduğu vurgulanmıştır (Baysan ve ark., 2018; Çınar ve ark., 2020). Bu yüzden hemşirelerin özellikle palyatif bakım klinikleri başta olmak üzere, hemşirelik bakımına yönelik çalışmaları önem arz etmektedir (Ninnoni ve ark., 2023).

Hemşirelerin, bakım, hastanın semptom kontrolü, hasta ve hasta ailesinin eğitimi, hastanın yanı sıra ailesinin de ulaşabileceği ihtiyacı olan bakım hizmetlerine ve farklı disiplinlere danışmanlık sağlama şeklinde önem arz eden rol ve sorumlulukları vardır. Hemşire, hasta ve bakım vericiyle tedavi ve bakıma odaklanarak yakın ilişkiler geliştirir ve yardımcı olur. Hasta ve bakım vereni destekleyerek, güçlendirerek bakımın kalitesinin artmasını sağlar. Hemşire hasta ve bakım vericiye yararlanabileceği kaynaklardan fayda sağlayabilmesi için danışmanlık hizmeti sunmalıdır. Ayrıca hasta için gerekli olan bakımın planlanması ve uygulanmasına bakım verici dahil edilmeli bunun için bakım verici desteklemeli ve cesaretlendirmelidir (Özçelik, 2020).

Pavlish ve Ceronsky (2009)'a göre, palyatif bakımda hemşirenin rolünü ele alan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Hemşirelerin palyatif bakım konusundaki bilgi eksiklikleri, hastaların bakımı almasını olumsuz yönde etkileyebilir (Kıyak ve ark., 2022; Pavlish ve Ceronsky, 2009).

2.7. Uyku

2.7.1. Uykunun Tanımı ve Uykunun Evreleri

Temel biyolojik bir işlev olan uyku beynin aktif kalabilmesi için dinlenmesini sağlayan

bir süreçtir. Bilinç kaybının bereberinde, dış etkenlere ve sınırlı hareketsizliğe karşı olağan ve geri döndürülebilir bir cevap verme durumu uyku olarak tanımlanmaktadır (Bugueno, 2017; Hanson ve Huecker, 2020).

Temel insan gereksinimlerinden biri olan uyku olmadığında, ya da eksik kaldığında dikkat ve karar verme yetenekleri olumsuz etkilenir, huzursuzluk düzeyi yükselir ve günlük faaliyetlere katılım oranı azalır. Uyku tüm organizmalar için koruyucu ve tekrarlayıcı bir göreve sahip olduğu için büyük öneme taşır (Potter ve Perry, 2003).

Uyku, uyku laboratuvarlarında beynin elektriksel aktivitesini ölçen elektroensefalogram (EEG), göz hareketlerini ölçen elektrookülogram (EOG) ve kasın dinlenme durumundaki kasılma ve gevşeme hallerini ölçen elektromiyogram (EMG) polisomnograf ile analiz edilir. Uyku evrelerini belirlemede EEG bulguları kullanılır. Latent dönem uyumak için gözleri kapatmak ile tam olarak uykuya geçiş süresi arasında geçen döneme denir. Bu dönemden sonra değişim dönemleri gerçekleşir. Bilinen iki major uyku evresi tanımlanmaktadır (Black ve ark., 2003). Bunlar;

1. Hızlı göz hareketlerinin bulunmadığı uyku dönemi (NREM)
2. Hızlı göz hareketleri olan uyku dönemi (REM)

Birey uyandığında kendini hem bedensel hem de ruhsal açıdan iyi, dinlenmiş olduğunu belirtiyorsa bu yeterli ve sağlıklı bir uyku uyuduğunun göstergesidir. Uyku kalitesinin nitelik ve nicelik düzeyini etkileyen bazı faktörler şunlardır;

- Uykuya dalabilmek için gereken sürenin uzunluğu
- Uykudan uyanma sıklığı ve sayısı
- Uykunun uzunluğu (Roper ve ark, 1996).

2.7.2. Uyku Kalitesi

Uykuya hissedilen ihtiyaç; yaşa bağlı, cinsiyete göre, fiziksel aktivite durumuna, hastalık geçmişine ve psikolojik durum gibi bazı özelliklere göre değişkenlik gösterebilmektedir (Akova, 2018).

Uyku sorunlarının genel nüfusta görülme sıklığı %40' a ulaşmıştır. Uyku sorunları

sadece bedensel, ruhsal sağlıkla alakalı değil aynı zamanda sosyal yaşamla da ilgilidir. Yapılan araştırmalara göre uyku sorunlarının ciddi düzeyde çalışma gücü kaybına yol açtığı bilinmektedir. Bu yüzden uyku problemlerinin nedenlerinin belirlenip tedavi edilmesi önemlidir (zdemir ve ark., 2018).

Uyku kalitesi, hem fiziksel hem de zihinsel sağlıkla bağlantılı bir kavramdır. Bundan dolayı uyku problemleri fiziksel ve psikolojik stresle yakından bağlantılıdır. Kronik hastalıkları bulunan hastalara bakım veren bakım vericilerin uyku kalitesinin azalması sık karşılaşılan bir durumdur. Aslan, Sanisoğlu, Akyol ve Yetkin (2009), kanser hastalarına bakım sağlayan yakınlarının uyku kalitesini ele aldığı çalışmalarında bakım sağlayıcıların %72.2'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu ve Sarı, Eşer ve Khorshid (2010) kanser hastalarının uyku ve depresyon seviyelerini ele aldıkları araştırmalarında ise hasta yakınlarının %82'sinin uyku kalitesinin iyi olmadığı belirtilmiştir (Aslan, Sanisoğlu ve ark., 2009; Sarı, Eşer ve ark., 2010). Chang, Tsai, Chang and Tsao (2007) isimli araştırmacıların meme kanseri tanısı bulunan hastalara bakım sağlayanların uyku kalitesi ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri araştırmada da yine benzer sonuçlara ulaşmış, bakım sağlayıcıların %88.5'inin uyku kalitesinin kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yılmaz ve Sarı, 2017).

Uyku kalitesini önemli kılan iki etken vardır; bunlardan ilki uyku kalitesi ile ilgili yakınmaların oldukça fazla olması, ikincisi ise uyku kalitesinin düşüklüğünün farklı hastalıklara sebep olabilmektedir (stn ve Yücel, 2011).

2.7.3. Uyku Aktivitesini Etkileyen Faktörler

Uykunu süresini ve kalitesi bazı faktörlere bağlı olabilmektedir. Bunlar;

2.7.3.1. Yaş

Uyku fizyolojisinin en önemli belirleyicilerinden biri de yaştır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte uyku gereksinimi azalır. Genç bireyler yaşlı bireylere göre daha çabuk uykuya dalar fakat yaşlı bireyler gece daha hızlı ve çabuk uyanırlar (Potter ve Perry, 2003).

2.7.3.2. Cinsiyet

Araştırmaların çoğu gösteriyor ki özellikle kadınlar post-menapozal dönemde uyuma

problemleriyle karşılaşmaktadır (Ulusoy ve Kukulu, 2013). Bu dönemde östrojen hormonundaki azalma kadınlarda uyku problemlerinin görülme sebebi olarak kabul edilir. Ayrıca kadınlarda anemi, hipotroidi gibi hastalıkların sık görülmesi uykuya yatkınlık, sürekli uyuma gibi sorunları da beraberinde getirmektedir (Baysal, 2018).

2.7.3.3. Hastalık

Fizyolojik ve psikolojik bir stres etkeni olan hastalıklar uyku kalitesini ve düzenini etkiler. Bunun yanında hastalık bireyde daha fazla uyku gereksinimine sebep olur (Baysal, 2018).

2.7.3.4. Egzersiz

Günboyu egzersiz yapan ve hareket halinde olan bireyler gece daha rahat uyurlar. Egzersizin gün içinde yapıldığı zaman önemlidir. Örneğin uykudan önceki üç saat egzersiz yapılması uykunun kalitesini olumsuz yönde etkileyeceği için önerilmemektedir (Driver ve Taylor, 2000). Yapılan araştırmalar gösteriyor ki egzersizin uyuma problemi yaşayan kişilerde non farmakolojik bir yaklaşım olarak pozitif etkileri olmuştur (Baysal, 2018).

2.7.3.5. Stres

Anksiyete ve stres uykudan kalktıktan sonra bile bireyin kendini yorgun hissetmesine sebep olur. Stress ile gerginlik bireyin ihtiyacından daha az miktarda uyuma eğiliminde olması ve uykunun REM miktarını azaltması olarak iki şekilde ortaya çıkar (Baysal, 2018).

2.7.3.6. Kullandığı ilaçlar

Bazı ilaçların alınması uyku kalitesini gibi uyumayı sağlamak için tavsiye edilen bazı ilaçlarda da faydadan ziyade, bireylerde yeni sorunlara yol açabilir. Ayrıca bazı ilaçlar REM uku sürecini etkiler ve çalışma verimliliğinde düşüşe sebep olur (Potter ve Perry, 2003).

2.7.3.7. Alkol ile Kafein Alımı

Alkol alımının ilk aşamasında uyku verici etkisi ve uykuya dalma sürecini rahatlatma

etkisi bulunurken ilerleyen süreçlerde uyku örüntüsünde bozulmaya ve uyku aşamaları arasındaki bölünmelerin artmasına sebebiyet verir. Kafein içerikli yiyecek ve içeceklerin tüketimi ise uykuya dalmayı zorlaştırarak geceleri sık aralıklarla uyanmaya sebep olur (Baysal, 2018).

