



İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**Palyatif Bakım Kliniğinde Bakım Veren Bireylerin
Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yüğü**

Yüksek Lisans Tezi

Aleyna Şahintürk

Haziran 2025



İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**Palyatif Bakım Kliniğinde Bakım Veren Bireylerin
Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yükü**

Yüksek Lisans Tezi

Aleyna Şahintürk

Danışman

Doç. Dr. Cemile Savcı

Haziran 2025

TEZ JÜRİSİ ONAYI

Aleyna Şahintürk tarafından hazırlanan “Palyatif Bakım Kliniğinde Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yüğü” başlıklı bu Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı’nda hazırlanmış ve jürimiz tarafından kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Doç Dr. Cemile Savcı

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Üyeler:

Prof. Dr. Ayşe Okanlı

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Elçin Babaoğlu

Üsküdar Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 17/ 06 / 2025

BEYANLAR

Yazım ve Kaynak Gösterme Kılavuzu Beyanı

Danışmanlığımda yazılan bu tezin APA yazım ve kaynak gösterme kılavuzunda belirtilen kurallara uygun olarak yapılandırıldığı ve bu kılavuzun metin içi kaynak gösterme standartlarının bu tezde tutarlı olarak uygulandığı tarafımdan incelenerek teyit edilmiştir.

Doç Dr. Cemile Savcı

Etik İlkeler Sadakat Beyanı

Hazırladığım bu tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu, akademik ve etik kuralları gözeterek çalıştığımı ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Aleyna Şahintürk

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitim sürecinde ve tez aşamasında, bilgi ve katkılarıyla bana destek veren, olumlu tavırlarıyla beni cesaretlendiren danışman hocam Sayın Doç. Dr. Cemile Savcı'ya,

Bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen başta Prof. Dr. Ayşe Okanlı olmak üzere İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim elemanlarına,

Varlıklarıyla hayatıma güç katan, her adımda arkamda duran, en zor anlarımda bile sevgiyle sarıp sarmalayan, canım annem, kıymetli babam ve biricik kardeşime,

En zor zamanlarımda bile desteğini esirgemeyen, yoldaşlığıyla yüreğimi hafifleten canım dostum Büşra Canbaz Öztaş'a ve bu süreçte yanımda olan tüm kıymetli arkadaşlarıma,

Ve tüm kalbiyle bana inanan, sevgisiyle gücümü tazeleyen can yoldaşım İsmail Hakkı Altıntaş'a teşekkürü bir borç bilirim.

Aleyna Şahintürk

ÖZET

Palyatif Bakım Kliniğinde Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yüğü

Şahintürk, Aleyna

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Cemile Savcı

Haziran 2025

Araştırmanın amacı, palyatif bakım kliniğinde yatan hastalara bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını ve bakım yükünü incelemektir.

Araştırma, Aralık 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesinin palyatif bakım kliniğinde bakım veren bireylerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini bakım veren 120 birey oluşturmıştır. Veriler Yapılandırılmış Bilgi Formu, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ) ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ) kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler, bağımsız t testi, tek yönlü varyans analizi (one-way ANOVA), Pearson korelasyon katsayısı ile basit ve çoklu doğrusal regresyon analizi istatistiksel yöntemleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalaması $123,93\pm14,00$ olup psikolojik dayanıklılıkları ortalamanın üzerindedir. Katılımcıların ZBVYÖ toplam puan ortalaması $40,08\pm11,79$ olup bakım yükleri orta düzeydedir. YİPDÖ toplam puan ortalaması ile ZBVYÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Basit doğrusal regresyon analizine göre, psikolojik dayanıklılığın ($\beta=-0,310$) bakım verme yükünü tek başına negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı etkilediği ($F=12,580$; $p=0,001$), bakım verme yükündeki değişimin yaklaşık %10'unu ($R^2=0,096$) açıkladığı belirlenmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizine göre, psikolojik dayanıklılığın ($\beta=-0,221$), gelir durumunun ($\beta=-0,209$) negatif yönde, rol ve sorumluluklarının etkilenmesi durumunun ise pozitif yönde ($\beta=0,378$) istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu ($F=9,094$; $p=0,000$) ve birlikte bakım verme yükündeki değişimin yaklaşık %29'unu ($R^2=0,285$) açıkladığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, psikolojik dayanıklılık, bakım, bakım yükü.

ABSTRACT

Psychological Resilience and Caregiver Burden of Caregivers in Palliative Care Clinic

Şahintürk, Aleyna

Master's Thesis, Department of Nursing

Supervisor: Associate Professor, Cemile Savcı

June 2025

The aim of the study is to examine the psychological resilience and care burden of individuals who care for patients hospitalised in palliative care clinic.

The study was conducted with caregivers in the palliative care clinic of a training and research hospital between December 2023 and May 2024. The sample of the study consisted of 120 caregivers. Data were collected using the Structured Information Form, the Resilience Scale for Adults (RSA) and the Zarit Caregiver Burden Scale (ZCBS). Descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient and simple and multiple linear regression analysis statistical methods were used to evaluate the research data. The significance level was accepted as $p<0.05$.

The mean RSA total score of the participants was 123.93 ± 14.00 and their psychological resilience was above average. The mean ZCBS total score of the participants was 40.08 ± 11.79 and their caregiver burden was at a moderate level. There was a negative and statistically significant correlation between the mean RSA and the mean ZCBS scores ($p<0.01$). It was found that psychological resilience ($\beta=-0.310$) had a negative and statistically significant effect on caregiver burden alone ($F=12.580$; $p=0.001$) and explained about 10% of the change in caregiver burden ($R^2=0.096$). It was determined that psychological resilience ($\beta=-0.221$), income status ($\beta=-0.209$) had a negative and statistically significant effect ($F=9.094$; $p=0.000$), while the status of being affected by roles and responsibilities had a positive and statistically significant effect ($\beta=0.378$), and together explained about 29% ($R^2=0.285$) of the change in caregiver burden.

Keywords: Palliative care, psychological resilience, care, caregiver burden.

İTHAF

Hayatımın her anında yanımda olan canım ailem'e...

İÇİNDEKİLER

TEZ JÜRİSİ ONAYI	II
BEYANLAR.....	III
ÖNSÖZ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İTHAF.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
BÖLÜM 1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırma Soruları.....	3
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. PALYATİF BAKIM	5
2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Amacı.....	5
2.1.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi	6
2.1.3. Palyatif Bakım Felsefesi.....	8
2.1.4. Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar	8
2.1.5. Palyatif Bakım Hastalarında Semptom Yönetimi	9
2.1.6. Dünya’da Palyatif Bakım	12
2.1.7. Türkiye’de Palyatif Bakım	13
2.1.8. Palyatif Bakım Modelleri	14
2.1.9. Palyatif Bakım Hemşireliği	15
2.2. BAKIM YÜKÜ	17
2.2.1. Bakım Verme ve Bakım Yüğü	17
2.2.2. Bakım Yüğünü Etkileyen Faktörler.....	19
2.2.2.1. Bakım Veren Bireye Ait Faktörler	19
2.2.2.2. Bakım Alan Bireye Ait Faktörler	20
2.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	21
2.3.1. Psikolojik Dayanıklılık Kavramı ve Önemi	21
2.3.2. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler	22

2.3.2.1. Koruyucu Faktörler.....	22
2.3.2.2. Risk Faktörleri	23
2.3.3. Bakım Veren Bireylerde Psikolojik Dayanıklılık.....	24
2.4. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BAKIM YÜKÜ	25
2.4.1. Bakım Veren Bireylerde Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yüğü İlişkisi ...	25
BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ.....	27
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	27
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	28
3.3.1. Yapılandırılmış Bilgi Formu (Ek.1)	28
3.3.2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğı – YPDÖ (Ek.2)	28
3.3.3. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı – ZBVYÖ (Ek.3)	29
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	29
3.4.1. Araştırmanın Etik Yönleri	29
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	30
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	30
BÖLÜM 4. BULGULAR	31
4.1. KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	31
4.2. PALYATİF BAKIMDA BAKIM VERENLERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BAKIM YÜKÜ DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR ...	35
4.3. PALYATİF BAKIMDA BAKIM VERENLERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIKLARI VE BAKIM YÜKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE İLİŞKİN BULGULAR	36
BÖLÜM 5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	42
5.1. PALYATİF BAKIMDA BAKIM VERENLERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BAKIM YÜKÜ DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	42
5.2. PALYATİF BAKIMDA BAKIM VERENLERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIKLARI VE BAKIM YÜKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	44
5.2.1. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin YİPDÖ ve ZBVYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması	44
5.2.2. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre YİPDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.	46
5.2.3. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre ZBVYÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	50

5.2.4. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin Bakım Yükünü Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	52
5.3. SONUÇ	54
6. KAYNAKLAR	56
7. EKLER.....	81
Ek-1. Yapılandırılmış Bilgi Formu	81
Ek-2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ).....	83
Ek-3. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	85
Ek-4. Etik Kurul Onayı	87
Ek-5. Kurum İzni	89
Ek-6. Bakım Verme Yüğü Ölçeği İzni.....	90
Ek-7. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği İzni	91
Ek-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	92
Ek-9 İntihal Raporu.....	93
8. ÖZGEÇMİŞ	94

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4-2: Hasta Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4-3: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4-4: Katılımcıların YİPDÖ ve ZBVYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Tablo 4-5: Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre YİPDÖ ve ZBVYÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4-6: Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Yordayıcılarının Belirlenmesine İlişkin Basit ve Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Palyatif Bakım Süreci

KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TDK: Türk Dil Kurumu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHPCA: The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (Dünya Palyatif Bakım İttifakı)

YPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

ZBYYÖ: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Son yıllarda toplumların nüfus özelliklerinde, sosyo-kültürel yapıda, tıp alanındaki bilimsel gelişmelerin artması ile tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerinde önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Ortalama yaşam süresi uzamış, başta kanser olmak üzere kronik hastalıkların görülme sıklığı artmıştır. Bu duruma, yaşlı nüfus oranındaki artış ve sosyal yapıdaki değişiklikler de eklendiğinde sağlık bakımına ihtiyacı olan birey sayısı artmıştır. Bu değişikliklerle birlikte, sağkalım tedavinin odağı olmaktan çıkmaya başlamış ve ‘yaşam kalitesi’ kavramı giderek önem kazanmıştır. Bu gelişmeler neticesinde, palyatif bakım kavramının önemi ve palyatif bakıma olan gereksinim de giderek artmıştır (Yurtsever, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, her yıl yaklaşık 56,8 milyon insan palyatif bakıma ihtiyaç duymasına karşın, sadece %14’ü ihtiyacı olan bu bakıma erişim sağlayabilmektedir (WHO, 2020).

Palyatif bakım, sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. DSÖ palyatif bakımı ‘yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artıran bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır. Fiziksel, psikososyal veya ruhsal sorunların erken tespiti, doğru değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla acı çekmeyi önler ve hafifletir’ (WHO, 2002a). Palyatif bakım, tedavisi mümkün olmayan hastalığa sahip bireyler başta olmak üzere, tanı, tedavi, ölüm ve yas sürecinde hasta ve yakınlarının gereksinimlerinin (fiziksel, psikolojik, sosyal, spiritüel, vb.) karşılanmasına olanak sağlayan bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşımdır (Dalcı, 2019; Ünver, 2020). Amaç, hastalık sebebiyle ortaya çıkan semptomları, problemleri hasta ve yakınlarının inanç ve değerlerine bağlı kalarak ortadan kaldırmak/en aza indirmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Balta ve Bekiroğlu, 2021). Palyatif bakımda bakım veren bireyler birçok zorluk ve sorunla karşılaşmaktadır. Yapılan çalışmalarda, bakım veren bireylerin bakım verirken sağlık kuruluşuna ulaşım (Gürkan ve diğerleri, 2021), bakım verdikleri bireye psikolojik destek sağlama (Gürkan ve diğerleri, 2021), ekonomik konular (Altay, Saraçoğlu ve Dönmez, 2022; Denzen ve diğerleri, 2016; Gürkan ve diğerleri, 2021; Igarashi ve diğerleri, 2020) ve hijyen uygulamaları (Dundar ve Cavdar, 2020; Gürkan ve diğerleri, 2021) gibi konularda zorlandıkları saptanmıştır. Bakım sağlarken yaşanan tüm zorluklar, algılanan bakım yükünü arttırarak bakım verme rolünün etkin bir şekilde sürdürülmesini önleyebilir, bakım veren bireyin sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz

yönde etkileyebilir (Bauer ve Sousa-Poza, 2015; Gürkan ve diğerleri, 2021; Jeong, Myong, & Koo, 2015).

Çok boyutlu bir tepki olarak tanımlanan bakım yükü, bakım veren bireylerin hem fiziksel hem psikolojik açıdan sağlığını tehdit eden bir durumdur (Kim ve diğerleri, 2012). Zarit ve diğerlerine göre bakım verme yükü, bakım verenin fiziksel, psikolojik ve sosyal tepkileriyle ilişkilidir ve bu durum bakım gereksinimleri ile bakım görevlerini yerine getirme arasındaki dengesizlikten kaynaklanabilir (Vahidi ve diğerleri, 2016; Zarit, Reeve ve Bach-Peterson, 1980). Literatürde bakım veren bireylerin, bakım veren yükü riski altında oldukları belirtilmektedir (Bekdemir ve İlhan, 2019; Chang, Chiou ve Chen, 2010). Bakım yükü risk faktörleri arasında kadın olmak, daha düşük eğitim seviyesine sahip olmak, bakım alan kişiyle aynı evde yaşamak, uzun saatler/aylar/yıllar boyunca bakım vermek, bakım veren bireylerin fiziksel, psikolojik ve mental durumu, kişilik, başa çıkma stratejileri, kültürel değerler ve inançlar, bozulmuş sosyal ilişkiler, sosyal destek eksikliği, ekonomik stres altında olmak (işsiz olmak, düşük sosyoekonomik statüye sahip olmak, vb.), hastalık semptomlarının şiddeti, bakımla ilgili bilgi eksikliği gibi faktörler yer almaktadır (Adelman ve diğerleri, 2014; Bekdemir ve İlhan, 2019; Cejalvo ve diğerleri, 2021; Choi ve Seo, 2019; Govina ve diğerleri, 2015; Hussain ve diğerleri, 2016; Kurauchi ve diğerleri, 2019; Leow ve Chan, 2017; Rodakowski ve diğerleri, 2012; Strömberg ve Luttik, 2015). Bakım verme çok zaman gerektirir ve genellikle streslidir. Bakım verme, özellikle stresli durumlara uyum sağlayamayan bakım verenlerin refahını ve sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir (Farina ve diğerleri, 2017). Palyatif bakımda, primer bakımını sağlayan bakım vericilerin mevcut duruma ve bakım verici rolüne uyum göstermeleri zaman alabilmektedir. Bu kapsamda, psikolojik dayanıklılık bakım veren bireylerin yeni rollere uyum sağlamasını kolaylaştırabilir, refahını ve yaşam kalitesini arttırabilir (Cui ve diğerleri, 2023).

Psikolojik dayanıklılık, kişilerin yaşamda karşılaştıkları çeşitli güçlükler ve zorluklar karşısında kendilerini toparlayabilme veya bunların üstesinden gelebilme yeteneğidir (Çetin, Yeloğlu ve Basım, 2015). Windle (2011), 270’den fazla çalışmanın kapsamlı bir incelemesini gerçekleştirerek şu tanımlı ortaya koymuştur: ‘Psikolojik dayanıklılık, önemli stres veya travma kaynaklarıyla müzakere etme, bunları yönetme ve bunlara uyum sağlama sürecidir. Bireyin yaşamındaki ve çevresindeki varlıklar ve kaynaklar, bu uyum kapasitesini kolaylaştırır. Yaşam sürecinde dayanıklılık deneyimi değişiklik göstermektedir’. Psikolojik dayanıklılık, bir başa çıkma stratejisi olarak kabul edilir

(Limonero ve diğeri, 2015). Ancak, olumsuz yaşam olayları psikolojik dayanıklılık düzeyini doğrudan etkiler ve azalmasına neden olur. Genel olarak, yaşamda meydana gelen değişiklikler değil, özellikle birey tarafından kötü olarak algılanan olaylar bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyini etkiler (Henry ve diğeri, 2015). Psikolojik dayanıklılık kavramı bakım verenler için önemli bir kavramdır. Bakım veren bireyin psikolojik dayanıklılığının yüksek olması, biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki değişikliklerin getirdiği stresi azaltabilir. Bakım veren bireylerin yeni rollere uyum sağlamasını kolaylaştırarak yaşam kalitesini arttırabilir (Cui ve diğeri, 2023). Bir sistematik inceleme, dayanıklılığın bakım verenlerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve yaşam sonu ve palyatif bakım bağlamlarında bakım veren yükünün hafifletilmesi ile ilişkili olduğunu belirlemiştir (Palacio ve diğeri, 2020). Farklı hasta gruplarının bakım vericileri ile yapılan çalışmalarda, bakım verme yükü ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, psikolojik dayanıklılık arttıkça bakım yükünün azaldığı bulunmuştur (Anderson, Daher ve Simpson, 2020; Atak ve Özekeş, 2019; Baran, Sürücü ve Üzel, 2020; Castellano-Tejedor ve Lusilla-Palacios, 2017; Ji ve diğeri, 2025; Jones, Mioshi ve Killett, 2019). Ancak, palyatif bakımda bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılık ve bakım yükü arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Literatürde, hemşirelerin bakım verme yükünün belirlenmesinde ve bakım verenlerin bakım vermenin olumsuz etkilerinden uzaklaşmasına/en aza indirmesine yardımcı olmak için en iyi konumda oldukları vurgulanmaktadır (Etters, Goodall ve Harrison, 2008). Bu nedenle hemşireler, bakım yükü, bakım yükünü arttıran ve azaltan faktörler hakkında bilgilendirilmelidir (Bekdemir ve İlhan, 2019). Hemşireler, palyatif bakımda bakım veren bireyleri gözlemlemeli ve onları bakım verme yükü riski açısından değerlendirmelidir. Hemşirelerin, bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılık ve bakım yükünü etkileyen faktörleri tanımlaması ve uygun girişimlerde bulunması, psikolojik dayanıklılığının artmasında ve bakım yükünün azalmasında etkili olabilir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, palyatif bakım kliniğinde bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılık ve bakım yükü düzeyleri ile arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

2. Palyatif bakım kliniğinde bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri nedir?
3. Palyatif bakım kliniğinde bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri nedir?

4. Palyatif bakım kliniğinde bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile bakım yükleri arasında ilişki var mıdır?
5. Palyatif bakım kliniğinde bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve bakım yükleri tanıtıcı özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
6. Palyatif bakımda bakım verenlerin bakım verme yükünün yordayıcıları nelerdir?

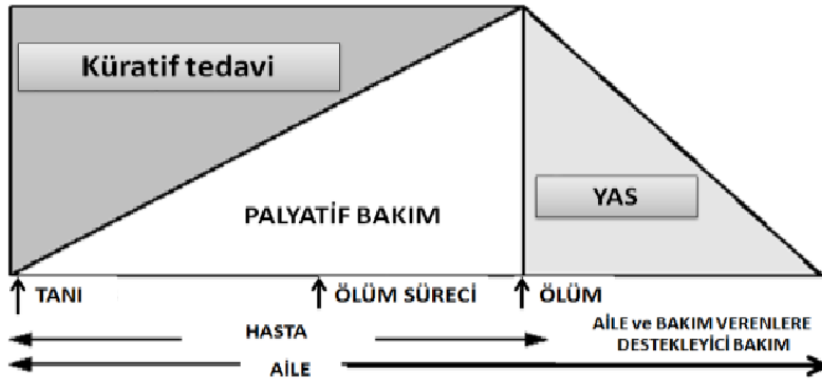
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. PALYATİF BAKIM

2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Amacı

Palyatif bakım ile ilgili yapılmış tanımlar incelendiğinde, tedavisi mümkün olmayan hastalığa sahip bireylerin hastalığa bağlı semptomlarını hafifletme, ağrı ve acının şiddetini azaltma, pelerin gibi sarma ifadelerinin kullanıldığı görülmektedir (Farlex Partner Medical Dictionary, 2012). Palyatif kelimesi Latince kökenli bir kelime olup ‘Palliate (Palliare)’ kelimesinden türetilmiştir. ‘Kapsayıcı, koruyucu’ anlamlarında kullanılmaktadır. İngilizcede ise ‘Palliate’ olarak kullanılır ve ‘hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare’ anlamlarına gelmektedir (Kabalak, Öztürk ve Çağıl , 2013). DSÖ, palyatif bakımı ilk olarak 1989 yılında ‘Hastalığı küratif tedaviye yanıt vermeyen hastanın aktif total bakımıdır.’ şeklinde tanımlamıştır. Yapılan bu tanımlamaya ek olarak ağrı ve diğer semptomların kontrol altına alınmasının önemi ve ortaya çıkabilecek psikolojik, sosyal ve spiritüel yönlerden sorunların çözülmesinin önemi vurgulanmıştır. (WHO, 1990). DSÖ 2002 yılında palyatif bakımın kapsamını genişleterek ‘Yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini, erken teşhis ve ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların kusursuz bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla acının önlenmesi ve hafifletilmesi yoluyla iyileştiren bir yaklaşım’ olarak tanımlamıştır (WHO, 2002b). Yapılan bu tanıma ek olarak 2014 yılında ‘palyatif bakım bütün hekimlerin vicdani sorumluluğudur’ ifadesi eklenmiştir ve palyatif bakım tanımı günümüzdeki halini almıştır (Tanrıverdi ve Kömürcü, 2016). DSÖ’nün güncel palyatif bakım tanımı ise, ‘yaşamı tehdit eden bir hastalıkla ilişkili sorunla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların erken tanımlanması ve kusursuz bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla acının önlenmesi ve hafifletilmesi yoluyla iyileştiren bir yaklaşımdır.’ şeklindedir (WHO, 2020). Genellikle tedavinin bir sonuca ulaşmadığı terminal dönem hastaların palyatif bakım ihtiyacı olduğundan ‘destekleyici bakım’ olarak da ifade edilmektedir (Özçelik ve diğerleri, 2010). Tanı konulması ile başlayan ve yaşamın son anına kadar devam eden palyatif bakım süreci, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen problemlerle mücadeleye odaklanmaktadır (Polat ve Atamer, 2020). Çünkü, son dönem hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesini

etkileyen birçok farklı problem ortaya çıkabilmektedir. Ağrı başta olmak üzere ortaya çıkan tüm semptomların giderilmesi, giderilemiyorsa hafifletilmesi palyatif bakımın temel hedeflerindendir. Birey, hastalığının imkan verdiği doğrultuda tüm bakım sürecinde aktif tutulmaya çalışılmalıdır. Bu sayede bireyin fonksiyonel işlevi arttırılarak bakıma katılması maksimum düzeyde sağlanmaktadır. Birey ve yakınlarına hastalık süreci ve bakım konusunda eğitim verilerek endişeleri giderilmeli, hastane ortamında olabildiğince konforları sağlanmalı, gerekiyorsa psikolojik destek hizmeti sağlanmalıdır (Batbaş, Yakar ve Pirinççi, 2021). Palyatif bakım, bireye tanı konulduğu andan itibaren başlayarak küratif tedavi ve palyatif bakım ile birlikte devam etmektedir. Ölüm sonrası yas sürecinde aile ve diğer bakım vericileri destekleyen bir bakımla sona ermektedir (Aydoğan ve Uygun, 2011). Palyatif bakım, küratif tedavi (hastalık odaklı tedavi) ve yas süreci entegrasyonu Şekil 1’de gösterilmiştir (Meier, 2011; Uslu ve Terzioğlu, 2015).



