



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PALYATİF BAKIMDAKİ BAKIM VERİCİLERE VERİLEN EĞİTİMİN BAKIMA
HAZIR OLUŞLUK VE BAKIM VERME YÜKÜ ÜZERİNE ETKİSİ**

Ayşenur ŞAHİN ERASLAN

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Dilek BAYKAL**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı**

İSTANBUL, 2025



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PALYATİF BAKIMDAKİ BAKIM VERİCİLERE VERİLEN EĞİTİMİN BAKIMA
HAZIR OLUŞLUK VE BAKIM VERME YÜKÜ ÜZERİNE ETKİSİ**

Ayşenur ŞAHİN ERASLAN

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Dilek BAYKAL**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı**

İSTANBUL, 2025

T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAY SAYFASI

ÖĞRENCİ ADI -SOYADI	Ayşenur ŞAHİN ERASLAN	
ÖĞRENCİ NUMARASI	232118003	
PROGRAM ADI	İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans	
İstanbul Atlas Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Ayşenur ŞAHİN ERASLAN tarafından hazırlanan “Palyatif Bakımdaki Bakım Vericilere Verilen Eğitimin Bakıma Hazır Oluşluk Ve Bakım Verme Yükü Üzerine Etkisi” adlı tez çalışması jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.		
Tez Savunma Tarihi: 20/06/2025		
Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmzası
Doç. Dr. Dilek BAYKAL	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Prof. Dr. Şeyda ÖZCAN	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Prof. Dr. Zeliha TÜLEK	İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa	

İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hafize UZUN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmamın İstanbul Atlas Üniversitesinde kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Ayşenur ŞAHİN ERASLAN

İTHAF

Canım annem Güler ŞAHİN'e canım babam Yusuf ŞAHİN'e canım abim Gökhan ŞAHİN'e
ve sevgili eşim Muhammed Mustafa ERASLAN'a ithaf ediyorum...



BÜTÇE DESTEKLERİ

PALYATİF BAKIMDAKİ BAKIM VERİCİLERE VERİLEN EĞİTİMİN BAKIMA HAZIR OLUŞLUK VE BAKIM VERME YÜKÜ ÜZERİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında yanımda olarak akademik yolculuğuma ışık tutan, ilham veren duruşu ve rehberliğiyle beni daima motive eden, rol modelim değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Dilek BAYKAL'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimiyle yolumu açan, akademik hayata hazırlanırken desteğini esirgemeyen kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Şeyda ÖZCAN'a,

Her zaman dinlemeye gönüllü, samimiyetleri ve enerjileriyle zor anlarımı kolaylaştıran, canım kuzenim Esra'ya ve birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım sevgili arkadaşlarım Ayşenur, Mehtap, Deniz ve Sema'ya,

Varlığıyla bana güç veren, her koşulda yanımda olduğunu hissettiren, sevgisi ve sabrıyla en büyük desteğim olan canım eşim Muhammed Mustafa ERASLAN'a,

Hayatımın her alanında sonsuz desteklerini esirgemeyen, sevgileri ve inançlarıyla bana güç veren canım anneme, babama, abime ve abimin değerli eşi Yasemin'e en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Haziran 2025

Ayşenur ŞAHİN ERASLAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
TEZ ONAY SAYFASI.....	
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
BÜTÇE DESTEKLERİ.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
ŞEKİL VE RESİMLER LİSTESİ.....	X
TABLolar LİSTESİ.....	XI
ÖZET.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. PALYATİF BAKIM.....	3
2.2. PALYATİF BAKIM HİZMETİNDEN YARARLANAN HASTA GRUPLARI VE BU HİZMETE DUYULAN GEREKSİNİM	3
2.3. PALYATİF BAKIM EKİBİ	4
2.4. PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİ	6
2.5. DÜNYADA PALYATİF BAKIM	6
2.6. TÜRKİYE’DE PALYATİF BAKIM	7
2.7. PALYATİF BAKIMDA BAKIM VERİCİLER	9
2.8. BAKIMA HAZIR OLMA VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER	10
2.9. BAKIM VERME YÜKÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	11
2.10. PALYATİF BAKIMDA BAKIM VERİCİLERE VERİLEN EĞİTİM VE BAKIM VERİCİYE YANSIMALARI	12

3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	14
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	14
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	14
3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	15
3.5. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI	15
3.5.1. Eğitim Programının Hazırlanması ve Hedefleri	17
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	19
3.4.1. Bakım Verici Bilgi Formu	19
3.4.2. Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği.....	19
3.4.3. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği.....	19
3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	20
3.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni	20
3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni	20
3.6. HİPOTEZLER.....	20
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA.....	26
5.1. TARTIŞMA	26
5.1.1. Bakım Vericilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması.....	26
5.1.2. Bakım Vericilerin Bakım Yüğü ve Bakıma Hazır Oluşluk Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	27
5.2. ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI.....	32
5.3. SONUÇ	32
5.4. ÖNERİLER.....	33
6. KAYNAKLAR	35
7. EKLER	48
EK 1: İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	48
EK 2: ETİK KURUL ONAYI	49
EK 3: KURUM İZNİ.....	50
EK 3.1: Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İzni	50
EK 4: TEZDE KULLANILAN FORMLAR	51
EK 4.1: Bakım Verici Bilgi Formu.....	51

EK 4.2: Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği	52
EK 4.2: Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği (Devam)	53
EK 4.3: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	54
EK 4.3: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (devam)	55
EK 4.4: Bakım Vermeye Hazırloluşluk Ölçeği İzni	56
EK 4.5: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	56
Ek 4.6: Aydınlatılmış Onam Formu	57
Ek 4.6: Aydınlatılmış Onam Formu (devam)	58
Ek 4.6: Aydınlatılmış Onam Formu (devam)	59
EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı	60
EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)	61
EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)	62
EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)	63
EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)	64
EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)	65
EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)	66
EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)	67
EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)	68
EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)	69
EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)	70
8. ÖZGEÇMİŞ.....	71

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ZBYÖ	Zarar Bakım Verme Yüğü Ölçeğı
BHO	Bakıma Hazır Oluşluk
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
Palya-TÜRK	Türkiye Palyatif Bakım Programı (Toplum Temelli Palyatif Bakım Projesi)
vb.	Ve benzeri
diğ.	Diğer
MMN	McGill Hemşirelik Modeli
SS	Standart Sapma
Min	Minimum
Maks	Maksimum
Z	Mann Whitney U Testi
$\bar{x}$	Ortalama Değer
M	Medyan

ŞEKİL VE RESİMLER LİSTESİ

	Sayfa no
Şekil 2.1: Palyatif Bakım Ekibi	6
Şekil 2.2: Palya-TÜRK Projesi Organizasyon Şeması.....	10
Şekil 3.1: Palyatif Bakımdaki Bakım Verme Kitapçığı.....	18
Şekil 3.2: Araştırma Akış Şeması.....	19



TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa no
Tablo 4.1: Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması.....	21
Tablo 4.2: Zarit Bakım Verme Yüğü ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk ölçeklerin puanlarının Cronbach- α Skorları.....	22
Tablo 4.3: Katılımcıların Zarit Bakım Verme Yüğü ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	23

ÖZET

ŞAHİN ERASLAN, A. (2025). Palyatif Bakımdaki Bakım Vericilere Verilen Eğitimin Bakıma Hazır Oluşluk ve Bakım Verme Yükü Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Bu randomize kontrollü çalışma palyatif bakım ünitesinde yatan informal bakım vericilerine verilen eğitimin bakım verici yükü ve bakıma hazır oluşluk düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya Kasım 2024- Haziran 2025 tarihleri arasında İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım biriminde yatan, dahil edilme, dışlanma kriterlerine uyan informal bakım vericileri alınmıştır. Randomizasyona göre öncelikle girişim grubundaki (n=35) bakım vericilere tanımlayıcı özellikler formu, Zarit Bakım Verme Yükü ve Bakıma Hazır Oluşluk Ölçekleri uygulandı. Daha sonra kitapçıkla birlikte eğitim verildi ve her hafta iletişim kurulmaya devam edildi. Bir ay sonunda aynı ölçekler yeniden uygulandı. Kontrol grubuna ise ölçekler uygulandıktan sonra 1 ay boyunca herhangi bir girişim uygulanmadı ve ay sonunda ölçekler yeniden uygulandı. Girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin karşılaştırılmasında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı anlaşıldı ($p>0.05$) Bakım vermeye hazır oluşluk düzeylerinin girişim grubunda eğitim sonrasında arttığı ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulundu. ($p=0.000$) Kontrol grubunda ise bakım vermeye hazır oluşluk düzeyinin 1 ay sonrasında arttığı ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulundu. ($p=0.015$) Sonuç olarak her iki grubun 1 ay sonrasında bakıma hazır oluşluk düzeylerinin arttığı anlaşıldı ($p<0.05$). Palyatif bakımda yatan hastaların informal bakım vericilerinde orta düzeyde bakım verici yükü olduğu anlaşılmıştır. Bakım vericilere verilen eğitim bakım verici yükünün azaltılmasına etkisi olmasa da az da olsa bakım verici yükünün azaltılmasına etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: İnformal bakım verici, Bakım verme yükü, Bakıma hazır oluşluk, Palyatif bakım, Eğitim

ABSTRACT

ŞAHİN ERASLAN, A. (2025). The Effect of Education Given to Caregivers in Palliative Care on Readiness for Care and Caregiving Burden. Master's Thesis, Istanbul Atlas University, Graduate Education Institute, Department of Internal Medicine Nursing, Istanbul.

This randomized controlled study was conducted to evaluate the effect of education given to informal caregivers of patients in a palliative care unit on caregiver burden and readiness for caregiving. The research was carried out between November 2024 and June 2025 with the caregivers of patients hospitalized in the Palliative Care Unit of Istanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital. The study was conducted with informal caregivers who met the inclusion and exclusion criteria, divided into an intervention group (n=35) and a control group (n=35). Data were collected using a descriptive characteristics form, the Zarit Caregiver Burden Scale, and the Readiness for Caregiving Scale. After obtaining verbal and written informed consent, the caregivers assigned to the intervention group by randomization completed the forms. Then, an educational session was provided and an educational booklet was given to the caregiver. Weekly support was provided through communication with the caregivers for one month. At the end of the month, the scales were reapplied. In the control group, after the initial application of the scales, no intervention was applied for one month, and the scales were reapplied at the end of the month. When comparing the caregivers in the intervention and control groups, no statistically significant difference was found between the two groups in terms of caregiver burden ($p>0.05$). However, it was found that the level of readiness for caregiving increased significantly in the intervention group after the education ($p=0.000$). In the control group, the readiness for caregiving level also increased after one month, and the difference was statistically significant ($p=0.015$). As a result, it was observed that the level of readiness for caregiving increased in both groups after one month. It was determined that caregivers of patients in palliative care experienced a moderate level of caregiver burden. Although the education provided to caregivers did not have a statistically significant effect on reducing caregiver burden, it was found to have a slight positive effect.

Keywords: Informal care giver, Burden of caregiving, Readiness for care, Palliative care, Education

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), palyatif bakımı; ciddi hastalıklara sahip bireyler ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan kapsamlı bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır (WHO, 2020). Bu yaklaşım yalnızca fiziksel belirtileri değil, aynı zamanda hastaların ve ailelerin duygusal, psikolojik ve manevi gereksinimlerini de dikkate alarak, hastalığın neden olduğu acıyı ve stresi hafifletmeyi hedefler (Eskigölek ve Kav, 2020).

Palyatif bakım; yaş, tanı ya da hastalığın evresine bakılmaksızın, yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya kalan bireyler için sunulan hasta ve aile merkezli bir destek modelidir (Uysal ve diğ. 2015; Mercadante ve diğ. 2018). Bu model, aynı zamanda hasta yakınlarının ve bakım sağlayanların yaşam kalitesini de desteklemeyi amaçlar (Madenoglu Kıvanç, 2017). Palyatif bakım sürecinde hastalarda; ağrı, yorgunluk, solunum sıkıntısı, mide bulantısı, iştahsızlık, depresyon, anksiyete, bilinç bulanıklığı, uykusuzluk, kas zayıflığı ve cilt problemleri gibi çok çeşitli semptomlar görülmektedir (Uysal ve diğ. 2015; Yakar ve diğ. 2021). Bu semptomların yönetimi ise çoğunlukla informal, yani profesyonel olmayan bakım vericilere düşmektedir. İnfomal bakım, ücret karşılığı olmadan genellikle aile bireyleri ya da yakınları tarafından verilen; temel ihtiyaçların karşılanması, evde bakım hizmetinin sürdürülmesi ve tıbbi sürecin takibini kapsayan bir bakım biçimidir (Gel ve Kesgin, 2017). Ancak palyatif bakım sürecinde informal bakım verenlerin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadan sorumluluk üstlenmeleri, hem hasta bakımını zorlaştırmakta hem de bakım vericinin fiziksel, duygusal ve psikolojik yükünü artırmaktadır (Laranjeira ve diğ. 2022). Özellikle ileri evre kanser hastalarına bakım sağlayan aile bireyleri, hastalığın seyrini takip etme, semptomları yönetme, duygusal destek sağlama ve bakım sürecini organize etme gibi çok yönlü görevler üstlenmektedir (Grov ve diğ. 2006; Polat, 2011).

Araştırmalar, bakım vericilere yönelik verilen eğitimlerin, bu kişilerin bakıma hazır oluş düzeyini artırdığını ve bakım yükünü önemli ölçüde hafiflettiğini ortaya koymaktadır (Aşiret ve Kapucu, 2012; Pierce ve diğ. 2004). Taşdelen ve Ateş (2012) çalışmasında da katılımcıların %32,8'i, bakım sürecinde kendilerini yetersiz hissettiklerini ve bu alanda eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir.

Palyatif bakım hizmetlerinin ülkeler arasında eşit düzeyde gelişmemiş olması (Lynch ve diğ. 2013) ve bakım verenlerin profesyonel destek alma imkânlarının sınırlı kalması, bu alanda eğitimin önemini daha da artırmaktadır. Özellikle hastanede başlayan ve evde devam eden bakım sürecinde, bakım vericilerin bilgi ve beceriyle donatılması; hem hasta güvenliği hem de bakım kalitesi açısından büyük önem taşımaktadır (Damak ve Karakoç, 2020).

Palyatif bakımda hemşireler, eğitici, destekleyici, düzenleyici, hak savunucusu ve girişimci rolleriyle sürecin etkin şekilde yürütülmesini sağlar. Bu roller, bakımın fiziksel, psikososyal ve manevi yönlerini kapsayan bütüncül bir yaklaşımı mümkün kılar (Okçin, 2019). Yaşamın son dönemindeki hastalarla çalışmak, hemşireleri etik ve duygusal zorluklarla karşı karşıya bıraksa da; süreci hastanın durumu ve bakım vericilerin özelliklerine göre planlamaları, rehberlik ve danışmanlık sunmaları önemlidir (Devi ve diğ. 2020; Bilgehan ve İnkaya, 2021).

Bu bağlamda, bu çalışmada palyatif bakım ünitesinde hemşireler tarafından informal bakım vericilere verilen eğitimin; bakım vericilerin bakıma hazır oluş düzeylerine ve algılanan bakım yüklerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Hemşireler tarafından planlanıp uygulanan bu eğitimin etkinliğini ortaya koymak amacıyla, bir ay boyunca haftalık iletişim kurularak bakım vericilerin ihtiyaçlarının değerlendirildiği ve buna yönelik eğitim verildiği bir grup ile, yalnızca palyatif bakım ünitesinde rutin hemşire desteği alan grup karşılaştırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PALYATİF BAKIM

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, "Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarda hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan yaklaşımdır. Bu yaklaşımla fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunların erken teşhisi, değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla acının önlenmesi ve hafifletilmesi sağlanır (WHO, 2020). Aynı zamanda palyatif bakım, hastalığı teşhis edip tedavi etmekten ziyade, teşhis edilmiş ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda şikayetlerin giderilmesini hedefler (Miniksar ve Aydın, 2020).

Palyatif bakım ünitelerinde ileri evre hastalıklarda hastaların bakım ihtiyaçlarının karşılanması ve bakım vericinin desteklenmesi amacıyla kapsayıcı bir hizmet sunmaktadır. Özellikle kanser ve inme gibi progresif seyir gösterebilen hastalıklarda gelişebilecek semptomların önlenmesi, hem hastanın hem de yakınlarının desteklenmesi ve güçlendirilmesi hedeflenmektedir (Burn, 2021; Egici ve diğ. 2019; Koç, 2021; Teoli ve diğ. 2023). Hasta ve yakınlarının desteklenmesiyle fiziksel sorunlarının yanı sıra ruhsal, psikolojik ve varoluşsal sıkıntıların da azaltılabilmesi mümkün olmaktadır. Ayrıca palyatif bakım hastalarında sıklıkla görülen ağrı, nefes darlığı, mide bulantısı, kaygı, tükenmişlik gibi semptomların yönetimi de palyatif bakımın temel odak noktalarından biridir (Burn, 2021; Eskigölek ve Kav, 2020; Teoli ve diğ. 2023). Tüm bu nedenlerle palyatif bakımda ortaya çıkan semptomların desteklenmesinin dışında yaşamın son dönemlerinde huzurlu bir ölüm süreci sağlamanın, hasta yakınlarının duygusal ve psikolojik destek ihtiyaçlarının karşılanmasını yas sürecinde acılarını hafifletmeyi amaçlamaktadır (Burn, 2021; Haylı ve diğ. 2024; Koç, 2021; Teoli ve diğ. 2023).

2.2. PALYATİF BAKIM HİZMETİNDEN YARARLANAN HASTA GRUPLARI VE BU HİZMETE DUYULAN GEREKSİNİM

Palyatif bakım hizmetleri, başlangıçta kanser hastalarının ağrı yönetimine odaklanmış olsa da, yalnızca terminal dönem hastalarına değil, aynı zamanda demans, multiple skleroz, amiotrofik lateral skleroz gibi nörodejeneratif hastalıklarda veya konjenital yaşamı tehdit eden hastalıklarda da hizmet sunarak hedef gruplarının çeşitliliği vurgulanmaktadır (Gürsan ve Erdoğan, 2022; Koç, 2021). Dünya Sağlık Örgütü de palyatif bakım hizmetinden yararlanan

hasta gruplarını kardiyovasküler hastalıklar (%38,5), kanser (%34), kronik solunum yolu hastalıkları (%10,3), AIDS (%5,7) ve diyabet (%4,6) olarak sıralamaktadır (WHO, 2020).

Özellikle ABD’de, yaşlı bakım evlerinde yaşayan 1,8 milyon kişi bulunmakta ve bu sayının 2030 yılına kadar iki katına çıkması beklenmektedir. Bu durum, palyatif bakım ihtiyacının artacağına bir başka göstergesidir. Yaşlanmayla ortaya çıkan hastalıkların ve hastalıklara bağlı komplikasyonların artması bireylerin bakım gereksinimlerini artırmaktadır. Dolayısıyla bu hastaların büyük kısmı, yaşamlarının son döneminde palyatif bakım merkezlerinde kesintisiz bakıma ihtiyaç duymaktadır (Kelley ve Morrison, 2015; Kökenek ve diğ. 2024).

Türkiye’de ise palyatif bakıma yatışı gerektiren hastalıklar; son evre organ yetmezlikleri, ilerleyici nörolojik sistem hastalıkları (parkinson, demans, Huntington vs.) ve çocuklarda genetik ilerleyici hastalıklar olarak belirtilmektedir (Enginyurt, 2019; Gürsan ve Erdoğan, 2022; Miniksar ve Aydın, 2020). Bunun yanı sıra, hastalıklara bağlı olarak birden fazla sağlık problemi yaşayan (inkontinans, yatak yarası, malnutrisyon, ağrı vb.), kırılganlık veya ileri derece zihinsel bozuklukları olan, dirençli tüberküloz gibi hastalıklar ile hastalık seyrinden bağımsız olarak yoğun bakım desteği gerektiren kişiler de bu grupta yer almaktadır (Kelley ve Morrison, 2015; Turgut ve diğ. 2023; WHO, 2020) Diğer yandan yaşlı nüfusun artışı, palyatif bakım hizmetlerine olan ihtiyacın artmasının başlıca nedenlerinden biridir. Bu durum, yaşlanmaya bağlı gelişen komorbiditelerin de etkisiyle, ülkemizde palyatif bakım hizmetlerine olan talebin artmasına yol açmaktadır (Miniksar ve Aydın 2020; Yürüyen ve diğ. 2018).