2.7.3.8. Diyet

Kilo alıp vermenin uyku düzeni üzerinde etkileri olduğu bilinmektedir. Kilo vermek geceleri sık sık ve gündüzleri erken uyanmaya sebep olurken kilo almak bunun tam tersi bir etkiye sebep olur (Baysal, 2018).

2.7.3.9. Çevre

Uyku sürecinin başlamasına ve devam etmesine etki eden en temel unsurlardan biri de çevredir. Gürültü ile uyku kavramı birbiriyle bağlantılıdır. Gürültünün yüksek olduğu yerlerde uyku derin değildir ve uyuma süresi düşüktür. Uykunun kalitesini etkileyen diğer bazı etmenler arasında oda ısısı, ışık, yatağın boyutu ya da sertliği bulunmaktadır (Baysal, 2018).

2.7.3.10. Yaşam Biçimi

Uyku kalitesine ve uyku örüntüsüne etki eden diğer bir etmende kişinin yaşam biçimidir. Özellikle vardiyalı iş sistemi uyku sorunlarının yaşanmasına sebep olan en önemli durumlardan biridir (Baysal, 2018).

2.7.4. Uyku Kalitesini Artırmada Hemşirenin Rolü

Hemşirelik kuramcılarının bir çoğuna göre uyku, temel insan ihtiyacıdır bununla birlikte hemşirelik tanisi olarakta literatürde yer almaktadır. Öneli bir tanı olan "Uyku örüntüsünde bozukluk", NANDA'nin (North American Nursing Diagnosis Association) belirlediği hemşirelik tanıları arasında bulunur. Sağlıklı bir uyku, iyileşme sürecini hızlandırdığı için hastaların normalden daha fazla dinlenmeye ve uykuya ihtiyaçları bulunur. Hemşireler, hasta ve sağlıklı bireylere bütünsel bir yaklaşım sergileyerek, onları etkileyebilecek ya da etkileyen olası sorunları önceden tespit etmeli ve bu sorunlara uygun müdahalelerde bulunabilmelidir (Şevik Erdöl, 2024).

Hasta veya sağlıklı birey için rahatlatıcı bir ortamın oluşturulması, uyku ve diğer temel fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanması, hemşirelerin önemli görevlerinden biridir. Bu nedenle, hastane ortamında uykuya engel olan faktörlerin tespit edilip ortadan kaldırılması, hem hastalar hem de hemşirelik uygulamaları için faydalı olacak, uykusuzluk ve bunun yol açabileceği sorunların nlenmesine yardımcı olacaktır (şevik Erdöl, 2024).

Uyku problemleriyle ilgili hemşirelik müdahalelerinin uygulanmasındaki ilk adım, veri toplamaktır. Bireyin uyku alışkanlıkları ve düzeni ile mevcut uyku düzeni ve buna etki eden faktörler sorgulanarak veri toplanmalıdır. Uyku, znel bir deneyimdir. Sadece birey, uykusunun yeterli, rahat ve dinlendirici olup olmadığını fark edebilir. Eğer birey bir uyku problemi yaşadığını düşünüyor ve bu nedenle başvuruyorsa, hemşirenin daha ayrıntılı bir öykü alması gerekecektir (şevik Erdöl, 2024).

Palyatif bakım birimlerinde bulunan hastalara bakım sağlayan bakım vericilerin bakım yükü ldk fazladır. Bakım yüklerinin yanı sıra bakım vericilerin bozulan uyku kalitesinde verilen bakımın yükünü arttırmaktadır.

Hemşire hastayı ve bakım vereni bir bütün olarak ele almalıdır. Hastanın daha iyi bir bakım almasını sağlamakla sorumlu olan hemşire bunu yapmak için bakım vereninde ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmalı ve gereken desteği sağlamalıdır. Hemşire daha iyi bir uyku kalitesi için hasta yakınıni bilgilendirmeli, hastaya vereceği bakımın detayları anlatılmalı, dinlendirici, sessiz ve sakin bir ortam oluşturulmalı, bakım vericinin uyku alışkanlığını ve uyku gereksinimini belirlemeli, gerektiğinde bakım vericilerin değişmesini sağlamalıdır.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma nicel araştırma türlerinden olan tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ekim 2023- Haziran 2024 tarihleri arasında Palyatif Bakım Kliniğinde bulunan nazogastrik sondalı ve trakeostomili hastaların bakım vericileri ile yapıldı. İlgili hastanede bir tane palyatif bakım kliniği bulunmaktadır. Palyatif bakım kliniği 15 yatak kapasitesine sahip olup, klinikte toplam 11 hemşire, 1 yaşlı bakım elemanı görevlerini sürdürmektedirler.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye'nin doğusunda yer alan bir ilin merkezinde bulunan eğitim ve araştırma hastanesinde palyatif bakım ünitesinde son bir yıldır kalan 18 yaş üzeri 429 hasta yakını oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'nın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır. Formül; " $n = N \cdot t_2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N - 1) + t_2 \cdot p \cdot q$ " şeklindedir. Bu formülde; $t(1 - \alpha)$: t- tablosundan, belirli güven düzeyinde (genellikle %95) "sonsuz" serbestlik derecesindeki değeri simgeler (%95 için t-tablo değeri =1.96'dır). Bununla birlikte, N: evrendeki birey sayısını, n: saptanacak optimum örnek büyüklüğü, p: incelenen olayın görülüş sıklığı, q: (1-p) incelenen olayın görülmeme olasılığını, d: araştırmada belirlenecek hızın olası standart sapmasını (0,05) simgeler. Formüle göre yapılan hesaplamada çalışmanın örneklem büyüklüğünün en az 93 olması gerektiği belirlendi. Örneklemi ise ilgili klinikte araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan en az 93 birey planlanmış olup veri kayıpları öngörülerek, çalışmaya katılmaya gönüllü 100 bakım verici ile çalışma tamalanmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- İletişim ve iş birliğine açık olmak
- 18 yaş üzeri olmak
- Araştırma yönergelerini anlayabilmek
- Gönüllü olarak araştırmaya katılmak isteyen bakım vericiler
- Palyatif bakım kliniğinde nazogastrik sondalı veya trakeostomili hastaya bakım verici olarak bulunmak
- En az bir ay ve üzeri hastaya bakım vermek

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Bakım yükü ölçeği puanı ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinden (PUKİ) alınan puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

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.

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; Tanıtıcı özellikler formu (Ek-1), “Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği” (Ek-2) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi” (Ek-3), kullanılarak toplandı.

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Bilgin ve Özdemir 2024; Egici ve ark., 2019) geliştirilen form, bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, hastaya yakınlık derecesi, ekonomik durum) 6 soru ve bakım vericiye ait bilgileri içeren (ne kadar zamandır palyatif bakım ünitesinde hastasının tedavi gördüğü, hastaya ne kadar süredir bakım verdiği, hastaya nasıl bakım vereceğini bilip bilmeme durumu, hastasının hastalığı hakkında kimden bilgi alıp almadığı) 4 soru toplamda 10 sorudan oluşmuştur.

3.5.2. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBVYÖ)

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı, Zaritt, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (Zaritt ve ark, 1980). Türkiye’de ise İnci ve Erdem aracılığıyla 2008 yılında geçerlilik ve güvenilirliği tamamlanmış ve Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.95 olarak bulunmuştur. (İnci ve Erdem, 2008). Bu ölçek, bakım sağlama durumunun bireylerin hayatı üzerinde oluşturduğu etkiyi belirleyen 22 ifadeden oluşmuş ve bakım ihtiyacı olan kişilere bakım sağlayabların yaşadıkları stresi incelemek için kullanılmaktadır. Ölçekte bulunan asla, nadiren, bazen, sık sık, ve hemen her zaman şeklinde 0’dan 4’e kadar olan seçenekler Likert ölçek tipine aittir. Bu ölçekten elde edilen total puan 0-88 arasında değişebilmektedir, toplam puan yükseldiğinde bireylerin hissettikleri bakım yüğü düzeyi de artmaktadır. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinde bulunan maddeler sıklıkla sosyal ve duygusal alanla ilgili sorular içerir. Puanlamada ise 0-20 puanlar arası bakım yükünün olmadığını, 21-40 puanlar arası hafif bakım yükünün olduğunu, 41-60 puanlar arası orta düzeyde bakım yükünün olduğunu ve 61-88 puanlar arası ise ağır bakım yükünün olduğunu gösterir (İnci ve Erdem, 2008). Bu araştırmada ise cronbach alfa değeri .833 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğı (PSQI)

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğı 1989 yılında Buysse ve arkadaşları aracılığıyla geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Ağargün ve arkadaşları aracılığıyla 1996 yılında oluşturulmuştur (Agargun, 1996). Bu ölçek totalde 24 sorudan oluşmaktadır. Ölçek yedi bileşene sahiptir. Bu bileşenler, özenle uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğudur. Totaldeki ölçek puanının yüksek olması uyku kalitesinin iyi olmadığını gösterir. Bu ölçek uyku bozukluğuna sahip olup olmadığı ve ya uyku bozukluklarının sıklığını gösterir. Fakat ölçeğin total puanın beş ve üstünde olması kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir (Agargun, 1996). Bu araştırmada ise cronbach alfa değeri .680 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Kliniğinde araştırmacı tarafından anket soruları tek

tek okunarak hasta yakınlarının soruları yanıtlaması istenmiştir. Bakım verici ile görüşme ortalama 15-20 dk. sürmüştür. Anket formları; vizit, tedavi ve yemek saatleri dışında hastaların odasında yüz yüze uygulanmıştır. Anket formunu yanıtlamadan önce bakım vericilere anket ile ilgili sözlü olarak açıklama yapıldı ve araştırma kriterlerine uyan çalışmaya katılmayı kabul eden bakım vericilere anket uygulandı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile 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. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise “*Kurtosis*” ve “*Skewness*” kat sayıları (± 2) ile hesaplanmıştır (Büyüköztürk, 2014).