Şekil 1. Palyatif Bakım Süreci

2.1.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi

Palyatif bakım kavramının tarihçesi orta çağ dönemine kadar uzanmaktadır. O dönemde seyahat halinde olan gezginler için ‘hospis’ adı verilen evler inşa edilmiştir. Hospislerde yaşamının son döneminde, iyileşmesi mümkün olmayan bireylerin bakımı sağlanmıştır. Hospis kavramı ‘hospes’ kelimesinden köken almış olup ‘gezgin evi’ anlamına gelmektedir (Yıldırım ve Fadiloğlu, 2017). Günümüzde palyatif bakım ve hospis bakım birbirlerinin yerine kullanılmaktadır, fakat tam olarak anlamları aynı değildir. Hospisler, yaşam beklentisi 6 ay veya daha az olan hastaların bakımını sağlamak ve semptomların yönetimine odaklanmaktadır. Bireyin yaşam kalitesinin ve saygınlığının korunmasına odaklanması açısından palyatif bakıma benzerlik göstermektedir (Batchelor, 2010). Hospisler, prognozu kötü olan ve hastalığının son dönemindeki bireylere palyatif bakım hizmeti vermek için tasarlanmıştır. Birey ve ailelerinin yaşam kalitelerini yükseltmeye

odaklanmıştır. Tedavinin etkili olmadığı belirlenen bireylerde ya da bireyin faydadan çok zarar gördüğü durumlarda kullanılmaktadır (Meier, 2011). Palyatif bakım ise, hospis bakımı da içinde barındıran kapsamlı bir bakım türüdür (Çapuk, 2023). Palyatif bakım kavramının modern anlamda öncüsü Dame Cicely Saunders olarak bilinmektedir. Temel eğitimi hemşirelik ve sosyal çalışman olan Cicely Saunders, ilk kez 1948 de terminal bakım için kurulan evlerde gönüllü hemşire olarak çalışmaya başlamış, St Luke Hastanesi'nde ilerlemiş kanser tanılı bireylerin ağrı yönetimini sağlamak için çalışmalar yapmıştır (Arıkan, 2016). Fransa'da 1842 yılında ilk palyatif bakım ünitesi açılmıştır. Londra'da 1967 yılında Cicely Saunders tarafından modern sayılabilecek ilk hospis hizmeti St. Christopher's Hospiste başlatılmıştır. Palyatif bakım ünitelerinin sayısı zaman içinde artarken, bir diğer palyatif bakım ünitesi de 1975 yılında Kanada'nın Montreal kentinde Royal Victoria Hastanesi'nde açılmıştır (Önalın, 2020). Aynı yıllarda bu hastanede çalışan cerrahi onkolog Dr. Balfour Mount, Cicely Saunders'ın çalışmalarını hastanelerde tanıtarak palyatif bakımın gelişmesine katkıda bulunmuştur. Aynı zamanda hospis kavramının Fransız kültüründeki olumsuz etkilerinden kurtulmak için palyatif bakım terimini icat etmiştir (Loscalzo, 2008). Türkiye'de, II. Abdülhamit tarafından, 1896 yılında kurulan Darülacezeler, palyatif bakım vermek için kurulan ilk kurumlar olarak bilinmektedir. Günümüzde de hizmete devam eden bu kurumlar, yaşlı, maddi durumu yetersiz ve kimsesi olmayan yoksul durumdaki bireylerin bakım ve tedavisini üstlenmektedirler (Egici, ve diğerleri, 2019). Sağlık Bakanlığı, 2010 yılında palyatif bakım organizasyon modeli geliştirmek için çalışmalar yapmıştır. Bu tarihte, büyük bir bölümü (yedisi) üniversite hastaneleri içinde yer alan 10 adet palyatif merkezi bulunmaktadır (Demir, 2016). Yeni Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2015 yılında yürürlüğe girmiştir. Yönerge; palyatif bakım merkezlerin tanımı, merkezlerin kurulması, fiziki şartları, personelin görev, yetki ve sorumlulukları, hizmetin kapsamı, eğitim ve denetimi, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini kapsamaktadır. Türkiye'de uzun süreli palyatif bakım verebilecek hospis kavramına ilk yakın kuruluş, Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul'da kurulan 'Kanser Bakımevi' olup 1993-1997 yılları arasında hizmet vermiştir (Kıvanç, 2017). Pallia-Türk projesi olarak Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan '2009-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı'nda palyatif bakım programı da tanımlanmış, 2012-2013 yılları arasında merkezlerin kurulması hızla artmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024).

2.1.3. Palyatif Bakım Felsefesi

Tedavisi mümkün olmayan hastalığı olan birey, aile ve diğer bakım vericilere, tedavi süresince ya da bireyin ölümü ve ölümünden sonraki yas döneminde gerekli olan fiziksel, psikososyal ve manevi ihtiyaçlarının karşılanması palyatif bakımın temelini oluşturmaktadır (Bilen, 2016). Cicely Saunders, DSÖ'nün 2004 yılında yayımladığı bir yayının ön sözünde palyatif bakımın felsefesiyle ilgili 'Palyatif bakım, her bireyin kendine has bir yaşam öyküsü, kültürel geçmişi ve kişisel ilişkileri olduğu gerçeğini kabul ederek, her bireyin saygı görmeyi hak ettiği gerçeğinden yola çıkar.' tanımlamasını yapmıştır. Cicely Saunders'ın bu cümlesi palyatif bakımın amacını ve felsefesini net bir şekilde ortaya koymaktadır (Davies ve Higginson, 2004). Palyatif bakım felsefesinin temeli bireyin bütüncül bakımı ve ailenin/diğer bakım vericilerin desteklenmesidir. Bu felsefe, ölümün de yaşam gibi normal bir süreç olduğunu vurgular. Palyatif bakım, hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan ağrı ve diğer semptomların giderilmesini sağlamayı amaçlar. Ağrı ve diğer semptomlar tamamen giderilemiyorsa bile hafifletmek palyatif bakımın en önemli hedeflerindendir. Hasta bakımına bütüncül bir bakış açısı sunar ve bakımının psikolojik ve spiritüel yönlerini birleştirir. Palyatif bakım ile, bireylerin, tanı anından itibaren ölüme kadar geçen sürede olabildiğince aktif bir yaşam sürdürmeleri için destek sistemi sağlanır. Hastalığın son döneminde ve ölüm sonrası yas sürecinde birey, aile ve diğer bakım vericileri destekler. Palyatif bakımda asıl amaç, birey ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmaktır. Yaşam kalitesinin artması hastalık seyrini olumlu anlamda etkileyebilmektedir. Tedavi süreci devam eden bireylere, erken dönemde palyatif bakım sunmak, hastalık ve tedavinin yan etkilerini daha iyi anlayıp durumu daha kolay yönetebilmelerine olanak sağlayabilmektedir (Arıkan, 2016; WHO, 2007; WHO, 2023).

2.1.4. Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar

Palyatif bakım, öncesinde kan kanseri olan hastalara bakımı kapsarken şimdilerde yaşamı tehdit eden her türlü hastalığa bakımı kapsamaktadır (Radbruch ve diğerleri, 2020). Son yıllarda sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte uygulanan tedavilerin başarı oranı da artmıştır. Tedavilerdeki başarı oranındaki artış, ölüm oranlarını azaltırken kronik hastalığa sahip, yaşam kalitesi düşük bireylerin sayısının artmasına sebep olmuştur. Bu gibi durumlarda destekleyici bakım olarak palyatif bakım uygulamaları önem kazanmaktadır (Koç, 2021). DSÖ'ne göre hastaların yaşına, ortamına veya tanısına bakılmadan ilerleyici ve tedavisi bulunmayan hastalığı olan bireylerin tümüne palyatif bakım hizmeti

verilebilmektedir. Palyatif bakım gerektiren hastalıkların başında kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır. Palyatif bakım gerektiren diğer hastalıklar; kanser, kronik solunum yolu hastalıkları, HIV/AIDS, diyabet, böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, multipl skleroz, Parkinson hastalığı, romatoid artrit, nörolojik hastalıklar, demans, konjenital anomaliler ve ilaca dirençli tüberküloz şeklinde sıralanmaktadır (WHO, 2020). TÜİK istatistiklerine göre, 2022 yılında hayatını kaybeden yaşlıların %39,1'i dolaşım sistemi hastalıkları, %15,5 ile solunum sistemi hastalıkları, %12,7 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler sebebiyle hayatını kaybetmiştir. Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlıların oranı 2018 yılında %4,6 iken bu oran 2022 yılında %3,2'ye gerilemiştir (TÜİK, 2024).

2.1.5. Palyatif Bakım Hastalarında Semptom Yönetimi

Kronik hastalığı olan bireyler veya terminal dönemdeki bireylerin yaşadığı birçok semptomun yönetimi palyatif bakım hemşireliğinin primer hedefi olarak görünmektedir (Karakurt, 2012). Palyatif bakımda, semptomların etkilerini ortadan kaldırmak ya da en aza indirmek, dolayısıyla yaşam kalitesini arttırmak hedeflenmektedir (Altuntaş, 2016; Gürsan ve Erdoğan, 2022). Tedavisi mümkün olmayan hastalığı olan bireylerde fiziksel, psikolojik ya da spirüel alanlarda semptomlar oluşabilmekte ve son derece can sıkıcı olabilmektedir. Bu semptomlardan en yaygın olanları; ağrı, dispne, yorgunluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, konstipasyon, anksiyete, depresyon, deliryum, sinirlilik hali, üzüntü, ağız kuruluğu ve uyku bozuklukları olarak sıralanabilir (Kelley ve Morrison, 2015; Morrison ve Meier, 2004).

Başta kanser olmak üzere, palyatif bakımdaki hastaların deneyimlediği en önemli semptom ağrıdır. Palyatif bakımda hedef, ağrının tamamen ortadan kaldırılması olsa da bu durum çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bu sebeple ağrıyı tolere edilebilecek seviyelere indirmek gerekmektedir (Uyar ve Eyigör, 2017). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların semptomlarıyla ilgili yapılan bir çalışmada, palyatif bakıma kabul sırasında hastaların %90'ının ağrı deneyimlediği, kliniğe yatışın üçüncü ve yedinci gününde ağrının hem insidansında hem de şiddetinde azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum palyatif bakımın önemini gözler önüne sermektedir (Uysal ve diğerleri, 2015). Saunders' a göre ağrının tedavisinde değişmeyen birkaç kural bulunmaktadır. Bireyde var olan semptomların değerlendirilmesi dikkatli bir şekilde yapılmalı, her bireyin ve her ölümün bireysel olduğu gerçeği unutulmamalı, bireylerin

çektiği ağrı ve acının sadece fiziksel olmadığı aynı zamanda duygusal, sosyal ve ruhsal açıdan da çektiği acıların göz ardı edilmemesi gerektirir (Saunders, 1996). Saunders'ın belirlediği bu kurallar günümüzde hala geçerliliğini korumaktadır. Subjektif bir kavram olan ağrının değerlendirilebilmesi için hastanın ifadesi en doğru yöntem olarak kabul etmektedir. Fakat çoğu palyatif bakım hastası için bu durum pek mümkün olmamaktadır. Bu nedenle ağrı düzeyini belirlemek, analjezik tedavinin etkinliğini değerlendirmek için subjektif ve objektif, tek boyutlu ve çok boyutlu çeşitli ölçekler de kullanılmaktadır. Sözel Ağrı Kategori Ölçeği, Yüz İfadesi Ölçeği, Görsel Kıyaslama Ölçeği, Sayısal Derecelendirme Ölçeği, West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi kullanılan ölçeklerden bazılarıdır (Kufacı ve Mumcu, 2022). Günümüzde çok iyi ağrı yönetimi protokolleri bulunmaktadır. DSÖ'nün yayınladığı analjezi merdivenine göre hafif ağrı için non-opioid ve adjuvan analjezikler, orta şiddetli ağrı için non-opioid, zayıf opioid ve/veya adjuvan analjezikler, şiddetli ağrı için non-opioid, güçlü opioid ve/veya adjuvan analjezikler kullanılmalıdır (WHO, 2018).

Yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen bulantı, kusma ve beslenme bozukluğu, hastalığa bağlı olabileceği gibi uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı olarak da görülebilir. Farmakolojik tedavi etyolojiye göre planlanmalı ve antiemetik ilaçlar etki mekanizmalarına göre seçilmelidir. Bulantı ve kusmayı azaltmak amacıyla beslenme şekli kişiye bağlı olarak düzenlenebilir. Yapay beslenme ise, en son tercih edilmesi gereken yarar-zarar ilişkisi iyi irdelenmesi gereken bir yöntemdir (Altuntaş, 2016; Palecek ve diğerleri, 2010).

Oral alımın azalması ile ortaya çıkan dehidratasyon ağız kuruluğuna yol açabilir. Ağız kuruluğu dilde yanma, tat duyusunda azalma, yutma ve konuşmada güçlük gibi yakınmalara yol açabilir (Kinzbrunner, Weinreb ve Policzer, 2002). Dehidratasyon ile birlikte, baş ve boyun bölgesine radyasyon tedavisi, ileri yaş, ağız solunumu gibi nedenler de ağız kuruluğuna sebep olabilir. Ağız bakımı ve ağız mukozasının nemlendirilmesi, bireyin konforunu ve ağız mukozasının bütünlüğünü sağlayabilir (Altuntaş, 2016).

Dispne, bireye en sık ölüm duygusunu yaşatan ve anksiyeteye sebep olan semptomdur. Akciğer enfeksiyonu, plevral efüzyon, pulmoner emboli gibi sebeplerin yanı sıra derin anemi, metabolik bozukluklar, solunum kasları paralizisi, kalp, akciğer ve böbrek yetmezliğine sekonder olarak da dispne görülebilir. Tedavi nedene ve bireye yönelik planlanmalıdır. Ayrıca, postural drenaj, oda havasının nemlendirilmesi, pozisyon

değişikliği, bronkodilatör, mukolitik, antienflamatuvar ajanlar ve oksijen tedavisi de uygulanabilir (Altuntaş, 2016; Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013).

Yorgunluk, hastalık ve tedavi süreci ile ilişkili sıklıkla karşılaşılan bir semptomdur. Düşük doz steroid tedavisi kısa vadede düzelme sağlayabilir (Altuntaş, 2016). Ayrıca, gereksiz aktiviteler kısıtlanabilir, gün içinde yapılması planlanan aktiviteler enerji düzeyinin yüksek olduğu zaman dilimlerinde planlanabilir (Yurtsever, 2012).

Palyatif bakım hastalarının yaklaşık %40'ında metabolik dengesizlik, kullanılan ilaçlar, dehidratasyon, enfeksiyon, ileri yaş, ensefalopati gibi nedenlerle deliryum sendromu gelişir. Dolayısıyla altta yatan nedene yönelik tedavi planlanmalıdır. Metabolik sorunlar ve varsa sıvı dengesizlikleri, enfeksiyon ve hipoksi düzeltilmeli, kullanılan ilaçlar ve dozları yeniden gözden geçirilmelidir. Deliryum sendromu yaşayan bireyler için gerektiğinde psikiyatri konsültasyonu istenebilir (Bahar, Ovayolu ve Ovayolu, 2019; Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013).

Bireylerin çoğu geleceğin belirsizliği ve yaklaşan ölümle ilgili korkularından, geride bıraktıklarının yaşayacakları duygusal, sosyal ve maddi zorluklardan dolayı anksiyete yaşamaktadır. Bu durumda, birey, aile ya da diğer bakım vericilerle iletişim kurmak üzere sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Müzik dinleme, gevşeme teknikleri, spiritüel destek gibi nonfarmakolojik yöntemler de denenebilir (Altuntaş, 2016; Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013).

Konstipasyon, sıklıkla opioidlerin, antikolinergik ilaçların, kalsiyum kanal blokerlerinin ve beslenme yetersizliğinin bir sonucudur ve semptomatik tedavi uygulanır. Sıvı ve lifli gıda alımının artırılması, egzersiz ve aktivitenin artırılması, opioid ilaçlarla birlikte laksatif ilaçların uygulanması konstipasyonu önleyebilir (Altuntaş, 2016).

Sonuç olarak, palyatif bakımın amacı bireyin yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu amaç doğrultusunda semptom yönetiminde hemşire, bireyin isteklerini dikkate almalı, bireyin bağımlılık/bağımsızlık düzeyine göre bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını sunmalıdır. Kısa vadeli hedeflere yönelik planlamalar yapmalı, iletişim tekniklerini en iyi düzeyde kullanmalı, birey ve ailenin duygularını ifade etmelerine olanak sağlamalı ve multidisipliner bir yaklaşım benimsemelidir (Yurtsever, 2012).

2.1.6. Dünya’da Palyatif Bakım

Palyatif bakım hizmetleri başarı sağlamış olan hükümetler için politika önceliği haline gelmiştir. Hem bakım maliyetlerini azaltmak hem de bakımın kalitesini arttırmak için palyatif bakımın sağlık sistemine entegre edilmesi gerekmektedir. DSÖ ve Dünya Palyatif Bakım İttifakı kaliteli palyatif bakım hizmetinin sadece beş kıtadan üçünde kaliteli bir şekilde verildiğini belirtmiştir (Çiftçi, 2021). İngiltere, hospis bakımın ve hastane temelli palyatif bakım uygulamalarının gelişmesinde öncülük ederek 1976 yılında ilk palyatif bakım ünitesini St Thomas Hastanesi’nde açmıştır. İlerleyen süreçte palyatif bakım ünitelerinin sayısı artmış, 2008 yılında ‘Yaşam Sonu Bakım Stratejisi’ adı altında bir belge yürürlüğe girmiştir. Bu belge ile, yaşamının son döneminde olan hastaların tüm sağlık ve sosyal bakım gereksinimleri karşılanarak kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak amaçlanmıştır. Benzer stratejiler Kuzey İrlanda, Galler ve İskoçya’da da geliştirilmiştir. (Clark, Graham ve Centeno, 2015). Almanya’da ise Köln Üniversitesi’nde 1983 yılında ilk palyatif bakım merkezi kurulmuştur. Ev temelli palyatif bakım modeli benimsenmiş, eğitilmiş aile hekimleri ve hemşireler bu hizmeti yürütülmektedir. Ev ortamında kontrol edilemeyen semptomları bulunan bireylerin hastaneye transferi sağlanmaktadır (Aslan, 2020). Kanada’da hastane temelli bakımda yatakların uzun süre işgal edildiği ve ekipte çeşitli alanlarda uzmanlara ihtiyaç olduğu için ağırlıklı olarak toplum temelli palyatif bakım uygulamaları mevcuttur. Genellikle kanser tanısı olan bireyler için akut bakım merkezlerinde hizmet verilmektedir. Palyatif bakım danışmanlık servisi ile 24 saat boyunca danışmanlık hizmetleri verilerek evde bakımın sağlanması ile bu tesislere başvurunun azaltılması hedeflenmiştir (Centeno ve Rhee, 2019). DSÖ ile iş birliği içinde olan Dünya Palyatif Bakım İttifakı (WHPCA), dünya çapında sadece palyatif bakımın geliştirilmesine odaklanan bir eylem ağı olarak çalışmalarına devam etmektedir. Bu tarz kuruluşlar hastalık durumu sebebiyle hayatı kısıtlanan bireylerin kaliteli bakım alamadığı için problem ve acı yaşamaması ve huzurlu ölümü sağlamak için çabalamaktadır (WHPCA, 2022). DSÖ’nün bu tarz kuruluşları desteklemesi palyatif bakıma verdiği önemin ne kadar büyük olduğunu gözler önüne sermektedir. Oluşan bu resmi ilişkilerin bir sonucu olarak 2014 yılında Dünya Palyatif Birliği Atlası yayınlanmıştır. Bu yayın ülkelerin palyatif bakıma ilişkin gelişmelerini dört grup olarak sınıflandırmıştır (WHO, 2014). Yayınlanan bu raporda Türkiye 3(b) grubunda yer alırken, 2020 yılında güncellenen 2. baskısında Türkiye 3(a) grubunda yer almıştır. Bu grupta yer alan ülkelerde, yetersiz sayıda, lokalize ve sınırlı kapasitede palyatif bakım hizmeti

verilmektedir. Finansal kaynaklar daha çok bağışçıdan sağlanmaktadır. Nüfusu fazla, morfine ulaşım sınırlı ve yetersiz olan ülkelerdir. Bu grupta 65 ülke bulunmaktadır (WHO, 2020).

Dünyanın her neresinde olursa olsun palyatif bakıma gereksinimi olan yetişkin ve çocuklar bu bakıma zamanında erişmeli, tüm gereksinimleri karşılanmalı, semptom kontrolü sağlanmalıdır. Ancak bu şekilde yaşam kalitelerinde bir artış olması mümkün olmaktadır. Bu sebeple dünyanın her yerinde eğitimli personele, ülke içi sağlık politikalarının düzenlenmesine ihtiyaç vardır. Palyatif bakım, sağlık hizmetlerinin her aşamasında birey merkezli ve sağlık hizmetlerine entegre bir şekilde sağlanmalıdır (WHO, 2021).