2.3. PALYATİF BAKIM EKİBİ

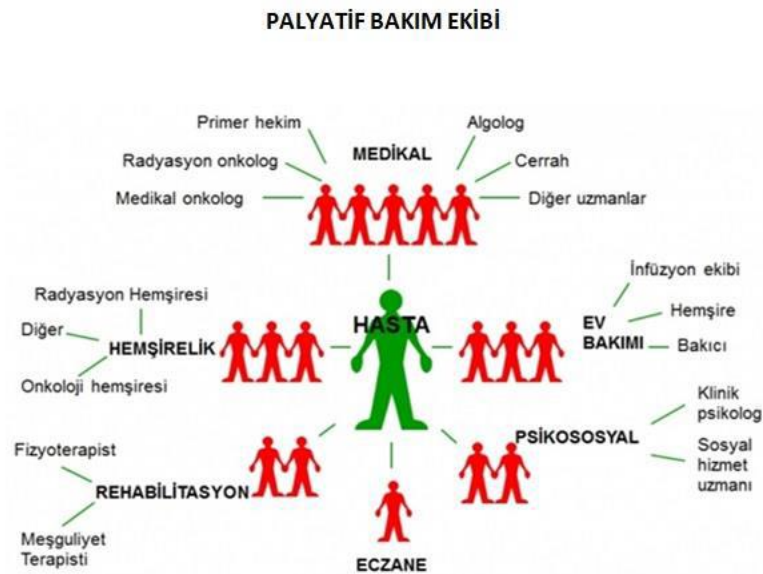
Palyatif bakım ekibi, sağlık profesyonelleri, hasta ve hasta yakınlarından oluşan bir ekiptir. Hayati risk taşıyan tüm hastalıklar için geçerli olup, hastalığın tanısı konduktan sonra hasta ve yakınları için başlatılması gereken bir süreçtir (Demir, 2016). Bu sürecin etkin bir şekilde yönetilebilmesi için, çeşitli disiplinler arasında güçlü bir iletişim ve organizasyon sağlamak kritik öneme sahiptir (Levy ve diğ. 2009).

Palyatif bakım ekibi, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, destek sağlık personeli ve din görevlisi gibi çeşitli profesyonellerden oluşur. Bu ekip, hasta ve ailesine odaklı hizmet sunumu, bakım organizasyonu ve bakımın sürekliliğini sağlama konularında sorumluluk taşır (Aslan, 2020; Karakaya ve Işıksan, 2020). Ekipteki tüm

üyelerin, semptom yönetimi, etkili iletişim yöntemleri ve palyatif bakımın temel prensipleri konusunda eğitim almış olmaları gereklidir (Levy ve diğ. 2009).

Palyatif bakım ünitesinde hemşire, solunum terapisti, fizik tedavi ve rehabilitasyon, psikososyal destek verenlerden oluşan büyük bir ekip görev almaktadır. Bu ekibin içinde hemşireler, eğitim, rehberlik, yöneticilik ve organizasyon gibi önemli roller üstlenmektedir (Polat ve Atamer, 2020). Hemşireler, hasta bakımını ve ilaç uygulamalarını yerine getirirken, semptomların sürekli izlenmesini de sağlar. Solunum terapistleri, oksijen tedavisi uygulayarak solunum sisteminin durumunu takip ederken, sosyal hizmet uzmanları hastalar ve aileleri için sosyal yardım bulmalarına destek olur. Manevi destek verenler ise ölüme yaklaşan hastaların ve bakım vericilerin manevi yönlerini güçlendirmeye odaklanmaktadır (Huffman ve Harmer, 2023). Rehabilitasyon alanındaki sağlık profesyonelleri, yaşam kalitesini artırmak için fonksiyonel yetenekleri ve konforu artırarak, hasta ve bakım verenler için güvenli bir ortam sağlamaya yardımcı olur (Köprülüoğlu ve Gürşan, 2022).

Sonuç olarak, palyatif bakım, hastanın sağlık problemleri ile sınırlı kalmayıp aynı zamanda ailenin de yaşadığı zorlukları destekleyen bir yaklaşımı hedefler. Bu nedenle, fiziksel belirtilerin kontrolü, ruhsal destek ve pratik yardım sunan uzman sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde sunulması önemlidir. Her hastanın ihtiyaçları farklılık gösterdiğinden, kapsamlı bir destek sağlamak için palyatif bakım ekibinin iş birliği yaparak sağlık bakımı sunulması gerekmektedir (Burn, 2021).



Şekil 2.1: Palyatif Bakım Ekibi (Karakaya, 2020)

2.4. PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİ

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerine yönelik destek sunan; ağrı ve diğer rahatsızlık verici semptomları hafifletmeyi amaçlayan bütüncül bir bakım modelidir. Bu yaklaşım, bireyin yaşam kalitesini artırmayı hedeflerken; kişiye özel değerlendirme, müdahale planlama, uygulama ve düzenli izlem gibi klinik becerilere dayalı yapılandırılmış bir süreci kapsar (Çelik ve Koç, 2021). Bu sürecin etkili şekilde yürütülmesinde hemşireler, palyatif bakım hemşireliğinde eğitici, destekleyici, düzenleyici, hak savunucusu ve girişimci olmak üzere beş temel mesleki rol üstlenmektedir (Okçın, 2019). Bu roller, bakımın yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikososyal ve manevi boyutlarını da içermesini sağlar.

Palyatif hemşirelik, genellikle yaşamın son evresindeki bireylerle çalışmayı gerektirdiğinden, hemşireler etik ikilemler, psikolojik baskılar ve duygusal zorlanmalarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum, hem bakım kalitesini hem de hemşirenin duygusal dayanıklılığını doğrudan etkilemektedir (Devi ve diğ. 2020).

Bu nedenle hemşirelerin, hastanın durumu, bakım gereksinimleri ve bakım veren bireyin özelliklerini göz önünde bulundurarak süreci planlaması; ayrıca bakım verenleri izleyip gerektiğinde rehberlik ve danışmanlık sağlaması önerilmektedir (Bilgehan ve İnkaya, 2021).

2.5. DÜNYADA PALYATİF BAKIM

Dünyada palyatif bakımın temelleri 1960'lı yıllarda İngiltere'de atılmıştır. Bu hareketin öncüsü, İngiliz hemşire ve sosyal hizmet uzmanı Cicely Saunders'dır. Saunders'ın belirlediği prensipler arasında;

- Kapsamlı ağrı yönetimi (bedensel, zihinsel ve duygusal rahatsızlıklar),
- Opioidlerin doğru kullanımı (bedensel rahatsızlık yaşayan hastalar için)
- Aile üyeleri ve yakınlarının ihtiyaçlarına dikkat edilmesi (ölmekte olan bireylerin bakımında) yer almaktadır. Bu prensipler, günümüzde halen palyatif bakımın özünü oluşturmaktadır (Yakar ve diğ. 2021).

Saunders sonrası palyatif bakım dünya genelinde yayılmış ve bu hareket, tıbbi bir devrim olarak kabul edilmiştir (Saga ve diğ. 2018). İlk palyatif bakım merkezi ise 1975 yılında Kanada'nın Royal Victoria Hastanesi'nde hayata geçirilmiş ve dünya genelinde hızla yayılarak birçok palyatif bakım merkezinin kurulmasına öncelik etmiştir (Yakar ve diğ. 2021).

Dünya Hospis ve Palyatif Bakım Birliği ve Uluslararası Yaşam Sonu Bakım Gözlemevi tüm dünyada palyatif bakımının gelişimini değerlendirmiş ve buna göre ülkeleri sınıflandırmıştır. Buna göre ülkeler dört gruba ayrılmaktadır.

Grup 1: Henüz palyatif bakım faaliyetleri bulunmayan ülkeler,

Grup 2: Türkiye'nin de içinde yer aldığı, palyatif bakım hizmeti verilmeyen ancak iş gücü kapasitesi oluşturmak için kapsamlı girişimlere başlamış olan ülkeler,

Grup 3: Palyatif bakım faaliyetleri yerel veya bölgesel hizmetler ile sağlanan ülkeler,

Grup 4: Palyatif bakım faaliyetleri sağlık sistemi içinde yerleşmiş ülkelerdir (Meier, 2011).

Lynch ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında palyatif bakım hizmetleri daha ayrıntılı sınıflandırılmıştır. Grup 1 ve Grup 2'de değişiklik yapılmazken, Grup 3 ve Grup 4 iki alt gruba ayrılmıştır.

Grup 3A: Palyatif bakım hizmetlerinin belirli bir düzeyde yerleştirildiği, sınırlı erişim ve gelişim potansiyeli taşıyan, tüm ihtiyaçları karşılamayan ülkeler.

Grup 3B: Palyatif bakım hizmetlerinin yerel veya bölgesel sağlık sistemine entegre olduğu ülkeler.

Grup 4A: Palyatif bakım hizmetlerinin yüksek düzeyde geliştiği, geniş hasta erişimi sağlandığı ancak bazı sistematik zorlukların devam ettiği ülkeler.

Grup 4B: Palyatif bakımın en olgun seviyede sunulduğu ülkeler (Lynch ve diğ. 2013).

2.6. TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM

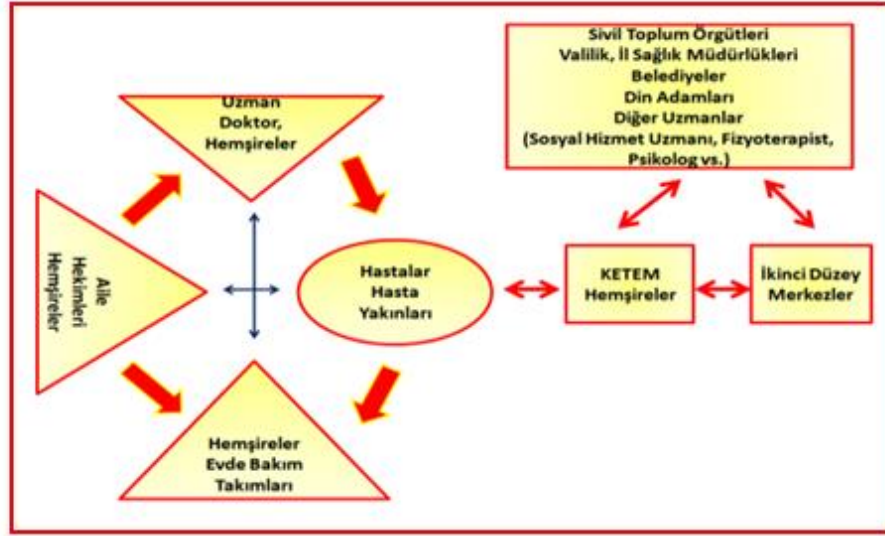
Ülkemizde, palyatif bakımın temelleri 1896 yılında II. Abdülhamit tarafından kurulan ve halen faaliyetlerine devam eden Darülaceze ile atılmıştır (Egici ve diğ. 2019). Günümüzdeki anlamında palyatif bakım ise Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulmuş olan İstanbul'daki "Kanser Bakımevi" ile 1993-1997 yılları arasında faaliyete geçmiştir. Ancak yatan hastaların tedavi ve bakım masraflarının sosyal güvenlik sistemleri tarafından karşılanmaması, yeterli bağış kaynağının olmaması bu kuruluşun kapanmasına yol açmıştır (Gültekin ve diğ. 2010).

Son yıllarda ise palyatif bakım hizmetlerinde önemli gelişmeler yaşanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın "Evde Bakım Hizmeti" uygulamasıyla dikkat çekmeye başlayan bu hizmetler, hastane uygulamaları için de gerekli adımların atılmasını kolaylaştırmıştır (Karakaya ve

Işıkkhan, 2020). Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılında ülkemizde palyatif bakım yapısını geliştirmek amacıyla başlattığı çalışmalarla ulusal sağlık politikalarının önemli bir bileşeni olarak kabul edilmiştir. 2010 yılından itibaren palyatif bakım merkezleri kurulmaya başlanmıştır. Bu atılan adımlar, palyatif bakım hizmetlerinin yaygınlaşması ve kalitesinin artırılması açısından önemli bir adım teşkil etmektedir (Gültekin ve diğ. 2010). 2015 yılında yürürlüğe giren Yeni Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esaslarıyla ilgili yönerge ile palyatif bakım merkezlerinin tanımı, kuruluşu, personelin görevleri ve hizmet içeriği belirlenmiştir (Kıvanç, 2017).

Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, 'Palyatif Bakım Programı Eylem Planı'nı devreye alarak, üç veya daha fazla pilot palyatif bakım merkezinin kurulması ve uzman ekiplerin oluşturulması hedeflenmiştir (Koç, 2021). Palyatif bakım uygulaması, 2010-2015 ulusal kanser kontrol programının temel unsurlarından biri olarak onaylanmış ve bu çerçevede Palya-TÜRK Projesi ile toplum odaklı palyatif bakım hizmetleri hayata geçirilmiştir. Dünyada toplum temelli ilk palyatif bakım girişimi olan Palya-TÜRK Projesi, hemşireler, aile hekimleri ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) çalışanları ile iş birliği içinde gerçekleştirilmiştir. Bu proje, palyatif bakımın erişimini artırmayı ve toplumsal bilinçlenmeyi sağlamak amacıyla önemli bir adım teşkil etmektedir (Uslu ve Terzioğlu, 2015).

Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri üç basamakta sunulmaktadır. Birinci basamak palyatif bakım hizmetleri; aile hekimleri, mobil sağlık ekibi, KETEM'ler, sivil toplum örgütlerini içermekte; bu düzeyde yönetilemeyen hastalar ikincil ve üçüncül sağlık merkezlerine yönlendirilmektedir. Ülkemizde her kamu hastanesinin bir mobil sağlık ekibi bulunmaktadır. Bu ekipler, hastaların yaşadıkları ortamda semptom kontrolü, yara tedavisi ve ilaç uygulamaları gibi destekler sunmaktadır. Durumu bu seviyede yönetilemeyen bireyler, daha üst düzey sağlık kuruluşlarına yönlendirilmektedir. İkinci basamak palyatif bakım hizmetleri bünyesindeki Onkoloji Tanı ve Tedavi Merkezlerinde yürütülen palyatif bakım uygulamalarını kapsamaktadır. Mevcut tedavilere rağmen akut semptomları yatıştırılamayan hastaların, bu merkezlerde farklı disiplinlerden uzmanların ortak değerlendirmesine tabi tutulması hedeflenmektedir. Üçüncü basamak palyatif bakım hizmetleri ise diğer düzey hizmetlerle karşılanamayan karmaşık hastalık durumlarına sahip bireylere yönelik bakım sunmaktadır. Bu merkezlerde, uzman hekimler ile birlikte hemşire, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve din görevlisinden oluşan multidisipliner bir ekip görev almaktadır (Özgül ve diğ. 2012; Yılmaz ve Bahat, 2019).



Şekil 2.2: Palya-TÜRK Projesi Organizasyon Şeması (Uslu ve Terzioğlu, 2015).

2.7. PALYATİF BAKIMDA BAKIM VERİCİLER

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden, ilerleyici ve geri döndürülemeyen hastalıkları olan bireylerin yaşamlarının son döneminde kapsamlı ve sürekli desteğe ihtiyaç duyduğu bir bakım yaklaşımıdır (Küçük ve Akdoğan, 2024). Bu destek ihtiyacı, hem formal (profesyonel) hem de informal (aile üyeleri ve yakın çevre) bakım vericiler tarafından karşılanmaktadır (Bilgin ve Özdemir, 2024). Formal bakım vericiler, bakım hizmetini mesleki bir çerçevede ve belirli bir ücret karşılığında sunan sağlık profesyonelleridir. Buna karşılık informal bakım, hasta bakımını ücretsiz olarak üstlenen aile bireyleri ya da birinci derece yakınları tarafından sağlanmaktadır (Kütahyalı ve Şentürk, 2024; Bilgin ve Özdemir, 2024).

Bakım genellikle bireyin günlük yaşam aktivitelerini desteklemeyi amaçlamakta olup; kişisel bakım (örneğin banyo, tuvalet, beslenme, giyinme), sağlık takibi (ilaç yönetimi, tedavi sürecinin izlenmesi), ulaşım, alışveriş ve ev işleri gibi çeşitli faaliyetleri de içermektedir (Erdem, 2005; Gel ve Kesgin, 2017). Bu tür görevleri üstlenen ve hastanın günlük ihtiyaçlarını karşılayan kişiler, literatürde ‘bakım veren’ olarak tanımlanmakta olup, bu rol çoğunlukla aile üyeleri tarafından üstlenilmektedir (Küçük ve Akdoğan, 2024).

Palyatif bakım sürecinde, kronik hastalıkların ilerlemesine bağlı olarak bireyin sağlık durumu zamanla değişiklik gösterebilir (Duman ve Özdelikara, 2022). Bu dönemde hasta yakınları, bakım ve tedavi hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçası haline gelmekte ve karmaşık bakım süreçlerine aktif biçimde katılım sağlamaktadır. Aile bireyleri yalnızca duygusal destek

sunmakla kalmayıp, aynı zamanda günlük bakımın sürdürülmesinde de önemli bir sorumluluk üstlenmektedir (Dağdeviren ve diğ. 2019).

Bakım verenin sağlığı yalnızca kendisini değil, bakımını üstlendiği hastayı da doğrudan etkilediğinden, her iki tarafın iyilik halini gözetmek amacıyla bakım vericilerin ihtiyaçlarının da göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Egici ve diğ. 2019). Bu doğrultuda, palyatif bakım merkezlerinde bakım vericilerin bireysel özelliklerinin ve günlük işlevlerinin değerlendirilmesi, destek ihtiyaçlarının erken dönemde belirlenmesine katkı sağlamaktadır. Aksi halde hem hasta hem de bakım veren tedavi sürecine uyum sağlamakta güçlük yaşayabilmektedir (Bilgin ve Özdemir, 2024).

Etkin bir palyatif bakım yaklaşımında hasta ve yakınlarının sürece aktif biçimde katılımı büyük önem taşımaktadır. Hasta yakınları, temel bakım uygulamalarını (örneğin hastayı çevirmek, yıkamak vb.) çoğu zaman kendileri üstlenmektedir. Bu durumda, sağlık ekibi tarafından verilecek eğitim ve bilgilendirme hem hastanın güvenliği hem de bakım verenin yükünü hafifletmek açısından kritik bir rol oynamaktadır (Givler ve diğ. 2023).

2.8. BAKIMA HAZIR OLMA VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bakım vermeye hazır olma; fiziksel ve psikolojik destek sağlama, evde bakım sunma ve bakım sürecine yönelik zihinsel hazırlığı kapsayan çok yönlü bir süreçtir. Ancak bakım vericiler her zaman bu rollere tam olarak hazır olmayabilir. Bu durum, onlarda ciddi bir yük oluşturarak bakım sürecindeki zorluklarla baş etmeyi güçleştirebilmektedir. Bakıma hazır oluş; bilgi düzeyi, kişisel güçlülük, empati, iletişim becerileri, sağlık durumu ve mevcut kişisel kaynaklar gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Ekiz ve Özçelik, 2024).

Palyatif bakımda hazır oluşluk, bakım kalitesini artırarak hem hastaların hem de ailelerinin yaşam kalitesini yükseltmede kritik bir rol oynar. Fiziksel semptomların etkin şekilde yönetilmesi ve duygusal destek sağlanması, bu hazırlığın temel çıktıları arasında yer almaktadır (Ekiz ve Özçelik, 2024). Özellikle terminal dönemdeki hastalara bakım verirken karşılaşılan fiziksel ve duygusal zorluklara karşı mental olarak hazırlıklı olunması, sürecin sağlıklı yönetilmesi açısından gereklidir (Timmons ve diğ. 2021).

Hazırlık süreci; duygusal, zihinsel ve uygulamalı yönleri kapsar. Bu nedenle bakım vericilerin etkili bir bakım süreci yürütebilmesi için yeterli eğitim ve bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Psiko-eğitimsel uygulamalar, bakım veren bireylerin palyatif bakım sürecine

uyumu artırırken, aynı zamanda sürece daha bilinçli katılım göstermelerine katkı sağlamaktadır (Perry ve diğ. 2021).

Palyatif bakımda toplumsal destek de önemli bir yer tutmaktadır. Toplumsal destek, bireylerin rollerini daha net belirlemelerine ve etkili iletişim kurmalarına yardımcı olarak sosyal izolasyonu önleyebilmektedir. Ölmekte olan bireylerle kurulan iletişim palyatif bakımın önemli hedeflerinden biridir ve hem bakım kalitesini hem de tarafların genel refah düzeyini artırmaktadır (Mallon ve diğ. 2021). Ayrıca, bakım sürecinde hissedilen sosyal desteğin bakım veren bireylerin psikolojik sağlığı üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle, bakım verenlerin ruh sağlığı ile sosyal destek algılarının değerlendirilmesi hem onların hem de hastaların sağlığını korumak açısından büyük önem taşımaktadır (Ersin ve diğ. 2022).

Araştırmalar, bakım verme konusunda kendini hazır hissedenden aile üyelerinin daha düşük düzeyde kaygı, depresyon ve bakım yükü yaşadıklarını göstermektedir. Hazırlık düzeyi ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğu; yeterli donanıma sahip bireylerin, süreci daha sağlıklı bir şekilde yönetebildiği saptanmıştır (Ekiz ve Özçelik, 2024; Ersin ve diğ. 2022).