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan 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 İç Geçerlilik	Pearson Korelasyon Analizi	Spearman Korelasyon Analizi
Verilerin normallik dağılımı	Cronbach α kat sayısı Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.2’de sunulmuştur.

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

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		Kat Sayısı		Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı	100	0.198	0.241	-0.339	0.478
PUKI Ölçeğı	100	-0.219	0.241	-0.326	0.478
Öznel Uyku Kalitesi	100	.	.	.	.
Uyku Latensi	100	0.202	0.241	-0.807	0.478
Uyku Süresi	100	-0.639	0.241	-0.724	0.478
Alışılmış Uyku Etkinliğı	100	-0.951	0.241	-1.026	0.478
Uyku Bozukluğı	100	0.568	0.241	6.362	0.478
Uyku İlacı Kullanımı	100	0.730	0.241	-0.750	0.478
Gündüz İşlev Bozukluğı	100	-0.075	0.241	-0.827	0.478
Yaş	100	-0.841	0.241	1.369	0.478

* Tüm veriler normal dağılmaktadır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu'ndan (27.07.2023 tarihli 07/05 karar numaralı Ek-4) onay alındıktan sonra, Sağlık Müdürlüğü ve Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır (Ek-5). Araştırmaya başlamadan önce araştırmaya katılacak bakım vericilere araştırmanın amacı, süresi ve uygulama aşaması açıklanarak Aydınlatılmış Onam İlkesi'ne bağlı kalınmıştır. Araştırmaya katılacak bakım vericilerin sözel onamları alınarak gönüllü olanlar çalışmaya kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Kliniğı ile sınırlıdır. Ayrıca araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden bakım vericilerin verdiği cevaplar ile sınırlıdır. Araştırma sadece bu kurumda yapıldığı için sonuçlar sadece bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Bakım Vericilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=100)

Demografik Özellikler	Kategori	n	%		
Cinsiyet	Kadın	81	81.0		
	Erkek	19	19.0		
Eğitim Durumu	İlkokul	22	22.0		
	Ortaokul	15	15.0		
	Lise	44	44.0		
	Üniversite	19	19.0		
Medeni Durum	Evli	78	78.0		
	Bekar	22	22.0		
	Anne/baba	10	10.0		
	Eş	15	15.0		
Hastaya Yakınlık Derecesi	Kardeş	16	16.0		
	Çocuk	38	38.0		
	Diğer(bakıcı,akraba,vb.)	21	21.0		
Hastalıktan Maddi Olarak Etkilenme durumu	Evet	54	54.0		
Hastaya Nasıl Bir Bakım Vereceğini Bilme	Hayır	46	46.0		
Hastanın Hastalığı Hakkında Bilgi Alınan Yer	Evet	88	88.0		
	Hayır	12	12.0		
	Doktordan	20	20.0		
Hastanın Palyatif Bakım Alma Süresi	Doktordan ve Hemşireden	78	78.0		
	Diğer (e-nabız,vb.)	2	2.0		
	1-3 ay	78	78.0		
Bakım Verme Süresi	3-6 ay	14	14.0		
	6 ay ve üzeri	8	8.0		
	6 ay ve daha az	59	59.0		
	6 aydan fazla	41	41.0		
Sayısal Değişkenler	N	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	100	20	74.00	45.73	12.03

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, bakım vericilerin %81’i kadındır, %44’ü lise mezunudur, %38’i hastanın çocuğudur ve %54’ü hastalıktan dolayı maddi olarak etkilenmiştir. Bakım vericilerin %88’i hastaya nasıl bir bakım vereceğini bilmektedir, %78’i hastalıkla ilgili bilgiyi doktor ve hemşireden almaktadır. Hastaların %78’i 1-3 aydır palyatif bakım

almaktadır, bakım verme süresi %59 6 ay veya daha azdır, ortalama yaş 45.73 ± 12.03 'dür.

Zarit Bakım Verme Yüğü ve PUKİ Ölçeğinden alınan puanların dağılımı Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Zarit Bakım Verme Yüğü ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	100	8.00	73.00	30.07	12.78
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği	100	2.00	16.00	9.65	3.36
Öznel Uyku Kalitesi	100	0.00	0.00	0.00	0.00
Uyku Latensi	100	0.00	3.00	1.66	0.84
Uyku Süresi	100	0.00	3.00	1.97	1.02
Alışılmış Uyku Etkinliği	100	0.00	3.00	2.14	1.31
Uyku Bozukluğu	100	0.00	2.00	1.03	0.33
Uyku İlacı Kullanımı	100	0.00	3.00	0.99	1.07
Gündüz İşlev Bozukluğu	100	0.00	3.00	1.86	0.82
Ölçek Kesme Noktalarına Göre Bakım Yüğü Düzeyi	n	%	-	-	-
Bakım yüğü yok	32	32.0	-	-	-
Hafif bakım yüğü	42	42.0	-	-	-
Orta düzey bakım yüğü	25	25.0	-	-	-
Ağır bakım yüğü	1	1.0	-	-	-

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi bakım vericiler, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği toplamından 30.07 ± 12.78 ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplamından 9.65 ± 3.36 puan almışlardır. . Katılımcılar Öznel Uyku Kalitesi bileşeninden 0 puan, Uyku Latensi bileşeninden 1.66 ± 0.84 puan, Uyku Süresi bileşeninden 1.97 ± 1.02 puan, Alışılmış Uyku Etkinliği bileşeninden 2.14 ± 1.31 puan, Uyku Bozukluğu bileşeninden 1.03 ± 0.33 puan, Uyku İlacı Kullanımı bileşeninden 0.99 ± 1.07 puan ve Gündüz İşlev Bozukluğu bileşeninden 1.86 ± 0.82 puan almışlardır. Ölçek kesme noktalarına göre katılımcıların %42'si hafif bakım yüküne sahiptirler.

Demografik özelliklere göre Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden alınan puanlarının

karşılaştırılması Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Bakım Vericilerin Demografik Özelliklerine Göre Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Kategori	n	Zarit Bakım Verme Yüğü			
			Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	81	30.10	12.08	t=0.046	0.963
	Erkek	19	29.95	15.79		
	İlkokul	22	33.91	10.95		
Eğitim Durumu	Ortaokul	15	30.07	11.81	F=2.610	0.056
	Lise	44	31.05	13.76		
	Üniversite	19	23.37	11.42		
Medeni Durum	Evli	78	30.03	13.16	t=-0.065	0.948
	Bekar	22	30.23	11.61		
	Anne/baba	10	39.40	4.01		
Hastaya Yakınlık Derecesi	Eş	15	30.87	11.27	F=2.697	0.035
	Kardeş	16	24.25	13.21		
	Çocuk	38	31.32	11.50		
	Diğer(bakıcı, akraba, vb.)	21	27.24	15.94		
Hastalıktan Maddi Olarak Etkilenme durumu	Evet	54	31.46	11.85	t=1.183	0.240
	Hayır	46	28.43	13.75		
Hastaya Nasıl Bir Bakım Vereceğini Bilme	Evet	88	29.52	12.84	t=-1.162	0.248
	Hayır	12	34.08	12.07		
Hastanın Hastalığı Hakkında Bilgi Alınan Yer	Doktordan	20	30.90	13.26	F=0.759	0.471
	Doktordan ve Hemşireden	78	29.59	12.75		
	Diğer (e-nabız, vb.)	2	40.50	7.78		
Hastanın Palyatif Bakım Alma Süresi	1-3 ay	78	30.21	12.92	F=0.020	0.980
	3-6 ay	14	29.50	13.29		
	6 ay ve üzeri	8	29.75	12.03		
Bakım Verme Süresi	6 ay ve daha az	59	28.37	13.80	t=2.578	0.112
	6 aydan fazla	41	32.51	10.86		

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi.

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, hastaya yakınlık derecesine göre Zarit Bakım Verme Yüğü ölçek toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastanın anne

babası olanların puanlarının, hastanın kardeşi, çocuğu ve diğer yakını olanlardan daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastalıktan maddi olarak etkilenme durumu, hastaya nasıl bir bakım vereceğini bilme, hastanın hastalığı hakkında bilgi alınan yer, hastanın palyatif bakım alma süresi ve bakım verme süresine göre göre Zarit Bakım Verme Yüğü ölçek toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Demografik özelliklere göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4’de sunulmuştur.