2.1.7. Türkiye’de Palyatif Bakım

Türkiye’de palyatif bakım Türk aile yapısı, Türk toplumunun sahip olduğu kültürel değer ve inançlar sebebiyle uzun bir süre göz ardı edilmiştir. Türk kültüründe aile büyüğü bir hastalıkla mücadele ederken yalnız bırakmak ya da bir başkasına emanet etmek hoş görülmemektedir. Bu sebeple bireylerin tüm bakım gereksinimleri genellikle birinci derece yakınları tarafından karşılanmaktadır. Bu durum profesyonel olarak palyatif bakım hizmetlerinin gelişmesini engellemiştir (Gültekin ve diğerleri, 2010). Türkiye’de hospis kavramına yakın ve uzun süreli palyatif bakım hizmeti sağlayan ilk yapı, Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul Yeşilköy’de 1993 ile 1997 yılları arasında ‘Kanser Bakımevi’dir. Bu merkeze bağışların yetersiz olması, tedavi gören hastalara sosyal güvenlik sistemleri tarafından ödeme yapılmaması ve hospis kavramının birey ve aileleri tarafından tam olarak anlaşılmamış olması kuruluşun faaliyetlerini sonlandırmasına sebep olmuştur (Aslan, 2020). Bir diğer önemli palyatif bakım girişimi ise 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından kanser hastaları ve onların ailelerine çeşitli alanlarda hizmet sunan Hacettepe Umut Evi’dir (Kıvanç, 2017). 2010 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu iş birliği ile ‘Palya-Türk’ adında bir proje hazırlanmıştır. Bu proje ile amaç, Türkiye için en uygun toplum temelli palyatif bakım modelini geliştirmektir (Turgut ve Soylu, 2020). Her ildeki hastanelere palyatif bakım merkezlerinin kurulması, onkolog, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve fizyoterapist gibi farklı meslek gruplarının bir arada çalışabileceği palyatif bakım hizmeti de veren onkoloji merkezlerinin kurulması

planlanmıştır. Bu uygulamaya ilk olarak Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2 yatak kapasitesiyle başlatılmıştır (Tiryaki ve Tüfekçi, 2023).

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'nin 2015 yılında yürürlüğe girmesiyle birlikte palyatif bakımın amacı, kapsamı, fiziki koşulları gibi birçok konuda sınırları çizilmiştir. Bu yönergede hastaların sadece fiziksel problemlerinin giderilmesi değil aynı zamanda psikolojik olarak da desteklenmesi gerektiğinin önemi vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015). Kapsamlı olarak ilk palyatif bakım merkezinin açıldığı hastane, 'Ankara Ulus Devlet Hastanesi' olmuştur (Gürsan ve Erdoğan, 2022). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 'Dünya Palyatif Bakım Günü' mesajında 2023 yılında güncel olarak bakanlığa bağlı toplam palyatif bakım merkezi sayısı 437, palyatif yatak sayısı ise 6,397 olarak açıklanmıştır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2023). Her ne kadar palyatif bakım sadece yaşlı ve kronik hastalığı bulunan bireylere hizmet veriyor gibi gözükse de çocuklar için de palyatif bakıma gereksinim olmaktadır. Sağlık alanında yaşanan hızlı gelişmeler sebebiyle kronik hastalığı bulunan çocuk hastaların sayısı da artış göstermiştir. Türkiye'de pediatrik palyatif bakım merkezlerinin gelişimi biraz daha geç olmuştur. İlk pediatrik bakım merkezi 2015'te Bursa Dörtçelik Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde açılmış, burada çocuk hastaların aileleri ile birlikte kalabilecekleri uygun ortam sağlanmıştır (Koç, 2021). Pediatrik palyatif bakım, yetişkinler için oluşturulan bakım modellerinden farklı bir yaklaşıma ihtiyaç duymaktadır. Çocuklar, fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yetişkinlerden ayrılan özelliklere sahiptir. Bu nedenle, çocukluk çağı hastalıklarında uygulanacak palyatif bakım, yalnızca mevcut yetişkin odaklı bakım sistemlerinin uyarlanmasıyla yeterli olmamaktadır. Pediatrik palyatif bakım, çocukların gelişimsel ve bireysel gereksinimlerini dikkate alan özel bilgi ve yaklaşımlar gerektirir. Çocuk hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmaya yönelik bu bakım süreci, multidisipliner bir yaklaşımla desteklenmelidir (Harputluoğlu ve Çelik, 2020).

Her ülkede olduğu gibi Türkiye'de de yaşlı nüfus ve kronik hastalığı olan birey sayısı artmaktadır. Bu sebeple palyatif bakım merkezleri konusunda, hemşirelerin aktif rol üstleneceği kapsamlı bir yapılanmaya ihtiyaç vardır (Çiftçi, 2021).

2.1.8. Palyatif Bakım Modelleri

Palyatif bakım modelleri hizmet verilen alanlara göre hastane temelli, ev temelli ve toplum temelli olmak üzere üç ana başlık altında toplanmıştır (Yılmaz ve Bahat, 2019).

Hastane temelli palyatif bakımda; genellikle durumu kritik, yüksek riskli ve komplike hastalara bakım verilmektedir (Akçakaya, 2020). Semptom kontrolü evde sağlanamayan bireyler için ideal bir bakım modelidir. Evde baş edilmesi mümkün olmayan başta ağrı olmak üzere tüm semptomların giderilerek birey ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmek hedeflenmektedir (Uslu ve Terzioğlu, 2015).

Ev temelli palyatif bakımda; bireyin evi primer bakım alanı olarak kabul edilmektedir (Akçakaya, 2020). Her ne kadar palyatif bakım hizmeti sadece hastane koşulları içinde alınabilir gibi gözükse de ev ortamı birey ve yakınları için daha konforludur. Palyatif bakım hizmetinin ev temelinde olması bakımın kalitesini önemli ölçüde arttırmaktadır (Uslu ve Terzioğlu, 2015).

Toplum temelli palyatif bakım ise; ayaktan tedavisi sürdürülebilecek bireyler için oluşturulmuş kliniklerdir (Akçakaya, 2020). Birey ve yakınlarının yardıma gereksinim duyduğu (beslenme desteği, semptom kontrolü, psikolojik ve manevi destek, vb.) alanlarda hizmet vermektedir (Yılmaz ve Bahat, 2019). Düşük maliyetle bakım sağlanması ve gereksiz hastane yatışlarının azalmasına sebep olduğu için son zamanlarda ön plana çıkmış bir bakım modelidir (Uslu ve Terzioğlu, 2015).

2.1.9. Palyatif Bakım Hemşireliği

Palyatif bakım klinikleri, bu konuda eğitim almış yeterli sayıdaki personel ile haftanın yedi günü ve yirmi dört saat erişimin sağlanabildiği multidisipliner bakım anlayışıyla hizmet vermektedir (Meier, 2011). Palyatif bakım ekibinde; hekimler, hemşireler, diyetisyenler, eczacılar, psikologlar, yas danışmanları, sosyal çalışma uzmanları, fizyoterapistler, din görevlileri ve gönüllüler yer almaktadır (Batbaş, Yakar ve Pirinçci, 2021). Palyatif bakım ekibinde birçok meslek grubu koordineli çalışmaktadır. Ancak birey, aile ve diğer bakım vericiler ile en fazla zaman geçiren ekip üyesi hemşirelerdir. Hemşirelik mesleği için önemli bir isim olan Henderson'ın hemşirelik tanımını yaparken 'hastaların huzur içinde ölmelerine yardımcı olma' ifadesini kullanması, yaşamının son döneminde olan bireye bakım vermenin önemine dikkat çekmektedir (Dinç, 2010). Palyatif bakım hemşireliğinde amaç, yaşamının son dönemini yaşayan birey ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmaktır. Bunu gerçekleştirebilmek için hemşirenin sürece birey ve ailesini dahil etmesi, koordinasyon, eğitim ve liderlik gibi önemli rollere sahip olması gerekmektedir (Özer ve diğerleri, 2019).

Palyatif bakım gerektiren hastalığı olan bireyler ve yakınları birçok problemle karşılaşmaktadır. Farklı hastalık tanıları farklı semptomları beraberinde getirmektedir. Bu sebeple her bir hasta ve hastalık kendi içinde değerlendirilerek bireye özgü bir bakım uygulanmalıdır. Palyatif bakım alanında çalışan tüm personelin bu alanda eğitim almaları ve bilgi birikimlerini arttırmaları önem taşımaktadır (Davies ve Higginson, 2004). Başta hemşire olmak üzere palyatif bakım kliniğinde çalışan tüm sağlık profesyonellerinin birey ve ailesi ile iletişimi empatik düzeyde olmalıdır. Hastalık sürecinin birey ve ailesi üzerinde bıraktığı duygusal etki göz ardı edilmeden etkili ve zamanında iletişim kurmak çok önemlidir (Mason ve Naidoo, 2019).

Yaşamın son dönemi sıkıntılı bir süreç olmakla birlikte, birey ve ailesi için birliktelik zamanı olarak da görülebilir. Koşullar el verdiği ölçüde bireyin sevdikleriyle birlikte vakit geçirmesi palyatif bakım hemşiresi tarafından desteklenmelidir (Schroeder ve Lorenz, 2018). Palyatif bakım ekibi, birey ile iletişim kurarken bireyin çektiği fiziksel acı dışında ruhsal olarak çektiği acıları da hesaba katmalıdır. Çünkü birey ve yakınları zorluklarla mücadele ederken anlaşılmak istemektedir. Palyatif bakımda, aktif dinleme ve empatinin terapötik etkisi sayesinde verilen bakımın kalitesini arttırmak mümkündür (Lo, Quill ve Tulskey, 1999).

Yaşamının son döneminde olan birey ve ailesine bakım verme sağlık profesyonelleri için zorlu bir deneyimdir. Ölümle ve ölümün yakın olduğu gerçeğiyle karşı karşıya kalmak birey ve ailesi için travmatik olduğu kadar sağlık profesyonelleri için de travmatik bir durumdur (İnci ve Öz, 2012). Palyatif bakım hemşireleri ile yapılan bir araştırmanın sonucu bu durumu destekler niteliktedir. Araştırmada, ailenin/bakım vericinin beklentilerinin yüksek olması, hastalık sürecini kabul edememeleri, kabul edemedikleri için tepkilerinin fazla olması gibi sebepler yüzünden hemşirelerin fiziksel ve psikolojik yorgunluk yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Aynı araştırmada, yaşamının son döneminde olan birey ve yakınlarına bakım vermenin zorluklarının hemşirelerin sabırlarını ve çalışma isteklerini azalttığı saptanmıştır (Cura & Ateş, 2020). Canbolat ve Özkal'ın hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada, palyatif bakım dersi almayan öğrenciler, palyatif bakım hizmetinin terminal dönemde başladığını ifade ederken, palyatif bakım dersi alan öğrenciler palyatif bakımın hastalık tanısı konulduğu andan itibaren başladığını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada her iki grupta kanser hastaları palyatif bakım hizmeti alır diyen öğrencilerin sayısı yaklaşık olarak aynıyken, Alzheimer ve kronik hastalıklar sebebiyle palyatif bakım hizmeti alır diyen grup palyatif bakım dersi alan grup olmuştur

(Canbolat ve Özkal, 2019). Diğer sağlık profesyonellerine göre palyatif bakımda birey, ailesi/bakım vericisi ile daha fazla zaman geçiren hemşireler, palyatif bakım ekibinin en önemli üyesidir. Palyatif bakım kliniklerinde bakımın kalitesinin artırılması için hemşirelerin gerekli eğitimleri alması, bilgi ve becerilerini arttırması, lisans ve lisansüstü ders programlarına palyatif bakım hemşireliğinin entegre edilmesi gerekmektedir (Martins Pereira ve diğerleri, 2021).

2.2. BAKIM YÜKÜ

2.2.1. Bakım Verme ve Bakım Yüğü

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde yer alan bir tanıma göre bakım 'birinin, beslenmesi, giyinmesi, gibi gereksinimleri üstlenmek ve bunları sağlamak'tır (TDK, 2025). Bu tanım incelendiğinde bakım, kendi gereksinimlerini karşılayamayan bir kişi için, yani bir başkası için bakma sorumluluğunun üstlenilmesi olarak yorumlanmaktadır (Gül, 2019). Bakım, ahlaki bir zorunluluk, bir duygulanım, bir insan özelliğı, şefkat gösterme, destekleme, kişilerarası etkileşim ve terapötik müdahale gibi tüm olumlu girişimler olarak tanımlanmaktadır. İnsanoğlu yaşamının her döneminde bakıma gereksinim duymaktadır. Hasta bireyin iyileşmesinin temeli bakımdır, bakım ise hemşireliğin özüdür (Arslan, 2014; Toru, 2020).

Yaşlanan nüfus arttıkça, uzun süreli bakıma gereksinim duyan kronik hastalığı veya engeli olan kişilerin varlığı da artacaktır. Bakım sorumluluğunun çoğı, eşler ve yetişkin çocuklar gibi akrabalara düşecek ve bu durum bakım veren kişilerin günlük yaşamlarını derinden değiştirecektir. Aile üyeleri sadece eş/partner/önemli diğer kişi/evlat olmaktan çıkıp 'bakım verici' kimliğine bürünecektir (Eifert ve diğerleri, 2015). Bakım verme, kişisel gelişim, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, diğer bireylerden sosyal destek alma, yakın ilişkilerin gelişmesi, kişisel doyum sağlama ve kendine sayğı duyma gibi olumlu özelliklerin olmasının yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir (Akgul ve Ozdemir, 2014; Rha ve diğerleri, 2015; Sezgin ve Bektaş, 2021; Yıldız, Dedeli ve Çınar Pakyüz, 2017). Bakımın tatmin edici bir ödüllendirilme süreci olarak algılanması, yardım etme başarısının artmasıyla gelen öz-sayğı ve tatmin sağlama gibi durumlar bakım vermenin sağladığı olumlu yönlerdendir (Akgul ve Ozdemir, 2014; Rha ve diğerleri, 2015).

Bununla birlikte bakım vermenin; bakım veren bireyin stres yaşaması, bakım verme sürecinde zorlanma gibi güçlükleri de bulunmaktadır (Rha ve diğerleri, 2015; Yıldız,

Dedeli ve Çınar Pakyüz, 2017). Dolayısıyla bu süreçte ‘yük’ kavramı ortaya çıkmaktadır. Literatürde yük kavramı incelendiğinde, bakım veren bireylerin üstlendiği bakımın sonucu olarak ortaya çıkan sosyal, ekonomik problemler, aile ilişkilerinin bozulması, kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama, fiziksel sağlık problemleri ve psikolojik sıkıntı gibi yaşanan olumsuz, subjektif ve objektif sonuçlar olarak belirtilmektedir (Orak, 2015; Posluszny ve diğerleri, 2019).

Yaşlanan nüfusun ve kronik hastalıklarla yaşayan insan sayısının artmasıyla birlikte sağlık bakımı hastaneden topluma ve aileye doğru kaymaktadır (Liu, Heffernan ve Tan, 2020). Aile üyeleri hastalar ve sevdikleri için uzun süreli bakımın sağlanmasında kilit rol oynamaktadır (Cui ve diğerleri, 2014). Çok sayıda araştırma, bakım veren aile üyelerinin ruh sağlığı hastalıkları (Lök ve Bademli, 2021), demans (Chiao, Wu ve Hsiao, 2015; Liu, Chi ve Wu, 2022) ve kanser (Borges ve diğerleri, 2017; Danacı ve Koç, 2018; Gürkan ve diğerleri, 2021) gibi hastalıkları olan hastalara bakım sağlamada önemli bir yük yaşadıklarını belirtmektedir. Bakım yükü kavramı hemşirelik araştırmaları alanında nadir görülme de, ‘bakım yükü’nün net bir tanımı bulunmamaktadır (Liu, Heffernan ve Tan, 2020).

Türk Dil Kurumu (TDK) Hemşirelik Terimleri Sözlüğü’nde bakım yükü ‘yaşlı, kronik hastalığı, yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi, algılanan strese çok boyutlu tepkisi, bakım verme güçlüğü’ olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2025). Bakım yükü kavramı, Grad ve Saisbury tarafından (1963) ‘bakım verme sırasında bakım veren bireyde oluşan bedensel ve duygusal etkiler’ şeklinde tanımlanmıştır (Bulut, Bozkurt ve Demirkol Sakar, 2023). Hoenig ve Hamilton (1966) yükün subjektif ve objektif yük olarak ikiye ayrılabilceğine inanmışlardır. Subjektif yük öncelikle bakım vericinin bakım işlevini yerine getirirken ortaya çıkan kişisel duygularını içerirken, objektif yük olumsuz bakım deneyimleriyle ilgili olaylar veya faaliyetler olarak tanımlanmaktadır. Zarit ve diğerleri (1980) bakım vermeyle ilişkili yükü, bakım verenin aile üyelerine bakmanın bir sonucu olarak duygusal ve fiziksel sağlık, sosyal yaşam ve ekonomik koşullar açısından maruz kaldığı hasar derecesi olarak tanımlamıştır. Yük iki bileşenden oluşur. Bir yandan, bakım verme gerçeğiyle ilişkili psikolojik his ve özellikle bu deneyime verilen duygusal tepki olarak anlaşılan subjektif yük vardır. Öte yandan, bakım verenin üstlenmesi gereken bakım görevlerini ve günlük olarak karşılaşmak zorunda olduğu zorlukları ifade eden objektif yük vardır (Zarit, Reeve ve Bach-Peterson, 1980). Nijboer ve diğerleri (1999), bakım

veren yükünün bakım vermenin hem iyimser hem de kötümser yönlerini içeren çok boyutlu bir kavram olduğunu savunmuştur. Bakım veren yükü, bakım verenlerin bakım vermenin bir sonucu olarak yaşadıkları sıkıntı olarak da tanımlanmaktadır (Rha ve diğerleri, 2015). Yapılan tanımlara bakıldığında literatür, bakım yükünün çok boyutlu yapısı nedeniyle karmaşık bir kavram olduğu fikrini desteklemektedir. Bununla birlikte, bakım yükünü etkileyen faktörler bakım veren ya da bakım veren bireyle ilişkili olabilmektedir.

2.2.2. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler

2.2.2.1. Bakım Veren Bireye Ait Faktörler

Bireyin temel bakım gereksinimleri bireye primer olarak bakım veren kişi tarafından karşılanmaktadır. Bireyin temel gereksinimlerini sağlayan bakım vericiler üzerlerine yüklenen bu büyük görev ve sorumluluklar sebebiyle fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan olumsuz etkilenmektedir. Yapılan çalışmalarda sevilen kişiyi kaybetme korkusu, bakım ve kullanılan ekipmanlar hakkında bilgi eksikliği, bakıma yardımcı birinin olmayışı, uyku problemleri, yorgunluk, üzüntü, stres, anksiyete, çaresizlik, depresyon, tükenmişlik, sosyal izolasyon gibi faktörler bakım veren bireyle ilişkili bakım yükünü arttıran faktörler olarak belirlenmiştir (Bilgehan ve İnkaya, 2021; Şener, Kurtgöz ve Koç, 2022; Zaybak ve diğerleri, 2012). Bakım alan kişiyle aynı evde yaşamak, bakım alan ve bakım veren arasındaki ilişki, bakım süresi, bakım verenin sağlık durumu, bakım verenlerin kültürel geçmişi, yetersiz sosyal destek bakım yükünü etkileyen diğer faktörlerdir (Bekdemir ve İlhan, 2019; Choi ve Seo, 2019; Gürkan ve diğerleri, 2021). Bakım verenin yaşı (Strömber ve Luttk, 2015), cinsiyeti (Adelman ve diğerleri, 2014; Bekdemir ve İlhan, 2019), medeni durumu (Kim ve diğerleri, 2016), eğitim düzeyi (Adelman ve diğerleri, 2014; Strömber ve Luttk, 2015) ve ekonomik durumu (Igarashi ve diğerleri, 2020; Tsai ve diğerleri, 2021) gibi bireysel özellikler de bakım yükünü etkileyen faktörlerdendir. Eğlence aktiviteleri için ayrılan sürenin azalması, bakıcıların öznel refah seviyelerini ve algılanan fiziksel ve ruhsal sağlıklarını kötüleştirebilir ve bakım yüküne neden olabilir (O'Hara ve diğerleri, 2010). Bakım vericinin spiritüel iyilik düzeyi, başa çıkma mekanizması olarak hizmet edeceğinden bakım yükünün azaltılması açısından önemlidir (Spurlock, 2005). Palyatif bakımda hemşireler, bakım yükü açısından riskli kişilerin belirlenmesinde ve bakım veren bireylerin bakım vermenin olumsuz etkilerini en aza indirmesine yardımcı olmak için en iyi konumda olup bakımın kalitesini arttırmak açısından önem taşımaktadır (Dağdeviren ve diğerleri, 2019).

2.2.2.2. Bakım Alan Bireye Ait Faktörler

Palyatif bakım ihtiyacı bulunan bireyler yaşadıkları sıkıntılardan dolayı fiziksel olarak etkilendikleri kadar psikolojik olarak da olumsuz etkilenirler. Stres, mod düşüklüğü gibi problemler sıklıkla görülmektedir. Kaygı bozuklukları, depresyon ve deliryum terminal dönemdeki hastalarda en sık rastlanan psikiyatrik rahatsızlıklar olarak bilinmektedir. Hastalığın ilerlemesi, kişinin gündelik işlerini gerçekleştirmesini etkilemektedir. En basit olarak görülen işleri yapmak için bile bir başka birinin yardımına ihtiyaç duymak, çalışırken çalışmıyor hale gelmek, alışveriş, fatura ödeme, temizlik gibi işleri yapamıyor olmak hastaların psikolojisini olumsuz olarak etkilemektedir (Balta ve Bekiroğlu, 2021). Kanseri tanısı olan hastaya bakım verenlerin bakım yüklerini ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada, hasta cinsiyetinin ve hastalık evresinin bakım yükünü etkileyen bir faktör olduğu ortaya konmuştur (Koç, Sağlam ve Çınarlı, 2016). Kanseri hastalarının bakım vericileri ile yapılan diğer bir çalışmada, hastalığın şiddeti, bakıma yönelik taleplerin sayısı ve kapsamı, ileri evre kanserli aile üyesine bakım vermek bakım yüküne katkıda bulunmuştur (Govina ve diğerleri, 2015). Alzheimer hastalarının bakım vericileri ile yapılan bir çalışmada uzun bakım saatleri, hastalığın davranışsal ve psikolojik semptomlarının şiddeti artan bakım yükü ile ilişkilendirilmiştir (Yu ve diğerleri, 2015). Bakım alan bireyin öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlılık düzeyi arttıkça bakım yükü artmaktadır (Gürkan ve diğerleri, 2021).

Palyatif bakımda, durumu kritik ve belirsiz olan birey ve bakım verici için bilinmezlik kaygıya sebep olabilir. Bu kaygı birey ve bakım vericilerde ruhsal sıkıntıların ortaya çıkmasına neden olabilir (Lundberg ve Kerdonfag, 2010). Bakım verme işi genellikle streslidir ve palyatif bakımda bakım veren bireylerin bakım verme rolüne uyum göstermeleri zaman alabilir. Bakım verme görevleri, özellikle stresli durumlara uyum sağlayamayan bakım verenlerin refahını olumsuz etkileyebilir (Farina ve diğerleri, 2017). Bu kapsamda, psikolojik dayanıklılık bakım veren bireylerin yeni rollere uyum sağlamasını kolaylaştırabilir, refahını ve yaşam kalitesini artırabilir (Cui ve diğerleri, 2023).