2.9. BAKIM VERME YÜKÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Palyatif bakım merkezlerinde “bakım yükü” kavramı, son yıllarda giderek daha fazla tartışılan bir konu haline gelmiştir (Bilgin ve Özdemir, 2024). Hasta yakınlarının bakım sürecinde karşılaştıkları bu yük, ilk kez 1963 yılında Grad ve Sainsbury tarafından tanımlanmış olup, bakım veren bireyde ortaya çıkan bedensel ve duygusal etkileri kapsamaktadır (Yeşil ve diğ. 2016).

Bakım yükü, genel olarak nesnel (objektif) ve öznel (subjektif) olmak üzere iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Nesnel yük; hastanın davranışsal zorlukları, maddi sıkıntılar ve sosyal yaşamda yaşanan kısıtlılıklar gibi gözlemlenebilir sorunları içerirken; öznel yük, bakım verenin yaşadığı duygusal sıkıntılar, depresyon, umutsuzluk, öfke ve bedensel tükenmişlik gibi içsel tepkileri kapsamaktadır. Aile bireyleri ve bakım verenler üzerinde oluşan bu yük, fiziksel acının şiddeti ve süresi ile birlikte duygusal, ekonomik ve sosyal faktörler nedeniyle ciddi düzeyde stres ve psikolojik zorlanmalara yol açabilmektedir (Alam ve diğ. 2020; Arslantaş ve Adana, 2011; Demirkiliç, 2024). Özellikle uzun süreli bakım süreçlerinde, bakım verenler bedensel, çevresel ve ruhsal açıdan olumsuz etkilenmekte; çok yönlü zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır (Bulut ve diğ. 2023; Orak ve diğ. 2015). Bu süreç, özellikle bakım sorumluluğunu üstlenen aile bireylerinde duygusal baskının artmasına, depresyon belirtilerinin ortaya

ıkmasına ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir (Bilgehan ve İnkaya, 2021). Bakım yükünü etkileyen birçok bireysel ve çevresel faktörler de bulunmaktadır. Hastanın tanısı, bakım verenin cinsiyeti, hasta ile olan yakınlık derecesi, baş etme becerisi, sosyoekonomik durum, sağlık düzeyi ve psikolojik dayanıklılık bu faktörlerden bazılarıdır (Bilgin ve Özdemir, 2024). Ayrıca, hasta ile bakım veren arasındaki ilişkinin niteliğı, sosyal destek düzeyi, birlikte yaşama durumu, hastanın bağımlılık derecesi ve bakım sürecinin uzunluğu da yükün şiddetini belirleyen diğere önemli etkenlerdir (Erdem, 2005).

Palyatif bakım sürecinde, bakım veren bireyler sıklıkla uyku bozuklukları, yorgunluk, kas gücünde azalma, ağrı ve depresyon gibi fiziksel ve psikolojik problemlerle karşı karşıya kalmaktadır (Barğı ve diğ. 2022; Duracak ve Özmen, 2022). Uyku problemleri ve buna bağı gelişen sorunlar zamanla bireyin dayanıklılığını azaltarak stres düzeyinin yükselmesine yol açabilmektedir. Ayrıca, hasta yakınları, bakım sürecini öncelik haline getirdiklerinde kendi sağlık problemlerini fark edememekte veya önemsemeyebilmektedir. Bu durumun, farkına varılmadığında ise ağır bir bakım yüküne dönüşerek bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (Bulut ve diğ. 2023). Yaşanan zorluklar, palyatif bakım sürecinde karşılaşılan diğere güçlüklerle birleştğinde, bakım veren bireylerin yaşam doyumunu azaltabilmektedir (Şener ve diğ. 2022). Ayrıca bakım veren bireyler hastalarının durumlarını ne kadar biliyor olsalar da iyileşmesini umut ederler. Ancak hastalığın ilerlemesi, yeni belirtilerin ortaya çıkması veya mevcut durumun kötüleşmesi, bakım verenin kontrol kaybı yaşamasına neden olabilir. Bu tür olumsuz gelişmeler, bakım yükünü artırarak stres düzeyinin yükselmesine sebep olabilmektedir (Duman ve Özdelikara, 2022).

2.10. Palyatif Bakımda Bakım Vericilere Verilen Eğıtım ve Bakım Vericiye Yansımaları

Bakım vericilerin bakım konusundaki bilgi ve beceri yetersizlikleri palyatif bakım sürecinde çeşitli sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Özellikle ağrı kontrolü, hastanın hareket ettirilmesi, günlük yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesi, belirti ve bulguların izlenmesi, ilaçların takibi ve hastanın psikolojik tepkilerinin yönetimi gibi alanlarda güçlükler yaşanabilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin hastanın ve ailesinin ihtiyaçlarını değerlendirerek bakımın sürekliliğini sağlaması büyük önem taşımaktadır. Böylece bakım sağlayıcılar, daha özgüvenli ve uyumlu bir şekilde süreci yürütebilmektedir (Karaman ve Karadakovan, 2015).

Palyatif bakım sürecinde eğitim, hasta ve yakınlarının tedavi sürecini daha bilinçli ve etkili yönetmelerine katkı sağlayarak önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle kanser hastalarına bakım veren bireylerin karşılaştığı zorluklar, hemşireler tarafından düzenlenen rehberlik ve eğitim programları sayesinde hafifletmekte; bu programlar, stres düzeyini azaltmakta, yaşam kalitesini artırmakta ve bakım yükünü önemli ölçüde azaltmaktadır (Bicav ve Kutlutürkan, 2024; Avcı ve diğ. 2016; Mollaoğlu ve diğ. 2011; Öğür ve diğ. 2019). Ayrıca bu eğitimlerin, bakım vericilerin semptom yönetimi konusundaki öz yeterliliklerini artırdığı belirtilmektedir (Hendrix ve diğ. 2016).

Bakım verme rolüne hazırlıksız yakalanan bireylere hastalık sürecinin yönetimiyle ilgili düzenli eğitimler sunulması ve eğitim sonrasında destek verilmesi hem kaygı düzeylerini azaltmakta hem de hastaya sağlanan bakımın niteliğini artırmaktadır (Özyeşil ve diğ. 2014). Bakım sağlayıcıların ihtiyaçlarını analiz eden çalışmalar, bireylerin %78'inin tedavi ve bakım bilgisine, %83'ünün ise hasta ile etkili iletişim kurma becerilerine yönelik eğitime gereksinim duyduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca palyatif bakım eğitimi talep eden bireylerde, bakım yükünün önemli ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Duman ve Özdelikara, 2022).

Hasta yakınlarının palyatif bakım merkezlerinden en çok beklenti duyduğu konular arasında psikolojik destek, eğitim ve yönlendirme, etkili iletişim, hasta ile ilgili kararlarda daha fazla söz sahibi olabilme ve hasta ile verimli zaman geçirebilme yer almaktadır (Bilgehan ve İnkaya, 2021; Duman ve Özdelikara, 2022). Bu doğrultuda, hemşirelerin temel hedefi; bakım verenlerin sürece uyumunu artırmak, eğitici desteklerle bakım kalitesini yükseltmek ve bakım yükünü azaltmaktır (Kütahyalı ve Şentürk, 2024).

Hasta ve yakınlarının palyatif bakım sürecine aktif katılımı, yalnızca tedavi sürekliliğini desteklemekle kalmaz, aynı zamanda toplumun bu sürece ilişkin bilinç düzeyini de artırır. Hemşirelerle sürdürülen iş birliği, günlük yaşamın planlanmasını kolaylaştırmakta ve evde bakım sürecini daha sürdürülebilir hale getirmektedir (Yaşar ve Akın, 2023). Ayrıca, taburculuk sürecinde verilen eğitimler, bakım vericinin yükünü hafifletirken; hasta ve ailesinin yaşam kalitesini anlamlı biçimde artırmaktadır (Aşiret ve Kapucu, 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu randomize kontrollü deneysel çalışma, palyatif bakım sürecinde bakım vericilere verilen eğitimin, bakım verme yükü ve bakıma hazır oluşluk üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Kasım 2024- Haziran 2025 tarihleri arasında İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım biriminde yatan hastaların informal bakım vericileri ile gerçekleştirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım biriminde yatan informal bakım vericisi olan aile üyeleri oluşturdu. Araştırmaya dahil edilecek örneklem sayısı Rochmawati ve ark.'nın palyatif bakım vericilerinde semptom yönetimi eğitimiyle bakım vermeye hazır oluşluk ve bakım verici yükünün incelendiği çalışmadaki etki büyüklüğü G*Power v3.1.9.7 ile Power:0,9, β :0,20 ve α :0,05 için tespit edilen minimal örneklem büyüklüğü her bir grup için en az 28 olmak üzere, veri kaybı da göz önüne alınarak 35, toplam 70 kişi olması gerektiği hesaplandı (Rochmawati ve Saun, 2022). Araştırmaya katılacak hastaların randomizasyonun sağlanması için rastgele sayılar tablosundan (<http://www.graphpad.com/quickcalcs/randomize2/> Erişim tarihi: 01.11.2024) yararlanıldı. Program kullanılarak hastalar girişim-kontrol olmak üzere 2 gruptan birine randomize edildi.

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri:

- Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların informal bakım vericileri,
- 18 yaş ve üzeri,
- En az 3 aydır bakım veren,
- Ücretsiz bakım verme görevini yerine getiren dahil edilmiştir.

Örnekleme Dahil Edilmeme Kriterleri:

- İletişim kurmak için herhangi bir engeli bulunan
- Türkçe konuşamayan
- Ücretli olarak bakım veren bakım vericiler çalışma dışı bırakılmıştır.

Her bir gruba 35'er bakım vericinin alınması planlanmış; dahil edilme kriterlerine uyan ancak katılmak istemeyen veya çalışma sürecinde çeşitli nedenlerle (araştırma sürecinde aranmak istememeleri, hastanın vefat etmesi, zaman yetersizliği, mahremiyet kaygıları vb.) araştırmadan ayrılan toplam 13 bakım verici çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırma kriterlerine uyan ancak katılmak istemeyen 5 bakım verici oldu. Katılmama nedenleri arasında telefonla aranmak istememeleri, yazılı onam vermeyi reddetmeleri, yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünmeleri yer almaktadır. Kontrol grubunda ön veriler toplandıktan sonra 5 hastanın vefatı nedeniyle ilgili bakım vericiler çalışmadan ayrılmış; ayrıca 3 bakım verici de kendi isteğiyle araştırmaya devam etmeme kararı almıştır (Şekil 3.2: Araştırma Akış Şeması). Bu bakım vericilerin verileri araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmada kullanılan ölçeklerin Türk toplumuna uyarlayan araştırmacılardan gerekli izinler alındı (Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği-EK-4.2, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği-EK-4.3). Araştırma için etik kurul izni İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (22.07.2024 tarih ve 06/17 sayılı). Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan yazılı onamları alındı. Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi'ne bağlı kalındı.

3.5. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Çalışma öncesinde, literatür taramaları doğrultusunda bakım vericilere yönelik bilgilendirici bir kitapçık hazırlanmıştır. Kitapçığın sade ve anlaşılır bir dille yazılmış olmasına özen gösterilmiş, anlaşılabilirliği farklı eğitim düzeyindeki kişilere okutularak kontrol edilmiştir. Son olarak kitapçıklar basılarak uygulama sürecinde kullanılmak üzere hazır hale getirilmiştir. Hazırlanan kitapçık, bakım vericilerin bilgilendirilmesi ve bakım süreçlerini kolaylaştırmak amacıyla oluşturulmuş olup, hastaların günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesine yönelik yapılması gereken bilgilere yer almaktadır (Şekil 3.1).

PALYATİF BAKIMDAKİ HASTAYA BAKIM VERME KİTAPÇIĞI



Bu kitapçık, İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı kapsamında, Doç. Dr. Dilek Baykal danışmanlığında Ayşenur Şahin Eraslan tarafından tez çalışması amacıyla hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

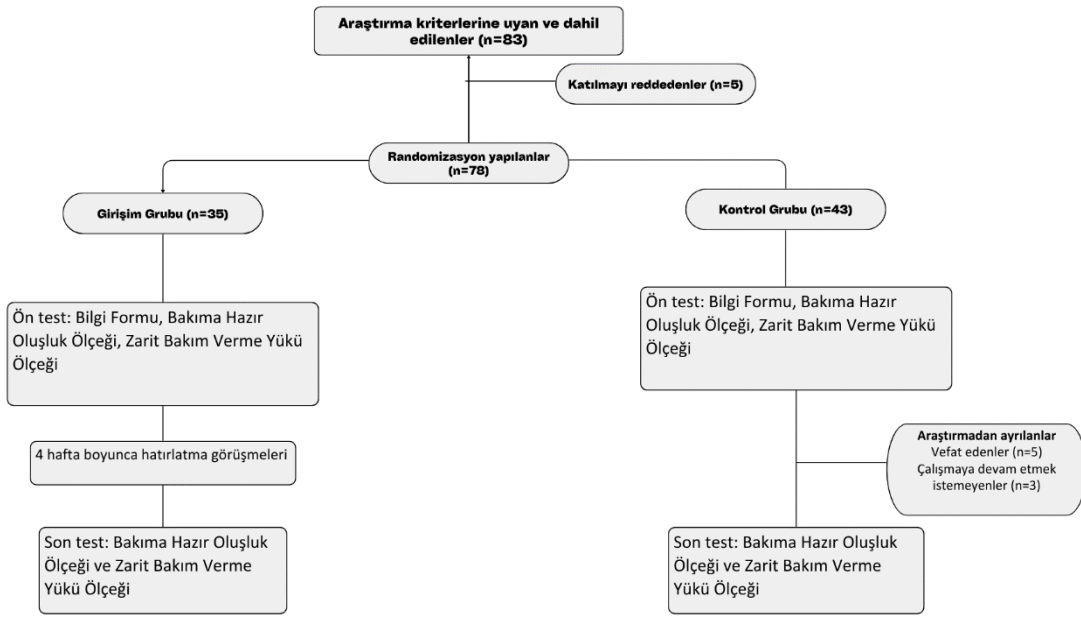
1. Ağrı Nedir?	2
2. Ağrı Değerlendirmesinde Nelere Dikkat Edilir?	2
3. Ağız Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?	4
4. Göz Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?	6
5. Cilt Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?	7
6. Kulak Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?	9
7. Saç Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?	9
8. Perine Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?	11
9. Yatan Hastalara Pozisyon Verme	13
10. Nazogastrik Beslenme Tüpü Nedir?	16
11. Perkütan Endoskopik Gastrotomi (PEG) Nedir?	16
12. Peg Ya Da Nazogastrik Tüp ile Hasta Nasıl Beslenir?	17
13. Trakeostomi Nedir ve Bakımı Nasıl Yapılır?	20

Şekil 3.1: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı

Hazırlık aşamasının tamamlanmasının ardından, randomizasyonla bakım vericiler girişim ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Girişim grubundaki bakım vericilere araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır. Daha sonra Bilgi Formu, Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği uygulanmıştır. Veri toplama süreci ortalama 10 dakika sürmüştür. Veri toplamanın ardından, girişim grubundaki bakım vericilere kitapçıkta yer alan hastaya yönelik bakım konuları anlatılmış ve bakım vericinin sorularına göre hasta üzerinde uygulamalı eğitim gerçekleştirilmiştir. Eğitimler bireysel olarak, bakım vericilerin kaldığı odalarda yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Bu eğitim yaklaşık 50–60 dakika sürmüştür. Eğitimin sonunda araştırmacının iletişim bilgileri bakım vericilerle paylaşılmış; bir ay boyunca haftalık olarak aranacakları veya ziyaret edilecekleri konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Ayrıca, bakım vericinin eğitimde yetersiz kaldığı ya da öğrenmek istediği konular, haftalık ziyaretlerde yeniden ele alınarak uygulamalı olarak anlatılmıştır. Bu süreçte, kitapçıkları ihtiyaç duyduklarında incelemeleri istenmiştir. Kontrol grubundaki bakım vericilere ise bilgi formu, Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği uygulanmış ve herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Palyatif bakım ünitesinde bakım

vericilere yönelik rutin bir eğitim uygulanmamaktadır. Ancak bakım vericilerin herhangi bir bilgiye ihtiyacı olduğunda hemşireler tarafından bilgi verilmektedir.

Bir ayın sonunda her iki gruptaki bakım vericilere yeniden Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği uygulanmıştır. Etik ilkeler gereği kontrol grubundaki bakım vericilere son değerlendirmeden sonra, hastalarının ihtiyaçları doğrultusunda eğitimler verilmiş ve 'Palyatif Bakımda Hasta Bakım Kitapçığı' kendileriyle paylaşılmıştır.



Şekil 3.2: Araştırma Akış Şeması

3.5.1. Eğitim Programının Hazırlanması ve Hedefleri

Bu çalışma kapsamında hazırlanan eğitim programı, bakım vericilerin bilgi düzeylerini artırarak bakım kalitesini yükseltmeyi, bakıma hazır oluşluk düzeylerini artırmayı, bakım yüklerini azaltmayı amaçlamaktadır. Eğitim içeriği; ağrının değerlendirilmesi, vücut hijyeni (cilt temizliği, ağız-göz-kulak bakımı, saç bakımı, perine bakımı), uygun pozisyon verme teknikleri, enteral beslenme yöntemleri ve beslenmenin önemi, trakeostomi bakımı, aspirasyon uygulamaları ile bakım ihmal sonucu gelişebilecek sorunlara ilişkin temel konuları kapsamaktadır.

Eğitim sonunda bakım vericilerin;

- Palyatif bakımda yatan hastanın ağrısı tanıyabilmesi, ağrı durumunda nasıl değerlendirme yapacağını ve hangi adımları izleyeceğini öğrenmesi,

- Ağız bakımının önemini kavrayarak doğru ağız bakım tekniklerini uygulayabilmesi, ağız içindeki değişimleri fark ederek hemşirelere bildirebilmesi,
- Göz bakımının nasıl yapılacağını öğrenerek, anormal durumları fark edebilmesi ve gerektiğinde hemşirelere bildirebilmesi,
- Cilt bütünlüğünü korumaya yönelik önlemleri alarak bası yarası ve cilt hasarlarını önlemede bilgi ve farkındalık geliştirmesi,
- Kulak bakımında dikkat edilmesi gereken temel noktaları öğrenerek, kulaktaki anormal durumları fark edip uygun bakımı sağlayabilmesi,
- Saç bakımının önemini kavrayarak, saç derisinde kaşıntı, kepeklenme veya yara gibi anormal durumları fark edebilmesi ve hijyenik koşullarda uygun saç bakımını sağlayabilmesi,
- Perine bölgesi temizliğinin önemini kavrayarak, hijyenik bakım uygulamalarını öğrenmesi; kızarıklık, kötü koku, akıntı gibi enfeksiyon belirtilerini fark ederek hemşirelere bildirebilmesi,
- Yatağa bağımlı hastaya pozisyon vermenin önemini ve sıklığını öğrenerek doğru pozisyonlama becerisini kazanması,
- Enteral beslenen hastaların bakımında dikkat edilmesi gereken noktaları bilerek, beslenme sırasında doğru hasta pozisyonunu sağlaması, tüpün tıkanmasını önleyebilmesi ve beslenme sonrası olası komplikasyonları izleyebilmesi,
- Trakeostomili hastaya yönelik temel bakım uygulamalarını öğrenerek; kanül çevresi temizliği, nemlendirme ve sekresyon takibi gibi işlemleri güvenli bir şekilde gerçekleştirebilmesi; ayrıca aspirasyon gerektiren durumları ayırt ederek sekresyon birikimi, solunum zorluğu veya hırıltılı solunum gibi belirtileri tanıyıp hemşirelere bilgi vermesi hedeflenmiştir (Ek-4.7).

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada Bakım Verici Bilgi Formu, Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı kullanılmıştır.

3.4.1. Bakım Verici Bilgi Formu

Bakım vericilere, sosyodemografik özellikleri ile bakım verdikleri hastaya ilişkin bilgiler içeren sorular yöneltilmiştir. Formda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum, bakım süresi ve hastanın hastalığına ilişkin çeşitli sorulara yer verilmiştir.