Tablo 4.4. Bakım Vericilerin Demografik Özelliklerine Göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Kategori	n	PUKI			
			Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	81	9.54	3.44	t=-0.653	0.515
	Erkek	19	10.11	3.07		
	İlkokul	22	9.68	3.08		
Eğitim Durumu	Ortaokul	15	9.67	3.27	F=0.021	0.996
	Lise	44	9.70	3.46		
	Üniversite	19	9.47	3.78		
Medeni Durum	Evli	78	9.92	3.38	t=1.539	0.127
	Bekar	22	8.68	3.20		
	Anne/baba	10	11.70	2.45		
Hastaya Yakınlık Derecesi	Eş	15	9.00	3.78	F=2.005	0.100
	Kardeş	16	10.44	2.83		
	Çocuk	38	9.68	3.46		
Hastaya Nasıl Bir Bakım Vereceğini Bilme	Diğer(bakıcı,akraba,vb.)	21	8.48	3.30	t=0.231	0.817
	Evet	54	9.72	3.13		
	Hayır	46	9.57	3.66		
Hastanın Hastalığı Hakkında Bilgi Alınan Yer	Doktordan	20	9.75	3.43	F=0.179	0.836
	Doktordan ve Hemşireden	78	9.59	3.34		
	Diğer (e-nabız,vb.)	2	11.00	5.66		
Hastanın Palyatif Bakım Alma Süresi	1-3 ay	78	9.71	3.24	F=0.094	0.910
	3-6 ay	14	9.29	4.21		
	6 ay ve üzeri	8	9.75	3.33		
Bakım Verme Süresi	6 ay ve daha az	59	10.08	3.01	t=2.437	0.122
	6 aydan fazla	41	9.02	3.76		

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastaya yakınlık derecesi, hastalıktan maddi olarak etkilenme durumu, hastaya nasıl bir bakım vereceğini bilme, hastanın hastalığı hakkında bilgi alınan yer, hastanın palyatif bakım alma süresi ve bakım verme süresine göre Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Yaş ile Zarit Bakım Verme Yüğü ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğı arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.5’de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Yaş ile Zarit Bakım Verme Yüğü ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler		Yaş
Zarit Bakım Verme Yüğü	r	0.164
	p	0.103
	n	100
Uyku Latensi	r	0.087
	p	0.387
	n	100
Uyku Süresi	r	0.164
	p	0.103
	n	100
Alışılmış Uyku Etkinliğı	r	-0.030
	p	0.770
	n	100
Uyku Bozukluğı	r	0.144
	p	0.154
	n	100
Uyku İlacı Kullanımı	r	0.019
	p	0.848
	n	100
Gündüz İşlev Bozukluğı	r	-0.067
	p	0.510
	n	100
Pittsburgh Uyku Kalitesi	r	0.064
	p	0.525
	n	100

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi yaş ile Zarit Bakım Verme Yüğü, Uyku Latensi, Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliğı, Uyku Bozukluğı, Uyku İlacı Kullanımı, Gündüz İşlev Bozukluğı bileşenleri ve Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçek puanı ve PUKI Ölçek puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçek puanı ve PUKİ Ölçek Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

PUKİ		Zarit Bakım Verme Yüğü
	r	-0.013
Uyku Latensi	p	0.900
	n	100
	r	0.103
Uyku Süresi	p	0.307
	n	100
	r	-0.024
Alışılmış Uyku Etkinliğı	p	0.812
	n	100
	r	0.154
Uyku Bozukluğı	p	0.125
	n	100
	r	0.090
Uyku İlacı Kullanımı	p	0.372
	n	100
	r	0.125
Gündüz İşlev Bozukluğı	p	0.216
	n	100
	r	0.093
Pittsburgh Uyku Kalitesi	p	0.358
	n	100

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeğı toplam puanı ile Uyku Latensi, Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliğı, Uyku Bozukluğı, Uyku İlacı Kullanımı, Gündüz İşlev Bozukluğı bileşenleri ve Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Bakım verme yükünün uyku kalitesine etkisini gösterir regresyon analizi Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Bakım Verme Yükünün Uyku Kalitesine Etkisini Gösterir Regresyon Analizi

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
Sabit katsayı	8.915	0.864	-	10.313	0.000	7.199	10.630
Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği	0.024	0.026	0.093	0.924	0.358	-0.028	0.077

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, regresyon analizi, bakım verme yükünün uyku kalitesini ne derece yordadığını ortaya koymak için uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçek puanı ile PUKI ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($R=0.093$, $R^2_{\text{adjusted}}=-0.001$, $F_{(1,98)}=0.0853$; $p=0.000$).

5. TARTIŞMA

Palyatif bakım kliniğindeki trakeostomili ve nazogastrik sondalı hastaların bakım vericilerinin bakım yükü ve uyku kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Zarit Bakım Verme Yükü ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Yapılan bu çalışmada, bakım sağlayan bakım vericilerin bakım verme yükü incelendiğinde, katılımcıların Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'nden ortalama 30.07 ± 12.78 puan aldıkları görülmüştür (Tablo 4.2). Ölçeğin puanlamasına bakıldığında bu değer, genel olarak hafif düzeyde bir bakım yüküne işaret eder. Bu çalışmada da görüldüğü gibi katılımcıların %42'si hafif bakım yüküne sahiptir. Literatürde bu araştırma bulgusuna benzer bir çalışma yer almaktadır (Başdinç, 2019). Yapılan bazı çalışmalarda ise orta ve ağır düzeyde bakım yükü sonucuna ulaşılmıştır (Altay ve ark., 2022; Sağlam ve ark., 2016). Bu bulgu, bize bakım verme sürecinin bireyler üzerinde sınırlı düzeyde bir yük oluşturduğunu göstermektedir. Ayrıca hemşirenin, hasta ve bakım vericiyle tedavi ve bakıma odaklanarak yakın ilişkiler geliştirmesi ve yardımcı olması bakım yükü düzeyinin bu araştırma için düşük çıkmasında rol oynadığı düşünülmüştür. Her ne kadar düşük düzeyli bir yük olsa bile bu durum uzun vadede fiziksel ve psikolojik sağlığı olumsuz etkileyebileceği için bakım vericilere yönelik ihtiyaç duyulan unsurlar için destek sağlanması önemlidir.

Bu çalışmada Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği'nden elde edilen ortalama puanın 9.65 ± 3.36 olması, çalışmaya katılan katılımcıların uyku kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 4.2). Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinin kesme noktası olan 5 puanın üzerinde bir ortalama olması, çalışmaya katılan birçok katılımcının uyku problemleri yaşadığını göstermektedir. Bu bulgu diğer çalışmalarla da paralellik göstermektedir (Görgülü ve Akdemir, 2016; Yıldırım, 2021). Bakım sağlayan kişinin yaşadığı stres, anksiyete ve yorgunluğun uykuya geçme süresini uzattığı, gece boyunca uyanmalarının sık yaşanmasına neden olduğu ve genel olarak uyku kalitesini azalttığını

belirtilmektedir (Maltby, Sanderson ve ark., 2017). Uyku kalitesi ile ilgili yapılan bazı literatür kaynaklarında, daha çok kronik hastalığı olan bireylere uzun süreli bakım sağlayan bakım vericilerin artan bakım yükünün uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Webster ve ark., 2024). Bu araştırma bulgusu bize bakım veren bireylerin yaşadığı stres, gece uykusuzluğu veya düzensiz bakım saatleri sebebiyle kaliteli bir uykuya sahip olmadığını düşündürmektedir. Yaşanılan bu uyku bozuklukları ise hem bakım verme kalitesini azaltmakta hem de bakım veren bireyin fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

5.2. Bakım Vericilerin Demografik Özelliklerine Göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan bakım vericilerin %38'inin hastanın çocuğu olduğu bakım verme yükünün aile bireyleri arasında daha çok çocuklarda olduğunu göstermektedir (Tablo 4.1). Hastaya yakınlık derecesine göre bakım verme yükü ile ilgili literatür incelendiğinde farklı sonuçlara rastlanmıştır. Örneğin literatürde hasta bireyin eşinin bakım verme yükü düzeyinin daha yüksek olduğunu bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Adelman ve ark., 2014; Kuzuya ve ark., 2006). Karlıkaya ve Freeman'nın araştırmalarına bakıldığında ise yakınlık derecesi ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür (Freeman, 2010; Karlıkaya, 2005). Duman'ın yaptığı çalışmada da yine hasta ile yakınlık derecesinin bakım vericinin bakım yükünü etkilemediği belirlenmiştir (Duman, 2020). Elde edilen farklı sonuçların, örneklem gruplarının çeşitliliğine, kültürel bağlamların farklılığına, bireysel baş etme becerilerine, sosyal destek düzeylerine bağlı olduğu düşünülebilir. Benzer sonuçlar ise, çocuk gibi birinci derece yakınların duygusal ve fiziksel olarak daha fazla sorumluluk hissetmesi nedeniyle daha yüksek bakım yükü yaşadığını göstermektedir. Bu araştırmada elde edilen bulgulara göre, hastaya bakım sağlayan bakım vericinin hastaya olan yakınlık derecesi bakım yükü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymuştur (Tablo 4.3). Özellikle bakım vericinin hastanın anne ya da babası olması bakım yükü puanlarının, hastanın kardeşi, çocuğu veya diğer yakınlarına oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan araştırmada elde edilen bu bulgu, literatürde de sık sık vurgulanan ebeveyn bakımının duygusal, fiziksel yönden daha fazla zorlayıcı olduğunu desteklemektedir (Starr ve ak., 2023). Genel olarak bakıldığında, bakım sağlayan bireylerin bakım yükünü etkileyen önemli faktörlerden biri