2.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

2.3.1. Psikolojik Dayanıklılık Kavramı ve Önemi

Dayanıklılık kavramı psikoloji başta olmak üzere birçok bilim dalı için merak uyandırmış ve araştırmalara konu olmuştur. Yapılan tanımlar içinde bir fikir birliği bulunmamakla birlikte bilimsel bilgi arttıkça yapılan tanımlarda gelişme göstermeye devam etmiştir (Herrman ve diğerleri, 2011). Latince geriye sıçramak anlamına gelen ‘resilire’ kelimesinden gelmektedir (Öz ve Yılmaz, 2009). Türk Dil Kurumu Hemşirelik Terimleri Sözlüğü’nde ‘bireyin ruh sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratabilecek stres koşullarının ya da örseleyici olayların etkisinden kurtulabilme ve yaşanacak değişikliğe uyum sağlayabilme becerisi, psikolojik güçlülük, psikolojik sağlamlık’ şeklinde tanımlanmıştır (TDK, 2025). Oxford sözlüğünde ‘bireylerin ya da nesnelerin yaşadıkları kötü olaylardan (zarar görme, yaralanma, şok vb.) sonra hızlı bir şekilde toparlanabilme yeteneği’ olarak tanımlanmaktadır (Oxford Learner's Dictionaries, 2024). Bu sözlük tanımından esinlenen Norman Garnezy, insanların bir problemle karşı karşıya kaldığında kırılıp incinebileceğini, toparlanma yeteneğinin bir kısmını kaybedebileceğini fakat zamanı geldiğinde bu durumu kabullenip uyum sağlayarak önceki yaşam düzenine geri döneceğini savunmaktadır (Garnezy, 1993).

Psikolojik dayanıklılık kavramının tanımı ilk kez Kobasa tarafından (1979) yapılmıştır. Kobasa yaptığı araştırma sonucunda elde ettiği bulgulara dayanarak, ‘stresli yaşam olayları ile karşılaşıldığında bir direnç kaynağı olarak çalışan kişilik özelliği’ şeklinde tanımlamıştır (Işık, 2016). Dayanıklılık kavramının kökeni, zorlu yaşam olaylarına karşı kendini savunamayan çocuklar üzerine yapılan çalışmalara dayanmaktadır. Bu sebeple öncelerinde dayanıklılık kavramı bir kişilik özelliği olarak tanımlanırken son yıllarda geliştirilebilir dinamik bir süreç şeklinde tanımlanmaya başlamıştır (Earvolino Ramirez, 2007; McAllister ve Lowe, 2011). Travma, sağlık problemleri gibi zorlu hayat tecrübeleriyle karşılaşan bireylerin yeni duruma uyum sağlama süreci olarak da tanımlanan psikolojik dayanıklılık, oluşan yeni durumla birlikte ortaya çıkan problemler karşısında kendini toparlama gücüne sahip, problemlerin üstesinden gelebilen bireyler için kullanılan bir tanımlamadır (Basım ve Çetin, 2011).

Psikolojik dayanıklılık, geliştirilebilen ve öğrenilebilen bir süreç olmakla birlikte, bireyin karşılaşılan zorlukların üstesinden gelme yeteneğini, uyum sağlayabilme sürecini ve bireysel, ailevi veya örgütsel özelliklerini birleştiren kompleks bir kavramdır (McAllister

ve Lowe, 2011). Psikolojik dayanıklılık zaman içinde değişime uğrayabilen bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bir kişi, hayatının bir döneminde karşılaştığı zorluklara olumlu tepkiler verse de bu durum, hayatının diğer zaman dilimlerinde stres faktörlerine karşı olumlu bir yanıt vereceği anlamına gelmemektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013). Yaşanılan zorlu olaylar karşısında esneklik sağlayabilme olarak da ifade edilen psikolojik dayanıklılık, yaşam boyunca çeşitli zamanlarda geliştirilebilir bir özellik olarak ifade edilmektedir (Walsh, 2016).

2.3.2. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler

Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler koruyucu faktörler ve risk faktörleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Hayatta yaşanan olumsuz her türlü olay, psikolojik dayanıklılık için risk faktörlerini oluşturmaktadır. Yaşanılan bu olumsuz olayların etkisini ortadan kaldıran ya da en aza indiren faktörler koruyucu faktörler olarak adlandırılmaktadır (Kavi ve Karakale, 2018).

2.3.2.1. Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler adından da anlaşıldığı üzere koruyan, yaşanan kötü olayların etkilerini ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya çalışan özellikleri ifade etmektedir. Koruyucu faktörler, olumlu adaptasyonu desteklemekte ve bireyin yeterliliklerini geliştirmektedir. Koruyucu faktörler açısından önemli olan hangisinin olup olmadığı değil, koruyucu faktörlerin riski hangi ölçüde önlediğinin belirlenmesidir (Gizir, 2007). Bireylerin karakter özelliklerinden ziyade koruyucu faktörlere sahip olması psikolojik dayanıklılığı arttıran temel unsurdur (Kavi ve Karakale, 2018). Yapılan çalışmalara göre psikolojik dayanıklılık kavramını açıklamak için kullanılan koruyucu faktörler ailesel, bireysel ve çevresel koruyucu faktörler olarak sınıflandırılmıştır (Basım ve Çetin, 2011).

Bireysel koruyucu faktörler; yaş, cinsiyet, sağlık durumunun iyi olması, akademik başarı, zeka seviyesi, öz yeterlilik, özgüven, problem çözme becerisi, benlik saygısı, geleceğe iyimser ve olumlu bakış açısı, iyi bir mizah anlayışı, özerklik, olumlu mizaca sahip olma, sosyal açıdan yeterlilik, çocukluk döneminde kişilerarası ilişkilerin iyi olması şeklinde sıralanabilmektedir (Arslan, 2015; Bakry Attia Ali, Mohamed Mourad ve Sayed Mohamed, 2022; Gizir, 2004).

Ailesel koruyucu faktörler; en azından bir aile üyesi ile olumlu ilişkiye sahip olma, etkili ebeveyn olabilme, ev kurallarını esnek tutma, beklentilerin gerçekçi olması şeklinde sıralanmaktadır (Gizir, 2004).

Dış destek sistemleri ya da çevresel koruyucu faktörler ise, yaşanan zorlayıcı olaylar karşısında bu zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olan arkadaşlar, komşular, öğretmenler ya da diğer bireyleri içermektedir. Aynı zamanda kişinin hobi sahibi olması ve bu sayede sosyalleşmesi de dış destek sistemlerini olumlu olarak etkileyen durumlar olarak belirtilmiştir (Yağmur ve Türkmen, 2017).

2.3.2.2. Risk Faktörleri

Risk faktörleri, insanların belirli dönemlerinde olumsuz olayları ve bu olayların istenmeyen sonuçlarının yaşanma ihtimalini arttıran faktörleri açıklamak için kullanılmaktadır. Bir bireyi psikolojik açıdan dayanıklı olarak niteleyebilmek için risk, temel faktör olarak görülmektedir. Hayatının belirli bir döneminde zorlayıcı bir durum yaşamadan başarı sahibi olan bireyler yeterli ya da başarılı olarak nitelendirilirken, dayanıklı olarak nitelendirilmemektedir. Risk faktörleri bireysel, ailesel ve çevresel faktörler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır (Gizir, 2007).

Bireysel risk faktörleri; bireylerin sarsıcı yaşam olaylarıyla etkili bir şekilde başa çıkmasını zorlaştıran ve yeni duruma uyumunu engelleyebilecek olan kişilik özelliklerini içermektedir (Döner, 2020). Prematüre doğum, sarsıcı yaşam olaylarına maruziyet, fetal alkol/ilâç kullanımı, kronik ya da ruhsal hastalık, hastaneye yatış durumlarının sık olması, adölesan gebelik, akademik başarısızlık, geçimsiz ya da utangaç bir mizaca sahip olma bireysel risk faktörlerini oluşturmaktadır (Gizir, 2004; Öz ve Yılmaz, 2009).

Ailesel risk faktörleri; ailede yaşanan ruhsal ya da kronik sağlık problemleri, madde kullanan veya suç işlemiş ebeveyne sahip olma, evlat edinilme, iki çocuk arasındaki yaş farkının iki yıldan az olması, kalabalık bir aileye sahip olma, aile kaynaklı şiddete maruz kalma, ebeveynlerin boşanması ya da birtakım sebepler kaynaklı tek ebeveyn sahibi olma, katı aile tutumu, genç yaşta anne olma gibi faktörler de ailesel risk faktörlerini oluşturmaktadır (Döner, 2020; Gizir, 2004; Öz ve Yılmaz, 2009).

Bireysel ve ailesel faktörlerin dışında kalan tüm faktörler çevresel faktörler olarak tanımlanmaktadır. Çevresel risk faktörleri, bireylerin etkili bir şekilde başa çıkmalarını zorlaştıran, olumsuzlukların yaşanmasına zemin hazırlayan faktörlerdir. Bireyler,

olumsuz yaşam olaylarına çevresel etkenler sebebiyle maruz kalmaktadır (Döner, 2020). Sosyoekonomik durumun kötü olması, yetersiz beslenme, savaş ve doğal afetlere maruziyet, evsizlik, yoksulluk, kötü muameleye maruz kalma, olumsuz akran desteği, toplumsal şiddete maruziyet, fiziksel ve/veya cinsel yönden suistimal edilme, çocuk ihmali gibi durumlar çevresel faktörleri oluşturmaktadır (Gizir, 2004; Öz ve Yılmaz, 2009).

Rutter'a göre tek risk faktörünün olması bireyleri neredeyse hiç etkilemezken, birden fazla risk faktörünün bulunmasının etkileri daha fazla olabilmektedir. Önemli risk faktörlerinin etkilerine maruziyet devam etse bile bireylerin genel risk düzeyinin azaltılması ile risk faktörlerinin etkilerinin de belirli bir seviyeye kadar azaltılabileceğini savunmuştur. Bireylerin risk faktörlerine karşı farklı seviyede hassasiyet duyma sebebinin ise bireysel farklılıklardan kaynaklandığını ileri sürmüştür (Rutter, 1999).

2.3.3. Bakım Veren Bireylerde Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık, bireylerin birtakım travmatik olaylar yaşaması durumunda koruyucu faktörler ile risk faktörlerinin karşılıklı etkileşimini içeren dinamik bir süreçtir. Bireyin yaşadığı travmatik olay sonrasında meydana gelen yeni duruma sağlıklı bir uyum göstermesi beklenmektedir (Kararımak, 2006). Literatürde, farklı hasta gruplarının bakım vericileriyle yapılan çalışmalarda katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri farklı bulunmuştur. Demans hastalarının bakım vericileri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların psikolojik dayanıklılıkları orta düzeyde bulunmuştur. Tayvan'da kanser hastalarının bakım vericileri ile yapılan diğer bir çalışmada katılımcıların %33,8'i orta düzeyde dayanıklılık bildirirken, %61,5'i düşük düzeyde dayanıklılık bildirmiştir (Chen ve diğerleri, 2020). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin primer bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada katılımcıların psikolojik dayanıklılıkları orta düzeyde (Erkuş ve Gümüş, 2024), diğer bir çalışmada ise düşük düzeyde bulunmuştur (Lök ve Bademli, 2021).

Bireyler, yaşamlarındaki döneme özgü, sağlık durumundaki olumsuz değişiklikler, bakım yükü, kronik hastalıkların ilerleyen semptomları gibi stres faktörleriyle karşılaşabilmektedir (Graber, Pichon ve Carabine, 2015). Çoğu sarsıcı yaşam olayı kısa vadeli tek bir olaydan oluşmaz, geçmiş ve geleceği içinde barındıran karmaşık, stresli bir süreci de beraberinde getirir. Bu süreçte bakım veren bireylerin duruma yaklaşma biçimi ve tepkileri de psikolojik dayanıklılık açısından büyük önem taşımaktadır. Birey ve ailesinin yaşamında ortaya çıkan büyük değişimler tüm aileyi etkiler ve aile içi ilişkilerde

bu durumdan olumlu ya da olumsuz etkilenebilmektedir. Birey ve ailesinin oluşan yeni duruma adapte olması ya da olamaması psikolojik dayanıklılığı doğrudan etkilemektedir (Walsh, 2016). Bu nedenle, palyatif bakım kliniğinde bakım veren bireylerin yaşadıkları olumsuz deneyimlerle baş etmelerini ya da var olan sorunları çözmelerini kolaylaştıran psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi önemlidir.

2.4. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BAKIM YÜKÜ

2.4.1. Bakım Veren Bireylerde Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yüğü İlişkisi

Palyatif bakım süreci, birey ve bakım verenler açısından zor bir süreçtir. Bu süreçte bakım veren bireyler sadece fiziksel olarak değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik açıdan da olumsuz etkilenebilmektedir. Uzun süreli bakım verme, bakım veren bireyler için olumsuz fiziksel, ekonomik, psikolojik ve sosyal sonuçlar doğurabilir. Bu olumsuz sonuçlar, bakım verenlerin topluma katkıda bulunmalarını engelleyebilir, mali durumlarını, aile ve sosyal ilişkilerini bozabilir (Çulhacık, Durat ve Eren, 2021). Bakım veren bireyler, hastalarına bakmak için önemli bir zaman harcamak zorunda olduklarından kişisel zamanlarını korumakta güçlük çekerler (Choi ve Seo, 2019). Günlük yaşam programlarının aksaması ve eğlenme aktivitesine ayrılan zamanın azalması bakım veren bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlık düzeylerini olumsuz etkiler (O'Hara ve diğerleri, 2010). Bakım verme sürecinde birden fazla rol üstlenmenin bakım veren bireylerin depresyon, anksiyete ve tükenmişlik düzeylerini artırdığı görülmüştür (Schulz ve Sherwood, 2008).

Literatürde bakım yükünün azaltılması için psikolojik dayanıklılığın artırılmasının önemi vurgulanmaktadır. Uzar-Özçetin ve Dursun'un (2020) çalışmasında, psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi ve bakım yükü üzerinde doğrudan ve dolaylı belirleyici rolünün olduğu vurgulanmıştır. Aynı çalışmada, düşük psikolojik dayanıklılık düzeyi artan bakım yükü ve kötü yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde farklı hasta gruplarının bakım vericileri ile yapılan çalışmalarda da bakım yükü ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir (Alay ve Kaçan, 2024; Atak ve Özekeş, 2019; Bakry Attia Ali, Mohamed Mourad ve Sayed Mohamed, 2022; Li ve diğerleri, 2018; Liu ve diğerleri, 2018; Scott, 2013). Psikolojik açıdan dayanıklı olan bireyler, bakım yükü risk faktörleri ile daha kolay baş edebilirler (Wang ve diğerleri, 2022). Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin, bakım verme deneyimine olumlu yanıt verme, bu süreci bir kazanım olarak görme ve değişime daha

abuk uyum sağlama olasılıklarının daha yüksek olduğu, bu nedenle daha düşük düzeyde bakım yükü bildirdikleri belirtilmektedir (Senturk, Akyol ve Kucukguclu, 2018). Psikolojik dayanıklılığının yüksek olması, bakım veren bireylerin zihinsel ve fiziksel istikrarlarını korumalarına yardımcı olur, bakımı teşvik eder ve bakım alan kişi için daha iyi sağlık sonuçları ve yaşam kalitesi sağlar (Agac ve Ozcetin, 2021).

Sonuç olarak, bakım verme süreci bakım alan ve bakım veren için sadece fiziksel açıdan değil aynı zamanda psikolojik açıdan zorlayan bir süreçtir. Palyatif bakımda bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılıkları ve bakım yükü arasındaki ilişkinin anlaşılması, gelecekte bu hususta gerekli müdahalelerin planlanabilmesi için önemlidir.

BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Araştırma, palyatif bakım kliniğinde bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık ve bakım yükü düzeyleri ile arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile tanımlayıcı tipte gerçekleştirildi.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, bakım verilen bireyle yakınlık durumu gibi bakım vericinin bireysel özellikleri ile bakım süresi, yardıma gereksinim duydukları konular, hissettikleri duygular ve hasta bireyin bireysel özellikleri oluşturdu.

Bağımlı değişkenlerini ise; bakım veren bireylerin Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'nden aldıkları puanlar oluşturdu.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini, Aralık 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında Kocaeli ili Darıca ilçesinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin toplam 14 yataklı palyatif bakım kliniğinde yatan hastasına bakım veren bireyler oluşturdu. Örneklem büyüklüğü, korelasyon analizi kullanılarak G*Power 3.1.9.2 programı ile hesaplanmıştır. Hesaplamada %95 istatistiksel güç ve %95 güven aralığında orta düzey etki büyüklüğü ile minimum örneklem büyüklüğünün 115 kişi olması gerektiği belirlendi (Tip I hata (α)=0,05, Tip II hata (β)=0,05, Etki büyüklüğü (r)=0,30). Araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan toplam 120 bakım veren birey ile araştırma tamamlandı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

18 yaşın üzerinde olması,

Palyatif bakım kliniğinde yatan hastasına (aile üyesine/yakınına) bakım vermesi,

Tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığının olmamasıdır.

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

Anketi tam doldurmamasıdır.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında; ‘Yapılandırılmış Katılımcı Bilgi Formu’, ‘Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ‘Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ)’ kullanıldı.

3.3.1. Yapılandırılmış Bilgi Formu (Ek.1)

Literatür bilgisi doğrultusunda (Bakır ve Aydın, 2023; Bekdemir ve İlhan, 2019; Danacı ve Koç, 2018; Kalomo ve diğerleri, 2018; Li ve diğerleri, 2018; Senturk, Akyol ve Kucukguclu, 2018; Öner ve Karabulutlu, 2023; Tsai ve diğerleri, 2021; Yoon ve diğerleri, 2014) araştırmacı tarafından geliştirilen formda; palyatif bakım kliniğinde bakım veren bireylerin yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu gibi bireysel özellikleri, yardıma gereksinim duydukları konular, hissettikleri duygular, bakım süresine ilişkin bilgiler (16 soru) ile hasta bireylerin bireysel özellikleri, tıbbi tanıları ve hastalık süresine ilişkin bilgilere (7 soru) yer verildi. Form toplam 23 sorudan oluştu.

3.3.2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği – YPDÖ (Ek.2)

Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, Martinussen (2003) tarafından geliştirilen ölçek ‘kişisel güç’, ‘yapısal stil’, ‘sosyal yeterlilik’, ‘aile uyumu’ ve ‘sosyal kaynaklar’ olmak üzere beş boyut içermektedir. Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge ve Hjemdal (2005) yaptıkları farklı bir çalışmada ölçeğin altı boyutlu yapısıyla psikolojik dayanıklılık modelini daha iyi açıkladığını ortaya koymuşlardır. Bu çalışmada ‘kişisel güç’ boyutu ‘kendilik algısı’ ve ‘gelecek algısı’ biçiminde ikiye ayrılmış ve toplam altı boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Basım ve Çetin tarafından yapılmıştır. 5’li likert tipteki ölçek 33 madde ve kendilik algısı (madde 1, 7, 13, 19, 28, 31), gelecek algısı (madde 2, 8, 14, 20), yapısal stil (madde 3, 9, 15, 21), sosyal yeterlilik (madde 4, 10, 16, 22, 25, 29), aile uyumu (madde 5, 11, 17, 23, 26, 32) ve sosyal kaynaklar (madde 6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) olmak üzere altı boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte 16 madde (1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31, 33 numaralı maddeler) ters puanlandığından, analiz sırasında bu maddelere çevirme işlemi uygulanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach’s alfa iç tutarlılık katsayıları 0,68 ile 0,79 arasında bulunmuştur. Ölçekte kesme puanı belirlenmemiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 33 ile 165 arasında değişmekte olup puan arttıkça bireyin psikolojik dayanıklılığı artmaktadır (Basım ve

Çetin, 2011). Bu araştırmada ölçeğin alt boyutlarının (kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu, sosyal kaynaklar) Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayıları ise sırasıyla 0,70 / 0,71 / 0,70 / 0,76 / 0,82 / 0,82 olarak bulundu.

3.3.3. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı – ZBVYÖ (Ek.3)

Yaşlı bireylere bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü değerlendirmek amacıyla Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından (1980) geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması İnci ve Erdem tarafından (2008) yapılmıştır. Bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden ve tek boyuttan oluşan ölçek, 0' dan 4' e kadar değişen [(0) Hiçbir zaman, (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Oldukça sık, (4) Hemen her zaman] 5'li likert tipte değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 88'dir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının da yüksek olduğunu göstermektedir. Puanlamada 0-20 puan 'bakım yükü yok', 21-40 puan 'hafif bakım yükü', 41-60 puan 'orta düzeyde bakım yükü' ve 61-88 puan ise 'ağır bakım yükünü' göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0,95'tir (İnci ve Erdem, 2008). Bu araştırmada Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı 0,83 olarak bulundu.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verileri kurum izni, etik kurul onayı, ölçek geçerlik/güvenilirliğini yapan yazarlardan yazılı izinler alındıktan sonra Aralık 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında kurumun 14 yatak kapasiteli palyatif bakım kliniğinde yatışı yapılan hastasına bakım veren bireyler ile yaklaşık 15-20 dakika süren yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek yazılı onamları alınmış ve çalışmaya katılmaya gönüllü olanların formu doldurmaları sağlanmıştır.

3.4.1. Araştırmanın Etik Yönleri

- Araştırmanın yürütülebilmesi için Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (Ek-4).
- Araştırmanın yürütüleceğı kurumdan yazılı izin alındı (Ek-5).
- Araştırmada ölçeklerin kullanılabilmesi için, ölçeğı geçerlik/güvenilirliğini yapan yazarlardan yazılı izinler e-mail aracılığıyla alındı (Ek-6, Ek-7).

- Katılımcılara çalışmanın amacı, içeriği, süresi, elde edilen verilerin nerede kullanılacağı hakkında bilgi verilerek isteklilik ve gönüllük ilkeleri doğrultusunda yazılı ve sözlü izinleri alındı (Ek-8).
- Katılımcılara kişisel bilgilerin araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacağı ya da bu bilgilere araştırmacı dışında kimsenin ulaşamayacağı konusunda bilgi verilerek sadakat ve gizlilik ilkelerine bağlı kalındı.
- Katılımcılara otonomi ilkesi doğrultusunda istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri bildirildi.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizinde SPSS 21 (Statistical Package Program for the Social Science for Windows, Version 21,0) paket programı kullanıldı. Kategorik ve sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler hesaplandı. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının belirlenmesinde Shapiro-Wilk testi değerleri kullanıldı. Normal dağılıma uygun iki nicel değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Bağımsız değişkenlere göre ölçek toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA), ile ileri analizler (Bonferroni, LSD) yapıldı. Palyatif bakımda bakım verenlerin bakım verme yükünün yordanmasında basit ve çoklu doğrusal regresyon analizi yapıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırmanın belirli zaman aralığında ve sadece bir eğitim ve araştırma hastanesinin palyatif bakım kliniğinde yatan hastasına (aile üyesine/yakınına) bakım veren bireylerle gerçekleştirilmesidir. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece bu örneklem grubundaki bireylerle sınırlıdır, genellenemez.