3.4.2. Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeğı

Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeğı, Archbold ve Stewart tarafından geliştirilen 9 maddeden oluşan bir ölçektir (Zwicker, 2010). Ölçeğın, Türkçe'ye uyarlaması Karaman ve Karadakovan tarafından yapılmıştır. Ölçeğın 8 maddesine ek olarak bakıma daha iyi hazırlanmak istedikleri alanı sorgulayan açık uçlu soru yer almaktadır. 5'li likert tipteki ölçekten toplam alınacak puan 0-32 puan arasında değişmektedir. Ölçekten yüksek puan almak bakım vericilerin bakım vermeye kendilerini hazır hissettiklerini göstermektedir. Ölçeğın geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.92'dir (Karaman ve Karadakovan, 2015). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı ön testte 0.781, son testte 0.826 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilen ölçek 2006 yılında İnci ve Erdem tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. 22 maddeden oluşan 5'lü likert tipi ölçekten alınan puan 0 ile 88 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bakım verme yükünün fazla olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan toplam puan 21'den az ise yük yok, 21-40 arasında hafif derecede yük, 41-60 arası orta derecede yük ve 61-88 arasın ciddi derecede yük olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğın Cronbach alfa katsayısı 0.95'tir (İnci ve Erdem, 2008). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı ön testte 0.784, son testte 0.781 olarak bulunmuştur.

3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni

Palyatif bakım ihtiyacı sebebiyle hastanede yatan hastaların bakım vericilerine verilen eğitim bu araştırmanın bağımsız değişkenidir.

3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; bakım vericilere verilen eğitim sonrasında, palyatif bakım sürecinde bakım verme beceri ve hazır oluşluk düzeyleri ile bakım yükünde meydana gelen değişikliklerdir. Bu değişkenler, “Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği” ve “Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği” ile ölçülmüştür.

3.6. HİPOTEZLER

H1: Palyatif bakım hastalarının informal bakım vericilerine verilen bireysel ve uygulamalı eğitim, bakım vericilerin bakım yükünü azaltır.

H2: Palyatif bakım hastalarının informal bakım vericilerine verilen bireysel ve uygulamalı eğitim, bakım vericilerin bakıma hazır oluşluklarını artırır.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizinde SPSS 22 ve R stüdyo programları kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kapsamında ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri hesaplanmıştır. Ölçeklere ait değerlendirmede ise normallik sınaması için Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri, güvenilirlik için ise Cronbach Alfa değeri hesaplanmıştır. Çalışmada, gruplar arası farklılıkların analizi için iki gruba ait karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, bağımsız örneklem t testi, ön ve son test ölçümlerinde ise bağımlı grup t testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin analizinde ise ki kare bağımsızlık testi kullanılmıştır. Çalışmada tüm analizlerde 0.05 hata payında anlamlılık kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

Özellikler		Girişim Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Z*	p
Yaş ($\bar{x} \pm SS$) (Min-Maks) (Medyan)		(46.51 $\pm$ 11.98) (19-62) (52)		(52.65 $\pm$ 16.56) (19-82) (52)		-1.705	0.088
		n	%	n	%	χ^2	p
Cinsiyet	Erkek	3	8.6	7	20.0	1.867	0.172
	Kadın	32	91.4	28	80.0		
Medeni durum	Evli	13	37.1	12	34.3	0.062	0.803
	Bekar	22	62.9	23	65.7		
Eğitim	Okuryazar	2	5.7	-	-	4.440	0.218
	İlköğretim	12	34.3	19	54.3		
	Lise	8	22.9	5	14.3		
	Üniversite	13	37.1	11	31.4		
Çalışma durumu	Çalışıyor	12	34.3	13	37.1	0.620	0.892
	Emekli	6	17.1	7	20.0		
	Ev Hanımı	14	40.0	11	31.4		
	Diğer	3	8.6	4	11.4		
Gelir durumu	İyi	2	8.6	8	22.9	2.703	0.259
	Kötü	24	68.6	20	57.1		
	Orta	8	22.9	7	20.0		
Hastaya olan yakınlığı	Eş	6	17.1	8	22.9	1.559	0.459
	Çocuk	24	68.6	19	54.3		
	Diğer	5	14.3	8	22.9		
Bakmak durumunda olduğu başkası var mı?	Evet	7	20.0	7	20.0	0.000	1.000
	Hayır	28	80.0	28	80.0		
Bakım verirken destek alıyor mu?	Evet	20	57.1	20	57.1	0.000	1.000
	Hayır	15	42.9	15	42.9		
Bakım vermeye gönüllü olma	Evet	33	94.3	35	100	2.059	0.151
	Hayır	2	5.7	-	-		
Hastanın hastalık sayısı ($\bar{x} \pm SS$) (Min-Maks) (Medyan)		(2.54 $\pm$ 1.317) (1-5) (2)		(2.57 $\pm$ 1.26)(1-6) (2)		4.000	0.406
Hastanıza ne kadar zamandır bakıyorsunuz? (Ay) ($\bar{x} \pm SS$) (Min-Maks) (Medyan)		(9.17 $\pm$ 12.49) (3-48) (3)		(15.28 $\pm$ 18.94) (3-84) (3)		-1.164	0.244

Z: Mann Whitney U Testi, χ^2 : Ki Kare Testi

Bu bölümde girişim ve kontrol grubu bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklere ilişkin bulguları Tablo 4.1'de karşılaştırılarak sunulmuştur. Girişim grubundaki bakım vericilerin yaş ortalaması 46.51 ± 11.98 , kontrol grubundaki katılımcıların ise 52.65 ± 16.56 yıl olarak bulunmuştur. Girişim grubundaki bakım vericilerin %91.4'ü kadın iken kontrol grubundaki bakım vericilerin ise %80'i kadındır. Girişim grubundaki bakım vericilerin %34.3'ü, kontrol grubundakilerin ise %54.3'ü ilköğretim mezunudur. Girişim grubundaki bakım vericilerin %40'ı ev hanımıyken, kontrol grubundakilerin %37.1'i çalışıyor olduğu saptanmıştır. Gelir durumları değerlendirildiğinde girişim grubundakilerin %68.6'sının, kontrol grubundakilerin ise %57.1'i kötü olduğu bulunmuştur. Sosyodemografik özelliklerden yaş ortalaması, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu gibi özelliklerin karşılaştırılmasında aralarındaki fark anlamlı değildir ($p > 0.05$). Hastaya olan yakınlıklarına bakıldığında girişim grubundakilerin %68.6'sının, kontrol grubundakilerin ise %54.3'ünün çocuğunun baktığı anlaşılmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin %80'inin bakmak zorunda olduğu başka birisi olmadığı ve yine her iki gruptaki bakım vericilerin %57.1'i hastasına bakım verirken destek aldığı bulunmuştur. Bakım vericilerin gönüllü olarak bakım verme durumları karşılaştırıldığında girişim grubundakilerin %94.3'ünün, kontrol grubundakilerin %100'ünün gönüllü olduğu anlaşılmıştır. Girişim grubundaki bakım vericilerin hastaya bakım verme ortalama süreleri karşılaştırılmasında 9.17 ± 12.49 ay, kontrol grubundakilerin ise 15.28 ± 18.94 ay olduğu bulunmuştur. Hastaya bakım verme özelliklerine göre de yapılan tüm karşılaştırmalarda her iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.2: Zarit Bakım Verme Yüğü ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeklerinin Ortalama Puanları, Cronbach- α skorları

	Ön Test	Son Test
Zarit Bakım Verme Yüğü ($\bar{x} \pm SS$) (Min-Maks)	45.328 $\pm$ 12.402 (16-73)	43.700 $\pm$ 11.622(20-70)
Cronbach-α	0.784	0.781
Bakım Vermeye Hazır Oluşluk ($\bar{x} \pm SS$) (Min-Maks)	14.957-5.627(4- 26)	19.728 $\pm$ 5.453(7-30)
Cronbach-α	0.781	0.826

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ön test puanlarının ortalaması 45.328 $\pm$ 12.402, Cronbach- α değeri 0.784; son test puanlarının ortalaması ise 43.700 $\pm$ 11.622, Cronbach- α değeri 0.781 olarak bulunmuştur. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğı ön test puanlarının ortalaması 14.957 $\pm$ 5.627 ve Cronbach- α değeri 0.781, son test puanlarının ortalaması ise 19.728 $\pm$ 5.453 ve Cronbach- α değeri 0.826'dır. Her iki ölçeğın de güvenilirlik düzeyinin kabul edilebilir sınırların üzerinde olduğı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Katılımcıların Zarit Bakım Verme Yüğü ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği			t* / p	Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği			t* / p
	Ön-test	Son-test	Fark		Ön-test	Son-test	Fark	
Girişim (n=35) (X±SS)	45.05±12.56	42.45±10.57	2.50±1.49	1.344 p=0.188	13.0±5.02	20.45±4.89	7.45±0.13	-9.414 p=0.000
Kontrol (n=35) (X±SS)	45.60±12.41	44.95±12.61	0.65±0.20	0.443 p=0.66	16.91±5.57	19.0±5.94	2.13±0.37	-2.527 p=0.015
Fark (X±SS)	0.55± 0.15	2.50±2.04			3.91±0.55	1.45±1.05		
t** / p	-0.182 p=0.856	-0.893 p=0.375			-3.84 p= 0.003	1.120 p= 0.267		

* Bağımsız örneklem t testi, **: Bağımlı örneklem t testi

Tablo 4.3'te, katılımcıların Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması açıklanmıştır. Girişim grubunun Zarit Bakım Verme Yüğü ön test puan ortalaması 45.05±12.56, kontrol grubunun ise 45.6±12.41 olarak bulunmuştur. Zarit Bakım Verme Yüğü puan ortalamalarında girişim ile kontrol gruplarının ön-test karşılaştırılmasında 0.55± 0.15 puan ile anlamlı bulunmadı (p=0.856).

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği girişim grubu son test puan ortalamaları 42.45±10.57 ve kontrol grubu son test puan ortalaması ise 44.95±12.61 olarak saptandı. Girişim ve kontrol grupları arasında son test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında 2.50±2.04 puan ile anlamlı fark bulunmadı (p=0.375).

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği girişim grubunun ön test puan ortalaması 45.05±12.56 ve son test puan ortalaması 42.45±10.57 olarak bulundu. Girişim grubunun Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (p=0.188). Kontrol grubunun ön test puan ortalaması 45.60±12.41 ve son test puan ortalaması 44.95±12.61 aralarında anlamlı fark bulunmadı (p=0.66).

Bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği girişim grubunun ön test puan ortalaması 13.0±5.02, kontrol grubunun ön test puan ortalaması 16.91±5.57 olarak bulundu. Girişim ve kontrol

gruplarının ön test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında aralarında 3.91 ± 0.55 puan ve anlamlı fark saptandı ($p=0.003$). Girişim grubunun bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği ön test puan ortalaması 13.0 ± 5.02 ile son test puan ortalaması 20.45 ± 4.89 arasında 7.45 ± 0.13 puanla anlamlı fark bulundu ($p=0.000$). Kontrol grubunun bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği ön test puan ortalaması 16.91 ± 5.57 ve son test puan ortalaması 19.0 ± 5.94 olarak bulundu. Ön test ve son test puan ortalamaları arasında 2.13 ± 0.37 puan ve anlamlı farklılık bulundu ($p=0.015$). Girişim grubunun bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği son test puan ortalaması 20.45 ± 4.89 , kontrol grubunun ortalaması 19.0 ± 5.94 olarak saptandı, 1.45 ± 1.05 puan ile aralarında anlamlı fark saptanmadı ($p=0.267$).



5. TARTIŞMA

5.1. TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde tartışılmıştır.

- Bakım vericilerin tanımlayıcı özelliklerinin tartışılması
- Bakım vericilerin bakım yükü ve bakıma hazır oluşluk ortalamalarının tartışılması

5.1.1. Bakım Vericilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Bu çalışmada, palyatif bakım ünitesinde yatan hastalara bakım veren bireylerin girişim ve kontrol gruplarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, hastaya olan yakınlık, başka bir kişiye bakma, hastasına bakarken yardım alma, gönüllü olarak bakım verme, hastaya baktıkları süre ve hastanın var olan hastalık sayısı gibi değişkenler açısından dağılım incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı, her iki grubun homojen dağılım gösterdiği saptanmıştır.

Bakım vericilerin çoğunlukla kadın, bekar ve gelir durumlarının kötü olduğu bulunmuştur. Türkiye'de ve dünyada yapılan çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde, bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum, kültürel normlar ve toplumsal cinsiyet rollerinin etkisiyle bakım verme sorumluluğunun çoğunlukla kadınlar tarafından üstlenildiğini göstermektedir. Ancak bu genellemenin dışında kalan çalışma da mevcuttur. Örneğin, meme kanseri hastalarının bakım vericilerinde yapılan çalışmada erkeklerin çoğunlukta olması hastaların kadın olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Çeler ve diğ. 2018). Araştırma bulguları toplumsal cinsiyet rollerinin etkisiyle bakım verme sorumluluğunun daha çok kadınlar tarafından üstlenildiğini gösteren literatürle uyumludur (Ekiz ve Özçelik, 2024; Hetland ve diğ.2022; Tamdee ve diğ. 2019).

Medeni durum açısından ise hem girişim hem de kontrol grubunda bekâr bireylerin oranı yüksektir. Bu bulgu, çeşitli çalışmalarda da benzer şekilde rapor edilmiştir (Bilgin ve Özdemir, 2024; Çolak ve Bülbüloğlu, 2020; Lin, 2019). İnme hastalarına bakım verenlerin yaklaşık üçte ikisinin eş ya da partner ilişkilerinde sorun yaşadığı, %10'unun ise boşandığı veya boşanmayı düşündüğü bildirilmiştir (Er ve Yıldırım, 2019). Engelli çocuklara yönelik çalışmalarda da benzer şekilde boşanma oranlarının arttığı bildirilmektedir (Başaran ve diğ. 2013). Bu bulgular, bakım sorumluluğunun ilişkiler üzerinde yıpratıcı etkiler yaratabileceğini göstermektedir. Nitekim bu çalışmada bakım vericilerin çoğu bekardır ve evli olanların oranı

düşüktür. Bu durum, literatürle uyumlu olup, bakım sürecinin sosyal ilişkiler üzerindeki etkilerine dikkat çekmektedir.

Bakım vericilerin büyük çoğunluğu gelir durumunu kötü olarak değerlendirmiştir. Türkiye’de yapılan benzer çalışmalarda da, bakım vericilerin önemli bir bölümünün gelirinin giderlerinden düşük olduğu anlaşılmaktadır (Bakır ve Aydın, 2023; Erbay Dallı ve diğ. 2024). Gelir durumunun kötü olması genellikle bakım vermeye bağlı işten ayrılma, bakım sürecinin maddi yükü ve sosyal güvence eksikliğiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Şentürk ve diğ. 2018; Metin ve Helvacı, 2019). Bu çalışmada da benzer nedenlerle bakım vericilerin gelir düzeylerinin kötü olduğu düşünülmektedir.

Bakım vericilerin bakım vermeye yönelik özelliklerine bakıldığında çoğunluğunun hastaların çocuklarının olduğu, hasta dışında bakmak zorunda oldukları başka biri olmadığı, hastalarına bakarken destek alabildikleri ve gönüllü bakım verdikleri anlaşılmıştır.

Bu çalışmadaki informal bakım vericilerin çoğunluğunun hastanın çocuğu olduğu görülmüştür. Bu durum, özellikle Türkiye gibi aile bağlarının güçlü olduğu toplumlarda bakım sorumluluğunun sıklıkla çocuklar tarafından üstlenildiğini göstermektedir (Barğı ve diğ. 2022; Duracak ve Özmen, 2022; Egici ve diğ. 2019; Gutierrez-Baena ve Romero-Grimaldi, 2022; Kütahyalı ve Şentürk, 2024). Ayrıca, her iki grupta da bireylerin yarısının bakım esnasında destek aldığı görülmüştür. Bu destek hem fiziksel hem de duygusal olarak bakım vericilerin yükünü azaltıcı bir rol oynamaktadır (Fertelli ve Tuncay, 2019; Karakaya ve Işıksan, 2020). Ancak bazı araştırmalarda, bakım sürecinde destek alamayan bireylerin oranının da oldukça yüksek olduğu vurgulanmıştır (Özok ve diğ. 2024; Yeşil ve diğ. 2016). Bu çalışmanın İstanbul gibi bir metropolde gerçekleştirilmiş olması bakım vericilerin destek kaynaklarına ulaşmalarını kolaylaştırmış olabileceği düşündürmektedir.

5.1.2. Bakım Vericilerin Bakım Yüğü ve Bakıma Hazır Oluşluk Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çalışmada, Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı puan ortalaması ön testte girişim grubunda 45.05 ± 12.56 , kontrol grubunda ise 45.6 ± 12.41 olarak bulunmuştur. Son testte ise girişim grubunun ortalama puanı 42.45 ± 10.57 ’ye düşerken, kontrol grubunda bu değer 44.95 ± 12.61 olarak kaydedilmiştir. Bu sonuç, girişim grubunda bakım yükünün anlamlı olmasa da azaldığını ve orta düzeyde bir bakım yükü yaşadıklarını göstermektedir.

Bakım vericilerle yapılan çalışmalarda kadın cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyinin kötü olması (Gilsenan ve diğ. 2023; Loo ve diğ. 2022; Tao ve diğ. 2022), bakım vericilerin hastanın çocuğu olması gibi değişkenlerin bakım verici yükünü etkileyen faktörler olduğu bildirilmektedir (Kunick ve diğ. 2021). Bu çalışmadaki bakım vericilerin de çoğunluğunun kadın, gelir düzeyi kötü ve hastanın çocuğu olması bakım verici yükünü artıran nedenler olduğunu düşündürmektedir.

Türkiye’de ve dünyada bakım sorumluluğu büyük ölçüde kadınlar tarafından üstlenildiği anlaşılmaktadır (Hetland ve diğ. 2022; Özçelik ve Ekiz, 2024; Tamdee ve diğ. 2019). Kadınlar, ev işleriyle birlikte hastane sürecini de yürütmekte ve bu durum günlük yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (Campos-Puente ve diğ. 2019). Kadınlar günlük yaşamda daha fazla sorumluluk taşımakta bu durum da onların bakım yükü yaşamalarına yol açabilmektedir (Avargues-Navarro ve diğ. 2020). Asya ülkelerinde yapılan çalışmada kadınların daha fazla bakım yükü yaşadığı bildirilmektedir (Tran ve diğ. 2025). Toplumda bakım ve ev işlerinin kadınlardan beklenmesi, bu yükün artmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada da bakım vericilerin çoğunluğunun kadın olması, bu bireylerin günlük yaşamda daha fazla sorumluluk üstlenmeleriyle ilişkilendirilebilir ve orta düzeyde bakım yükü yaşamalarına neden olmuş olabilir.

Öte yandan, göç, toplumsal yapının dönüşmesi ve kadınların istihdam sürecine daha fazla katılması gibi sosyodemografik değişimler, ekonomik durumlarının etkilenmesine veya aile içi sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir. Aile içinden yeterli destek alınamaması ise bakım verenin yalnızlaşmasına ve bakım yükünün artmasına yol açabilmektedir (Özütürker ve Özütürker, 2023). Buna ek olarak, psikolojik dayanıklılığı düşük olan bakım vericilerin, bakım sürecini daha zorlayıcı algıladıkları ve bu durumun hem bakım yükünü hem de aile içi ilişkileri olumsuz etkileyebileceği görülmektedir (Özok ve diğ. 2024). Ayrıca, sosyal desteğin eksikliği bakım vericilerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir (Alkan ve diğ. 2023). Aile içindeki sosyal destek en yakın olarak eş ya da ebeveynlerde alınmaktadır. Ancak yapılan araştırmalarda, evli bakım vericilerin aile içindeki diğer sorumluluklar nedeniyle daha fazla yük yaşadığı (Eryiğit ve diğ. 2024; Kalıncara ve Kalaycı, 2017), bazı çalışmalarda ise bekar bireylerin daha fazla bakım yükü yaşadığı belirtilmektedir (Çelenk ve Kumcağız, 2022). Bu çalışmadaki bakım vericilerin de benzer zorluklar yaşaması bakım verici yüklerini artırmış olabilir.

Araştırmalar, bakım yükünü etkileyen başlıca faktörler arasında hastaya duyulan duygusal ve fiziksel yakınlık ile bakımın gönüllü olarak üstlenilmesinin önemli olduğunu göstermektedir. Ücretli bakıcılar hastayla duygusal bir bağ kurmadıkları için genellikle daha düşük bakım yükü yaşarken, informal bakım vericiler olan aile üyeleri, gönüllü olsalar bile orta ila yüksek düzeyde yük hissedebilmektedir (Alhawsawi ve diğ. 2023). Bu durum, bakım veren ile hasta arasındaki duygusal bağın yük algısını etkilediğini göstermektedir. Bakım vericinin hasta ile olan ilişkisi bakım yükü üzerinde belirleyici bir faktördür. Bir çalışmada, anne-babaların bakım yükünü daha düşük algıladıkları; eş ve çocuk gruplarında ise fiziksel fonksiyon ve ağrıya bağlı yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Yeşil ve diğ. 2016). Özdemir ve Özkaraman (2022) da bakım yükünün, hastaya olan yakınlığa ve gönüllü olma durumuna göre değişebileceğini belirtmiştir (Özdemir ve Özkaraman, 2022). Romano ve diğ. (2022), bakım veren ile hasta arasındaki ilişki kalitesinin bakım yükü üzerinde etkili olduğunu vurgulamış; Malki ve diğ. (2025) ise aynı evi paylaşan ve hastayla duygusal bağı güçlü olan bireylerin daha fazla psikolojik yük yaşadığını ifade etmiştir. Diğer yandan Bakır ve Aydın (2023)'ın yaşlı bireylere bakım verenlerle yaptıkları çalışmada gelin-akraba ilişkisi bulunanların bakım yükü puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Bakır ve Aydın, 2023; Malki ve diğ. 2025; Romano ve diğ. 2022). Bu çalışmadaki informal bakım verenlerin hastaların çocuğu olması ve gönüllü bakım sağlamaları, yüksek düzeyde yük yaşamalarını bir ölçüde engellemiş olabilir. Ayrıca, bakım verenin rolü nasıl benimsediği ve hasta ile olan duygusal bağı da bu yük algısını etkileyebilecek önemli etkenler arasında yer almaktadır.