de hastayla olan duygusal bağ ve sosyal rolü olduğu söylenebilir. Bu yüzden bakım vericilere yönelik destek programlarının (özellikle ebeveynlerine bakım veren bireylere) bakım yükünü hafifletmek adına önemli bir yaklaşım olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada incelenen diğer demografik özelliklerden olan cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, bakım verme bilgi düzeyi, hastalığa ilişkin bilgi edinme kaynağı gibi değişkenlerin bakım verme yükü puanı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür. İlgili literatürde benzer sonuçlara rastlanmıştır (Gök Uğur ve Çatıker, 2019). Yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere oranla daha fazla bakım yükü yaşadığı; eğitim düzeyi düşük olan bireylerin bilgi eksikliği sebebiyle bakım verme konusunda daha çok zorlandığı görülmüştür (Walter ve Pinquart, 2020). Bazı toplumlarda cinsiyet rolleri veya eğitim düzeyine bağlı beklentiler belirgin olduğundan bu faktörler bakım yükünü etkileyebilirken, diğer çalışmalarda bu değişkenler ön plana çıkmayabilir.

5.3. Bakım Vericilerin Demografik Özelliklerine Göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Bu araştırmada, bakım vericilerin demografik özellikleri ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastaya yakınlık derecesi, bakım verme bilgisi, hastanın hastalığı ile ilgili bilgi alınan kişi, palyatif bakım verme süresi gibi değişkenlere göre uyku kalitesi açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.4). Literatüre bakıldığında bakım vericilerin uyku kalitesi üzerinde demografik özelliklerin pek çok farklı sonucu ile karşılaşmak mümkündür. Yapılan bir çalışmada, özellikle kadın bakım vericilerin uyku kalitesinin daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanında, bakım verme süresinin uzunluğu ve bakım veren yükü uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyen diğer demografik faktörler arasındadır (Hamamcı ve ark., 2019). Yapılan başka bir çalışmada ise eğitim durumu ve sosyoekonomik koşulların uyku kalitesiyle anlamlı ilişkisi net olarak belirtilmemiştir (Can ve ark., 2020). Benzer ve farklı sonuçların ortaya çıkması, katılımcıların yaşam koşulları, toplumsal roller, bireysel algılar ve bakım sürecine yükledikleri anlamların farklılık göstermesinden kaynaklanabilmektedir. Bu faktörler, uyku kalitesini etkileyen demografik değişkenlerin her çalışmada aynı şekilde ortaya çıkmamasına neden olabilmektedir. Sonuç olarak bakıldığında bakım vericilerin uyku kalitesi üzerinde etkili faktörlerin daha detaylı olarak araştırılması ve özellikle stres,

bakım yükü gibi değişkenlerin değerlendirilmesi önerilmektedir. Bununla birlikte bakım vericilerin uyku sorunlarını gidermeye yönelik destek çalışmaları geliştirilmesi önemlidir.

5.4. Yaş ile Zarit Bakım Verme Yükü ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler, bakım sağlayan bakım vericilerin ortalama yaşının 45.73 ± 12.03 olduğunu, bakım sağlayıcıların genellikle orta yaş grubundaki kişiler tarafından sağlandığını göstermektedir (Tablo 4.1). Bu araştırmada yaş ile Zarit Bakım Verme Yükü ve Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 4.5). Literatürde bu araştırma bulgusuna benzer bir çalışma görülmektedir (Can ve ark., 2020). Yaş ile bakım yükü ve uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması, bakım sürecinin yaşa bağlı olmaktan çok bireysel dayanıklılık, sosyal destek ve psikolojik durum gibi faktörlerle şekillenmesinden kaynaklanabilir. Ayrıca, her yaş grubundaki bireyler benzer stres ve sorumluluk düzeyleriyle karşılaşabileceği için yaş tek başına belirleyici bir etken olmayabilir.

5.5. Zarit Bakım Verme Yükü Ölçek puanı ve PUKİ Ölçek Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yapılan bu araştırmada aynı zamanda bakım verme yükü ile uyku kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş olup inceleme sonucunda, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBVO) puanı ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.6). İlgili literature bakıldığında farklı sonuçlara rastlanmıştır (Can ve ark., 2020). Elde edilen bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalarda çıkan bakım yükü arttıkça uyku kalitesinin mutlaka bozulduğu sonucu ile paralellik göstermiyor gibi görünse de, bu durumun bir çok farklı nedene bağlı olduğu düşünülmektedir. Araştırma örnekleminin cevaplarının homojenliğinden ya da araştırmaya katılan katılımcıların bakım rollerine uyum sağlama düzeylerinin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Sonuç olarak bu durum, tüm bakım veren bireyler için geçerli olmayabilir. Farklı bakım vericilerin bulunduğu gruplarda, özellikle daha ağır bakım yükü sorumluluğu üstlenen bireylerde bu ilişkinin daha belirgin olması mümkün olabilir. Bu sebeple, ileride yapılacak olan çalışmalarda örneklem çeşitliliğinin artırılması ve birden çok değişkenli analizlerin yapılması önemlidir. Bunun yanı sıra uyku kalitesi sadece bakım yüküyle ilgili değil aynı

zamanda bakım verici bireyin genel sağlık durumu, psikolojik durumu, çevresel faktörler ve yaşam tarzı gibi çok sayıda değişkenle ilişkilendirilebilir (Lin ve ark., 2022). Bu yüzden, bakım yükü ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin doğrudan olmaktan ziyade dolaylı yollarla etkileniyor olması sonucu düşünülmektedir. Bununla birlikte yapılan bu araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının özbildirim (self-report) yöntemine dayanması, araştırmaya katılan katılımcıların uyku kalitesi ve bakım yükünü algılamalarındaki subjektif farklılıklar nedeniyle sonuçları etkileyebildiği düşünülmektedir. Sonuç olarak, bu araştırmada bakım veren bireylerin hem bakım yükü hem de uyku kalitesi yönünden belirli oranda zorlandıkları görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, palyatif bakım sürecinde bakım vericilere yönelik destek (psikososyal, uyku hijyeni eğitimi ve danışmanlık) hizmetlerinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca bakım yükü ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin ileri düzey araştırmalarla incelenmesi, bakım veren bireylere yönelik destek programlarının planlanmasına fayda sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir eğitim ve araştırma hastanesinin palyatif bakım kliniğindeki trakeostomili ve nazogastrik sondalı hastaların bakım verenlerinin bakım yükü ve uyku kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır.

- Araştırmaya katılan bakım vericilerin büyük çoğunluğu kadın (%81) olup, ortalama yaşları 45.73 ± 12.03 olduğu,
- Katılımcıların %44'ü lise mezunu, %38'i hastanın çocuğu olduğu ve %54'ü nün hastalık nedeniyle maddi olarak etkilenmediği,
- Bakım vericilerin %88'i hastaya nasıl bir bakım vereceğini bildiğini, %78'i hastalıkla ilgili bilgiyi doktor ve hemşirelerden aldığını
- Hastaların %78'i 1–3 aydır palyatif bakım aldığını,
- Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinin toplam puan ortalamasının 30.07 ± 12.78 olduğu bulunmuştur; bu sonuç ise katılımcıların genel olarak hafif düzeyde bakım yüküne sahip olduğunu göstermektedir.
- Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) toplam puan ortalamasının 9.65 ± 3.36 olduğunu ve kötü uyku kalitesine sahip olduğunu göstermektedir.
- Zarit puanları ile cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, vb. gibi sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını,
- Ancak hastaya yakınlık derecesi ile bakım yükü arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$); özellikle anne-babaya bakım verenlerin bakım yükü puanları diğer yakınlarla göre daha fazladır.
- Cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, hasta ile yakınlık, maddi etkilenme, bakım bilgisi, bilgi alınan kaynak, palyatif bakım süresi ve bakım süresi ile PUKİ puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

- Zarit bakım yükü puanı ile PUKİ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Araştırmada elde edilen sonuçta bakım vericilerin büyük çoğunluğunun kadın olması ve bakım yükünün özellikle anne-baba bakımında artması bu gruba özel destek programlarının geliştirilmesini gerekli olduğunu düşündürmektedir.
- PUKİ puanlarının kötü uyku kalitesine işaret etmesi, uyku problemleri için psikolojik danışmanlık, uyku hijyeni eğitimi ve stres yönetimi odaklı müdahale programları uygulanmaları desteklenmelidir.
- Hastalıktan maddi olarak etkilenenlerin oranı fazla olduğu için maddi yük taşıyan bakım vericilere yönelik ekonomik destek modelleri geliştirilmelidir.
- Bakım vericilerin çoğunun kadın olması, bakım yükünün toplumsal cinsiyet rolleri ile nasıl örtüştüğünü göstermektedir. Bu yüzden kadınların üzerindeki bakım yükünü azaltmaya yönelik çalışmalar yapılmalı ve erkeklerin de bakım süreçlerine daha fazla katılımı çeşitli eğitimlerle ve destek programlarıyla teşvik edilmelidir.
- Bakım yükü ile uyku kalitesi arasında istatistiksel ilişki bulunmamasına rağmen gelecekte yapılacak çalışmalarda bu iki değişken arasında dolaylı etkiler araştırılmalı ve daha geniş bir örneklem seçilmelidir.