BÖLÜM 4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırmadan elde edilen verilerin bulguları ve istatistiksel analizleri aşağıda belirtilen başlıklar altında sunuldu.

4.1. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin ve Hasta Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yükü Düzeylerine İlişkin Bulgular

4.3. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

4.1. KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde palyatif bakım kliniğinde bakım verenlerin bireysel özellikleri, yardıma gereksinim duydukları konular, hissettikleri duygular ve bakım verme süresine ilişkin bulgular (Tablo 4-1) ile hasta bireylerin bireysel özellikleri ile tıbbi tanıları ve hastalık süresine ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4-2).

Tablo 4-1: Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=120)

Değişkenler	Min.-Maks.	Ort± SS
Yaş (yıl)	21-71	51,85±10,93
	n	%
Cinsiyet		
Erkek	35	29,2
Kadın	85	70,8
Medeni durum		
Evli	95	79,2
Bekar	25	20,8
	n	%
Öğrenim durumu		
Okuryazar	4	3,3
İlköğretim	63	52,5
Lise	30	25,0

Ön lisans	6	5,0
Lisans	17	14,2
Çalışma durumu		
Çalışıyor	31	25,8
Çalışmıyor	89	74,2
Çalışıyorsa, işten ayrılma ya da ara verme durumu		
Evet	15	48,4
Hayır	16	51,6
Gelir durumu		
Gelir giderden az	41	34,2
Gelir gidere eşit	58	48,3
Gelir giderden fazla	21	17,5
Sosyal güvence (SGK, vb.)		
Var	117	97,5
Yok	3	2,5
Bakım verilen bireyle yakınlık derecesi		
Anne/Baba	83	69,2
Eş	8	6,7
Çocuk	1	0,8
Kardeş	7	5,8
Akraba (teyze, hala, amca, dayı, vb.)	21	17,5
Bakmakla yükümlü olduğu başka kişi/kişiler		
Var	29	24,2
Yok	91	75,8
Yardımcı/destek olan biri/birilerinin varlığı		
Var	96	80,0
Yok	24	20,0
	n	%
Bakım vermek aile/iş/sosyal rol ve sorumlulukları yerine getirmeyi etkiliyor mu?		
Hayır	17	14,2
Kısmen	45	37,5
Evet	58	48,3

Bakım verirken en çok yardıma gereksinim duyulan alanlar/konular*		
Temel bakım gereksinimleri (hijyen, beslenme, boşaltım, pozisyon verme, vb.)	110	91,7
Semptom yönetimi (bulantı, ağrı, vb.)	53	44,2
Maddi giderleri (tedavi ve bakım giderleri, vb.) karşılama	39	32,5
İlaç ve tedavi yönetimi (bireyin tedaviye uyumu)	29	24,2
Sosyal destek	21	17,5
Palyatif bakımda bireye bakım vermenin hissettirdiği duygu/duygular*		
Üzüntü	94	78,3
Yorgunluk	73	60,8
Çaresizlik	60	50,0
Huzur	43	35,8
Korku	41	34,2
Öfke	24	20,0
Toplam bakım süresi		
1-3 ay	33	27,5
4-6 ay	13	10,8
7-9 ay	7	5,8
10-12 ay	9	7,5
1 yıldan fazla	58	48,4
Günlük bakım süresi		
1-6 saat	10	8,4
7-12 saat	28	23,3
13-18 saat	13	10,8
19-24 saat	69	57,5

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Bakım verenlerin yaşlarının 21 ile 71 yıl arasında değiştiği ve yaş ortalamasının $51,85 \pm 10,93$ yıl olduğu, %70,8'inin (n=85) kadın, %79,2'sinin (n=95) evli, %52,3'ünün (n=63) ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Katılımcıların %74,2'sinin (n=89) çalışmadığı, çalışanların %48,4'ünün (n=15) bakım verdiği için işten ayrıldığı veya

çalışmaya ara vermek zorunda kaldığı, %48,3'ünün (n=58) aylık gelirin gidere eşit olduğu ve %97,5'inin (n=117) sosyal güvencesinin olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

Katılımcıların %69,2 (n=83) palyatif bakımda annesine/babasına bakım verdiği, %75,8'inin (n=91) başka kişilerin de bakımından yükümlü olduğu, %80,0'ine (n=96) birilerinin bakımda destek olduğu ve %85,8'inin (n=103) kısmen ya da tamamen bakım verici rolü nedeniyle aile/iş/sosyal rol ve sorumluluklarının etkilendiği saptandı (Tablo 4-1).

Katılımcıları palyatif bakımda hastalarına bakım verirken sırasıyla; temel bakım gereksinimleri (%91,7), semptom yönetimi (%44,2), maddi giderler (%32,5), bireyin tedaviye uyumu (%24,2) ve sosyal destek (%17,5) konularında yardıma gereksinim duydukları belirlendi (Tablo 4-1).

Palyatif bakımda bakım verenlerin sıklıkla üzüntülü (%78,3), yorgun (%60,8) ve çaresiz (%50) hissettikleri saptandı. Katılımcıların %48,4'ünün (n=58) toplam bakım süresinin bir yıldan fazla olduğu, %57,5'inin (n=69) günlük bakım süresinin 19 ila 24 saat arasında değiştiği belirlendi (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Hasta Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=120)

Değişkenler	Min.-Maks.	Ort± SS
Yaş (yıl)	38-96	78,60±11,54
	n	%
Cinsiyet		
Erkek	36	30,0
Kadın	84	70,0
Medeni durum		
Evli	43	35,8
Bekar	77	64,2
Sosyal güvence (SGK, vb.)		
Var	117	97,5
Yok	3	2,5
	n	%

Kendine ait geliri		
Var	90	75,0
Yok	30	25,0
Tıbbi tanı*		
Nörolojik hastalıklar	67	55,8
Kardiyovasküler hastalıklar	42	35,0
Malnütrisyon	28	23,3
Diyabet	23	19,2
Kanser	20	16,7
Kronik solunum yolu hastalıkları	8	6,7
Diğer	4	3,3
Hastalığın süresi		
0-6 ay	40	33,3
7-12 ay	21	17,5
13-24 ay	18	15,0
3 yıl ve üzeri	41	34,2

* Birden fazla cevap verilmiştir.

Bakım verilen hastaların yaşlarının 38 ila 96 arasında değiştiği, yaş ortalamasının $78,60 \pm 11,54$ yıl olduğu, %70'inin (n=84) kadın, %64,2'sinin (n=77) bekar olduğu belirlendi. Hastaların %97,5'inin (n=117) sosyal güvencesi ve %75'inin (n=90) kendisine ait geliri vardı. Hastaların %55,8'inin (n=67) nörolojik hastalık, %35'inin (n=42) kardiyovasküler hastalık tıbbi tanısı ile klinikte yattığı, %34,2'sinin (n=41) hastalık süresinin 3 yıl ve üzerinde olduğu saptandı (Tablo 4-2).

4.2. PALYATİF BAKIMDA BAKIM VERENLERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BAKIM YÜKÜ DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, palyatif bakımda bakım verenlerin Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİPDÖ) ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBVYÖ) puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4-3).

Katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalaması $123,93 \pm 14,00$ olup, 'Kendilik algısı', 'Gelecek algısı', 'Yapısal stil', 'Sosyal yeterlilik', 'Aile uyumu', 'Sosyal kaynaklar' alt boyutları puan ortalamaları sırasıyla $23,15 \pm 2,66$, $13,60 \pm 2,72$, $14,80 \pm 2,41$, $22,67 \pm 3,11$,

23,00±3,50, 26,68±3,57 idi. Katılımcıların ZBVYÖ toplam puan ortalaması 40,08±11,79 olarak bulundu (Tablo 4-3).

Tablo 4-3: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (N=120)

Ölçek ve Alt Boyutları		Min.	Maks.	Ort±SS
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Kendilik algısı	11,00	30,00	23,15±2,66
	Gelecek algısı	8,00	20,00	13,60±2,72
	Yapısal stil	4,00	20,00	14,80±2,41
	Sosyal yeterlilik	13,00	30,00	22,67±3,11
	Aile uyumu	8,00	30,00	23,00±3,50
	Sosyal kaynaklar	17,00	34,00	26,68±3,57
	Toplam	69,00	164,00	123,93±14,00
Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği		9,00	77,00	40,08±11,79

4.3. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Bu bölümde, katılımcıların YİPDÖ ve ZBVYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, katılımcıların bazı tanıtıcı özelliklerine göre YİPDÖ ve ZBVYÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması ve katılımcıların bakım verme yükünü yordayan değişkenlere ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4-4, Tablo 4-5, Tablo 4-6).

Tablo 4-4: Katılımcıların YİPDÖ ve ZBVYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki (N=120)

Değişkenler		Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBVYÖ)	
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğı (YİPDÖ)	Kendilik algısı	r	-0,252**
		p	0,006
	Gelecek algısı	r	-0,270**
		p	0,003
	Yapısal stil	r	-0,119
		p	0,195
	Sosyal	r	-0,377**
	yeterlilik	p	0,000
	Aile uyumu	r	-0,222*
		p	0,015
	Sosyal	r	-0,196*
	kaynaklar	p	0,032
	Toplam	r	-0,310**
		p	0,001

Pearson Korelasyon, **: $p < 0,01$, *: $p < 0,05$

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğı toplam puan ortalaması ile ZBVYÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,01$). Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğı ‘kendilik algısı’, ‘gelecek algısı’, ‘sosyal yeterlilik’, ‘aile uyumu’ ve ‘sosyal kaynaklar’ alt boyut puan ortalamaları ile ZBVYÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p < 0,01$, $p < 0,05$; Tablo 4-4).

Tablo 4-5: Katılımcıların bazı tanıtıcı özelliklerine göre YİPDÖ ve ZBVYÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=120)

Değişkenler	YİPDÖ toplam Ort±SS	ZBVYÖ toplam Ort±SS
Cinsiyet		
Kadın ¹	130,05±10,37	41,80±11,62
Erkek ²	82,29±12,01	35,91±11,27
t	3,191	-2,542
p	0,002**	0,012*
	1>2	1>2
Medeni durum		
Evli ¹	125,00±14,38	39,40±11,75
Bekar ²	119,88±11,81	42,68±11,79
t	1,638	-1,240
p	0,104	0,217
Öğrenim durumu		
Okuryazar ¹	105,25±10,81	45,75±4,92
İlköğretim ²	121,57±12,21	41,96±11,55
Lise ³	126,56±11,57	38,83±11,42
Ön lisans ⁴	130,50±17,73	33,83±13,24
Lisans ⁵	130,11±18,39	36,17±12,82
F	4,025	1,640
p	0,004**	0,169
	5>1, 4>1, 3>1	
Gelir durumu		
Gelir giderden az ¹	119,65±14,46	44,87±13,42
Gelir gidere eşit ²	123,12±11,42	38,68±9,57
Gelir giderden fazla ³	134,52±14,80	34,57±10,97
F	9,109	6,670
p	0,000**	0,002**
	3>2, 3>1	1>3, 2>3
Değişkenler	YİPDÖ toplam Ort±SS	ZBVYÖ toplam Ort±SS

Çalışma durumu		
Çalışıyorum ¹	132,70±13,58	36,46±10,65
Çalışmıyorum ²	120,91±12,97	41,19±11,98
t	4,253	-1,917
p	0,000**	0,058
	1>2	
Rol ve sorumlulukların etkilenme durumu		
Hayır ¹	130,76±14,88	30,64±11,06
Kısmen ²	127,22±12,95	37,17±10,79
Evet ³	119,37±13,18	45,10±10,34
F	6,968	14,884
p	0,001**	0,000**
	1>3, 2>3	3>1, 3>2,
Bakım süresi		
1-3 ay ¹	124,72±12,64	39,15±11,24
4-6 ay ²	126,69±11,64	46,23±14,06
7-9 ay ³	127,00±9,59	39,57±12,23
10-12 ay ⁴	115,55±11,65	49,66±11,76
1 yıldan fazla ⁵	123,79±15,74	37,81±10,65
F	1,045	3,181
p	0,387	0,016*
		5>2, 5>4, 4>1
Günde bakım için ayrılan süre (saat)		
1-6 saat ¹	136,40±9,76	36,70±11,36
7-12 saat ²	125,32±10,16	36,10±11,78
13-18 saat ³	119,07±18,39	41,69±9,09
19-24 saat ⁴	122,47±14,11	41,88±12,02
F	3,747	2,002
p	0,013*	0,117
	1>3, 1>4	

*t= bağımsız t testi, F= ANOVA (tek yönlü varyans analizi), Post Hoc Test (Bonferroni, LSD), **: p<0,01, *: p<0,05, YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, ZBVYÖ: Zarit Bakım Verme Yüğü ölçeği*

Katılımcıların bazı tanıtıcı özelliklerine göre YİPDÖ ve ZBVYÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında *cinsiyetlerine göre*; kadınların YİPDÖ ve ZBVYÖ

toplam puan ortalamalarının, erkeklerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$; Tablo 4-5).

Öğrenim durumlarına göre; lisans, ön lisans ve lise mezunu katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalamalarının, okuryazar katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$). Buna karşın, ZBVYÖ toplam puan ortalamalarının, katılımcıların öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 4-5).

Gelir durumlarına göre; geliri giderden fazla olan katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalamalarının, geliri gidere eşit ve geliri giderden az olan katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$). Geliri giderden az ve geliri gidere eşit olan katılımcıların ZBVYÖ toplam puan ortalamalarının, geliri giderden fazla olan katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0,01$; Tablo 4-5).

Çalışma durumuna göre; çalışan katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalamalarının, çalışmayan katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$). Buna karşın, ZBVYÖ toplam puan ortalamalarının, katılımcıların çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 4-5).

Palyatif bakım kliniğinde yatışı olan hastasına bakım verici rolü nedeniyle var olan *aile/iş/sosyal/ rol ve sorumlulukların etkilenme durumuna göre;* aile/iş/sosyal rol ve sorumlulukları etkilenmeyen ve kısmen etkilenen katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalamalarının, aile/iş/sosyal rol ve sorumlulukları etkilenen katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$). Rol ve sorumlulukları etkilenen katılımcıların ZBVYÖ toplam puan ortalamaları, rol ve sorumlulukları etkilenmeyen ve kısmen etkilenen katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$; Tablo 4-5).

Hastanın bakım süresine göre; bir yıldan uzun süredir hastasına bakım veren katılımcıların ZBVYÖ toplam puan ortalamaları, 10-12 ay ve 4-6 ay bakım veren katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$). 10-12 aydır hastasına bakım veren katılımcıların ZBVYÖ toplam puan ortalamaları, 0-3 aydır bakım veren katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$; Tablo 4-5).

Günde bakım için ayrılan süreye göre; günde 1-6 saat bakım veren katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalamaları, 13-18 saat ve 19-24 saat bakım veren katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$). Buna karşın, ZBVYÖ toplam puan ortalamalarının, katılımcıların günde bakım için ayrılan süreye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Palyatif bakımda bakım verenlerin bakım yükünün yordayıcılarının belirlenmesine ilişkin basit ve çoklu doğrusal regresyon analizi

	ZBVYÖ						
	R^2	ΔR^2	β	t	p	F	p
YİPDÖ	0,096	0,089	-0,310	-3,547	0,001	12,580**	0,001
YİPDÖ			-0,221	-2,374	0,019		
Cinsiyet			0,044	0,500	0,618		
Gelir durumu			-0,209	-2,188	0,031		
Aile/iş/sosyal/ rol ve sorumlulukların etkilenmesi durumu	0,285	0,254	0,378	4,499	0,000	9,094*	0,000
Bakım süresi			-0,067	-0,769	0,443		

* $p=0,000$, ** $p<0,01$, YİPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, ZBVYÖ: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Yapılan basit doğrusal regresyon analizine göre; psikolojik dayanıklılığın ($\beta=-0,310$) bakım verme yükünün negatif yönde anlamlı yordayıcısı olduğu ve bakım verme yükünün yaklaşık %10'unu ($R^2=0,096$) açıkladığı saptandı.

Katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalamasının ve bazı tanıtıcı özelliklerinin bakım verme yüküne etkisini incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapıldı. İki değişkenli analizlerde bakım verme yükü ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olan değişkenler çoklu regresyon analizine dahil edildi. Buna göre; psikolojik dayanıklılığın ($\beta=-0,221$), gelir durumunun ($\beta=-0,209$) negatif yönde, aile/iş/sosyal rol ve sorumluluklarının etkilenmesi durumunun ise pozitif yönde ($\beta=0,378$) istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu ($F=9,094$; $p=0,000$) ve bakım verme yükündeki değişimin yaklaşık %29'unu ($R^2=0,285$) açıkladığı saptandı (Tablo 4-6).

BÖLÜM 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Palyatif bakım, sağlık bakım hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Son yıllarda küresel nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıklardaki artış palyatif bakıma olan talebin artmasına neden olmuştur (WHO, 2002a). Palyatif bakım sürecinde, birey ve ailesinin bir bütün olarak değerlendirilmesi ve sürecin multidisipliner yaklaşımla yönetilmesi önem arz etmektedir (Kabalak, Öztürk ve Çağır, 2013). Çünkü, palyatif bakım gerektiren hastalık süreci sadece bireyi değil, bakım vermede sorumluluk üstlenen aile üyelerini/yakınlarını da etkilemektedir (Bilgehan ve İnka, 2021). Literatürde, bakım veren aile üyelerinin bakım verme sorumluluklarını yerine getirmede zorlandıkları, fiziksel ve emosyonel problemler yaşadıkları bildirilmektedir (Mollaoğlu, Tuncay ve Fertelli, 2011). Yapılan çalışmalar, bakım veren aile üyelerinin bakım vermektan dolayı önemli bir yük yaşadıklarını, depresyon, anksiyete deneyimlediklerini ve toplumdan sosyal olarak izole olduklarını bildirmiştir (Choi ve Seo, 2019; Fang ve diğerleri, 2022). Psikolojik dayanıklılık olumsuz yaşam olaylarına uyumun bir öngörücüsü olarak, bakım verenlerin yük taşıma kapasitesine katkıda bulunabilir. Palyatif bakımda bakım verenlerin yükünü yönetmek ve uygun hemşirelik müdahaleleri geliştirmek için bakım verme yükü ile ilişkili faktörlerin anlaşılması yararlı olabilir (Van Roij ve diğerleri, 2021). Bu kapsamda, palyatif bakım kliniğinde bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılıkları ve bakım yükleri ile arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile gerçekleştirilen bu araştırmada elde edilen araştırma bulguları literatür doğrultusunda iki bölümde tartışıldı.

5.1. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yükü Düzeylerine İlişkin Bulgular

5.2. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

5.1. PALYATİF BAKIMDA BAKIM VERENLERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE BAKIM YÜKÜ DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, palyatif bakımda bakım verenlerin YİPDÖ ve ZBVYÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4-3).

Katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalaması $123,93 \pm 14,00$ olup, ‘Kendilik algısı’, ‘Gelecek algısı’, ‘Yapısal stil’, ‘Sosyal yeterlilik’, ‘Aile uyumu’, ‘Sosyal kaynaklar’ alt boyutları puan ortalamaları sırasıyla $23,15 \pm 2,66$, $13,60 \pm 2,72$, $14,80 \pm 2,41$, $22,67 \pm 3,11$, $23,00 \pm 3,50$, $26,68 \pm 3,57$ idi. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 165, en düşük puan 33’tür. Ölçekten alınan yüksek puan bireyin psikolojik dayanıklılığının yüksek olması anlamına gelmektedir. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin psikolojik dayanıklılıkları ortalamanın üzerinde olup, en yüksek puanı ‘Sosyal kaynaklar’ ve ‘Aile uyumu’, en düşük puanı ise ‘Gelecek algısı’ alt boyutlarından aldıkları görülmektedir. Literatürde, farklı hasta gruplarının bakım vericileriyle yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri farklı bulunmuştur. Türkiye’de kanser tedavisi gören hastaların primer bakım vericileri ile yapılan bir çalışmada, YİPDÖ toplam puan ortalaması ($129,86 \pm 23,72$) yüksek bulunmuştur (Şen ve Karadağ, 2024). Tayvan’da kanser hastalarının bakım vericileri ile yapılan diğer bir çalışmada katılımcıların %33,8’i orta düzeyde dayanıklılık bildirirken, %61,5’i düşük düzeyde dayanıklılık bildirmiştir (Chen ve diğerleri, 2020). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin primer bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada katılımcıların psikolojik dayanıklılıkları orta ($105,42 \pm 48,99$) düzeyde, (Erkuş ve Gümüş, 2024), diğer bir çalışmada ise düşük ($88,15 \pm 11,62$) düzeyde bulunmuştur (Lök ve Bademli, 2021). Literatürde, bakım vericilerde psikolojik dayanıklılığı psikolojik, biyolojik ve sosyal faktörler gibi etmenlerin belirleyebileceği belirtilmektedir (Ji ve diğerleri, 2025). Araştırmaların bulguları arasındaki farklılıklar bu nedenle olabilir. Ayrıca, örneklem sayısı ve özellikleri ile hasta popülasyonunun özellikleri de bulgular arasındaki farklılıklara katkı sağlamış olabilir.