Çalışmamızda bakıma hazırlık ölçeği puan ortalamaları, girişim grubunda ön testte 13.0 ± 5.02 iken, son testte bu puan 20.45 ± 4.89 'a yükselmiştir. Kontrol grubunda ise ön test puanı 16.91 ± 5.57 , son test puanı ise 19.0 ± 5.94 olarak ölçülmüştür. Bu bulgular, girişim ve kontrol gruplarının bakıma hazır oluşluk düzeylerinde artış olduğunu göstermektedir.

Yakar ve diğ. (2020) kanser hastalarına bakım veren bireylerle gerçekleştirdiği çalışmada bakıma hazırlık ölçeği puanı ortalaması 27.03 ± 6.05 ; Ekiz ve Özçelik'in (2024) palyatif bakım ünitesinde gerçekleştirdikleri çalışmada ise 28.96 ± 6.28 olarak rapor edilmiştir. Turan ve diğ. (2021) epilepsili bireylerin bakım vericilerinde bu puan 14.12 ± 7.76 iken, Karabulutlu ve diğ. (2022) palyatif bakım ünitesindeki bakım vericilerle gerçekleştirdikleri çalışmada 18.55 ± 6.83 olarak bulunmuştur. Bu farklılıklar, bakım verilen hastalığın türü, bakım süresi ve bireysel faktörlere bağlı olarak değişebilecek bakıma hazırlık düzeylerini

yansıtmaktadır (Ekiz ve Özçelik, 2024; Karabulutlu ve diğ. 2022; Turan ve diğ. 2021; Yakar ve diğ. 2020). Diğer yandan literatürde, bakım vericilerin bakıma hazır oluşluk puanlarının genellikle orta düzeyde olduğu bildirilmektedir (Erdoğan İnan ve Polat, 2023; Otto ve diğ. 2021; Turan ve diğ. 2021). Aynı zamanda cinsiyet, yaş, bakım süresi, bakım verenin sağlık durumu, medeni hali ve hasta ile birlikte yaşayıp yaşamama gibi sosyodemografik faktörlerle bakıma hazır oluşluk düzeyi arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Gutierrez-Baena ve Romero-Grimaldi, 2022). Ayrıca bakıma hazır oluşluk düzeyi arttıkça bakım yükünün azaldığı; hazır oluş düzeyi düştükçe bakım yükünün arttığı vurgulanmaktadır (Ekiz ve Özçelik, 2024; Gutierrez-Baena ve Romero-Grimaldi, 2022; Karabulutlu ve diğ. 2022). Bu çalışmadaki informal bakım vericilerin bakıma hazır oluşluk puanları literatürle paralellik göstermektedir.

Eğitim hemşirenin en önemli rollerinden biridir. Özellikle bakım ihtiyacı bulunan palyatif bakım ünitelerinde verilen eğitim müdahaleleri, bakım verenlerin bakım sürecine hazırlanmasında ve yüklerinin hafifletilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu çalışmada girişim grubundaki bakım vericilerin bakıma hazır oluşluk düzeyinde eğitim sonrası anlamlı bir artış gözlenmiş, kontrol grubunda ise zamanla oluşan doğal artış bu değişimi sınırlı ölçüde etkilemiştir. Bu bulgular, eğitimin bakıma hazır oluşluk düzeyini artırıcı etkisini desteklemekle birlikte, zamanın kendisinin de bakım vericilerin hazır oluşluk düzeylerinde artışa neden olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde bazı çalışmalar, eğitimin olumlu etkilerini ortaya koyarken, bazıları yalnızca eğitim uygulamasının yeterli olmadığını vurgulamaktadır. Örneğin, Karahan (2022) tarafından yanık hastalarıyla yaptıkları çalışmada, farklı eğitim türlerinin (simülasyon temelli ve standart) her ikisinin de bakıma hazır oluşluk düzeyini artırdığı belirtilmiştir (Karahan, 2022). Ancak kanserli hastaların bakım vericileriyle (Cheng ve diğ. 2022; Li ve diğ. 2022), kalp yetersizliği olan hastaların bakım vericileriyle (Cassidy ve diğ. 2021), inme sonrası yatan hastaların bakım vericileriyle (Forster ve diğ. 2013) yapılan çalışmalarda uygulanan eğitimin bakım yükü ve bakıma hazır oluşluk üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşmışlardır (Cassidy ve diğ. 2021; Cheng ve diğ. 2022; Forster ve diğ. 2013; Li ve diğ. 2022).

Yapılan araştırmalar, bakım verenlere yönelik eğitim programları ve e-sağlık müdahalelerinin hem bakım yükünü hafifletmede hem de bakım sürecine hazır oluş düzeyini artırmada sınırlı etki gösterdiğini ortaya koymaktadır. Cheng ve diğ. (2022) bulgularına göre, bakım verenlerin yeterince hazırlıklı olamamasının temel nedenleri arasında, verilen eğitimlerin kısa vadede etkili olmaması, takip süresinin yetersizliği ve psikoeğitimlerin başa

çıkma becerilerine anlamlı katkı sunmaması yer almaktadır (Cheng ve diğ. 2022). Benzer şekilde, Li ve diğ. (2022) gerçekleştirdiği meta-analiz çalışması, e-sağlık uygulamalarının bakım yükünü azaltmada etkili olmamasını; müdahalelerin yükün tüm boyutlarına hitap etmemesine, katılımcıların çoğunluğunun daha yüksek yük altında olduğu bilinen kadınların oluşturmalarına ve bazı uygulamaların ek zaman ve çaba gerektirmesine bağlamaktadır (Li ve diğ. 2022). Bu bulgular, bakım verenlere yönelik destekleyici müdahalelerin daha uzun vadeli, bütüncül ve ihtiyaçlara duyarlı biçimde tasarlanması gerektiğini göstermektedir. Çalışmada kitapçıkla eğitim uygulanması ve bir ay boyunca bakım verenlerin desteklenmesi bakıma hazır oluşluk ve bakım verici yükünün azaltılmasında anlamlı bir farklılık oluşmasını engellemiş olabilir.

Eğitimin süresi, içeriği ve sunuluş biçimi de etkililiğini belirleyen önemli faktörlerdendir. Shaker ve diğ. (2023) tarafından yürütülen çalışmada, stres yönetimi, fiziksel bakım ve günlük destek gibi içerikleri barındıran bir programın bakım yükünü azaltıp yaşlı bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyini artırdığı ifade edilmiştir. (Shaker ve diğ. 2023). Benzer şekilde Boyacıoğlu ve Kutlu (2017), MMN (McGill Hemşirelik Modeli) temelli psikoeğitimsel müdahalenin öz yeterlilik düzeyini artırarak bakım yükünü azalttığını rapor etmiştir (Boyacıoğlu ve Kutlu, 2017). Ayrıca, Akbal ve Nural (2023) çalışmasında, trakeostomi bakımı üzerine verilen eğitimin hasta yakınlarının kaygı düzeylerini azalttığı, Öğür ve diğ. (2019) çalışmasında ise eğitimlerin bakım vericilerin yaşam kalitesi, öz yeterliliği ve genel iyilik halini geliştirdiği ve hastaneye tekrar yatış oranlarını azalttığı belirtilmiştir (Akbal ve Nural, 2023; Öğür ve diğ. 2019). Öte yandan, bazı çalışmalar bireyselleştirilmiş içeriklerin daha etkili sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. Örneğin, Köse ve Akı (2019), bakım vericilere yönelik uygulanan bireysel ergoterapi eğitiminin depresyon düzeylerini azalttığını ve yaşam kalitesini artırdığını belirtmiştir. Bu da eğitimlerin, bakım vericilerin bireysel gereksinimlerine göre planlandığında daha anlamlı çıktılar doğurabileceğine işaret etmektedir (Köse ve Akı, 2019). Çalışmada her ne kadar eğitim bireysel olarak sunulmuş olsa da, içerik daha çok hastaların genel bakım ihtiyaçlarına odaklanmış; bakım vericilerin psikososyal gereksinimleri ele alınmamıştır. Bu durum, elde edilen bazı sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olmamasının olası nedenlerinden biri olabilir.

Eğitimin anlamlı olarak bakım verici yükünün azaltılmasında etkili olmamasının diğer bir nedeni ise bu çalışmanın palyatif bakım ünitesinde yürütülmüş olması olabilir. Hastane ortamında bakım vericinin ihtiyacı olduğu anda sağlanan destekler sayesinde bakım yükünün

artması engellenmiş olabilir. Bu çalışmadaki girişim grubundaki bakım vericilerin 45.05 ± 12.56 , kontrol grubundakilerin ise 45.6 ± 12.41 bakım verici yükü yaşadıkları bulunmuştur. Şener ve diğ. (2022), palyatif bakım servisindeki bakım vericilerde bakım yükü puanını 30.73 ± 9.45 olarak saptamış; dahili ve cerrahi servislerdeki bakım vericilerde ise bu değerin 21.25 ± 8.50 olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmadaki bakım vericilerin Şener ve diğ.’nin çalışmasındaki bakım vericilerden daha fazla yük yaşadıkları anlaşılmaktadır. Bu fark, palyatif bakım hastalarının bakım vericilerine verilen eğitimin etkisiyle hissettikleri yükün artmasının engellenmesine bağlanabilir.

5.2. ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI

Palyatif bakımdaki hastaların informal bakım vericilerine yönelik verilen eğitimin, bakım verici yükü ve bakıma hazır oluş düzeyleri üzerindeki etkisinin incelendiği bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırma yalnızca tek bir hastanenin palyatif bakım ünitesinde yürütüldüğü için elde edilen sonuçların genellenebilirliği sınırlıdır. Bununla birlikte, İstanbul’daki büyük bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmiş olması, bulgulara katkı sağlayan güçlü bir yön olarak değerlendirilebilir. Bir diğer sınırlılık, veri toplama sürecinde yalnızca ölçeklerin kullanılmış olmasıdır. Ölçeklerle elde edilen veriler dışında hem bakım vericiye hem de hastaya ait bireysel özelliklerin bakım yükü ve hazır oluşluk düzeylerini etkilemiş olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, hasta profiline ilişkin belirli bir grup hedeflenmemiş olması ve farklı tanımlara sahip bireylerin çalışmaya dâhil edilmesi nedeniyle, verilen eğitimlerin hastalığa özgü belirti ve bulgulara yeterince odaklanamaması, eğitim sonunda bakım yükünü azaltmamış olabilir. Bu nedenle, gelecekte yapılacak çalışmalarda çok merkezli palyatif bakım ünitelerinde, belirli bir hasta grubuna odaklanılarak ve niteliksel yöntemlerin de kullanıldığı daha derinlemesine araştırmaların yürütülmesi önerilmektedir.

5.3. SONUÇ

Palyatif bakım ünitesinde yatan informal bakım vericilere verilen eğitimin bakım verici yükü ve bakıma hazır oluşluk düzeylerine etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

Girişim grubundaki bakım vericilerin yaş ortalaması 46.51 ± 11.98 yıl, %91.4’ü kadın, %62.9’u bekar, %37.1’i üniversite mezunu, %40’ı ev hanımı, %68.6’sının gelir durumu kötü, %68.6’sının hastanın çocuğu, %80’inin hastası dışında bakmak zorunda olduğu başka biri

olmadığı, %57.1'inin hastasına bakarken destek aldığı, %94.3'ü gönüllü olarak bakım verdiği ve ortalama 9.17 ± 12.49 ay bakım verdiği belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bakım vericilerin ise yaş ortalaması 52.65 ± 16.56 yıl, %80'inin kadın, %65.7'sinin bekar, %54.3'ünün ilköğretim mezunu, %37.1'inin çalışıyor, %57.1'inin gelir durumunun kötü, %54.3'ünün hastanın çocuğu, %80'inin hastası dışında bakmak zorunda olduğu başka biri olmadığı, %57.1'inin hastasına bakarken destek aldığı, %100'ünün gönüllü olarak bakım verdiği ve ortalama 15.28 ± 18.94 ay bakım verdiği bulunmuştur. Girişim ve kontrol grupları bu özellikler açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Girişim grubunun eğitim öncesi Zarit bakım verme yükü ölçeği ortalaması 45.05 ± 12.56 eğitim sonrası ise 42.45 ± 10.57 olduğu bulunmuştur. Eğitim sonrasında bakım verme yükünde azaldığı bulunsada aralarındaki fark anlamlı değildir. Kontrol grubunun ise ön-test Zarit bakım verme yükü ölçeği ortalaması 45.60 ± 12.41 ve 1 ay sonrası 44.95 ± 12.61 'dir, aralarındaki fark anlamlı değildir.

Bakım vermeye hazır oluşluk düzeyleri girişim grubunda eğitim öncesi 13.0 ± 5.02 iken eğitim sonrasında 20.45 ± 4.89 ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. ($p = 0.000$) Kontrol grubunun ise 16.91 ± 5.57 bakım vermeye hazır oluşluk düzeyi 1 ay sonrasında 19.0 ± 5.94 olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0.015$). Sonuç olarak her iki grubun 1 ay sonrasında bakıma hazır oluşluk düzeylerinin arttığı anlaşıldı. Ancak eğitim verilmeden önce girişim ve kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım vermeye hazır oluşluk düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır ($p = 0.003$). Kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım vermeye hazır oluşluk düzeyi girişim grubundaki bakım vericilerden daha yüksektir. Ayrıca bakım verici yükü ile bakıma hazır oluşluk düzeyi arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulundu.

5.4. ÖNERİLER

Bu çalışmada elde edilen bulgular sonucunda palyatif bakım ünitesindeki informal bakım vericilere verilen eğitimin bakım vericini yükünü azaltmada anlamlı düzeyde etkili olmasada azalttığı, bakıma hazır oluşluk düzeylerinin artmasına ise etkisi olduğu anlaşılmıştır.

Çalışma sonucunda palyatif bakım ünitelerindeki informal bakım vericilerin bakıma hazır oluşluk düzeylerinin artırılması için rutin eğitimler verilmesi önerilir. Eğitim hemşirelerin bağımsız rollerinden biridir. Bakım vericinin yükünün azaltılması, yalnızca bakım vereni

desteklemekle kalmaz; aynı zamanda hastaya sunulan bakımın niteliğini de artırır. Bu nedenle bakım vericilerin desteklenmesi önemlidir.

Hemşirelerin, hasta yakınlarının desteklenme sürecinde aktif rol üstlenerek; hastaya ve bakım verene yönelik eğitici müdahaleler planlaması, özellikle psikolojik destek içeren programlar da dâhil olmak üzere, palyatif bakımın etkinliğini artırmada büyük önem taşımaktadır.



6. KAYNAKLAR

- Ağaçdiken Alkan, S., Çamlıca, T. ve Koç, Z., 2023. İnfomal bakım vericilerin sosyal destek gereksinimleri ve baş etme mekanizmaları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 33(1), pp.157–171.
- Ahmad Zubaidi, Z.S., Ariffin, F., Oun, C.T.C. ve Katiman, D., 2020. Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized palliative care unit in Malaysia: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 19(1), p.186.
- Alam, S., Hannon, B. ve Zimmermann, C., 2020. Palliative care for family caregivers. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(9), pp.926–936.
- Alhawsawi, E.M.F., Hariri, G.A., Alfakeh, S.A. ve Alkhatieb, M.T., 2023. Predictors of burden perceived by informal caregivers of patients registered in the home health-care unit at King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, *Annals of African Medicine*, 22(3), pp.309–315.
- Arslantaş, H. ve Adana, F., 2011. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), pp.251–277.
- Aslan, Y., 2020. Türkiye’de ve dünyada palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), pp.19–27.
- Aşiret, G.D. ve Kapucu, S., 2012. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(2), pp.73–80.
- Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Özpolat, A.Y., 2011. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), pp.513–552.
- Avargues-Navarro, M.L., Borda-Mas, M., Campos-Puente, A.D.L.M., Pérez-San-Gregorio, M.Á., Martín-Rodríguez, A. ve Sánchez-Martín, M., 2020. Caring for family members with Alzheimer’s and burnout syndrome: Impairment of the health of housewives. *Frontiers in Psychology*, 11, p.576.
- Avcı, Y.D., Gözümlü, S. ve Özer, Z., 2016. İnmeli hastaların ailelerinin, bakım verme yeterliliğini geliştirmek için yapılan girişimler: Sistematik derleme. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(3), pp.164–174.

- Bakır, N.A. ve Aydın, A.K., 2023. Yaşlı hastalara bakım veren bireylerdeki bakım yükünün ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(3), pp.887–896.
- Barğı, G., Kayagil Kolsuz, Y., Yılmaz, F., Turgut, T., Büyükdoğan, E., Karahan, G. ve Nalcıoğlu, G., 2022. Palyatif bakım hastalarına bakım veren bireylerin palyatif bakımda fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamaları hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyleri: Kesitsel bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1).
- Bekdemir, A. ve İlhan, N., 2019. Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. *Journal of Nursing Research*, 27(3), p.e24.
- Benson, J.J., Oliver, D.P., Washington, K.T., Rolbiecki, A.J., Lombardo, C.B., Garza, J.E. ve Demiris, G., 2020. Online social support groups for informal caregivers of hospice patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, p.101698.
- Bilgehan, T. ve İnkaya, B., 2021. Palyatif hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), pp.51–58.
- Bilgin, S. ve Özdemir, S., 2024. Palyatif bakım ünitesindeki hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ile bakım ve tedavi sürecine ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 6(3), pp.211–220.
- Bulut, H., Bozkurt, C. and Demirkol Sakar, D., 2023. Palyatif bakım hastalarına bakım veren bireylerin bakım yüklerinin yaşam kaliteleri üzerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), pp.1086–1096.
- Burn, K., 2021. Overview of palliative care. In: M. Kelly, ed. *Supporting patients who opt not to have dialysis or stop dialysis: Guidelines for nurses*. European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA).
- Campos-Puente, A.L.M., Avargues-Navarro, M.L., Borda-Mas, M., Sánchez-Martín, M., Aguilar-Parra, J.M. ve Trigueros, R., 2019. Emotional exhaustion in housewives and Alzheimer patients' caregivers: Its effects on chronic diseases, somatic symptoms and social dysfunction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), p.3250.
- Cassidy, L., Hill, L., Fitzsimons, D. and McGaughey, J., 2021. The impact of psychoeducational interventions on the outcomes of caregivers of patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 114, p.103806.

- Cheng, Q., Xu, B., Ng, M.S., Duan, Y. and So, W.K., 2022. Effectiveness of psychoeducational interventions among caregivers of patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 127, p.104162.
- Çelenk, Z. and Kumcağız, H., 2022. Yaşlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(2), pp.628–645.
- Çeler, H.G., Özyurt, B.C., Elbi, H. and Özcan, F., 2018. Meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesinin ve bakım yükünün değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 18(2), pp.164–174.
- Çolak, R. and Bülbüloğlu, S., 2020. Yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin stres düzeyleri ve kaynaklarının incelenmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 17(4), pp.585–591.
- Dağdeviren, T.S., Dağdeviren, M., Demir, N., Atatorun, M., Özşahin, O.A. and Adahan, D., 2019. Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri. *Ankara Medical Journal*, 19(2), pp.232–243.
- Damak, N. and Karakoç Kumsar, A., 2020. Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ve iyi ölüme yönelik algıları. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3(1), pp.1–14.
- Demir, M., 2016. Palyatif bakım etiği. *Journal of Critical and Intensive Care*, 7(2), p.62.
- Demirkiliç, A., 2024. Kanser hastasına bakım veren bireyin boş zaman algısına etki eden faktörlerin incelenmesi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 7(3), pp.62–74.
- Duman, Ö. and Özdelikara, A., 2022. Hasta yakınlarının palyatif bakıma ilişkin görüşlerinin bakım verici yüküne etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), pp.32–39.
- Duracak, A. and Özmen, D., 2022. Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin spiritüel iyi oluş ve depresyon düzeylerinin bakım yüklerine etkisi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), pp.387–393.
- Egici, M.T., Kök Can, M., Toprak, D., Zeren Öztürk, G., Esen, E.S. and Özen, B., 2019. Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(2), pp.123–131.