KAYNAKLAR

- Adib-Hajbaghery, M. and Ahmadi, B. (2019). Caregiver burden and its associated factors in caregivers of children and adolescents with chronic conditions. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7(4), 258.
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L. and Delgado, D. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052–1059.
- Ağargün, M. Y. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107–115.
- Akalın, B. ve Modanlıoğlu, A. (2019). Palyatif bakım eğitimlerinin sürdürülebilirliği. *İBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, Özel Sayı, 432–440.
- Akıncı, S. B. (2011). Enteral nutrisyon uygulama yöntemleri. *Klinik Gelişim Dergisi*, 24, 20–25.
- Akova, İ. ve Koçoğlu, G. (2018). 20 yaş üstü erişkinlerde uyku süresi, kalitesi, fiziksel aktivite düzeyi ve bazı antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiler. *Ahi Evran Medical Journal*, 2(3), 67–73.
- Aksüt, İ. (2024). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların bakım vericilerinin bireysel baş etme ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi.
- Altay, B., Saraçoğlu, E. ve Dönmez, M. D. (2022). Kanseri hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ve tükenmişlik düzeyleri. *Asos Journal: Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 124, 370–382.
- Aşiret, G. D. ve Kapucu, S. (2012). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 212–218.
- Aslan, O., Sanisoğlu, Y., Akyol, M. and Yetkin, S. (2009). Quality of sleep in Turkish family caregivers of cancer patients. *Cancer Nursing*, 32(5), 370–377.
- Ay, E., Durmaz, H., Olçun, Z. ve Okanlı, A. V. (2018). Kanseri hastasına bakım veren aile üyelerinin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve stresle baş etme tarzları. *Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*, 20(2), 11–13.
- Aydoğan, F. ve Uygun, K. (2011). Kanseri hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim*, 24, 4–9.
- Bağ, B. (2012). Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 27(3), 142–149.
- Bankhead, R., Boullata, J., Brantley, S., et al. (2009). Enteral nutrition practice recommendations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 33, 122–167.
- Başdinç, Ş. E. (2019). Palyatif bakımda yatan hasta yakınlarının bakım verme yükü ve psikososyal gereksinimleri (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Baysal, H. (2018). Uyku, dinlenme ve boş zaman aktiviteleri. In B. Erci, D. Kılıç and D.

- Adıbelli (Eds.), *Yaşam boyu sağlığı geliştirme* (ss. 363–376). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.
- Best, C. (2005). Caring for the patient with a nasogastric tube. *Nursing Standard*, 20(3), 59–65.
- Bilgin, S. ve Özdemir, S. (2024). Palyatif bakım ünitesindeki hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ile bakım ve tedavi sürecine ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 6(3), 211-220.
- Black, J., Hawks, H. J. and Keene, M. A. (2003). *Foundations of medical surgical nursing* (6th ed.). England: Mosby.
- Budak, S. (2019). Palyatif bakım alan PEG (Perkütan endoskopik gastrotomi) ve NG (Nazogastrik)'li hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Balıkesir Üniversitesi.
- Bugueño, M., Curihual, C., Olivares, P., Wallace, J. et al. (2017). Quality of sleep and academic performance in high school students. *Revista Médica de Chile*, 145(9).
- Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı* (20. baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Cambridge Dictionary. (2022). Care. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/care> (Erişim tarihi: 25 Temmuz 2024)
- Can, R., Eşer, İ. ve Akın, S. (2020). Evde bakım veren bireylerin bakım yükü ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 23(4), 453–460.
- Can, İ., Tekşan, H. ve İzgi, A. (2020). Evde bakım hastalarının bakım verenlerinde uyku, duygu durumu profili ve bakım veren yükünün değerlendirilmesi. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 6(2), 211–221.
- Carter, P. (2002). Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncology Nursing Forum*, 29(9), 1277–1283.
- Ceylan, A., Kabalak, A. A., Bayram, B., Arslan, F. ve Şimşek, M. (2012). Ankara Ulus Devlet Hastanesi “Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi”nde pilot hasta takip ve tedavileri.
- Chang, E. W., Tsai, Y. Y., Chang, T. W. and Tsao, C. J. (2007). Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psychooncology*, 16(10), 950–955.
- Çimete, G. (2002). *Yaşam sonu bakım: Ölümcül hastalarda bütüncül bakım*. İstanbul: Nobel Kitabevi.
- Çınar, D., Yıldırım, Y. ve Aykar, F. Ş. (2020). Kanseri tanılı hastanın Merley Mishel'in hastalıkta belirsizlik kuramına göre hemşirelik bakımı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 553–559.
- Dağdeviren, T. S., Demir, N., Adahan, D., Dağdeviren, M. and Tekin, O. (2020). Assessment of maintenance burden in the caregivers of the patients receiving home health care services. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(2), 186–195.

- Dawson, D. (2014). Essential principles: Tracheostomy care in the adult patient. *Nursing in Critical Care*, 19(2), 63–72.
- Driver, H. S. ve Taylor, S. R. (2000). Exercise and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 4, 387–402.
- Duman, Ö. (2020). Hasta yakınlarının palyatif bakıma ilişkin görüşlerinin bakım verici yüküne etkisi (Yüksek lisans tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Duracak, A. ve Özmen, D. (2023). Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel iyi oluş ve depresyon düzeylerinin bakım yüklerine etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 387–393.
- Egici, M., Can, M., Toprak, D., Öztürk, G., Esen, E. S., Özen, B. ve Sürekci, N. (2019). Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(2), 123–131.
- Ekiz, S. (2021). Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının bakıma hazır olma düzeyleri ve bakım yüklerinin belirlenmesi (Yüksek lisans tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi.
- Fadıloğlu, Ç. ve Ateş, M. (2017). Palyatif bakım sürecinde aile ve bakım vericiler. Y. Yıldırım ve Ç. Fadiloğlu (Ed.), *Palyatif bakım: Semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım* (1. baskı, ss. 155). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Freeman, S., Kurosawa, H., Ebihira, S. and Kohzuki, M. (2010). Caregiving burden for the oldest old: A population-based study of centenarian caregivers in Northern Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.008>
- Gürsan, K. ve Erdoğan, B. (2022). *Palyatif bakımda temel uygulamalar ve rehabilitasyon*. Ankara: İKSAD Yayınları.
- Hamamcı, M., Bozkurt, G., Karaaslan, Ö., Hacimusalar, Y. ve Ertuğrul İnan, L. (2019). Demans hastalarına bakım verenlerin uyku kalitelerinin değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*.
- Gök Uğur, H. ve Çatıker, A. (2019). Evde bakım hastalarının bakım vericilerindeki stres düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *EGE HFD*, 35(3), 115–122.
- Görgülü, Ü. ve Akdemir, N. (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(4), 125–132.
- Hanson, J. A. and Huecker, M. R. (2020). Sleep deprivation. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547676/>
- Harputluoğlu, N. ve Çelik, T. (2020). Pediatrik palyatif bakım. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 10(1), 1–7.
- Hickey, M. (2002). Focus on tracheostomy. *Perspectives*, 4(3), 1–6.
- Hudson, P. and Payne, S. (2011). Family caregivers and palliative care: Current status and agenda for the future. *Journal of Palliative Medicine*, 14, 864–869.

- Hui, D. and Bruera, E. (2015). Models of integration of oncology and palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 4(3), 89–98.
- Işıl, Ö. ve Onan, N. (2016). Yaşlı ve demanslı bireylere bakım verenlerde bakım yükü ve yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*, 74–80.
- İnci, F. ve Erdem, M. (2008). Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirliği. *Turk Journal of Research & Development in Nursing*, 11(4), 85–95.
- Karaca, T., Altınbaş, Y. ve Aslan, S. (2019). Trakeostomi bakımı eğitimi ve yaşlı hastalara bakım verenlerin bilgi düzeyine ve bakım yüküne etkisi: Yarı deneysel çalışma. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
- Karakurt, P., Köse Tuncer, S., Çiltaş, N. Y. ve Doğan, M. (2020). Determination of caregiver burden and social support levels among caregivers providing care for patients hospitalized in palliative care clinics. *Galician Medical Journal*, 27(4), 7–8.
- Karasar, N. (2020). *Bilimsel araştırma yöntemi* (36. baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karlıkaya, G., Yüksel, G., Varlıbaş, F. and Tireli, H. (2005). Caregiver burden in dementia: A study in the Turkish population. *The Internet Journal of Neurology*. <http://archive.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-neurology.html>
- Kıvanç, M. M. (2017). Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132–135.
- Kıyak, S., Altuntug, K. ve Ege, E. (2022). Hemşirelerin palyatif bakım ünitesinde çalışma ile ilgili görüşleri: Kalitatif çalışma. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(2), 191–199.
- Kuzuya, M., Masuda, Y., Hirakawa, Y., Iwata, M., Enoki, H., Hasegawa, J., Izawa, S. and Iguchi, A. (2006). Falls of the elderly are associated with burden of caregivers in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1002/gps.1554>
- Lagman, R. and Walsh, D. (2005). Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. *Seminars in Oncology*, 32(2), 134–138.
- Lin, I. F., Yang, Y. C. and Hsu, H. C. (2022). Sleep quality and its association with caregiving burden, mental health, and health-related behaviors among family caregivers. *Journal of Clinical Medicine*, 11(3), 719. <https://doi.org/10.3390/jcm11030719>
- Liu, Z., Heffernan, C. and Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445.
- Maltby, K. F., Sanderson, C. R., Lobb, E. A. and Phillips, J. L. (2017). Sleep disturbances in caregivers of patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 15(1), 125–140.
- McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Teri, L. and Vitiello, M. V. (2007). Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: Contributing factors and treatment