Katılımcıların ZBVYÖ toplam puan ortalaması $40,08 \pm 11,79$ olarak bulundu. Buna göre katılımcılar orta düzeyde bakım yüküne sahiptir. İnmeli hastaların bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada bakım yükü orta düzeyde ($33,02 \pm 15,92$) bulunmuştur (Mollaoğlu ve diğerleri, 2011). Palyatif bakımdaki hastaların bakım vericileri ile yapılan bazı çalışmalarda, bakım yükü orta düzey olarak saptanmıştır (Altunışık, 2024; Duman ve Özdelikara, 2022). Çoğunluğunu kanser hastalarının oluşturduğu palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların primer bakım vericileri ile yapılan bir çalışmada ise, katılımcıların %22,1’inin hafif bakım yükü, %41,6’sının ağır bakım yükü deneyimledikleri bulunmuştur (Perpiñá-Galvañ ve diğerleri, 2019). Bu araştırmaların sonuçlarından farklı olarak, Papastavrou ve diğerleri kanserli hastalara bakım veren

bireylerin hafif bakım yükü olduğunu bulmuşlardır (Papastavrou ve diğerleri, 2012). Aile bakım vericilerinin yaşam kalitesini ve hastalarına sunabilecekleri bakımın kalitesini artırmak için palyatif bakım sırasında bakım verenlerin yükü dikkatli bir şekilde yönetilmelidir (Choi ve Seo, 2019). Güçlü aile sitemleri, bakım verme görevlerini paylaşacak başka aile üyelerinin olması, aile bireylerinin birbirlerine karşı görev ve sorumluluk bilinciyle yaklaşması bakım vermenin yük olarak algılanmamasına neden olabilir (Altay, Erkuran ve Avcı, 2018; Weisser, Bristowe ve Jackson, 2015). Bireylerin kültürel değerleri ve inançları bakım verme deneyimini etkilebileceği için, bakım veren bireylerin kültürel özellikleri algılanan bakım verme yükünün düzeyine katkıda bulunabilir (Choi ve Seo, 2019; Lee ve Cha, 2017). Araştırma bulguları arasındaki farklılıkların, kültürel farklılıklar, ailede bakım verme rolünü üstlenmek ve bakımla ilgili görevler, aile yapısı ve işleyişinde değişiklikler ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, araştırmaya katılan bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olması bu sonuca katkı sağlamış olabilir.

5.2. PALYATİF BAKIMDA BAKIM VERENLERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIKLARI VE BAKIM YÜKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, katılımcıların YİPDÖ ve ZBVYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, katılımcıların bazı tanıtıcı özelliklerine göre YİPDÖ ve ZBVYÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması ve katılımcıların bakım verme yükünü yordayan değişkenlere ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4-4, Tablo 4-5, Tablo 4-6).

5.2.1. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin YİPDÖ ve ZBVYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması ile ZBVYÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,01$). Buna göre, palyatif bakım kliniğinde bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri arttıkça algılanan bakım yükü azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde, psikolojik dayanıklılık ve bakım yükü arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Atak ve Özekeş, 2019). Kronik hastalığa sahip çocuğu olan annelerle yapılan bir çalışmada, bakım yükünü hafif veya orta derece

olarak bildiren annelerin psikolojik dayanıklılıklarının, bakım yükünü orta veya şiddetli bildirenlere kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Karakaya ve Kamışlı, 2024). Bununla birlikte, Fang ve diğerlerinin çalışmasında, algılanan bakım yükü yüksek olan bireylerde psikolojik dayanıklılığın depresif belirtilerin etkisini azaltıcı yönde etki ettiği görülmüştür (Fang ve diğerleri, 2022). Bakım verme süreci bakım alan ve bakım veren için sadece fiziksel açıdan değil aynı zamanda psikolojik açıdan zorlayan bir süreçtir. Bu sebeple, bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılıkları arttıkça algılanan bakım yükünün azaldığı düşünülmektedir.

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ‘kendilik algısı’, ‘gelecek algısı’, ‘sosyal yeterlilik’, ‘aile uyumu’ ve ‘sosyal kaynaklar’ alt boyut puan ortalamaları ile ZBVYÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$, $p<0,05$). Benzer şekilde Alay ve Kaçan’ın (2024) çalışmasında da YPDÖ ‘kendilik algısı’, ‘gelecek algısı’, ‘sosyal yeterlilik’, ‘aile uyumu’ ve ‘sosyal kaynaklar’ alt boyut puan ortalamaları ile ZBVYÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kendilik algısı, öz farkındalık ile ilişkili bir kavram olup, temelde kişinin kendisine ve kim olduğuna yönelik düşünceleri ifade etmektedir. Umutsuzluk ve kendine güvenmeme psikolojik dayanıklılık açısından olumsuzluğa neden olmaktadır. Planlı gelecek, bir kişinin geleceğe ilişkin olumlu bir bakış açısıyla algılarını içerir (Çetin, Yeloğlu ve Basım, 2015). Özel gereksinimli veya kronik hastalığı olan bir bireyin varlığı, ailelerin gelecek planlarını ve beklentilerini değiştirebilir (Çulhacık ve diğerleri, 2021). Bu nedenle çalışma bulgumuzda olduğu gibi, gelecekle ilişkili kaygı yaşayan veya gelecek konusunda umutsuzluk hisseden bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük olması beklenmektedir. Sosyal yeterlilik, kişilerin çevreden destek görüp görmediğiyle ilişkili bir faktördür. Kişilerin sosyal becerilere sahip olmasının psikolojik dayanıklılıkta özellikle çevresel destek alma süreçleri bakımından olumlu etkiler sağladığı görülmüştür (Çetin, Yeloğlu ve Basım, 2015). Literatürde, yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin sosyal destek kaynaklarına ve daha iyi kişilerarası ilişkilere sahip oldukları ve psikososyal sorunlar yaşama olasılıklarının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Donnellan, Bennett ve Soulsby, 2015; Dias ve diğerleri, 2015). Aile uyumu, kişinin ailesinden aldığı desteğe veya ailesi ile olan uyumuna işaret etmektedir. Bir çalışmada aile dinamikleri dayanıklılıktaki varyansın yaklaşık %32’sini açıklamaktadır (Elnasseh ve diğerleri, 2016). Aile üyeleri dayanıklılık göstermezlerse, aile sıkıntısı ortaya çıkacak

ve bakım verenlerin yükünü artıracaktır (Mirsoleymani ve diğerleri, 2017). Sosyal kaynak kavramı, kişinin sosyal ilişkilerinin gücünü göstermektedir (Çetin, Yeloğlu ve Basım, 2015). Literatürde, ailelerin sosyal kaynaklara erişim gibi desteklere ihtiyaç duyduğu, sosyal desteğin dayanıklılık ve bakım yükü üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir (Çulhacık, Durat ve Eren, 2020; Ma ve diğerleri, 2021). Kanseri hastaların primer bakım vericileri ile yapılan çalışmalar, daha az sosyal desteğin psikolojik dayanıklılık ile negatif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir (Hwang ve diğerleri, 2018; Ye ve diğerleri, 2015). Buna göre, palyatif bakım kliniğinde bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin artırılması algılanan bakım yükünü azaltabilir.

5.2.2. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre YİPDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Cinsiyetlerine göre, kadınların YİPDÖ toplam puan ortalamalarının, erkeklerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). Literatürde, cinsiyetin dayanıklılıkla ilişkili olduğunu belirten çalışmalar mevcut olmakla birlikte (Bookwala, 2014; Simpson ve diğerleri, 2015), cinsiyetin dayanıklılıkta oynadığı rol belirsizdir (McKenzie ve diğerleri, 2015). Bookwala (2014)'nın çalışmasında, kadınların dayanıklılık puanlarının erkeklerinkinden daha düşük olduğu görülmüştür. Bir diğer çalışmada ise, cinsiyet ve psikolojik dayanıklılık arasında önemli bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Simpson ve diğerleri, 2015). Mevcut literatüre göre, bakım verme yüklerindeki cinsiyet farklılıkları kesin olmamakla birlikte, kadın bakım verenlerin bakım alan bireylerle daha fazla duygusal bağ kurdukları ve duygusal yüke karşı daha savunmasız oldukları belirtilmektedir (Liu, Chi ve Wu, 2022). Cinsiyetin palyatif bakımda bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılığı ile ilişkisini anlamak için çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Lisans, ön lisans ve lise mezunu katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalamalarının, okuryazar katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$). Kanseri tanımlı bireylerin bakım vericileri ile yapılan bir çalışmada benzer şekilde, lise ve üzeri eğitim düzeyindeki bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık puanları daha yüksek bulunmuştur (Şen ve Karadağ, 2024). Ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım vericileri ile yapılan diğer bir çalışmada da eğitim düzeyi yüksek olan bakım vericilerin psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır

(Yağmur ve Türkmen, 2017). Özel gereksinimli ve kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmalarda da düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin daha fazla psikolojik sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (Doğan ve diğerleri, 2021; Karaaslan ve Çelebioğlu, 2018). Literatürde, bakım vericilerin eğitim düzeyi arttıkça, sorunları belirleme, bilgiye erişme, bilgiyi kullanma ve sorunlarla başa çıkma mekanizmalarını daha iyi yönetebildikleri, stresle daha etkili bir şekilde başa çıkabildikleri için psikolojik dayanıklılıklarının artabileceği ve bakım yükünün azalabileceği belirtilmektedir (Doğan ve diğerleri, 2021; Şen ve Karadağ, 2024). Bu araştırmaların bulguları ve literatür bilgisine karşın Tang ve diğerleri (2013)'nin çalışmasında, daha düşük eğitim düzeyine sahip bakım vericilerin dayanıklılıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer bir çalışmada ise, dayanıklılık ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Simpson ve diğerleri, 2015). Bakım verme görevleri, daha iyi eğitilmiş bakım verenler tarafından daha az ödüllendirici olarak algılanabilirken, daha az eğitilmiş bakım verenler bakımdan daha fazla olumlu pekiştirme elde edebilir. Dahası, bakım vermeye adanmışlık, daha iyi eğitilmiş bakım verenleri bakım verme dışındaki rollerinde statü kazanmanın getirdiği başarıdan ve faydalardan mahrum bırakabilir. Bu araştırmanın bulgusu, genel olarak yüksek eğitim düzeyine sahip bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının daha yüksek olduğu araştırmaların bulguları ile benzerlik göstermekle birlikte, dayanıklılığı arttırmaya yönelik bireyselleştirilmiş müdahaleler yararlı olabilir.

Geliri giderden fazla olan katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalamalarının, geliri gidere eşit ve geliri giderden az olan katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$). Gelir düzeyinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkili olmadığını gösteren araştırma bulgusunun (Uçar, 2021) aksine, özel gereksinimli çocuğa sahip annelerle yapılan bir araştırmada aylık gelir düzeyi arttıkça psikolojik dayanıklılığın arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Bildirici, 2014). Literatürde, gelir düzeyinin dayanıklılıkla önemli ölçüde ilişkili olduğunu gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır (Elnasseh ve diğerleri, 2016; Yağmur ve Türkmen, 2017). Literatürde, daha yüksek gelire sahip bakım vericilerin daha iyi duygusal desteğe erişebildikleri ve sağlıklarının daha iyi olduğu bildirilmektedir (Huang ve diğerleri, 2006).

Çalışan katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalamalarının, çalışmayan katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$). Çalışan katılımcılar, tam zamanlı bakım verici olarak görev yapmadıkları için,

bu durum çalışan bakım vericilerin daha yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip olmasını açıklayabilir. Bir çalışmada, bakım verenlerin istihdam durumu dayanıklılıkla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Kalomo ve diğerleri, 2018). Literatürde, istihdamın dayanıklılığı artırabilecek koruyucu bir faktör olduğu öne sürülmektedir (Bonanno ve Mancini, 2008). İstihdam, bir bakım vericiye hane geliri ne olursa olsun daha fazla ekonomik güçlenme hissi vermesi anlamına da gelebilir (Nabunaya, Ssewamala ve Llic, 2014). Bununla birlikte, bakım verme genellikle kariyer yollarını değiştirir (Bittman, Hill ve Thomson, 2007). Bir çalışmada, bakım verenlerin %40'tan fazlası, bakım sorumlulukları nedeniyle geçen bir yılda işe gidemediğini ve yaklaşık %10'u bakım verme rolü nedeniyle işini değiştirdiğini belirtmiştir (Zuba ve Schneider, 2013). Bu araştırmada da, çalışan bakım verenlerin yaklaşık yarısı (%48,4) bakım verdiği için işten ayrıldıklarını veya çalışmaya ara vermek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Bakıma harcanan zamanın miktarı, bakım verenlerin ücretli çalışma günlerini, gelecekteki mesleki hedef ve fırsatları kaybetmeleri nedeniyle gizli bir ekonomik maliyet olarak görülmüştür (McCabe, Roberts ve Firth, 2008). Bu nedenle, bakım verenler için sürdürülebilir istihdam fırsatları geliştirmeye ihtiyaç vardır.

Bakım verici rolü nedeniyle aile/iş/sosyal rol ve sorumlulukları etkilenmeyen ve kısmen etkilenen katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalamalarının, aile/iş/sosyal rol ve sorumlulukları etkilenen katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,01$). Bakım veren bireylere ilişkin artan talepler ve esnek olmayan çalışma programlarının (çalışma saatlerini ayarlayamama, vb.) rol çatışması teorisiyle uyumlu olduğu belirtilmektedir (Cejalvo ve diğerleri, 2021). Aşırı rol yüklenmesi veya rol çatışması, bakım faaliyetlerini yürütmek için sınırlı kaynakların bir sonucu olarak veya bakım verenin rol beklentilerini kabul etmemesi durumunda ortaya çıkar (Mulud ve McCarthy, 2017). Birçok bakım veren, bakım alan kişiden gelen yüksek talepler nedeniyle iş ve aile sorumluluklarını bir arada yürütmeyi imkansız bulduklarını belirtmiştir (Alfaro ve diğerleri, 2013). Ağır bakım verme sorumlulukları, bakım veren bireylerin sosyal yaşamları üzerindeki kontrollerini kaybetmelerine neden olabilir (Danacı ve Koç, 2018). Sosyal destek, bakım veren bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını koruyan ve dayanıklılığını arttıran bir faktör olarak kabul edilmektedir (Morelato, 2011). Bu bağlamda sosyal yaşamdaki destek, bireylerin psikolojik iyilik hallerini korumaları ve algıladıkları bakım yükünü azaltmaları için önemlidir (Baran, Sürücü ve Üzel, 2020). Nitekim bu çalışmada da katılımcıların çoğu (%80) destek/yardımcı olan biri/birilerinin

olduğunu belirtmiştir. Bu durum katılımcıların bakım verme sürecinde rol ve sorumluluklarının etkilenmemesine ya da daha az etkilenmesine katkı sağlamış olabilir. Aileden, arkadaşlardan ve önemli diğer kişilerden algılanan sosyal destek bakım verenler için yararlıdır (Ong ve diğerleri, 2018). Aile üyeleri veya akrabalarına bakan bakım vericiler arasında yürütülen bir nitel çalışmada, katılımcıların %83'ü bu zorluklarla başa çıkmada duygusal desteğin (yani arkadaşlara, aileye veya başkalarına başvurmanın) etkili olduğunu belirtmiştir (Oliver ve diğerleri, 2017). Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından, bakım veren bireylerin aile üyeleriyle ve diğer destek kaynaklarıyla iletişimi teşvik etmelidir. Bireysel düzeyde sosyal desteğin artırılmasının yanı sıra, evde yardım, mobil sağlık hizmetleri ve uzun süreli bakım hizmetleri gibi toplum destek hizmetleri de sunulmalıdır.

Günde 1-6 saat palyatif bakımdaki hastasına bakım veren katılımcıların YİPDÖ toplam puan ortalamalarının, 13-18 saat ve 19-24 saat bakım veren katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$). Buna göre, günde bakım vericinin hastasına bakım verdiği süre saat olarak arttıkça psikolojik dayanıklılıkları azalmaktadır. Tanrıverdi ve diğerlerinin (2024) çalışmasında, bakım vericilerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin günde saat olarak bakım süresi arttıkça azaldığı görülmüştür. Kanserli hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada, bakım verme süresi arttıkça bakım veren bireylerin bakım yükü ile birlikte anksiyete ve depresyon puanlarının da arttığı saptanmıştır (Unsar, Erol ve Ozdemir, 2021). Uzun bir süre bakım verme, bakım vericide fiziksel ve zihinsel yorgunluğa yol açabilir ve kaygı, hayal kırıklığı, öfke gibi olumsuz duyguları tetikleyebilir. Ayrıca, bakım vericilerin kendi sağlıklarını ve boş zaman aktivitelerini ihmal etmelerine de neden olabilir. Bunların tümü bakım vericilerin psikolojik dayanıklılığını azaltabilmektedir. Aynı zamanda uzun saatler bakım verme, bakım vericilerin bakım verme ve kişisel yaşamları arasında denge kurmasını zorlaştırarak bireyin yaşam kalitesini etkileyebilir (Mosher ve diğerleri, 2024). Hastalıkların kronik özellikleri nedeniyle, palyatif bakımdaki hastalar sıklıkla uzun süreli bakıma ihtiyaç duyarlar. Bu çalışmada, günde 1-6 saat bakım veren bireylerin kendileri için daha fazla ayırabilecek boş zamanlarının olması, çoğunun (%80) bakım verme süresince bir başkasından yardım/destek alması psikolojik dayanıklılıklarının daha yüksek olmasına katkı sağlamış olabilir.

5.2.3. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre ZBVYÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadınların ZBVYÖ toplam puan ortalamalarının, erkeklerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$; Tablo 4-5). Türkiye’de yapılan çalışmalarda, kadınların bakım yükü seviyelerinin erkeklerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tel ve diğerleri, 2012; Yeşil, Uslusoy ve Korkmaz, 2016). Sistematiik incelemelerden elde edilen sonuçlar, kadın bakım vericilerin erkeklere kıyasla daha fazla yük bildirdiğini göstermiştir (Chiao ve diğerleri, 2015; Xiong ve diğerleri, 2020). Ancak bu araştırma bulgularıyla çelişen, bakım yüklerinde cinsiyet farkı olmadığını bildiren inceleme makaleleri de bulunmaktadır (Orak ve Sezgin, 2015; Pöysti vd., 2012; Sharma vd., 2016). Literatürde, fırsatların ve sorumlulukların eşitsiz dağılımlarının kadınları erkeklerden daha çok bakıcı rolüne itebileceği, bunun da bakım verme yüküne katkı sağlayabileceği belirtilmektedir. Ayrıca, kadınların bakım konusunda daha sorumlu ve yükümlü hissetmelerinin erkeklerin bakım işinden uzaklaşmasına neden olabileceği, bu nedenle de bakım yükünün kadınlar ve erkekler için farklı şekilde ortaya çıkabileceği ileri sürülmektedir (Hong ve Coogle, 2016); Swinkels ve diğerleri, 2019; Timur ve diğerleri, 2021). Ayrıca, kadınlarda bakım yükünün ev işi ve çocuk bakımı gibi sorumluluklardan, kişisel özelliklerden, istihdam durumundan etkilenebileceği belirtilmektedir (Bekdemir ve İlhan, 2019).

Geliri giderden az ve geliri gidere eşit olan katılımcıların ZBVYÖ toplam puan ortalamalarının, geliri giderden fazla olan katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0,01$). Bakım yükü, bakım alan bireyin hastalığının ciddiyeti ve genel sağlık durumunun yanı sıra sosyoekonomik faktörlere de bağlıdır. Bakım maliyeti, bakım yükünün temel göstergelerinden biridir (Liu, Heffernan ve Tan, 2020). Bakım vericilerin yaşadığı kısa ve uzun vadeli ekonomik yük ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, bir çalışmada kanserli hastaların eşlerinin tanıdan 2-6 yıl sonra istihdam edilme olasılığının daha düşük olduğu, takip sırasında hayatta kalanların çalışan eşlerinin diğer çalışan eşlere göre haftada daha fazla saat çalışmak zorunda oldukları bulunmuş (Hollenbeak, Farley Short ve Moran, 2011), diğer bir çalışmada hem bakım alan hem bakım veren bireylerin %80’i hane halkı gelirinin olumsuz etkilendiğini bildirmişlerdir (Denzen ve diğerleri, 2016). Demans hastalarının birincil bakım vericileri ile yapılan bir çalışmada, hastalığın şiddeti ve işe gidememenin/iş kaybının neden olduğu sosyoekonomik faktörlerin bakım yükünü arttırdığı ve yaşam

kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür (Igarashi ve diğerleri, 2020). Türkiye’de yapılan bir çalışmada da, geliri giderinden az olan bireylerin bakım yükü yüksek olarak bulunmuştur (Altay, Saraçoğlu ve Dönmez, 2022). Diğer bir çalışmada da, aile aylık gelirinin yüksek olması bakım yükü ile negatif ilişkilendirilmiştir (Tsai ve diğerleri, 2021). Bu araştırma bulgusuna göre, bakım verenlerin mali yükünü azaltmak için hemşireler sosyal hizmet uzmanlarıyla iş birliği yapmalıdır.

Bakım verici rolü nedeniyle aile/iş/sosyal rol ve sorumlulukları etkilenen katılımcıların ZBVYÖ toplam puan ortalamaları, aile/iş/sosyal rol ve sorumlulukları etkilenmeyen veya kısmen etkilenen katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$). Bakım verenlerin çoğunluğu birden fazla rol üstlenen eşler, çocuklar veya akrabalardır. Genellikle bu rolleri dengelemek ve bakım sorumluluklarını yerine getirmek için mücadele ederler. Kariyer, bakım verme sorumlulukları ve aile gereksinimleri arasındaki çatışma, bakım veren üzerinde daha yüksek düzeyde yük oluşturur (Liu, Heffernan ve Tan, 2020; Stamataki ve diğerleri, 2014). Amerika’da yapılan bir çalışma (2015), bakım veren yükünün öncüllerinin yetersiz finansal kaynaklar, çoklu sorumluluk çatışması ve sosyal aktivite eksikliği olduğunu göstermiştir (NAC ve AARP Public Policy Institute, 2015). Ayrıca, bir çalışmada özel gereksinimli birey dışında bakmakla yükümlü olunan kişinin bulunması bakım yükünü arttıran bir faktör olduğu belirlenmiştir (Eryiğit ve diğerleri, 2024). Nitekim bu araştırmada, katılımcıların çoğunluğu (%75,8) başka kişilerin de bakımından sorumlu olduklarını belirtmişlerdir. Çoklu bakım verme durumunun ve birden fazla rol üstlenmenin bakım veren bireylerin depresyon, anksiyete ve tükenmişlik düzeylerini artırdığı çalışmalarda gösterilmiştir (Schulz ve Sherwood, 2008). Bununla birlikte, bakım verenin hastane dışında evde de bakıma gereksinimi olan yakınının olması, bakım verenlerin sosyal hayatlarını ve iş yaşamlarını da olumsuz etkileyebilir. Bakım verenler, sosyal aktivitelerden uzaklaşmak zorunda kalabilir. Bakım yükü ile ilgili yapılan bir meta-analiz çalışmasında, bu durumun bakım veren bireylerin bakım verme sürecinde sosyal izolasyon yaşamalarına neden olduğunu ortaya koymuştur (Paquet ve diğerleri, 2023). Buna göre, palyatif bakım hastalarının bakım verenleri için sosyal ve psikolojik desteğin sağlanması, bakım yükünü azaltmada etkili olabilir.