- Ekiz, M. and Özçelik, H., 2024. Palyatif bakım alan hasta yakınlarının bakıma hazır olma düzeyleri ve bakım yüklerinin belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 11(3), pp.341–349.
- Enginyurt, Ö., 2019. Palyatif servisinde yatan hastaların hastalık prevelansı. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 11(1).
- Erbay Dallı, Ö. and Kelebek Girgin, N., 2024. Bakım verici için yoğun bakım deliryumu bilgi düzeyi testinin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerin değerlendirilmesi. *Artuklu Sağlık*, 8, pp.9–17.
- Erdem, M., 2005. Yaşlıya bakım verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), pp.101–106.
- Erdoğan İnan, D. and Polat, Ü., 2023. The effect of planned discharge training on stroke patients satisfaction and caregiver preparedness: A pre-test post-test study. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), pp.471–489.
- Erinmez, G. and Avci, İ., 2019. Radyoterapi alan hastaların bakım verenlerinin yaşadıkları güçlükler ve bakım yükleri. *SETSCI-Conference Proceedings*, 12, pp.123–130.
- Ersin, F., Çadircı, D. and Dedeoğlu, G.K., 2022. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalara bakım veren bireylerin mental iyi oluş durumları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 61(3), pp.379–386.
- Ersoy, S., Özkahraman Koç, Ş. and Özcan, F., 2018. *Palyatif bakım hastalarında hasta yakınlarının bakım yükü*. İstanbul: Özgür Yayınları, pp.7–8.
- Eryiğit, T., Çevik, M., Erdoğan, B., Karasu, B.B. and others, 2024. Özel gereksinimli bireylerin bakım vericilerinin bakım yükü ve algılanan sosyal izolasyon durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sağlık ve Spor Bilimleri Dergisi*, 7(2), pp.126–139.
- Eskigölek, Y. and Kav, S., 2020. Palyatif bakım hastaları ve hemşirelerinin gözünden itibarlı bakım. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 1(1), pp.1–18.
- Fertelli, T.K. ve Tuncay, F.Ö., 2019. İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *JAREN*, 5(2), pp.107–115.
- Forster, A., Dickerson, J., Young, J., Patel, A., Kalra, L., Nixon, J. ve TRACS Trial Collaboration, 2013. A cluster randomised controlled trial and economic evaluation of a

structured training programme for caregivers of inpatients after stroke: the TRACS trial. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 17(46), p.1.

Gel, K.T. ve Kesgin, M.T., 2017. İnfomal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(4), pp.267–278.

Gilsenan, J., Gorman, C. ve Shevlin, M., 2023. Explaining caregiver burden in a large sample of UK dementia caregivers: The role of contextual factors, behavioural problems, psychological resilience, and anticipatory grief. *Aging & Mental Health*, 27(7), pp.1274–1281.

Givler, A., Bhatt, H. ve Maani-Fogelman, P.A., 2023. The importance of cultural competence in pain and palliative care. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Grov, E.K., Fosså, S.D., Sørebo, O. ve Dahl, A.A., 2006. Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: A path analysis of variables influencing their burden. *Social Science & Medicine*, 63(9), pp.2429–2439.

Guduk, O., 2022. Factors affecting long-term care preferences in Turkey. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 26(4), p.330.

Gutierrez-Baena, B. ve Romero-Grimaldi, C., 2021. Development and psychometric testing of the Spanish version of the Caregiver Preparedness Scale. *Nursing Open*, 8(3), pp.1183–1193.

Gutierrez-Baena, B. and Romero-Grimaldi, C., 2022. Predictive model for the preparedness level of the family caregiver. *International Journal of Nursing Practice*, 28(3), e13057.

Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E. ve Tuncer, A.M., 2010. Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1), pp.1–6.

Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E. and Tuncer, A.M., 2010. Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1), pp.1–6.

Gürsan, Ö.G.K. and Erdoğan, Ö.G.B., 2022. İçinde palyatif bakımda temel uygulamalar ve rehabilitasyon. In: *Palyatif bakımda temel uygulamalar ve rehabilitasyon*. Ankara: İksad Yayın Evi, p.8.

Haylı, Ç.M., Demir, D., Bor, N.A. ve Güler, R., 2024. Türkiye ve KKTC'de çalışan hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin karşılaştırılması ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 9(2), pp.241–257.

- Hendrix, C.C., Bailey, D.E. Jr, Steinhauser, K.E., Olsen, M.K., Stechuchak, K.M., Lowman, S.G., Schwartz, A.J., Riedel, R.F., Keefe, F.J., Porter, L.S. ve Tulskey, J.A., 2016. Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. *Supportive Care in Cancer*, 24(1), pp.327–336.
- Hetland, B.D., McAndrew, N.S., Kupzyk, K.A., Krutsinger, D.C., Turnbull, A.E., Pozehl, B.J. ve Heusinkvelt, J.M., 2022. Relationships among demographic, clinical, and psychological factors associated with family caregiver readiness to participate in intensive care unit care. *Annals of the American Thoracic Society*, 19(11), pp.1881–1891.
- Huffman, J.L. ve Harmer, B., 2023. End-of-life care. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- İnci, F. ve Erdem, M., 2006. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), pp.85–95.
- Jütten, L.H., Mark, R.E. ve Sitskoorn, M.M., 2019. Can the mixed virtual reality simulator into d'mentia enhance empathy and understanding and decrease burden in informal dementia caregivers?, *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 8(3), pp.453–466.
- Kalınkara, V. ve Kalaycı, İ., 2017. Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yüğü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), pp.19–39.
- Kaplan, E. ve Beydağ, K.D., 2023. Evde yatağı bağımlı hastaya bakım veren bireylerde bakım yüğü ve spiritüel iyi oluş ilişkisi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), pp.11–21.
- Karabulutlu, E.Y., Turan, G.B. ve Yanmış, S., 2022. Evaluation of care burden and preparedness of caregivers who provide care to palliative care patients. *Palliative & Supportive Care*, 20(1), pp.30–37.
- Karahan, S., 2022. *Simülasyon temelli eğitimin yanık hastalarına bakım verenlerin bakıma hazır olma durumlarına ve bakım verme yüğüne etkisi. Doktora tezi. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- Karakaya, C. ve Işıkhana, V., 2020. Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), pp.1437–1458.
- Karakaya, C., 2020. *Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi: Karabük örneğı. Yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.*

- Karaman, S. ve Karadakovan, A., 2015. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), pp.1–10.
- Kelley, A.S. ve Morrison, R.S., 2015. Palliative care for the seriously ill. *The New England Journal of Medicine*, 373(8), pp.747–755.
- Kıvanç, M.M., 2017. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), pp.132–135.
- Koç, A., 2021. Türk tıp tarihinde palyatif bakım. *Journal of Anesthesia/Anestezi Dergisi (JARSS)*, 29(3).
- Kökenek, Y.Y., Akış, A.G., Sözer, T., Demir, Z., Ay, Y., Doğan, M. ve Başbüyük, G.Ö., n.d. Demans bakımında gerontolojik müdahaleler: hasta ve bakım verenler açısından bir değerlendirme. *Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi*, 5(3), pp.675–685.
- Köprülüoğlu, M. ve Gürşan, İ.N., 2022. Palyatif bakımda fizyoterapistin rolü ve kanıta dayalı uygulamalar. *İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), pp.9–19.
- Köse, B. ve Akı, E. 2019. Bakım veren bireylere yönelik geliştirilen bireysel ergoterapi eğitim programının yaşam kalitesine ve bakım veren yüküne yönelik etkinliğinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 7(2), pp.71–78.
- Kundakcı, N. ve Karaca, A., 2022. Şizofreni tanısı ile takip edilen hastalara bakım verenlerin hastalığa verdikleri anlam ve kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(2), pp.318–329.
- Kunicki, Z.J., Gaudiano, B.A., Miller, I.W., Tremont, G., Salloway, S., Darling, E., ve Epstein-Lubow, G. 2021. Differences in burden severity in adult-child family caregivers and spousal caregivers of persons with dementia. *Journal of Gerontological Social Work*, 64(5), ss.518–532.
- Küçük, F.K.N.K.C. ve Akdoğan, H.A.D., 2024. Palyatif bakımda bakım veren aile üyesinin kaygı düzeyinin saptanması ve azaltılmasında psikolojik desteğin önemi. *Social Sciences Studies Journal (SSSJJournal)*, 7(85), pp.3145–3154.
- Kütahyalı, G.N. ve Şentürk, S.G., 2024. Demanslı bireylere bakım veren aile üyelerinin olumlu bakım verme deneyimlerinin incelenmesi. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 7(3), pp.171–183.

- Laranjeira, C., Dixe, M.A., Martinho, R., Rijo, R. ve Querido, A., 2022. Building bridges for “palliative care-in-place”: development of a mHealth intervention for informal home care. *Frontiers in Psychology*, 13, p.862347.
- Levy, M.H., Back, A., Benedetti, C., Billings, J.A., Block, S., Boston, B., Bruera, E., Dy, S., Eberle, C., Foley, K.M., Karver, S.B., Knight, S.J., Misra, S., Ritchie, C.S., Spiegel, D., Sutton, L., Urba, S., Von Roenn, J.H. ve Weinstein, S.M., 2009. NCCN clinical practice guidelines in oncology: palliative care. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 7(4), pp.436–473.
- Li, Y., Li, J., Zhang, Y., Ding, Y. ve Hu, X., 2022. The effectiveness of e-Health interventions on caregiver burden, depression, and quality of life in informal caregivers of patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, 127: 104179.
- Lin, W., 2019. The relationship between formal and informal care among Chinese older adults: evidence from the 2014 CLHLS dataset. *BMC Health Services Research*, 19, p.323.
- Loo, Y.X., Yan, S. ve Low, L.L., 2022. Caregiver burden and its prevalence, measurement scales, predictive factors and impact: a review with an Asian perspective. *Singapore Medical Journal*, 63(10), pp.593–603.
- Lynch, T., Connor, S. ve Clark, D., 2013. Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), pp.1094–1106.
- Madenoglu Kıvanç, M., 2017. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), pp.132–135.
- Malki, S.T., Johansson, P., Andersson, G., Andréasson, F. ve Mourad, G., 2025. Caregiver burden, psychological well-being, and support needs among Swedish informal caregivers. *BMC Public Health*, 25(1), p.867.
- Mallon, A., Hasson, F., Casson, K., Slater, P. ve McIlfratrick, S., 2021. Young adults' understanding and readiness to engage with palliative care: extending the reach of palliative care through a public health approach: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 20, pp.1–13.
- Meier, D.E., 2011. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. *The Milbank Quarterly*, 89(3), pp.343–380.

- Mercadante, S., Gregoret, C. ve Cortegiani, A., 2018. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*, 18(1), p.106.
- Metin, Z.G. ve Helvacı, A., 2019. Kalp yetersizliği hastalarına bakım veren aile üyelerinde algılanan bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(22), pp.59–66.
- Miniksar, Ö.H. ve Aydın, A., 2020. Palyatif bakım ünitemizde yatan hastaların retrospektif analizi. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(3), pp.429–433.
- Mollaoğlu, M., Özkan Tuncay, F. ve Kars Fertelli, T., 2011. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E-Dergisi*, 4(3), pp.125–130.
- Orak, O.S. ve Sezgin, S., 2015. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1).
- Otto, A.K., Ketcher, D., Heyman, R.E., Vadaparampil, S.T., Ellington, L. ve Reblin, M., 2021. Communication between advanced cancer patients and their family caregivers: relationship with caregiver burden and preparedness for caregiving. *Health Communication*, 36(6), pp.714–721.
- Öğür, Z., Gözümlü, S., Taş, E., Yalçındağ, N., Alp, M. ve Hayran, O., 2019. Evde sağlık hizmeti alan bağımlı hastalara bakım veren aile üyelerine verilen eğitimin hastalara ve bakım verenlere etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(3), pp.318–334.
- Özdemir, G. ve Özkaraman, A. 2022. Kanser hastasına bakım verenlerin bakım yükü ve duygusal zekâ düzeylerinin değerlendirilmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 7(18), pp. 49–63.
- Özok Bulut, N., Eryiğit, T., Çevik, M., Erdoğan, B., Karasu, B.B. ve Erdoğan, U., 2024. Özel gereksinimli bireylerin bakım vericilerinin bakım yükü ve algılanan sosyal izolasyon durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Health and Social Sciences (JHSS)*, 7(2), pp.126–139.
- Özyeşil, Z., Oluk, A. ve Çakmak, D., 2014. Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 15(1).

- Pehlivan Sarıbudak, T., 2024. The effect of stress management course on resilience and coping styles of nursing students: A quasi-experimental study. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 16(2).
- Perry, L.M., Sartor, O., Malhotra, S., Alonzi, S., Kim, S., Voss, H.M., Rogers, J.L., Robinson, W., Harris, K., Shank, J., Morrison, D.G., Lewson, A.B., Fuloria, J., Miele, L., Lewis, B., Mossman, B. ve Hoerger, M., 2021. Increasing readiness for early integrated palliative oncology care: development and initial evaluation of the Empower 2 intervention. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(5), pp.987–996.
- Pierce, L.L., Finn, M.G. ve Steiner, V., 2004. İnme ile uğraşan ailelerin öz bakım ihtiyaçları hakkında bilgi almak isterler. *Rehabilitasyon Hemşireliği*, 29(1), pp.14–17.
- 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), pp.38–47.
- Polat, Ü., 2011. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(4), pp.193–198.
- Rochmawati, E. ve Saun, A.U., 2022. Effectiveness of symptom management training on caregiving preparedness and burden of family caregivers in-home palliative care: a quasiexperimental study. *Jurnal Ners*, 17(2), pp. 153–160.
- Romano, D., Karantzas, G.C., Marshall, E.M., Simpson, J.A., Feeney, J.A., McCabe, M.P. ve Mullins, E.R., 2022. Carer burden: Associations with attachment, self-efficacy, and care-seeking. *Journal of Social and Personal Relationships*, 39(5), pp.1213–1236.
- Saga, Y., Enokido, M., Iwata, Y. and Ogawa, A., 2018. Transitions in palliative care: Conceptual diversification and the integration of palliative care into standard oncology care. *Chinese Clinical Oncology*, 7(3).
- Schnitzer, S., Oedekoven, M., Amin-Kotb, K., Gellert, P., Balke, K. and Kuhlmeier, A., 2017. Caregivers' burden and education level: Does subjective health mediate the association? *Innovation in Aging*, 1(Suppl 1), p.447.
- Selçuk, K.T. ve Avcı, D. 2016. Kronik çocuklara sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve dağıtmayanlar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), pp.1-9.

- Serrano-Gemes, G. and Serrano-del-Rosal, R., 2024. Family care of older people: a matter of moral duty. *Quality in Ageing and Older Adults*, 25(3), pp.150–163.
- Shekhani, S.S., 2024. Daughters and daughters-in-law providing elderly care: a qualitative study from Karachi, Pakistan. *BMC Geriatrics*, 24(1), p.785.
- Strand, J.J., Kamdar, M.M. and Carey, E.C., 2013. Top 10 things palliative care clinicians wished everyone knew about palliative care. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(8), pp.859–865.
- Şener, A., Kurtgöz, A. and Koç, Z., 2022. Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükleri ile yaşam doyumlarının belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(1), pp.63–70.
- Şentürk, S., Bıçak, D. ve Akça, D. 2018. Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), pp.35-39.
- Tamdee, D., Tamdee, P., Greiner, C., Boonchiang, W., Okamoto, N. and Isowa, T., 2019. Tayland, Chiang Mai'de yaşlılara bakım koşulları ve aile bakıcısı stresi. *Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 33(2), pp.138–150.
- Tao, L., Hu, X., Chen, H., Xiao, S. ve Zhang, X., 2022. Factors influencing the burden on spousal caregivers of breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 30(9), ss.7789–7799.
- Taşdelen, P. and Ateş, M., 2012. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), pp.22–29.
- Tayaz, E. and Koç, A., 2018. Engelli bireye bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*, 14(1), pp.44–52.
- Teoli, D., Schoo, C. and Kalish, V.B., 2023. Palliative care. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Timmons, S., O'Loughlin, C., Buckley, C., Cornally, N., Hartigan, I., Lehane, E. and Coffey, A., 2021. Dementia palliative care: A multi-site survey of long term care staff's education needs and readiness to change. *Nurse Education in Practice*, 52, p.103006.
- Tran, T.A., Mattap, S.M., Warren, N., Teng, J.H.J., Duong, M.D., Hoang, V.M. ve Mohan, D., 2025. Caregiver burden among dementia caregivers in low-and middle-income countries in Asia: a systematic review. *Aging & Mental Health*, pp. 1–13.

- Turan, G.B., Dayapoğlu, N. ve Özer, Z., 2021. Evaluation of care burden and caregiving preparedness in caregivers of patients with epilepsy: A sample in eastern Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 124, p.108370.
- Turan, M. ve Yayan, E.H., 2021. Metabolik sorunu olan çocuğun ebeveynlerinin bakım yükünün algılanan sosyal destek ve yaşam kalitelerine etkisinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), pp.445–451.
- Turgut, T., Genç, M.A., Uğur, F.U.D. ve Bahşi, R., 2023. Bir palyatif merkezdeki genç ve yaşlı hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması: Bir yıllık deneyim. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(1), pp.62–67.
- Türe, E., Yazar, A., Akın, F. ve Aydın, A., 2018. Kronik hasta çocuklara bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(3), pp.46–53.
- Uğur, H.G. ve Çatıker, A., 2019. Evde bakım hastalarının bakım vericilerindeki stres düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(3), pp.115–122.
- Uhm, K.E. ve diğerleri, 2023. Influence of preparedness on caregiver burden, depression, and quality of life in caregivers of people with disabilities. *Frontiers in Public Health*, 11, 1153588.
- Uysal, N. ve diğerleri, 2015. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı Dergisi*, 27(2), pp.104–110.
- Wang, Q., Xiao, X., Zhang, J., Jiang, D., Wilson, A., Qian, B. ve Yang, Q., 2023. Experiences of filial culture among East Asian dementia caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, pp. 1–15.
- World Health Organization (WHO), 2020. Palliative Care. [online] Available at: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/introduction/en/> [Accessed 8 Jun. 2025].
- Yakar, B., Batbaş, C.S. ve Pirinçci, E., 2021. Palyatif bakım ve hospis. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), pp.136–143.
- Yakar, H.K., Oğuz, S., Tavşan, B., Er, C., Çatalbaş, H.M. ve Sari, M., 2020. Preparedness of caregivers of cancer patients to provide care. *Turkish Journal of Oncology*, 35(4), pp. 387–393.

- Yaşar, N. ve Akın, S., 2023. Palyatif bakım servisinde yatarak tedavi gören hastaların eğitim gereksinimleri ve semptom deneyiminin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 33(1), pp.115–123.
- Yeşil, T., Uslusoy, E.Ç. ve Korkmaz, M., 2016. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), pp.54–66.
- Yıldız, M.K. ve Ekinci, M., 2017. Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Journal of Education & Research in Nursing / Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(3).
- Yılmaz, Ö. ve Bahat, G., 2019. Yaşlıda hastane temelli palyatif bakım ve hospis. *Türkiye Klinikleri Geriatrics - Special Topics*, 5(2), pp. 32–44.
- Yiğit, M.F. ve Erci, B., 2023. Ayaktan radyoterapi alan hastalara evde bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), pp.113–119.
- Yürüyen, M. ve diğerleri, 2018. Palyatif bakım hastalarında klinik özellikler ve prognostik faktörler. *Konuralp Medical Journal*, 10(1), pp.74–80.
- Zhang, X., Clarke, C.L. ve Rhynas, S.J., 2019. What is the meaning of filial piety for people with dementia and their family caregivers in China under the current social transitions? An interpretative phenomenological analysis. *Dementia*, 18(7–8), pp. 2620–2634.
- Zhao, Q. ve diğerleri, 2025. The mediating roles of caregiver needs and caregiver readiness in the relation between family resilience and benefit finding in family caregivers of patients with stroke in China. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 32(3), pp. 260–269.

7. EKLER

EK 1: İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

 Page 2 of 41 - Integrity Overview Submission ID: tmsid::3117:475798567

Aysenur Şahin Eraslan

Palyatif Bakımdaki Bakım Vericilere Verilen Eğitimin Bakıma Hazır Oluşluk ve Bakım Verme Yükü Üzerine Etkisi.