- implications. *Sleep Medicine Clinics*, 2(3), 417–425.
- Ninnoni, J. P. K. and Owoo, B. (2023). Psychosocial experiences of caring by family caregivers of patients living with prostate cancer in a teaching hospital: A descriptive phenomenological study. *Nursing Open*, 10(9), 6268–6281.
- Öksüzoğlu, S. (2018). Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerde depresyon ve tükenmişlik durumunun bakım süresiyle olan ilişkisi (Uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.
- Öngel, K. (2017). Palyatif bakım tarihçesi ve gelişimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 236–240.
- Özçelik, H., Fadıloğlu, Ç., Karabulut, B., Uyar, M., Elbi, H., Eyigör, S., Sertöz, Ö. Ö., Eyigör, C., Bıçaklı, D. H., Çalışkan, Z., Özaydemir, G., Güzel, Y. ve Yıldırım, Y. K. (2014). Kansere hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. *Ağrı*, 26(2), 47–56.
- Özçelik, S. (2020). Palyatif bakıma bakış ve hemşireliğin rolü. *Medical Palliative Care*, 1(3), 76–82.
- Özdemir, Ç., Halıcı, F., Özdemir, İ., Görpelioğlu, S., Akbıyık, D., Suvak, Ö. ve diğerleri. (2018). 15–49 yaş kadınlarda aneminin uyku kalitesi üzerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 38(3), 230–235.
- Özkan, Ç. G., Bayrak, B. ve Demirbağ, B. C. (2022). Ev ortamında yatağa bağımlı hastanın bakım vericilerinin bakım yükü ve kaygı düzeyine yönelik hemşirelik girişimleri. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 89–101.
- Pavlish, C. and Ceronsky, L. (2009). Oncology nurses' perceptions of nursing roles and professional attributes in palliative care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(4), 404–412.
- Polat, Ü. ve Atamer, B. (2020). Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım verenlerin bakım yükü, etkileyen faktörler ve karşılanmamış gereksinimleri. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 38–47.
- Potter, A. P. and Perry, A. G. (2003). *Basic nursing: Essential for practice* (5th ed.). England: Mosby.
- Roper, N., Logan, W. W. and Tierney, A. J. (1996). *The elements of nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sarı, D., Eşer, İ. ve Khorshid, L. (2010). Kanser hastalarına bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26(1), 1–10.
- Schrag, S. P., Sharma, R., Jaik, N. P., Seamon, M. J., Lukaszczuk, J. L., Martin, N. D. Et al. (2007). Complications related to percutaneous endoscopic gastrostomy tubes: A comprehensive clinical review. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*, 16, 407–418.
- Schulz, R., Beach, S. R., Friedman, E. M., Martzolf, G. R., Rodakowski, J. and James, A. E. (2018). Changing structures and processes to support family caregivers of seriously ill patients. *Journal of Palliative Medicine*, 21(S2), S36–S42.
- Şendir, M. ve Kızıl, H. (2019). Nazogastrik tüp uygulama öğretiminde yenilikçi bir

- yaklaşım: NAZO-AR. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(2), 86–90.
- Şevik Erdöl, H. (2024). Uyku. In T. Atabek Aştı & A. Karadağ (Eds.), *Hemşirelik esasları* (s. 947). İstanbul: Akademi Yayıncılık.
- Soyanıt, Ş. ve Avcı, İ. A. (2021). Göçmen bireylere bakım verenlerin bakım yükü ile özyeterlilikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 59–67.
- Starr, L. T., Washington, K., McPhillips, M. V., Pitzer, K., Demiris, G. and Parker Oliver, D. (2023). Insomnia symptoms among hospice family caregivers: Prevalence and association with caregiver mental and physical health, quality of life, and caregiver burden. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 25(1), 1–9.
- Sürmeli, D. M. ve Akçiçek, F. (2016). Palyatif bakım: Tanımı ve tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*, 8–11.
- Tarı Selçuk, K. ve Avcı, D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 30–37.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2015, 7 Temmuz). Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerininuygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html> (Erişim tarihi: 27.07.2024)
- Topal, K. (2017). Palyatif bakım tanımı ve felsefesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 231–235.
- Tuncer, Ö. ve Bayındır, A. (2016). Palyatif bakım hastalarında malnütrisyon. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(3), 11–14.
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri. (2024). <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 25.07.2024).
- Ulusoy, M. N. ve Kukulu, K. (2013). Kadınlarda uyku sorunlarının menopozla ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 206–213.
- Umuroğlu, T., Doğan, İ. V. ve Yayıcı, A. (2004). Misplacement of a nasogastric tube into the postpneumectomy space. *Marmara Medical Journal*, 17(2), 78–80.
- Uslu, F. ve Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. In *Palliative Care Education and Organization in the World and Turkey*. Ankara.
- Üstün, Y. ve Yücel, Ş. Ç. (2011). Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 29–38.
- Vicki, T. L.-D., Mold, J. W. and Flori, D. E. (2001). Perceived needs of African-American caregivers of elders with dementia. *Journal of the National Medical Association*, 93, 47–57.
- Volkert, D., Berner, Y. N., Berry, E., et al. (2006). ESPEN guidelines on enteral nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition*, 25, 330–360.
- Von Gunten, C. F., Lutz, S. and Ferris, F. D. (2011). Why oncologists should refer

- patients earlier for hospice care. *Cancer Network – Journal of Oncology*, 25(13).
- Walter, E. L. and Pinquart, M. (2020). How effective are dementia caregiver interventions? An updated comprehensive meta-analysis. *The Gerontologist*, 60(4), e609–e617.
- Webster, L. A., Ali, T., Sharninghausen, J., Hajduk, A. M., Gill, T. M. and Miner, B. (2024). Insomnia severity and daytime sleepiness in caregivers of advanced age. *Frontiers in Sleep*, 3, 1404684.
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines* (2nd ed.).
- World Health Organization. (2007). *Cancer control: Knowledge into action. WHO guide for effective programmes: Palliative care (Module 5)*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2018). WHO definition of palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Erişim tarihi: 15.05.2018)
- World Health Organization. (2021). *Palliative care: Key facts*
- Yaşar, E. K. (2009). Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Sezgin, Y. ve İspir, B. (2024). Türkiye'de hemşirelik alanında palyatif bakım konusunda yapılmış olan tezlerin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24–54.
- Yennurajalingam, S., Urbauer, D. L., Casper, K. L. B., Chacko, R., et al. (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.
- Yıldırım, S. (2021). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların bakım vericilerinin algılanan stres düzeylerinin ve uyku kalitelerinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi.
- Yıldırım, Y. (2014). Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. *Ağrı*, 26(2), 47–57.
- Yılmaz, D. ve Sarı, D. (2017). Kronik hastalığı olan hastalara bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2).
- Zarit, S. H., Reever, K. E. and Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649–655.
- Zaybak, A., Güneş, Ü., İsmailoğlu, E. G., ve Ülker, E. (2012). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 48–54.



Ek-1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Değerli katılımcılar, bu çalışma “Bu araştırma Palyatif Bakım Kliniğindeki Trakeostomili ve Nazogastrik Sondalı Hastaların Bakım Vericilerinin Bakım Yükü ve Uyku Kalitesinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. 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 Münevver 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. Hastanız ne kadar süredir palyatif bakım ünitesinde tedavi görüyor?
a) 1-3 ay b) 3-6 ay c) 6 ay ve üzeri
10. Hastanıza ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?
a) ≤ 6 ay b) > 6 aydan fazla

Ek-2. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

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

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

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

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

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

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

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

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

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

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

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

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

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

7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

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

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

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

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

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

10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

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

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

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

12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

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

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

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

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

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

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

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

16. Yakınınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

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

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

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

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

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

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

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

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

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

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

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

22. Yakınınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

Ek-3 Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

Aşağıdaki sorular, SON 1 (BİR) AY İÇİNDEKİ uyku alışkanlıklarınızı dikkate alarak cevaplayınız.		
1	Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?	
2	Geçen ay geceleri uykuya dalmamız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?	
3	Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?	
4	Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)	

GEÇEN AY aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?					
		Geçen ay boyunca hiç	Haftada birden az	Haftada bir veya iki kez	Haftada üç veya daha fazla
5a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız.				
5b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.				
5c	Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.				
5d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.				
5e	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.				
5f	Aşırı derecede üşüdünüz.				
5g	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.				
5h	Kötü rüyalar gördünüz.				
5i	Ağrı duydunuz.				
5j	Diğer nedenler...				