Bir yıldan uzun süredir hastasına bakım veren katılımcıların ZBVYÖ toplam puan ortalamalarının, 10-12 ay ve 4-6 ay bakım veren katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$). 10-12 aydır hastasına bakım veren

katılımcıların ZBVYÖ toplam puan ortalamaları, 0-3 aydır bakım veren katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$). Araştırmadan elde edilen bulgular literatür ile uyumludur. Farklı kronik hastalığı olan ve farklı yaş grubundaki bireylerin bakım vericileri ile yapılan çalışmalarda, bakım verme süresi uzadıkça bakım yükünün arttığı saptanmıştır (Alahan, Aylaz ve Yetiş, 2015; Bekdemir ve İlhan, 2019; Duman ve Özdelikara, 2022; Egici ve diğerleri, 2019; Selçuk ve Avcı, 2016; Yu ve diğerleri, 2015). Genel olarak, bakım veren bireyler hastalarına bakmak için önemli miktarda zaman harcamak zorunda oldukları için kişisel zamanlarını korumada zorluk çekerler (Choi ve Seo, 2019). O'Hara ve diğerlerine göre, günlük yaşamda algılanan ihlal, çalışma ve eğlence aktiviteleri için ayrılan zamanın azalması, bakım verenlerin öznel refah seviyeleri ile fiziksel ve ruhsal sağlık algılarını düşürebilir ve bakım yükünü artırabilir (O'Hara ve diğerleri, 2010). Bununla birlikte, palyatif bakımdaki hastaların durumunun giderek kötüleşmesi, semptomların ve şiddetinin artması ve sevilen bir aile üyesinin yaşamının son dönemine şahitlik etmek gibi sebeplerden dolayı bakım verme süresi arttıkça bakım yükünün de arttığı düşünülmektedir.

5.2.4. Palyatif Bakımda Bakım Verenlerin Bakım Yükünü Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapılan basit doğrusal regresyon analizine göre, psikolojik dayanıklılığın bakım verme yükünün negatif yönde anlamlı yordayıcısı olduğu ve bakım verme yükünün yaklaşık %10'unu açıkladığı saptanmıştır. Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde ise, psikolojik dayanıklılığın, gelir durumunun negatif yönde, rol ve sorumluluklarının etkileneceği durumunun ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu ve bakım verme yükündeki değişimin yaklaşık %29'unu açıkladığı belirlenmiştir.

Buna göre, psikolojik dayanıklılık tek başına bakım verme yükünün anlamlı bir yordayıcısıdır. Bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılıkları ve gelir düzeyleri arttıkça bakım yükü azalmakta, rolleri ve sorumlulukları etkilendikçe bakım yükü artmaktadır. Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bakım verenlerin, bakım verme sürecinin ortaya çıkardığı problemlerle ve zorluklarla daha iyi baş edebildikleri ve bu sebeple bakım yükünü daha az hissettikleri düşünülmektedir. Çalışmalar, psikolojik dayanıklılıkları yüksek olan bireylerin daha iyi bir zihinsel durum ve fiziksel sağlık gösterdiğini, aile veya arkadaşlardan yeterli desteği algıladığını ve zorluklarla iyi başa çıktığını bildirmiştir (Jonker ve Greeff, 2009; Mulud ve McCarthy, 2017). Ayrıca,

psikolojik dayanıklılığın daha düşük düzeyde bakım verme yükünü öngördüğü bulunmuştur (Cassidy ve diğerleri, 2013; Scott, 2013). Cassidy ve diğerlerine (2013) göre, iyi ruh sağlığına sahip bakım verenlerin daha düşük düzeyde bakım veren yükü bildirme olasılıkları daha yüksektir. Dahası, psikolojik olarak daha dayanıklı olan bakım verenler daha düşük düzeyde yük bildirebilirler. Özellikle bir aile üyesi olarak kronik hastalığı olan birine bakmak, bazı bakım veren bireylerin daha fazla öz farkındalık ve içsel güç duygusu deneyimlemesine yol açabilir. Ek olarak, psikolojik dayanıklılığı yüksek bakım verenlerin olumlu başa çıkma becerilerini benimseme olasılıkları daha yüksek olabilir (Sexton, Byrd ve von Kluge, 2010). Buna göre, psikolojik dayanıklılığın, palyatif bakımdaki hastasına bakım veren bireylerin yük yaşayıp yaşamadıklarını belirlemede etkisi olduğu görülmektedir.

Araştırmada, bakım veren bireylerin gelir durumu bakım yükünün önemli bir öngörücüsüdür. Gelir düzeyi düşük olan ve ekonomik zorluklar yaşayan bakım verenlerin yüksek bakım yükü deneyimleme olasılıkları daha yüksekti. Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde, gelir durumu bakım verme yükünün öngörücüsü olarak bulunmuştur (Akgül ve Özdemir, 2014; So ve diğerleri, 2022; Tsai ve diğerleri, 2021; Vahidi ve diğerleri, 2016; Yakubu ve Schutte, 2018). Bir çalışmada artan aylık bakım maaliyetleri artan bakım yükü ile ilişkilendirilmiştir (Li ve diğerleri, 2018). Araştırmanın bu bulgusu, bakım veren bireylerin kendi yaşam masraflarını ve bakım alan bireyin bakımının sürekliliği için gerekli masrafları karşılayabilecek yeterli gelir düzeyinin önemli olduğunu göstermektedir.

Araştırmada, bakım veren bireyin aile/iş/sosyal yaşamındaki rol ve sorumluluklarının etkilenmesi durumu bakım yükünün diğer önemli bir öngörücüsüdür. Palyatif bakımdaki bireyin bakım süreci bakım veren bireyler için günlük işleri ve rutinlerini farklılaştırmakla birlikte, birey ve ailenin uyum sağlamak zorunda oldukları yeni durumlarla karşı karşıya getirmektedir. Tedavi ve bakım sürecine bağlı olarak bakım veren kişinin sorumluluğunun artması ve yaşam şeklini bakım alan bireye göre değiştirmesi, bakım yükünü önemli derecede arttırmaktadır (Altay ve diğerleri, 2022). Bakım vermenin sürekliliği, bakım verenlerin çalışma ve aile hayatı, sosyal ilişkileri gibi yaşamlarındaki diğer sorumluluklarla birleşince bakım veren yüküne yol açabilmektedir (Lafcı ve diğerleri, 2020; Özdemir ve diğerleri, 2017). Koç, Sağlam ve Çınarlı (2016), bakım rolü nedeniyle bakım vericilerin %18,2'sinin aile içi sorumluluklarının etkilendiğini, Hiremath ve diğerleri (2017) %69'unun iş yaşamının olumsuz etkilendiğini,

Özgünay ve diğerleri (2019) %10'unun mevcut işinden ayrıldığını bildirmişlerdir. Yapılan bir çalışmada da, bakım verici rolü nedeniyle aile/iş yaşamındaki rol/sorumlulukları etkilenen bakım vericilerin bakım yükü yüksek bulunmuştur (Gürkan ve diğerleri, 2021). Buna göre, çoklu sorumluluk çatışması yaşayan bakım veren bireylerin bakım yükünü azaltmak için sosyal ve psikolojik destek müdahaleleri etkili olabilir.

5.3. SONUÇ

- Katılımcıları psikolojik dayanıklılıkları yüksek düzeyde olup, en yüksek puanı 'Sosyal kaynaklar' ve 'Aile uyumu', en düşük puanı ise 'Gelecek algısı' alt boyutlarından aldıkları görülmektedir.
- Katılımcıların bakım yükü orta düzeydedir.
- Katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyi arttıkça algılanan bakım yükü azalmaktadır.
- Katılımcıların bakım yükünü yordamada psikolojik dayanıklılığın ve gelir durumunun negatif yönde, rol ve aile/iş/sosyal sorumluluklarının etkilenme durumunun ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu, bakım yükündeki değişimin yaklaşık %29'unu açıkladığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Psikolojik dayanıklılığın artması bakım yükünü etkileyeceğinden bakım veren bireylere psikolojik destek sağlanması, bu kapsamda kurumlardaki Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi hemşirelerinin sayısının artırılması ve istihdamının sağlanması,
- Hemşireler tarafından, bakım veren bireylere bakımdaki zorluklarla baş etmeleri için eğitim ve danışmanlık programlarının planlanması, yürütülmesi ve sonuçların değerlendirilmesi,
- Bakım veren bireyler için sürdürülebilir istihdam fırsatlarının sağlanması, bakım veren bireylerin mali yükünün azaltılması için sosyal hizmet uzmanlarıyla iş birliği yapılması,

- Rol ve sorumlulukları etkilenen, çoklu sorumluluk çatışması yaşayan bireylere öncelikle aileden bir destek grubunun oluşturulması ve bu destek grubuna bakım veren bireye hangi konularda ve nasıl destek olmaları gerektiği konularında eğitim ve danışmanlık verilmesi, ağ tabanlı psikososyal destek müdahalelerinin planlanması,
- Gelecekte, farklı hasta gruplarının bakım vericileri odak grup görüşmeleri yapılarak bakım yükü ile ilişkili faktörlerin araştırılması,
- Bakım verme yükünü azaltmaya yönelik deneysel ve longitudinal araştırmalar yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *Jama*, 311(10), 1052-1060.
- Ağac, M., & Ozcetin, Y. S. U. (2021). Kanser sürecinde üstbilişler, psikolojik sağlamlık ve nüks korkusu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 13(4), 693-706. doi:10.18863/pgy.859242
- Ağkaya Alahan, N., Aylaz, R., & Yetiş, G. (2015). Kronik hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin bakım verme yükü. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 1-5.
- Akçakaya, A. (2020). Palyatif Bakım: Ülkemizde ve Dünya’da son durum. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültür Dergisi*, 54, 46-51.
- Akgül, N., & Özdemir, L. (2014). Caregiver burden among primary caregivers of patients undergoing peripheral blood stem cell transplantation: a cross sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 372-377.
- Alay, G. K., & Kaçan, H. (2024). Care burden and resilience in parents of children with special needs and chronic diseases. *Journal of Pediatric Nursing*, 76, 61-67.
- Alfaro, N., Lázaro, P., Gabriele, G., Garcia-Vicuña, R., Jover, J. Á., & Sevilla, J. (2013). Perceptions, attitudes and experiences of family caregivers of patients with musculoskeletal diseases: a qualitative approach. *Reumatología Clínica*, 9(6), 334-339.
- Altay, B., Erkuran, H., & Avcı, A. İ. (2018). Alzheimerlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Samsun Sağ Bil Dergisi*, 3(2), 1-8.
- Altay, B., Saraçoğlu, E., & Dönmez, M. (2022). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ve tükenmişlik düzeyleri. *The Journal of Academic Social Sciences*, 124(124), 370-382. <http://dx.doi.org/10.29228/ASOS.54970>
- Altuntaş, M. (2016). Palyatif bakımda semptom yönetimi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(3), 26-30.

- Anderson, M. I., Daher, M., & Simpson, G. K. (2020). A predictive model of resilience among family caregivers supporting relatives with traumatic brain injury (TBI): A structural equation modelling approach. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(10), 1925-1946. <https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1620787>
- Arıkan, G. D. (2016). Palyatif bakım tanımı ve felsefesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(3), 1-5.
- Arslan, G. (2015). Ergenlerde psikolojik sağlık: Bireysel koruyucu faktörlerin rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(44), 73-82.
- Arslan, Ö.H. (2014). Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, s.311.
- Aslan, Y. (2020). Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19-27.
- Atak, T., & Özekeş, M. (2019). Demanslı hastalarla ilgilenen aile üyelerinin bakım veren yükünün incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 20(1), 145-161.
- Aydar Bakır, N., & Karabağ Aydın, A. (2023). Yaşlı hastalara bakım veren bireylerdeki bakım yükünün ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(3), 887-896. <https://doi.org/10.61399/ikcusbfd.1073596>
- Aydoğan, F., & Uygun, K. (2011). Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim Dergisi*, 24, 4-9.
- Bahar, A., Ovayolu, Ö., & Ovayolu, N. (2019). Onkoloji hastalarında sık karşılaşılan semptomlar ve hemşirelik yönetimi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 42-58.
- Bakry Attia Ali, S., Mohamed Mourad, G., & Sayed Mohamed, H. (2022). Relationship between care burden and psychological resilience among family caregivers of patients with Dementia. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(3), 691-704. doi:10.21608/ejhc.2022.254439
- Balta, G. K., & Bekiroğlu, S. (2021). Palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerinin önemi. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 4(71), 2797-2812.

- Baran, G., Sürücü, H. A., & Üzel, V. H. (2020). Resilience, life satisfaction, care burden and social support of mothers with a child with acute lymphoblastic leukaemia: a comparative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(2), 340-347.
- Basım , N., & Çetin, F. (2011). Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.
- Batbaş, C. S., Yakar , B., & Pirinçci, E. (2021). Palyatif bakım ve hospis. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 136-143. <https://doi.org/10.17942/sted.625696>
- Batchelor, N. (2010). Palliative or hospice care? Understanding the similarities and differences. *Rehabilitation Nursing Journal*, 35(2), 60-64. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2010.tb00032.x>
- Bauer, J. M., & Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *Journal of Population Ageing*, 8(3), 113-145. <https://doi.org/10.1007/s12062-015-9116-0>
- Bekdemir, A., & İlhan, N. (2019). Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. *Journal of Nursing Research*, 27(3), e24. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000297>
- Bildirici, F. (2014). Özel Eğitime Gereksinimi Olan Çocuğa Sahip Ailelerde Aile Yüğü ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişki [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. *Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* , İstanbul.
- Bilen, A. (2016). Palyatif Bakım. *Toplum ve Hekim*, 31(1), 25-30.
- Bilgehan, T., & İnkaya, B. (2021). Palyatif hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* , 24(1), 51-58. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.748923>
- Bittman, M., Hill, T., & Thomson, C. (2007). The impact of caring on informal carers' employment, income and earnings: a longitudinal approach. *Australian Journal of Social Issues*, 42(2), 255-272.
- Bookwala, J. (2014). Spouse health status, depressed affect and resilience in mid and late life: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 50(4), 1241-1249. <https://doi.org/10.1037/a0035124>

- Bonanno, G. A., & Mancini, A.D. (2008) The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics* , 121 (2), 369-375. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1648>
- Borges, E. L., Franceschini, J., Costa, L. H., Fernandes, A. L., Jamnik, S., & Santoro, I. L. (2017). Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. *J Bras Pneumol*, 43(1), 18-23. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000177>
- Bulut, H., Bozkurt, C., & Demirkol Sakar, D. (2023). Palyatif bakım hastalarına bakım veren bireylerin bakım yüklerinin yaşam kaliteleri üzerine etkisi . *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 12(3), 1086-1096.
- Canbolat, Ö., & Özkal, F. (2019). Palyatif bakım dersi alan ve almayan hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakıma yönelik düşünceleri. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 27-39.
- Cassidy, T., Giles, M., & McLaughlin, M. (2014). Benefit finding and resilience in child caregivers. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 606-618.
- Castellano-Tejedor, C., & Lusilla-Palacios, P. (2017). A study of burden of care and its correlates among family members supporting relatives and loved ones with traumatic spinal cord injuries. *Clinical Rehabilitation*, 31(7), 948-956. <https://doi.org/10.1177/0269215517709330>
- Cejalvo, E., Martí-Vilar, M., Merino-Soto, C., & Aguirre-Morales, M. T. (2021). Caregiving role and psychosocial and individual factors: A systematic review. *Healthcare*, 9 (12), 1690. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121690>
- Centeno, C., & Rhee, J. (2019). Organization of Palliative Care in Different Parts of the World. R. MacLeod, & L. Van den Block (Dü) içinde, *Textbook of Palliative Care* (s. 1-39). İsviçre: Springer Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77740-5_6
- Chang, H. Y., Chiou, C. J., & Chen, N. S. (2010). Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 267-271. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.006>
- Chen, S. C., Huang, B. S., Hung, T. M., Lin, C. Y., Chang, Y. L., & Chung, C. F. (2020). Factors associated with resilience among primary caregivers of patients with

- advanced cancer within the first 6 months post-treatment in Taiwan: a cross-sectional study. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(5), 488-496.
- Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62(3), 340-350. doi:10.1111/inr.12194
- Choi, S., & Seo, J. (2019). Analysis of caregiver burden in palliative care: An integrated review. *Nursing forum*, 54(2), 280-290. <https://doi.org/10.1111/nuf.12328>
- Clark, D., Graham, F., & Centeno, C. (2015). Changes in the world of palliative care. *Medicine*, 43(12), 696-698.
- Cui, J., Song, L. J., Zhou, L. J., Meng, H., & Zhao, J. J. (2014). Needs of family caregivers of advanced cancer patients: a survey in Shanghai of China. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 562-569.
- Cui, P., Shi, J., Li, S., Getu, M. A., Wang, R., & Chen, C. (2023). Family resilience and its influencing factors among advanced cancer patients and their family caregivers: a multilevel modeling analysis. *BMC Cancer*, 23(1), 623. <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11101-z>
- Cura, Ş. Ü., & Ateş, E. (2020). Palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermede yaşadıkları zorluklar. *Jaren*, 6(3), 483-90. <https://doi.org/10.5222/jaren.2020.43760>
- Çulhacık, G. D., Durat, G., & Eren, N. (2021). Effects of activity groups, in which art activities are used, on resilience and related factors in families with disabled children. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 343-350. <https://doi.org/10.1111/ppc.12569>
- Çapuk, H. (2023). Dünyada ve Türkiye’de hospis bakım. *Pphc Journal*, 2(3), 149-155. <https://doi.org/10.29228/pphcjournal.68942>
- Çetin, F., Yeloğlu, H. O., & Basım, H. N. (2015). Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 81-92.
- Çiftçi, A. (2021). Palyatif ve yaşam sonu bakım. *Medicine Palliative Care*, 21-24. <https://doi.org/10.47582/jompac.732031>

- Dağdeviren, T., Dağdeviren, M., Demir, N., Atatorun, M., Özşahin, O., & Adahan, D. (2019). Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin sosyo demografik özellikleri. *Ankara Med Dergisi*, 19(2), 232-243. <https://doi.org/10.17098/amj.578108>
- Danacı, E., & Koç, Z. (2018). Caregiving burden and life satisfaction among caregivers of cancer patients admitted to the emergency department. *Clinical Nursing Research*, 27(7), 800-825. <https://doi.org/10.1177/1054773817708083>
- Davies, E., & Higginson, I. J. (2004). The Solid Facts: Palliative Care. Copenhagen: World Health Organization.
- Demir, M. (2016). Palyatif bakım etiği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 7(2), 62-66.
- Denzen, E. M., Thao, V., Hahn, T., Lee, S. J., McCarthy, P. L., Rizzo, J. D., ... & Majhail, N. S. (2016). Financial impact of allogeneic hematopoietic cell transplantation on patients and families over 2 years: results from a multicenter pilot study. *Bone Marrow Transplantation*, 51(9), 1233-1240.
- Dias, R., Santos, R. L., de Sousa, M. F., Nogueira, M. M., Torres, B., & Belfort, T. (2015). Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(1), 12-19.
- Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 74-82.
- Doğan, M., Özer, U., Kalın, T., Seçilmiş, Y., & Öztürk, M. (2021). Evaluation of caregiving burden in caregivers of children with chronic disease. *Journal of Pediatric Emergency and Intensive Care Medicine*, 8, 15-21. <https://doi.org/10.4274/cayd.galenos.2020.31932>
- Donnellan, W. J., Bennett, K. M., & Soulsby, L. K. (2015). What are the factors that facilitate or hinder resilience in older spousal dementia carers? A qualitative study. *Aging & Mental Health*, 19(10), 932-939.
- Döner, B. (2020). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılıklarının Değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Duman, Ö., & Özdelikara, A. (2022). Hasta yakınlarının palyatif bakıma ilişkin görüşlerinin bakım verici yüküne etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 32-39. doi: 10.30934/kusbed.945640
- Dundar, G. Y., & Cavdar, I. (2020). Evaluating the care burden of caregivers of colon cancer patients. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 224-230.
- Earvolino Ramirez, M. (2007). Resilience: A Concept Analysis. *Nurs Forum*, 42(2), 73-82. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x>
- Egici, M. T., Kök Can, M., Toprak, D., Zeren Öztürk, G., Esen, E. S., Özen, B., & Sürekci, N. (2019). Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *JAREN*, 5(2), 123-131.
- Eifert, E. K., Adams, R., Dudley, W., & Perko, M. (2015). Family caregiver identity: A literature review. *American Journal of Health Education*, 46(6), 357-367. <https://doi.org/10.1080/19325037.2015.1099482>
- Elnasseh, A. G., Trujillo, M. A., Peralta, S. V., Stolfi, M. E., Morelli, E., Perrin, P. B., & Arango-Lasprilla, J. C. (2016). Family dynamics and personal strengths among dementia caregivers in Argentina. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2016(1), 2386728. <https://doi.org/10.1155/2016/2386728>
- Erkuş, Ş., & Babacan Gümüş, A. (2024). Hope and psychological resilience in primary caregivers of patients with a chronic mental illness followed in a community mental health center. *Arch Psychiatr Nurs*, 50, 87-93. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.03.010>
- Eryiğit, T., Çevik, M., Erdoğan, B., Karasu, B. B., Erdoğan, U., & Bulut, N. Ö. (2024). Özel gereksinimli bireylerin bakım vericilerinin bakım yükü ve algılanan sosyal izolasyon durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sağlık ve Spor Bilimleri Dergisi*, 7(2), 126-139.
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 423-428. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x>

- Fang, L., Dong, M., Fang, W., & Zheng, J. (2022). Relationships between care burden, resilience, and depressive symptoms among the main family caregivers of stroke patients: A cross-sectional study. *Front. Psychiatry*, 13, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.960830>
- Farina, N., Page, T. E., Daley, S., Brown, A., Bowling, A., Basset, T., Livingston, G., Knapp, M., Murray, J., & Banerjee, S. (2017). Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: A systematic review. *Alzheimer's & Dementia*, 13(5), 572-581. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.12.010>
- Farlex Partner Medical Dictionary. (2012). *Farlex Partner Medical Dictionary*. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/palliative> (20 haziran 2024)
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/1016-9040/a000124>
- Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), 127-136. <https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024627>
- Gizir, C. A. (2007). Psikolojik Sağlamlık, Risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.
- Gizir, C. A. (2004). Academic resilience : an investigation of protective factors contributing to the academic achievement of eight grade students in poverty [Ph.D. - Doctoral Program]. *Middle East Technical University*.
- Govina, O., Kotronoulas, G., Mystakidou, K., Katsaragakis, S., Vlachou, E., & Patiraki, E. (2015). Effects of patient and personal demographic, clinical and psychosocial characteristics on the burden of family members caring for patients with advanced cancer in Greece. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.009>
- Graber, R., Pichon, F., & Carabine, E. (2015). *Psychological resilience state of knowledge and future research agendas*. United Kingdom: Overseas Development Institute. <https://policycommons.net/artifacts/4411743/psychological-resilience/5208389/> (20.12.2024)