 İstanbul Atlas Üniversitesi

Document Details

Submission ID	tmsid::3117:475798567	35 Pages
Submission Date	Jul 24, 2025, 12:12 AM GMT+3	9,238 Words
Download Date	Jul 24, 2025, 12:15 AM GMT+3	64,103 Characters
File Name	aysenur_tez.docx	
File Size	606.3 KB	

12% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Top Sources

10%	 Internet sources
7%	 Publications
0%	 Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

EK 2: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-22686390-050.99-46586
Konu : 22.07.2024 Tarih ve 06/17 Sayılı Etik
Kurul Kararı

23.07.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Dilek BAYKAL

İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup Ayşenur Şahin Eraslan ile birlikte planladığınız "**Palyatif Bakımdaki Bakım Vericilere Verilen Eğitimin Bakıma Hazır Oluşluk ve Bakım Verme Yükü Üzerine Etkisi**" isimli araştırmanız kurulumuzun 22.07.2024 tarihli ve 06 sayılı toplantısında etik yönden uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunarım.

EK 3: KURUM İZNİ

EK 3.1: Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-14679818-771-253205309
Konu : Ayşenur ŞAHİN ERASLAN-Araştırma
İzni Hk.

06.09.2024

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Eğitim ve Tescil Birimi)

Hastanemizde Hemşire olarak görev yapmakta olan Ayşenur ŞAHİN ERASLAN, “**Palyatif Bakımdaki Bakım Vericilere Verilen Eğitimin Bakıma Hazır Oluşluk ve Bakım Verme Yükü Üzerine Etkisi**” başlıklı araştırmayı kurumumuzda yürütmeyi talep etmektedir. Adı geçenin talebi Eğitim Planlama Kurulu kararı ile **uygun** görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Gökhan Tolga ADAŞ
BAŞHEKİM

EK 4: TEZDE KULLANILAN FORMLAR

EK 4.1: Bakım Verici Bilgi Formu

EK-1 BAKIM VERİCİ BİLGİ FORMU

Ad Soyad:	
Yaş:	
Cinsiyet:	1 ☐ Erkek 2 ☐ Kadın
Eğitim durumu: (Bitirdiğiniz okul)	1 ☐ Okur-yazar 2 ☐ İlköğretim 3 ☐ Lise 4 ☐ Üniversite ve üstü
Çalışma durumu:	1 ☐ Çalışıyor 2 ☐ Emekli 3 ☐ Ev hanımı 4 ☐ Diğer:
Gelir düzeyi:	1 ☐ İyi 2 ☐ Orta 3 ☐ Kötü
Medeni durum:	1 ☐ Bekar 2 ☐ Evli
Hastaya yakınlığınız?	1 ☐ Eş 2 ☐ Çocuk 3 ☐ Diğer
Hastanın hastalığı:	
Hastanıza ne kadar zamandır bakıyorsunuz? (ay)	
Hasta dışında bakmak zorunda olduğu başka biri var mı?	1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır
Hastanıza bakarken yardım alabileceğiniz biri var mı?	1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır
Hastanıza gönüllü olarak mı bakıyorsunuz?	1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır

EK 4.2: Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği

EK-2 BAKIM VERMEYE HAZIR OLUŞLUK ÖLÇEĞİ

Hastanıza bakım vermeye hazır olma durumunuzu bilmek için aşağıdaki sorulara

cevap vermenizi istiyoruz. Aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanı seçerek cevaplayınız.

	Hiç hazır değilim	Yeterince hazır değilim	Kısmen hazırım	Oldukça hazırım	Tamamen hazırım
1.Hastanızın fiziksel bakım ihtiyacını karşılamaya hazır mısınız?					
2.Hastanızın duygusal gereksinimlerini karşılamaya hazır mısınız?					
3.Hastanızın ihtiyacı olan bakımın neler olduğunu bilmeye/anlamaya ve bu ihtiyaçları karşılamaya hazır mısınız?					
4.Bakım verme stresiyle baş etmeye hazır mısınız?					
5.Hastaya evde vereceğiniz bakımdan sizin ve hastanızın memnun olacağı konusunda ne kadar hazırsınız?					
6.Hastanızla ilgili gelişebilecek acil durumların önemini kavrama ve başa çıkmaya hazır mısınız?					
7.Gerektiğinde sağlık kurumlarından bilgi ve yardım istemeye hazır mısınız?					
8.Hastanıza bakım verme konusunda kapsamlı olarak hazır mısınız?					

EK 4.2: Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği (Devam)

9. Bakım verme konusunda daha iyi hazırlanmak istediğiniz özel bir konu var mı?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EK 4.3: Zarif Bakım Verme Yüğü Ölçeği

EK-3: Zarif Bakım Verme Yüğü Ölçeği

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Hemen her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3. Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5. Yakınınız yanınızdayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7. Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Yakınınızın yakınıdayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğiniz hissediyor musunuz?					
17. Yakınınız hastalığın zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğini düşünüyor musunuz?					
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini istemiydiniz?					

EK 4.3: ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ (DEVAM)

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
22. Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					

EK 4.4: BAKIM VERMEYE HAZIROLUŞLUK ÖLÇEĞİ İZNİ



SEÇİL KARAMAN

Alıcı: ben ▼

Sayın Ayşenur Şahin Eraslan,

Geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğumuz "Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği"ni tezinizde kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

Sevgilerle

Seçil Karaman Gümüş

Diakoneo Hastanesi

Almanya

EK 4.5: ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ



Alıcı: ben ▼

Sayın Şahin Eraslan,

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

çalışmalarınızda başarılar dileriz.

kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

iyi çalışmalar, saygılar

EK 4.6: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma Dilek Baykal ve Ayşenur Şahin Eraslan tarafından yapılan bir araştırmadır. Araştırmada “Palyatif bakımdaki bakım vericilere verilen eğitimin bakıma hazır oluşluk ve bakım verme yükü üzerine etkisi” konulu bir çalışma yapılacaktır. Araştırmaya katılımınız bizim için değerlidir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan sorular varsa ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Hiçbir soruyu lütfen boş bırakmayınız. Araştırma sonucunda sağlıklı bilgi edinilebilmesi için lütfen soruları dikkatlice okuyunuz ve samimi cevaplar veriniz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Eğer çalışmaya katılmaktan vazgeçerseniz istediğiniz zaman çalışmadan çekilebilirsiniz. Bu formdan elde edilebilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup elde edilen veriler toplu olarak değerlendirileceği için kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bilimsel araştırmaya katılım ve desteğiniz için teşekkürlerimizi sunarız.

Araştırmacıların ad soyadları:

Doç. Dr. Dilek Baykal

Ayşenur Şahin Eraslan

KATILIMCININ/HASTANIN BEYANI

Sayın Dilek Baykal ve Ayşenur Şahin Eraslan tarafından “Palyatif bakımdaki bakım vericilere verilen eğitimin bakıma hazır oluşluk ve bakım verme yükü üzerine etkisi” adlı araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

	Belge Kodu	Yayın Trh. / Rev. Trh.	Sayfa
6.Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu	GOBAEK-A6	04.12.2020 / - GOBAEK	1/3

EK 4.6: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (DEVAM)



İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

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

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı Soyadı:

İmzası:

Açıklamaları yapan araştırmacının adı soyadı:

İmzası:

6.Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu	Belge Kodu	Yayın Trh. / Rev. Trh.	Sayfa
	GOBAEK-A6	04.12.2020 / -	2/3

EK 4.6: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (DEVAM)



GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no, ...):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin;

Adı-soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no, ...):

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı:

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi:

6.Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu	Belge Kodu	Yayın Trh. / Rev. Trh.	Sayfa
	GOBAEK-A6	04.12.2020 / - GOBAEK	3/3

EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı

PALYATİF BAKIMDAKİ HASTAYA BAKIM VERME KİTAPÇIĞI



Bu kitapçık, İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı kapsamında, Doç. Dr. Dilek Baykal danışmanlığında Ayşenur Şahin Eraslan tarafından tez çalışması amacıyla hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

1. Ağrı Nedir?	2
2. Ağrı Değerlendirmesinde Nelere Dikkat Edilir?	2
3. Ağız Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?	4
4. Göz Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?	6
5. Cilt Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?	7
6. Kulak Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?	9
7. Saç Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?	9
8. Perine Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?	11
9. Yatan Hastalara Pozisyon Verme	13
10. Nazogastrik Beslenme Tüpü Nedir?	16
11. Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) Nedir?	16
12. Peg Ya Da Nazogastrik Tüp İle Hasta Nasıl Beslenir?	17
13. Trakeostomi Nedir ve Bakımı Nasıl Yapılır?	20

1. Ağrı Nedir?

- Ağrı, vücudun zarar gördüğünü bildiren rahatsız edici bir histir.
- Ağrı sadece fiziksel değil, aynı zamanda duygusal ve ruhsal bir deneyimdir. Bu nedenle hastanın kaygı, korku veya yalnızlık gibi duyguları da ağrı hissini artırabilir.

2. Ağrı Değerlendirmesinde Nelere Dikkat Edilir?

- Hastanın yüzüne bakarak ağrıyı değerlendirmek, ağrının şiddetini ve etkisini anlamak için önemli bir yöntemdir. Yüz ifadeleri, kişinin yaşadığı ağrının derecesi hakkında ipuçları verebilir.

a. Yüz İfadesi:

- Kaşların çatılması

EK 4.7: PALYATİF BAKIMDAKİ HASTAYA BAKIM VERME KİTAPÇIĞI (DEVAM)

- Gözlerin kısılması veya sürekli kapalı tutulması

- Dudakların büzülmesi

b. Mimikler:

- İstem dışı yüz seğirmeleri veya yüzün belli bir bölümünde kasılmalar, ağrının belirtisi olabilir.
- Hızlı nefes alıp verme, kişinin acı çektiğini gösterebilir.

c. Gözler:

- Ağrı şiddetli olduğunda gözlerde yaşarma olabilir.
- Göz kapaklarının şişmesi ağrı belirtisi olabilir.

d. Cilt rengi ve terleme:

- Ağrının şiddetine bağlı olarak cilt renginde değişiklikler (kızarma ya da morarma) olabilir.
- Yüzde aşırı terleme ağrının şiddetli olduğunu gösterebilir.

e. Ses ve Dil:

- Ağrı şiddetliyse hasta istemsizce inleyebilir veya ses çıkarabilir.
- Ağrı nedeniyle konuşmada zorlanma görülebilir.



Not: Bir başka değerlendirme yöntemi, hastanın ağrısını kendisinin puanlamasıdır.

- Hastanızın ağrısını olduğunu düşündüğünüzde 0'dan 5'e kadar puanlamasını ya da bu yüzlerden en çok hangisine benzediğini sorabilirsiniz. "0" hiç ağrısı olmadığını 5'te çok şiddetli bir ağrısı olduğunu anlatır.

Ağrı fark edildiğinde;

- Vakit kaybetmeden doktora veya hemşireye bilgi verilmelidir.

- Ağrının ne zaman başladığı, süresi ve şiddeti hatırlanmaya çalışılmalı ve sağlık ekibiyle paylaşılmalıdır.
- Hastanın rahat edeceği bir pozisyona getirilmesi önemlidir. Gerekirse sırt ve bacaklarına yastık desteği sağlanabilir.
- Ortamın sessiz ve sakin olması sağlanmalıdır. Gürültü azaltılmalı, loş bir ışık tercih edilmelidir.
- Uygunsa, hafif bir masaj uygulanabilir. Özellikle sırt, omuz ve eller bölgesine dikkat edilmelidir.
- Sıcak ya da soğuk uygulama yapılabilir, ancak bu tür uygulamalar öncesinde hekim onayı alınmalıdır.
- Hastaya derin nefes alması konusunda rehberlik edilebilir. Örneğin: "Derin bir nefes al, şimdi yavaşça ver..." gibi yönlendirmeler yapılabilir.
- Ruhsal rahatlatma için sevdiği bir müzik dinletilebilir, kendisiyle iletişim kurulabilir. Unutulmamalıdır ki ağrı yalnızca fiziksel değil, psikolojik boyutları da olan bir deneyimdir.

- Ağrı kesici uygulanacaksa, bu mutlaka hekim önerisi doğrultusunda olmalıdır. Kendi inisiyatifleriyle ilaç verilmemelidir.

3. Ağız Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?

- Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalar her ne kadar ağızdan beslenmeseler de **ağızda gelişen enfeksiyonlar, tükürük salgısında azalma, ağız kuruluğu ve diş çürükleri** gibi sorunlar yaşayabilmektedirler.
- Diş fırçalama işlemi, diş etlerini uyarak kan dolaşımını artırır ve diş eti sağlığını iyileştirir.
- Malzemeler hazırlanır, el hijyeni sağlanır ve hastanın başı dik pozisyonuna getirilir.

EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)

- Bilinci açık hastalarda çenenin altına su geçirmez örtü veya havlu konulmalı ve üzerine tükürebileceği bir kap yerleştirilmelidir.
 - Diş fırçasına macun konularak hastanın dişlerini kendisinin fırçalaması istenir. Eğer hastanın elleri kullanılamıyorsa, bakım verici diş fırçalama işlemini gerçekleştirir.
 - Fırçalama işleminden sonra hastaya bir bardak su ile ağzını çalkaması, ağzındaki sıvıyı boşaltması ve ardından ağzını havlu ile silmesi sağlanır.
 - Her ağız bakımından sonra veya ihtiyaç halinde dudaklar nemlendirilir.
 - Ağız içinde yara, beyaz plak (pamukçuk), kanama, kötü koku ya da dudak çatlağı fark edilirse bu durumlar enfeksiyon, kuruluk veya ağız bakım eksikliğine işaret edebilir.
 - Bu belirtiler varsa ağız bakım sıklığı artırılmalı ve durum sağlık personeline bildirilmelidir.
 - Diş eti kanaması veya ağrı olması halinde diş fırçalama sırasında daha yumuşak teknikler kullanılmalı, ağrı devam ederse hekime başvurulmalıdır.
 - Bilinci kapalı hastalarda ağız içi en az günde 3 defa ağız bakım çubukları kullanılarak temizlenmelidir.
 - Hastanın başının yana çevrilir. Bu şekilde ağız salgılarının akciğerlere geçişi önlenmiş olur.
 - Ağız bakımında dişler, sağ-sol ve alt-üst çene olmak üzere en arka dişten çene orta hattına kadar, diş etleri ve dişlerin tüm yüzeyleri dairesel hareketlerle temizlenir.
- Not:** Palyatif bakım sürecindeki hastalarda düzenli ağız bakımı, ağız içinde biriken salgıların ve

mikroorganizmaların temizlenmesini sağlayarak, akciğerlere kaçabilecek enfeksiyon riskini azaltır. Bu sayede zatürre (pnömoni) gelişme olasılığı önemli ölçüde düşer.



Ağız bakımı. Erişim: <https://forum.sesantid.com.tr/t/hastalarin-agiz-bakiminda-hangi-urunler-kullanilir/8210> Tarih: 31.07.2024

Bireyin protezi varsa;

- Protez/Protezler gaz bezi yardımı ile hafifçe bastırılarak çıkarılıp, protez kap içerisine alınır.
- Protezler diş fırçası kullanarak tamamen temizlenerek su ile durulanır.

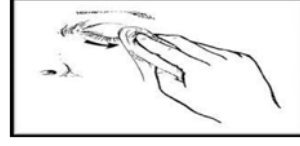
- Ağız bakım çubuklarıyla dil ve dişetleri temizlenerek ağız içi çalkalanır.
- İşlem tamamlandıktan sonra protezler güvenli bir şekilde yerleştirilir.

4. Göz Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?

- İşleme başlamadan önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
- Hastanın başı geriye doğru hafif eğilmelidir.
- Temizlik, serum fizyolojik ve gazlı bez ile yapılmalıdır. Her bir silme işlemi için ayrı temiz bez ya da gazlı bez kullanılmalıdır.
- Gözler her zaman içten dışarı doğru temizlenmelidir.
- Sabun, yanma ve tahrişe neden olabileceği için kullanılmamalıdır.

EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)

- Gözlerde kabuklanmış ya da kurumuş göz salgısı varsa, ıslak gazlı bez yardımıyla yumuşatılır.
- Gözlerde çapaklanma, kızarıklık, sulanma, kaşıntı, şişkinlik veya göz kapağında belirgin değişiklikler fark edildiğinde, bu durumlar enfeksiyon belirtisi olabileceğinden sağlık profesyoneline bilgi verilmelidir.
- Göz çevresinde irinli akıntı ya da gözde ağrı varsa temizlik işlemi yapılmadan önce mutlaka hemşireye bilgi verilmelidir.
- Göz içi yapılara zarar vermemek açısından silme esnasında göze basınç uygulanmamalıdır.
- Bilinci kapalı hastalarda gözler açık kalabilir. Bu durum görme kaybına yol açabilir. Bu nedenle, gözler 4 saatte bir serum fizyolojik veya yapay gözyaşı ile nemlendirilmeli ve uyku sırasında göz kapakları koruyucu gazlı bezlerle kapatılmalıdır.



Göz bakımı. Erişim: https://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/K%C5%9Fisel%20Bak%C4%B1m%20%C4%B0htiya%C3%A7lar%C4%B1.pdf Tarih: 31.07.2024

5. Cilt Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?

- Önemli olan cildin doğal koruyucu tabakasının korunması ve bakımının yapılmasıdır.
- Sürekli yatan hastalarda çarşaf kırışıklıkları, vücudun sırt, kafa arkası, kuyruk sokumu, topuk ve kalça yanları gibi çıkıntılı temas bölgelerinde yatak yarası açılmasına neden olabilir.
- Aşırı terleme, idrar/dışkı tutamama gibi durumlarda cilt daha fazla tahriş olur. Bu durumda

hastanın idrar ya da dışkısının hemen temizlenerek ciltle temasının azaltılması ve hafif tampon yaparak temizleme ve kurutma işlemi yapılması gereklidir.

- Bakım öncesinde ve sonrasında eller yıkanmalıdır.
- Bakım esnasında hastanın üstü açık bırakılmamalı ve oda ısısı ayarlanarak üşümemesi sağlanmalıdır.
- Cilt temizliğinde yatan hasta için sabunlu ılık suyla ıslatılmış bezle nazıkçe silinmeli ve kurulanmalıdır.
- Oturabilen hasta banyoya tekerlekli sandalye ile götürülerek duşla banyo yapması sağlanabilir. Banyoda hastanın düşmemesi için gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.
- Bakım yapıldıktan sonra hastaya çok yağlı olmayan bir nemlendirici masaj yapılarak sürülmelidir. Böylelikle cildin nemli kalması sağlanır.

- Her bakımda, hastanın vücudunda normal dışı bir bulgu olup olmadığı kontrol edilir.
- Ciltte kızarıklık, pişik, şişlik, su toplaması veya tahriş gibi belirtiler gözlemlenirse sağlık personeline bilgi verilmelidir.
- Özellikle cilt kıvrımlarında mantar enfeksiyonları görülebileceğinden bu bölgeler dikkatlice incelenmelidir.
- Yatak yarası oluşmaması için iki saatte bir pozisyon değiştirilmeli, basınç bölgeleri desteklenmelidir.



Yatak yarası oluşum için riskli bölgeler. Erişim: <https://www.medikalportali.net/basi-yatak-yarasi-neden-olusur-asamalari-iyilesmeyevreleri-tani-tedavi-yontemleri-basinc-noktaları>

EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)

[nelerdir-yatak-varasi-pansumani-nasil-yapilir-iyilesirmi/](https://www.medikalacim.com/urun/portatif-sac-yikama-kuveti)
Tarih:31.07.2024

6. Kulak Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?

- Kulak bakımı, kulak kepçesi ve dış kulak yolunun hijyeninin sağlanması, tıkanıklık, akıntı, kötü koku ya da enfeksiyon gibi sorunların erken fark edilmesi amacıyla yapılan düzenli temizlik ve gözlemleri kapsar.
- Kulak bakımı öncesinde ve sonrasında eller yıkanmalıdır. Kulak kepçesi ve çevresi temiz, nemli bir gazlı bezle nazikçe silinmelidir. Temizlik işlemi dış kulakla sınırlı tutulmalı, kesinlikle kulak içine pamuklu çubuk ya da sert cisimler sokulmamalıdır. Bu, kulak zarına zarar verebilir ve enfeksiyon riskini artırabilir.
- Kulak deliğinde biriken kir gözle görülüyorsa, nemli bir bez yardımıyla hafifçe temizlenebilir.

- Ancak kulak içinde koyu renkli akıntı, kötü koku, ağrı, işitmede azalma ya da şişlik fark edilirse sağlık profesyoneline bilgi verilmelidir.
- İşitme cihazı veya oksijen desteği için kullanılan cihazlar kulak çevresinde baskı oluşturuyorsa bu bölgeler sık sık kontrol edilmeli, kızarıklık ya da yara gelişimi açısından izlenmelidir.

7. Saç Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?

- Saç bakımının amacı, saçların ve kafa derisinin temiz ve sağlıklı olmasını sağlamak, kafa derisindeki kan akışını artırarak bireyin konforunu sağlamak, bireyin öz güvenini artırmaktır.
- Eller işlem öncesinde ve sonrasında yıkanır.
- Kullanılacak malzemeler kolay ulaşılabilecek bir yere konulur.