		Geçen ay boyunca hiç yok	Haftada birden az	Haftada 1-2 kere	Haftada 3 veya daha çok
6	Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkla uyku ilacı aldınız?				
7	Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?				
8	Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?				

		Çok iyi	Oldukça iyi	Oldukça kötü	Çok kötü
9	Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?				

Kaynak: Yücel Ağargün M, Kara H, Anlar Ö (1996) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi; 7:2.

Ek-4. Etik Kurul Kararları

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.07.2023-280226



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : E-88012460-050.01.04-280226
Konu : Etik Kurul Kararı (Münevver
YILDIRIM)

28.07.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulunun **27 Temmuz 2023** tarihli ve **07** sayılı oturumunda alınan 07/05 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmiştir. Bilgilerini rica ederim.

Doç.Dr. Mehmet YAZICI
Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu
Başkanı

Ek:Karar 05 (1 Sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
Münevver YILDIRIM

Bilgi:
Prof.Dr. Papatya KARAKURT

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSABCRAE34

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/eby-ebys>

Adres:Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Rektörlüğü Yalnızbağ yerleşkesi Erzincan Sivas
karayolu 12. km 24002 Erzincan
Telefon:444 8 024 – (0446) 226 66 66 Faks:(0446) 226 66 65
e-Posta:rektorluk@erzincan.edu.tr Web:<https://ebyu.edu.tr/tr/>
Kep Adresi:erzincanunv@hs02.kep.tr

Bilgi için: Şehriban AKKUŞ
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu
Tel No: (0446) 226 6666 - 10061





T.C
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI SAĞLIK VE SPOR BİLİMLERİ
ETİK KURULU KARARI

Etik Kurul Toplantı Tarihi	27/07/2023
Protokol No	07/05
Araştırma Başlığı	Palyatif Bakım Kliniğindeki Trakeostomili ve Nazogastrik Sondalı Hastaların Bakım Vericilerinin Bakım Yüğü ve Uyku Kalitesinin Belirlenmesi
Araştırma Türü	Nicel- Tanımlayıcı (tarama)
Araştırmacılar	Münevver YILDIRIM (Sorumlu Araştırmacı) Prof. Dr. Papatya KARAKURT (Danışman)
Karar	Başvuru dosyanıza ait araştırmanız etik açıdan uygun bulunmuştur.
Açıklama: 1. Etik Kurul Onayı, uygulama ve/veya veri toplama için araştırmacının ilgili kurum veya kuruluşlardan izin alma sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. 2. Kurul üyelerine ait araştırma önerileri görüşülürken, ilgili yönerge gereğince, öneri sahibi üye görüşmelere katılmamış ve oy kullanmamıştır.	

e-imzalıdır

Doç. Dr. Mehmet YAZICI
İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri
Etik Kurul Başkanı

Ek-5. Kurum İzin Yazısı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ERZİNCAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER	
Adı Soyadı	Münevver YILDIRIM
Kurumu / Üniversitesi	EBYU MGAEAH- Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Araştırma yapılacak yer	Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi MGAEAH Palyatif Bakım Merkezi- Göğüs Hast. Kliniği
İletişim Bilgileri	[REDACTED]
Araştırmanın konusu	Palyatif Bakım Kliniğindeki Trakeostomili ve Nazogastrik Sondalı Hastaların Bakım ve Vericilerinin Bakım Yükü ve Uyku Kalitesinin Belirlenmesi
Üniversite / Kurum onayı	Var / Yok
	Var
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Komisyon kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.
	Oybirliği ile kabul edilmiştir.

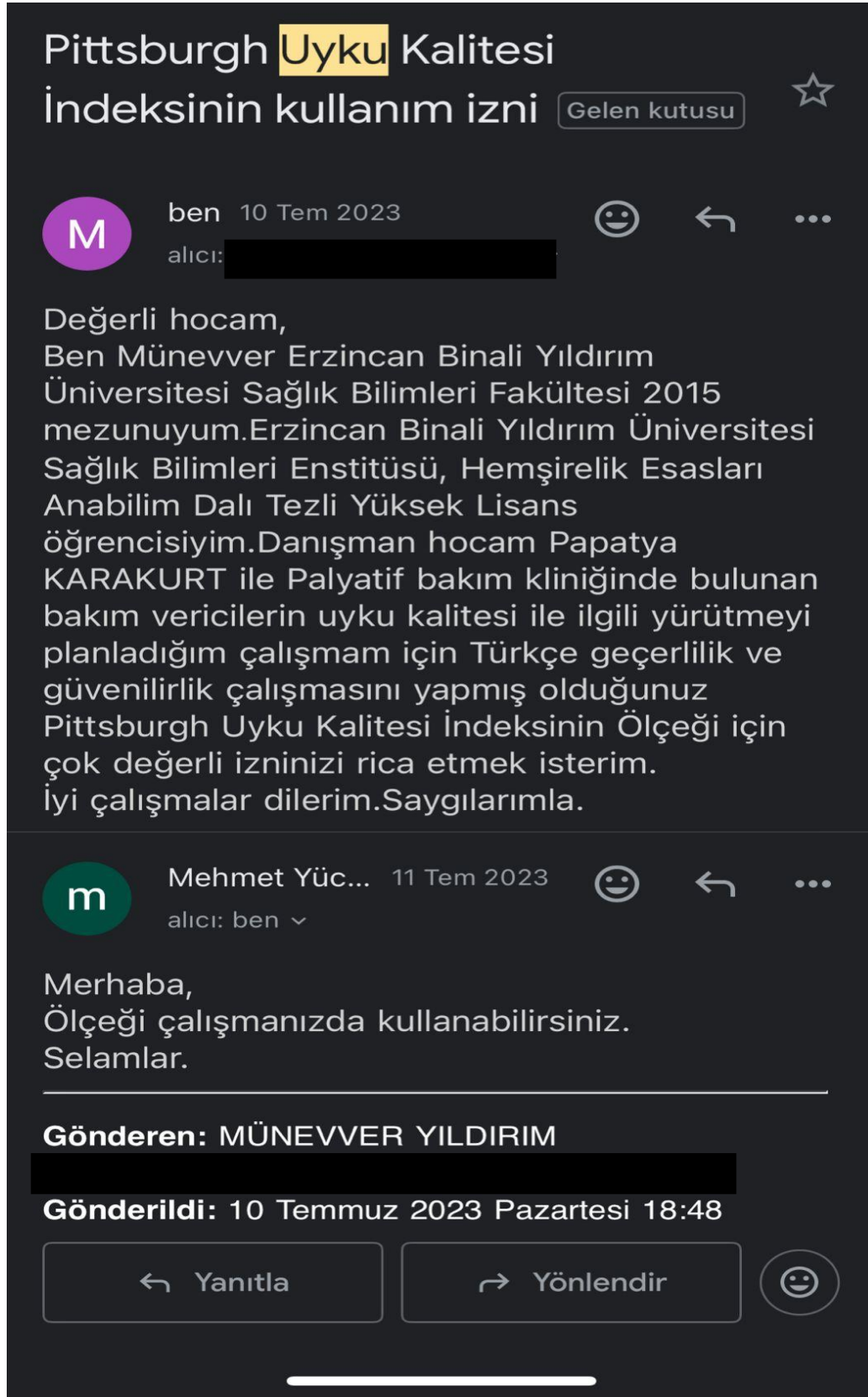
KOMİSYON

Ek-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)

Bu araştırma “**Palyatif Bakım Kliniğindeki Trakeostomili ve Nazogastrik Sondalı Hastaların Bakım Vericilerinin Bakım Yükü ve Uyku Kalitesinin Belirlenmesi**” amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın anket ve ölçek yöntemleri kullanılarak tanımlayıcı olarak yapılması planlanan araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Araştırmanın yapılması planlandığı hastanede Ekim 2023 – Haziran 2024 tarihlerinde araştırmaya katılmayı kabul eden palyatif bakım kliniğindeki tüm Nazogastrik Sondalı ve trakeostomili hastalara bakım verenler araştırma kapsamına alınacaktır. Anket soruları için sizden 15-20 dakika ayırmanız beklenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı Kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya daha sonra fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya munevveryildirim. @gmail.com adresinden ulaşabilirsiniz.

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı / Soyadı / İmzası
Münevver YILDIRIM
Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih
Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Ek-7. Ölçek İzin Mailleri





FADİME HAT... 11 Tem 2023



alıcı: ben v

Sayın Yıldırım,

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. Teşekkür eder,

çalışmalarınızda başarılar dileriz.
kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

iyi çalışmalar, saygılar

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

Doç. Dr. Fadime Hatice İNCİ
Müyesser ERDEM

Dr. Öğr. Üyesi

Doç. Dr. Fadime Hatice İNCİ

Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli/TÜRKİYE

ÖZGEÇMİŞ

Münevver YILDIRIM ilköğretim ve lise öğrenimini Erzincan'da tamamladıktan sonra 2015-2019 yılları arasında Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden mezun olmuştur. 2019 yılında Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Eğitim Fakültesi'nde pedagojik formasyon eğitimini tamamlamıştır. 2021 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hemşire unvanıyla palyatif bakım kliniğinde ve polisomnografi biriminde çalışmıştır.2022 yılında Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda Tezli Yüksek Lisans programına başladı ve 2025 yılında Yüksek Lisansını programını tamamladı.