- Kulaklarının içine su kaçmasını engellemek amacıyla hastanın kulaklarına pamuk veya tampon yerleştirilmelidir.
- Gözlerinin sabunla temasını önlemek için temiz bir gazlı bezle gözleri korunmalıdır.
- Su sıcaklığı, hastanın alışkanlıklarına uygun şekilde ayarlanmalıdır.
- Hastaya eğer tıbbi bir sakınca yoksa sırt üstü pozisyon verilmelidir.
- Hastanın başı ve omuzları, yatağın başucuna ve saç banyosunu yapan kişiye yakın bir şekilde konumlandırılmalıdır.
- Omuzlarının altına kadar plastik çöp poşeti ya da saç yıkama küveti konulur.



Saç yıkama küveti. Erişim: <https://www.medikalacim.com/urun/portatif-sac-yikama-kuveti> Tarih: 31.07.2024

- Saçların suyla ıslatılması esnasında su yavaş bir şekilde ve yüze gelmeyecek şekilde dökülmelidir.
- Saç, hastanın başı arkadan desteklenerek bol suyla yıkanmalı ve iyice durulanmalıdır.
- Saçın yıkanacağı suyun sıcaklığı önceden kontrol edilmelidir.
- Saç yıkandıktan sonra, hastanın saçı, yüzü, boynu ve omuzları kurulanmalı; saçlar taranarak

EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)

mümkünse saç kurutma makinesi ile kurutulmalıdır.

- Saç derisinde kızarıklık, pullanma, yara ya da bitlenme gibi durumlar fark edilirse sağlık profesyoneline bilgi verilmelidir.
- Saç dökülmesinde artış gözleniyorsa daha nazik temizlik yöntemleri tercih edilmelidir.
- Yatağa bağımlı hastalarda saç temizliğini sağlamak için özel boneler üretilmiştir.
- Bone kullanılmadan önce oda ısısında veya mikrodalga fırında belirtilen süre kadar bekletilir.
- Sonra hastanın kuru olan saçına geçirilir ve 5-7 dakika masaj yapılır ve çıkarılır. Durulama gerektirmez ve hastanın saçını temizlenmiş olur.



Saç yıkama bonesi. Erişim: <https://www.ozdentip.com/Durulama-Gerektirmeyen-Sac-Temizleme-Bonesi-Tek-Kullanimlik.PR.383.html>
Tarih: 31.07.2024

8. Perine Bakımı Nedir Ve Nasıl Yapılır?

- Perine bakımında amaç, enfeksiyonu önlemek, bireyin rahatlamasını sağlamak ve kötü koku oluşumunu önlemektir.
- Eller yıkanır ve malzemeler hazırlanır.

- Hastanın üstü tamamen açılmaz ve üşmesi engellenir.
- Hasta dışkıladıysa önce dışkı temizlenmelidir.
- Tüylene var ise gerekli hijyen sağlanır.

Kadın Hastalar

- Hasta sırt üstü yatırılır.
- Perine bölgesinde cinsel organ üstten aşağı doğru tek seferde temizlenmelidir.
- Kadın hastalarda cildin kurumasını engellemek için sabun içerikli temizlik maddeleri kullanılmamalıdır.
- Temizleme esnasında ıslak bez tek bir sefer için kullanılmalıdır.
- Herhangi bir kalıntı kalmadığından emin olduğunda kurulanmalı ve cilt ıslak bırakılmamalıdır.

Erkek Hastalar

- Uzak taraftaki kasıktan başlayarak kalçalara doğru temizlenir.
- Penisin (kamışın) ucu dairesel hareketlerle tek seferde temizlenir.
- Penisin gövdesi ve testis (haya) temizlenir.
- Islak kalmaması için dikkatli şekilde kurulanır.

Not: Perine bölgesinde kızarıklık, yara, kötü koku, akıntı veya hassasiyet fark edilirse sağlık profesyoneline haber verilmelidir.

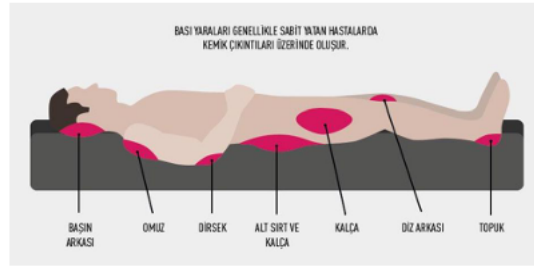
Kadınlarda alışılmadık renkte akıntı, erkeklerde peniste tahriş ya da şişlik varsa değerlendirilmelidir.

EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)

9. Yatan Hastalara Pozisyon Verme

- Yatan ve hareket edemeyen hastalara 2 saat aralıklarla pozisyon verilmelidir. Böylelikle yatak yarısı oluşumu engellenmiş olur.
- Düzenli pozisyon değişikliği, sadece bası yaralarını önlemekle kalmaz; aynı zamanda akciğerlerin havalanmasına, kan dolaşımının düzenlenmesine ve hastanın genel konforunun artmasına yardımcı olur.
- Her pozisyon verilmesi esnasında hastanın çarşafının kırışksız olmasına dikkat edilmelidir.
- Hastaya pozisyon verirken vücudunda oluşan kızarıklıklar gözlenmelidir.

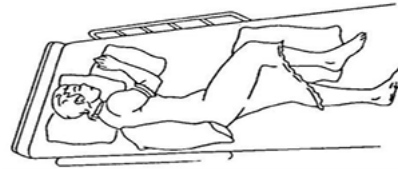
- Kızarıklık dışında ısı artışı, morarma veya ciltte sertlik gibi bası yarısı belirtileri de kontrol edilmelidir.
- Özellikle basınç altında kalan bölgeler desteklenmelidir.



Basınç bölgeleri. Erişim: <https://acibademmobil.com.tr/yatak-yarasi-ve-basi-yarasi-nedir/> Tarihi: 31.07.2024

1. Sağ/ Sol Yan Yatış Pozisyonu Verme

- Hastanın bir bacağı düz ve sabit kalacak şekilde diğer bacak diz hizasından bükülür.
- Hastanın tüm bedeni omuzlardan ve kalçalardan desteklenerek yavaşça döndürülür.
- Döndürülen tarafta altta kolunun kalmamasına ve üzerinde bulunan kateterlerin çıkmamasına özen gösterilmelidir.
- Üstteki bacakların diz ve ayak bileği bölgelerinin korunmasına özen gösterin.
- Sirt ve kalça yastıklarla desteklenerek verilen pozisyonun korunması sağlanır.
- Yatakta kalan tarafın, ayak bileği ve diz altına küçük yastıklar yerleştirilmelidir. Bu, sirt ve kalçanın arkasındaki bacak arasına, yukarıdan aşağıya doğru yerleştirilmelidir.

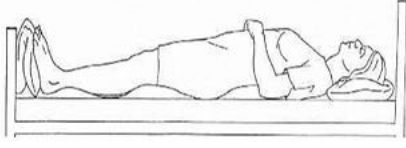


Yan yatış pozisyonu verme. Erişim: <https://hemsirelerkulubu.com/yatak-icinde-pozisyon-verme/> Tarihi: 31.07.2024

2. Sirt Üstü Yatış Pozisyonu Verme

- Hasta sırt üstü yatarken, baş altına yerleştirilen yastıkla boyun, baş ve omuzlar desteklenmelidir.
- Hasta sırt üstü yatarken, omurga hizasının bozulmamasına özen gösterilmelidir.
- Hasta sırt üstü yatarken, ayaklar dik açıda olacak şekilde ayarlanmalıdır.

EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)



Sırt üstü yatar pozisyon. Erişim: <https://engelliler.gen.tr/konular/felci-hastalara-pozisyon-verme-hakinda-onemli-bilgiler.25352/> Tarihi: 31.07.2024

3. Oturma / Yarı Oturma Pozisyonu Verme

- Hasta dik oturur pozisyona getirilir ve başucu 45-70 cm arasında yükseltilir. Bu durumda, dirsekler, topuklar, diz arkası ve boyun bölgeleri yastıklarla desteklenir.
- Hasta dik oturur pozisyonda iken kollar dirsekten bükülerek omuzların doğal seviyesini koruyacak şekilde alttan yastıklarla desteklenmesi gerekir.

Yarı oturma Pozisyonu:

- Hastaya yarı oturur pozisyon verilirken baş kısmı 30-45° kadar yükseltilir. Bu durumda da dirsekler, topuklar, diz arkası ve boyun bölgeleri yastıklarla desteklenir.
- Kollar yine dirsekten bükülerek omuzların doğal seviyesini koruyacak şekilde yastıklarla desteklenir.



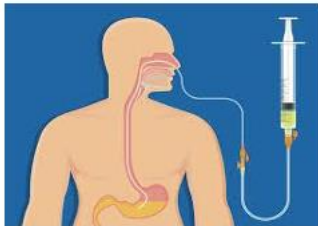
Yarı oturur pozisyon. Erişim: <https://tr.linkedin.com/posts/nida-namal-575a981a1-%CC%87lk-yard%C4%B1mda-yari-oturursemi-fowler-pozisyonu-activity-7110895798162231296-DDfW> Tarihi: 31.07.2024

Not: Pozisyon değiştirirken hastanın **sırt, kalça, topuk gibi basınç altında kalan bölgeleri** yastıklarla desteklenmelidir. Uygun olan durumlarda havalı yatak gibi özel destekleyici malzemeler de kullanılabilir.

Nazogastrik tüp yerleşimi. Erişim: <https://www.doctoriansford.com/lc-g-tube-placement> Tarihi: 30.07.2024

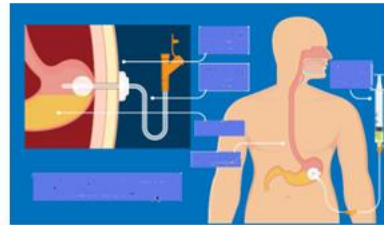
10. Nazogastrik Beslenme Tüpü Nedir?

- a. Ağızdan beslenemeyen ve yutma fonksiyonu bozulmuş hastaların burunlarına takılan hortumla beslenmesidir.



11. Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) Nedir?

- a. Uzun süre beslenemeyen hastalarda nazogastrik tüp yerine endoskopi yolu ile midesine tüp yerleştirilmesidir.



PEG yerleşimi. Erişim: <https://www.britishtjournalofcommunitynursing.com/content/professional/buried-bumper-syndrome-prevention-and-management-in-the-community/> Tarihi: 30.07.2024

EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)

12. Peg Ya Da Nazogastrik Tüp İle Hasta Nasıl Beslenir?

- Beslenmeye başlamadan öncesinde ve sonrasında eller yıkanmalıdır.
- Hasta yarı oturur pozisyonda (45 derece) beslenmeli ve beslenme sonrası en az 1 saat bu pozisyonda kalmalıdır.
- Beslenme için kullanılan tüm malzemeler temiz olmalıdır.
- Beslenme ürünlerinin kullanım tarihlerine, kullanım sürelerine ve önerilen miktarlara dikkat edilmelidir.
- Beslenmenin sıklığı ve miktarı, hastanın bireysel durumuna göre hekim ve diyetisyen tarafından belirlenir. Bu nedenle her hasta için farklı bir beslenme planı uygulanabilir.

- Beslenme ürünleri kullanmadan önce mutlaka çalkalanmalıdır.
- Beslenme ürünü açıldıktan sonra kapağı kapalı olacak şekilde buzdolabında saklanmalı ve 24 saat içinde tüketilmelidir. Aksi takdirde atılmalıdır. Hastanızda besin zehirlenmesine yol açabilir.
- Buzdolabından çıkarılan ürün, 15-20 dakika oda sıcaklığında bekletildikten sonra hastaya verilmelidir. Soğuk ürünler kramp tarzı karın ağrısına neden olabilir.
- Beslenme ürünleri yavaş bir şekilde verilmelidir. Verilme esnasında hastada öksürme, morarma vb. görülmesi gibi durumlarda beslenme hemen durdurulmalıdır.
- Beslenme işlemi sırasında hasta yalnız bırakılmamalıdır. Olası tıkanma, öksürük veya solunum zorluğu gibi durumlarda müdahale gerekebilir.

- Beslenme sırasında öksürük, morarma, zor nefes alma, bulantı, geri çıkarma gibi belirtiler varsa beslenmeye ara verilip sağlık ekibi bilgilendirilmelidir.
- Tüp çevresinde kızarıklık, akıntı veya şişlik varsa enfeksiyon riski olabilir.
- Beslenmeden önce ve sonra önerilen miktarda su verilmelidir. Beslenme tüpü tıkanabilir.
- Beslenme torbaları 24 saatte bir değiştirilmelidir.
- Tablet ilaçları verilmeden önce tamamen eridiğinden emin olunmalıdır.

A. PEG bakım ve temizliği şu şekilde yapılır:

- PEG bakımında kateterin etrafı steril bir gazlı bez ve baticon solüsyon ile 3 günde bir silinmelidir.
- Pansumanın yapılması esnasında kızarıklık, akıntı, kateterin etrafında beslenme ürünü görülmesi gibi

durumlarda sağlık profesyoneline (doktor, hemşire vb.) bilgi verilmelidir.

- Her pansumanda tüp günde bir kez kendi ekseninde döndürülmelidir.

B. Nazogastrik Beslenme Tüpü bakımı şu şekilde yapılır:

- Burun deliklerinde kızarıklık, kabuklanma, yara, akıntı veya kötü koku fark edilirse, bu durum enfeksiyon ya da nazogastrik tüpün burun mukozasında oluşturduğu baskı nedeniyle gelişmiş olabilir. Böyle bir durumda sağlık profesyoneline bilgi verilmelidir.
- Tüpün sabitleme şekli her gün kontrol edilmeli, burun bantları günlük olarak değiştirilmelidir. Bu işlem sırasında tüpün ileri veya geri çekilmemesine özen gösterilmelidir.

EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)

- Tüp sabitlenirken, burun mukozasında bası yarası oluşmaması için her seferinde burun deliğinin farklı kenarına sabitlenmesi önerilir. Böylece aynı noktaya sürekli baskı uygulanması önlenmiş olur.
- Ayrıca, burun mukozasının nemli tutulması ve sabitleme bölgesinin düzenli olarak kontrol edilmesi, tahriş ve enfeksiyon riskini azaltacaktır.

PEG ya da Nazogastrik Beslenme Tüpü Yolu ile Beslenmede Riskler

- Bu tür beslenmenin en çok korkulan yan etkisi, besinlerin soluk yollarına kaçması ve zatürreye neden olmasıdır. Bu durumda hastada hırıltılı solunum, yüksek ateş, öksürük, balgam çıkarma, nefes darlığı ve sık soluma gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Eğer hastanızda bu belirtileri görürseniz vakit kaybetmeden sağlık profesyoneline bildirmelisiniz.

- Diğer yan etkiler arasında bulantı ve kusma, kan şekerinde değişimler, ishal ya da kabızlık vardır.
- İshal yaygın bir yan etkidir ve genellikle beslenme ürününün kendisinden veya beslenme ürününü doğru şekilde saklamadığınızdan, beslenme torbasını değiştirmeden kaynaklanır. 2 günden fazla süren ishallerde sağlık profesyoneline bildirmelisiniz.
- Aynı şekilde kabızlık da gelişebilir. Beslenme ürününün değiştirilmesi gerekebilir. Hastanın kabız olması durumunda sağlık profesyoneline bildirmelisiniz.
- Son olarak mide boşalmasının gecikmesi, yemeklerin geri gelmesine ve nefes borusuna kaçmasına neden olabilir, bu da aspirasyon riskini artırır. Bu nedenle beslenme ürünün tüplerden

geldiğinin görünmesinde beslenmeye ara verilmelidir.

C. Besin vermede güçlük yaşıyorsa:

- **Tüp katlanmış olabilir;** çok dik oturmak tüpün katlanmasına neden olabilir. Hasta, beslenirken 30-45 derecelik bir eğimde olmalıdır.
- **Tüp tıkanmış olabilir;** iyi ezilmemiş veya soğuk besinler tüpü tıkayabilir. Bu durumda, enjektöre 30 dereceye kadar ılık su doldurup basınçla vermeyi deneyiniz.
- **Tüp gömülmüş olabilir;** bu durumda tüpün değişmesi gerekebilir. Hekime başvurunuz.

13. Trakeostomi Nedir ve Bakımı Nasıl Yapılır?

- Solunum yetmezliği nedeniyle daha rahat nefes alabilmek için nefes borusuna (trakea) bir delik

açılması ve bu deliğe bir tüp (kanül) yerleştirilmesi işlemine trakeostomi denir.



Trakeostomi

kanülü.

Erişim:

<https://www.istanbulmedicalcenter.com/tr/evde-trakeostomi-kanulu-degisimi> Tarih: 31.07.2024



EK 4.7: Palyatif Bakımdaki Hastaya Bakım Verme Kitapçığı (devam)

Trakeostomi kanülü olan hasta. Erişim:
<https://thumbayuniversityhospital.com/here-is-about-tracheostomy/> Tarih:
31.07.2024

A. Trakeostomi bakımı

- Trakeostomi bölgesi akciğerlere açıklık sağladığı için temiz tutulmalı; kızarıklık, akıntı, koku açısından değerlendirilmelidir.
- Trakeostomi bölgesi temizliği steril gazlı bez ve baticonla yapılmalıdır.
- Trakeostomi çevresinde kızarıklık, kötü koku, akıntı veya kanama gibi belirtiler görüldüğünde sağlık profesyoneline bilgi verilmelidir.
- Kanül gevşemişse ya da sabitleme bandı kaymışsa tekrar sabitlenmelidir.

- Trakeostomi bölgesine her temastan önce ve sonra el hijyeni mutlaka sağlanmalıdır. Bu, enfeksiyon riskini azaltmak için kritik önemdedir.
- Her seferinde tek bir gazlı bez kullanılmalıdır.
- Trakeostomi kanülü, gazlı bez veya cırt cırtlı orijinal trakeostomi bandı ile boyuna sabitlenmelidir.
- Trakeostomi kanülünde dış baloncuk bulunur.
- Dış baloncuk basıncı kulak memesi kıvamında olmalıdır. Bu balon, solunum cihazının verdiği havayı ağız ve burundan kaçırmadan akciğerlere yönlendirir ve enfeksiyona yol açabilecek tükürük ile ağız içi salgıların akciğere kaçmasını engeller. Balon şişkinliği günlük kontrol edilmelidir.
- Hastanın akciğerinde biriken balgamları temizlemek için aspiratör ve aspirasyon sondası kullanılır.

- Bu sonda kanülün içinden geçerek bronş ve akciğerlerden balgamı temizler.

B. Aspirasyon gerektiren belirtiler nelerdir?

- Gereksiz aspirasyon yapılmamalıdır. Bu nedenle öksürük, boğulma hissi, hırıltılı solunum, ses değişiklikleri, nefes darlığı, dudaklarda veya ciltte maviye dönme (siyanoz), ağızdan veya burundan gelen yiyecek artıkları veya sıvılar görülmesi durumunda hastanın aspirasyona ihtiyacı olduğu anlaşılır.
- Bu belirtiler fark edildiğinde hasta yalnız bırakılmamalı ve sağlık profesyoneline hemen bilgi verilmelidir.

KAYNAKLAR

Ay, F., & Güneş, Ü. Y. (2015). Yatak yarısı riski olan hastalarda pozisyon verme sıklığının değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 107–115.

Ayhan, H., & Başer, M. (2018). PEG uygulanan hastalarda hemşirelik bakımının önemi. *Gastroenteroloji Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 19–26.

Bankhead, R., Boullata, J., Brantley, S., et al. (2009). Enteral Nutrition Practice Recommendations. *JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 33(2), 122–167.

Karadakovan, A., & Aslan, F. E. (2010). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Nobel Kitabevi.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2020). *Clinical Nursing Skills and Techniques*. Elsevier.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2021). *Fundamentals of Nursing*. Elsevier Health Sciences.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2020). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Wolters Kluwer Health.

Taylor, C., Lillis, C., & Lynn, P. (2018). *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Person-Centered Care*. Wolters Kluwer.

Yıldız, D., & Tüfekçi, F. G. (2021). Trakeostomili hastalarda hemşirelik bakımının önemi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 25(2), 65–72.

Yılmaz, D., & Temel, A. B. (2015). Yoğun bakımda saç bakımı uygulamaları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 19(3), 113–120.

8. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Ayşenur ŞAHİN ERASLAN

Öğrenim Durumu: Lisans Mezunu

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
Lisans	İstanbul Marmara Üniversitesi- Hemşirelik	2018
İş Deneyimi :		
Unvan	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Özel Beykent Hastanesi/ İstanbul	2019 Ağustos- 2020 Ocak
Hemşire	İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2020 Ocak- Devam

Yayınlar

Makale:

Baykal, D., Akar, E. N., Sahin Eraslan, A., & Yilmaz, M. (2025). Terminally Ill Patients: Self-Care Abilities and Compassion in Nurses and Informal Caregivers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 10499091251317585.