- Gül, Ş. (2019). Bakım Kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 129-134. <https://doi.org/10.31067/0.2019.134>
- Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., & Tuncer, M. A. (2010). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1), 1-6.
- Gürkan, A., Dikmen Aydın, Y., Kırtıl, İ., & Oğuz, S. (2021). Erişkin kanser hastalarının aile bakım vericilerinin bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(3), 457-67.
- Gürsan, K., & Erdoğan, B. (2022). *Palyatif Bakımda Temel Uygulamalar ve Rehabilitasyon*. Ankara: İksad Yayınevi.
- Harputluoğlu, N., & Çelik, T. (2020). Pediatrik palyatif bakım. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 10(1), 1-7.
- Henry, C. S., Sheffield Morris, A., & Harrist, A. W. (2015). Family resilience: Moving into the third wave. *Family Relations*, 64(1), 22-43. <https://doi.org/10.1111/fare.12106>
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- Hiremath, P., Mohite, V. R., Naregal, P., Chendake, M., Mulani, A., & More, U. R. (2017). Family burden and stress among caregiver of oral cancer patients at Krishna hospital Karad. *Asian J Pharm Clin Res*, 10(3), 201-206.
- Hoenig, J., & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12(3), 165-176. <https://doi.org/10.1177/0020764066012003>
- Hollenbeak, C. S., Farley Short, P., & Moran, J. (2011). The implications of cancer survivorship for spousal employment. *Journal of Cancer Survivorship*, 5, 226-234.
- Hong S. C., Coogler C. L. (2016). Spousal caregiving for partners with dementia: A deductive literature review testing Calasanti’s gendered view of care work. *Journal*

- of Applied Gerontology: *The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 35, 759-787. <https://doi.org/10.1177/0733464814542246>
- Huang, C. Y., Musil, C. M., Zauszniewski, J. A., & Wykle, M. L. (2006). Effects of social support and coping of family caregivers of older adults with dementia in Taiwan. *The International Journal of Aging and Human Development*, 63(1), 1-25.
- Hussain, R., Wark, S., Dillon, G., & Ryan, P. (2016). Self-reported physical and mental health of Australian carers: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 6(9), e011417. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011417>
- Hwang, I. C., Kim, Y. S., Lee, Y. J., Choi, Y. S., Hwang, S. W., Kim, H. M., & Koh, S. J. (2018). Factors associated with caregivers' resilience in a terminal cancer care setting. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 35(4), 677-683.
- Igarashi, A., Fukuda, A., Teng, L., Ma, F. F., Dorey, J., & Onishi, Y. (2020). Family caregiving in dementia and its impact on quality of life and economic burden in Japan-web based survey. *Journal of Market Access & Health Policy*, 8(1), 1720068.
- Işık, Ş. (2016). Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(2), 165-182.
- İnci , F., & Öz , F. (2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 178-187. <https://doi.org/10.5455/cap.20120411>
- Jeong, Y. G., Myong, J. P., & Koo, J. W. (2015). The modifying role of caregiver burden on predictors of quality of life of caregivers of hospitalized chronic stroke patients. *Disability and Health Journal*, 8(4), 619-625. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.05.005>
- Ji, Q., Zhang, L., Ji, P., Song, M., Xu, J., Chen, Y., ... & Guo, L. (2025). The relationship between psychological resilience and quality of life among primary caregivers of cancer patients: the mediating role of care burden and the moderating role of social support. *Supportive Care in Cancer*, 33(4), 343. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09412-x>

- Jones, S. M., Mioshi, E., & Killett, A. (2019). Coping but not allowing the coping to be everything: Resilience in informal dementia care. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), e289-e297. <https://doi.org/10.1111/hsc.12732>
- Jonker, L., & Greeff, A. P. (2009). Resilience factors in families living with people with mental illnesses. *Journal of Community Psychology*, 37(7), 859-873.
- Kabalak, A. A., Öztürk, H., & Çağıl , H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2), 56-70.
- Kalomo, E. N., Lee, K. H., Lightfoot, E., & Freeman, R. (2018). Resilience among older caregivers in rural Namibia: The role of financial status, social support and health. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(6), 605-622.
- Karaaslan, M. M., & Çelebioğlu, A. (2018). Zihinsel engelli çocuğu olan ebeveynlerin psikolojik durumları ile bakım yükünün değerlendirilmesi. *Researcher*, 6(2), 188-200.
- Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 129-142.
- Karakaya, E., & Kamışlı, S. (2024). Care Burden and Psychological Resilience of Mothers Accompanying Their Children with Chronic Illnesses Hospitalized in Pediatric Wards. *Pediatr Pract Res*, 12(3), 66-72. <https://doi.org/10.21765/pprjournal.1522203>
- Kavi, E., & Karakale , B. (2018). Çalışan psikolojisi açısından psikolojik dayanıklılık. *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 7(17), 55-77. <https://doi.org/1010.31199>
- Kelley, A. S., H. S, M., & Morrison, S. R. (2015). Palliative care for the seriously Ill. *New England Tıp Dergisi*, 373(8), 747-755. <https://doi.org/1010.1056/NEJMra1404684>
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846-855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x>

- Kinzbrunner, B. M., Weinreb, N. J., & Policzer, J. S. (2002). Common symptoms near the end of life. 20 Common Problems in End-of-Life Care. New York, NY: McGraw-Hill, 89-224.
- Koç, A. (2021). Türk Tıp Tarihinde Palyatif Bakım. *Anestezi Dergisi*, 29(3), 159-164.
- Koç, Z., Sağlam, Z., & Çınarlı, T. (2016). Kanser tanısı almış olan bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 99-116.
- Köktürk Dalcı, B. (2019). Palyatif bakım birimlerinde manevi bakım ve hemşirelik. *Sakarya University Journal of Holistic Health*, 2(2), 29-37.
- Kufacı, A. A., & Mumcu, N. (2022). Palyatif bakımda ağrı yönetimi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 9(2), 28-36.
- Kurauchi, G., Endo, M., Odaira, K., Ono, R., Koseki, A., Goto, M., ... & Takada, H. (2019). Caregiver burden and related factors among caregivers of patients with myotonic dystrophy type 1. *Journal of Neuromuscular Diseases*, 6(4), 527-536. <https://doi.org/10.3233/JND-190386>
- Lafcı, D., Yıldız, E., Toru, F., & Karakaya, D. (2020). Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verenlere etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(2), 105-113.
- Lee, J., & Cha, C. (2017). Unmet needs and caregiver burden among family caregivers of hospice patients in South Korea. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(4), 323-331.
- Leow, M. Q., & Chan, S. W. (2017). The challenges, emotions, coping, and gains of family caregivers caring for patients with advanced cancer in Singapore: a qualitative study. *Cancer Nursing*, 40(1), 22-30. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000354>
- Li, Y., Wang, K., Yin, Y., Li, Y., & Li, S. (2018). Relationships between family resilience, breast cancer survivors' individual resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.011>

- Limonero, J. T., Fernández-Castro, J., Soler-Oritja, J., & Álvarez-Moleiro, M. (2015). Emotional intelligence and recovering from induced negative emotional state. *Frontiers in Psychology*, 6, 816.
- Liu, R., Chi, I., & Wu, S. (2022). Caregiving burden among caregivers of people with dementia through the lens of intersectionality. *The Gerontologist*, 62(5), 650-661.
- Liu, Y., Li, Y., Chen, L., Li, Y., Qi, W., & Yu, L. (2018). Relationships between family resilience and posttraumatic growth in breast cancer survivors and caregiver burden. *Psycho Oncology*, 27(4), 1284-1290. <https://doi.org/10.1002/pon.4668>
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438-445.
- Loscalzo, M. J. (2008). Palliative care: An historical perspective. *American Society of Hematology*(1), 465. <https://doi.org/10.1182/asheducation-2008.1.465>
- Lo, B., Quill, T., & Tulsky, J. (1999). Discussing Palliative Care with Patients. *Annals of Internal Medicine*, 130(9).
- Lök, N., & Bademli, K. (2021). The relationship between the perceived social support and psychological resilience in caregivers of patients with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 57(2), 387-391.
- Lundberg, P. C., & Kerdonfag, P. (2010, Nisan). Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1121-1128. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03072.x>
- Kıvanç, M. M. (2017). Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135. <https://doi.org/10.17681/hsp-dergisi.316894>
- Martins Pereira, S., Hernández-Marrero, P., Pasman, R. H., Capelas, M., Larkin, P., & Francke, A. L. (2021). Nursing education on palliative care across Europe: Results and recommendations from the EAPC Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country reports. *Palliative Medicine*, 35(1), 130-141. <https://doi.org/10.1177/0269216320956817>

- Ma, Q., Yan, Z., Chang, L., Zhang, Q., & Li, Y. (2021). Family resilience and subjective responses to caregiving for children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 125, 108417. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108417>
- Mason, M., & Naidoo, N. (2019). Palliative care ethical guidelines to assist healthcare practitioners in their treatment of palliative care patients. *S Afr J Bioethics Law*, 12(1), 14-18. <https://doi.org/10.7196/SAJBL.2019.v12i1.660>
- McAllister, M. & Lowe, J. (Eds.). (2011). The resilient nurse: Empowering your practice. Springer Publishing Company. https://www.academia.edu/11982153/The_resilient_nurse_empowering_your_practice?email_work_card=title (Erişim tarihi: 22.04.2025)
- McCabe, M. P., Roberts, C., & Firth, L. (2008). Work and recreational changes among people with neurological illness and their caregivers. *Disability and Rehabilitation*, 30(8), 600-610.
- McKenzie, T., Quig, M. E., Tyry, T., Marrie, R. A., Cutter, G., Shearin, E., ... & Simsarian, J. (2015). Care partners and multiple sclerosis: differential effect on men and women. *International Journal of MS Care*, 17(6), 253-260.
- Meier, D. E. (2011). Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. *The Milbank Quarterly Journal*, 89(3), 343-380.
- Mirsoleymani, S. R., Rohani, C., Matbouei, M., Nasiri, M., & Vasli, P. (2017). Predictors of caregiver burden in Iranian family caregivers of cancer patients. *Journal of Education and Health Promotion*, 6(1), 91. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_137_16
- Mollaoğlu, M., Özkan Tuncay, F., & Kars Fertelli, T. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 125-130.
- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de psicología (PUCP)*, 29(2), 203-224.
- Morrison, S. R., & Meier, D. E. (2004). Palliative care. *The New England Journal of Medicine*, 350(25), 2582-90.

- Mosher, C. E., Beck-Coon, K. A., Wu, W., Lewson, A. B., Stutz, P. V., Brown, L. F., ... & Johns, S. A. (2024). Mindfulness to enhance quality of life and support advance care planning: a pilot randomized controlled trial for adults with advanced cancer and their family caregivers. *BMC Palliative Care*, 23(1), 232.
- Mulud, Z. A., & McCarthy, G. (2017). Caregiver burden among caregivers of individuals with severe mental illness: Testing the moderation and mediation models of resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 24-30.
- Nabunaya, P., Ssewamala, F., & Llic, V. (2014). Family economic strengthening and parenting stress among caregivers of AIDS-orphaned children: Results from a cluster randomized clinical trial in Uganda. *Child Youth Service Review*, 44, 417-421. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.07.018>
- Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Sanderman, R., & van den Bos, G. A. (1999). Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA). *Social Science & Medicine*, 48(9), 1259-1269. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00426-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00426-2)
- O'Hara, R. E., Hull, J. G., Lyons, K. D., Bakitas, M., Hegel, M. T., Li, Z., & Ahles, T. A. (2010). Impact on caregiver burden of a patient-focused palliative care intervention for patients with advanced cancer. *Palliative & Supportive Care*, 8(4), 395-404.
- Oliver, D. P., Demiris, G., Washington, K. T., Clark, C., & Thomas-Jones, D. (2017). Challenges and strategies for hospice caregivers: a qualitative analysis. *The Gerontologist*, 57(4), 648-656.
- Ong, H. L., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Fauziana, R., Tan, M.-E., . . . Subramaniam, M. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC psychiatry*, 18(1)(27), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1616-z>
- Orak, O. S., & Sezgin, S. (2015). The investigation of caregiver Burden in family members of cancer patients. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1), 33-39.

- Ozgunay, S. E., Akça, F., Karasu, D., & Kilic, İ. (2019). Yoğun bakım sonrası evde bakım gerektiren hastaların özellikleri ile bakım verenlerdeki hasta bakım yükü ve empati arasındaki ilişki. *JARSS*, 27(1), 15-21.
- Oxford Learner's Dictionaries. (2024). *Oxford Learner's Dictionaries*. <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/resilience?q=resilience> (Erişim Tarihi: 03.01.2025)
- Önalın, E. (2020). Dünyada Palyatif Bakım Uygulamaları. A. M. Sedef, & O. C. Güler (Dü) içinde, *Onkolojide Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Desteği* (s. 11-14). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Öner, Ö. İ., Yılmaz Karabulutlu, E. (2023). Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Perspectives in Palliative & Home Care*, 2(3), 116-126. <http://dx.doi.org/10.29228/pphjournal.73627>
- Öz , F., & Yılmaz, E. B. (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* , 82-89.
- Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç., Uyar, M., & Karabulut, B. (2010). *Kanser Hastaları ve Aileleri için Palyatif Bakım*. İzmir: Üniversiteler Ofset.
- Özdemir, Ü., Taşcı, S., Kartın, P., Çürük, G.N., Nemli, A., & Karaca, H. (2017). Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım yükü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 49-61.
- Özer, Z., Yıldırım, D., Kocağalar Akınce , E., & Bölüktaş, R. P. (2019). Hemşirelerin palyatif bakım hastalarında manevi bakım. *Çekmece İzü Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), 97-108.
- Palacio G, C., Krikorian, A., Gómez-Romero, M. J., & Limonero, J. T. (2020). Resilience in caregivers: A systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 37(8), 648-658. <https://doi.org/10.1177/1049909119893977>
- Palecek, E. J., Teno, J. M., Casarett, D. J., Hanson, L. C., Rhodes, R. L., & Mitchell, S. L. (2010). Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(3), 580-584.

- Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangari, H., & Karayiannis, G. (2012). The burdensome and depressive experience of caring: what cancer, schizophrenia, and Alzheimer's disease caregivers have in common. *Cancer Nursing*, 35(3), 187-194. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822cb4a0>
- Paquet, C., Whitehead, J., Shah, R., Adams, A. M., Dooley, D., Spreng, R. N., ... & Dubé, L. (2023). Social prescription interventions addressing social isolation and loneliness in older adults: Meta-review integrating on-the-ground resources. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e40213.
- Perpiñá-Galvañ, J., Orts-Beneito, N., Fernández-Alcántara, M., García-Sanjuán, S., García-Caro, M. P., & Cabañero-Martínez, M. J. (2019). Level of burden and health-related quality of life in caregivers of palliative care patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4806.
- Polat , Ü., & Atamer, B. (2020). Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım verenlerin bakım yükü ve karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 38-47.
- Pöysti, M. M., Laakkonen, M. L., Strandberg, T., Savikko, N., Tilvis, R. S., Eloniemi-Sulkava, U., & Pitkälä, K. H. (2012). Gender differences in dementia spousal caregiving. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2012, 162960. <https://doi.org/10.1155/2012/162960>
- Posluszny, D. M., Bovbjerg, D. H., Syrjala, K. L., Agha, M., & Dew, M. A. (2019). Correlates of anxiety and depression symptoms among patients and their family caregivers prior to allogeneic hematopoietic cell transplant for hematological malignancies. *Support Care Cancer*, 27(2), 591-600. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4346-3>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaut, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., . . . Pastrana, T. (2020, Ekim). Redefining palliative care-a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage*, 60(4), 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., & Lee, J. (2015). Caregiving burden and health-promoting behaviors among the family caregivers of cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*, 19(2), 174-181. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.09.003>

- Rodakowski, J., Skidmore, E. R., Rogers, J. C., & Schulz, R. (2012). Role of social support in predicting caregiver burden. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(12), 2229-2236. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.07.004>
- Rutter , M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119-144. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00108>
- Sağlık Bakanlığı (2024). <https://www.saglik.gov.tr/TR-100111/dunya-palyatif-bakim-gunu.html> (Erişim Tarihi: 02.01.2024)
- Saunders, C. (1996). A personal therapeutic journey. *BMJ*, 313, 1599-1601. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7072.1599>
- Schroeder, K., & Lorenz, K. (2018). Nursing and the future of palliative care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 4-8. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_43_17
- Sezgin, M. G., & Bektaş, H. (2021). Lenfoma hastalarıyla yaşayan aile üyelerinin bakım verme yükü. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 1-14 <https://doi.org/10.21020/husbfd.750794>
- Sexton, M. B., Byrd, M. R., & Von Kluge, S. (2010). Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of Psychiatric Research*, 44(4), 236-241.
- Scott, C. B. (2013). Alzheimer's disease caregiver burden: Does resilience matter?. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 23(8), 879-892.
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44(3), 105-113.
- Senturk, S. G., Akyol, M. A., & Kucukguclu, O. (2018). The relationship between caregiver burden and psychological resilience in caregivers of individuals with dementia. *Int J Caring Sci*, 11(2), 1223-1230.
- Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family—Caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 7-17. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.7>

- Simpson, G. K., Dall'Armi, L., Roydhouse, J. K., Forstner, D., Daher, M., Simpson, T., & White, K. J. (2015). Does resilience mediate carer distress after head and neck cancer? *Cancer Nursing*, 38(6), E30-E36. <https://doi.org/10.1097/NCC.00000000000000229>
- So, M. K., Yuk, H., Tiwari, A., Cheung, S. T., & Chu, A. M. (2022). Predicting the burden of family caregivers from their individual characteristics. *Informatics for Health and Social Care*, 47(2), 211-222.
- Spurlock, W. R. (2005). Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatric Nursing*, 26(3), 154-161. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2005.03.006>
- Stamataki, Z., Ellis, J. E., Costello, J., Fielding, J., Burns, M., & Molassiotis, A. (2014). Chronicles of informal caregiving in cancer: using 'The Cancer Family Caregiving Experience' model as an explanatory framework. *Supportive Care in Cancer*, 22, 435-444.
- Strömberg, A., & Luttik, M. L. (2015). Burden of caring: risks and consequences imposed on caregivers of those living and dying with advanced heart failure. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 9(1), 26-30. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000111>
- Swinkels, J., Tilburg, T. V., Verbakel, E., & Broese van Groenou, M. (2019). Explaining the gender gap in the caregiving burden of partner caregivers. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(2), 309-317.
- Uslu, F. Ş., & Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye'de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81-90.
- Şen, A., & Karadağ, E. (2024). Bakım vericilerde özgecilik davranışlarının psikolojik dayanıklılık ve bakım yüküne etkisi. *Akd Med J*, 10(1), 58-69. <https://doi.org/10.53394/akd.1116494>
- Şener, A., Kurtgöz, A., & Koç, Z. (2022). Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükleri ile yaşam doyumlarının belirlenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 63-70.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). *T.C Sağlık Bakanlığı*. <https://www.saglik.gov.tr/TR-100111/dunya-palyatif-bakim-gunu.html> (Erişim Tarihi:05.02.2025)
- Tang, S. T., Huang, G. H., Wei, Y. C., Chang, W. C., Chen, J. S., & Chou, W. C. (2013). Trajectories of caregiver depressive symptoms while providing end-of-life care. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2702-2710. <https://doi.org/10.1002/pon.3334>
- Tanrıverdi, Ö., & Kömürcü , Ş. (2016). Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma. M. Gülhan , & Ü. Yılmaz içinde, *Akciğer Kanserinde Destek Tedavisi* (s. 391-407). İstanbul: Probiz Ltd. Şti.
- Tanrıverdi, S., Genç, H., El Sabağ, M., & Bakşı, İ. (2024). The relationship between care burden and psychological resilience of caregivers of elderly surgical patients: A descriptive study. *Journal of Education and Research in Nursing*, 21(3), 217-224. <https://doi.org/10.14744/jern.2024.58235>
- Tarı Selçuk, K., & Avcı, D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-9.
- T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2015, 07 07). *Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*, <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html> (Erişim Tarihi: 07.1.2025)
- Tel, H., Demirkol, D., Kara, S., & Aydın, D. (2012). KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Toraks Dergisi*, 13, 87-92.
- The National Alliance for Caregiving (NAC) and the AARP Public Policy Institute are proud to present Caregiving in the U.S. (2015). <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2015/caregiving-in-the-united-states-2015-report-revised.pdf> (Erişim Tarihi: 23.04.2025)
- Timur, Ö., Gündüz, N., Altaş, H., Turan, H., Karaşahin, Ö., Tosun Tasar, P., & Nasır Binici, D. (2021). Burden, quality of life and coping strategies of palliative care patients caregivers. *Ege Tıp Dergisi*, 60, 1-9.

- Tiryaki, E., & Tüfekçi, F. G. (2023). Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin sunumu ve ilgili düzenlemeler. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 312-320. <https://doi.org/10.54061/jphn.1268631>
- Toru, F. (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: bireyselleştirilmiş bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 46-59.
- Tsai, C. F., Hwang, W. S., Lee, J. J., Wang, W. F., Huang, L. C., Huang, L. K., ... & Fuh, J. L. (2021). Predictors of caregiver burden in aged caregivers of demented older patients. *BMC Geriatrics*, 21, 1-9.
- Turgut, A., & Soylu, G. (2020). Palyatif bakım hasta yakınları ile nitel bir çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 31(2), 460-476.
- TÜİK. (2024). İstatistiklerle Yaşlılar: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2023-53710#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Ya%C5%9F%C4%B1%20n%C3%BCfus%20olarak%20kabul%20edilen,10%2C2'ye%20y%C3%B0kseldi> (Erişim Tarihi: 23.02.2025)
- Türk Dil Kurumu (TDK), Hemşirelik Terimleri Sözlüğü. Bakım yükü. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 01.05.2025)
- Uçar, M. (2021). Serebral palsi tanısı almış çocuğa sahip olan annelerin ve tipik gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin psikolojik dayanıklılık ve ebeveyn yeterlilik düzeylerinin karşılaştırılması [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. *İstanbul Gelişim Üniversitesi*.
- Unsar, S., Erol, Ö., & Özdemir, Ö. (2021). Caregiving burden, depression, and anxiety in family caregivers of patients with cancer. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 50, 101882. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101882>
- Uyar, M., & Eyigör, C. (2017). Palyatif Bakımda Ağrı. Y. Yıldırım, & Ç. Fadiloğlu (Dü) içinde, *Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım* (s. 271). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

- Uysal , N., Şenel, G., Karaca, Ş., Kadioğulları, N., Koçak, N., & Oğuz, G. (2015). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı Dergisi*, 27(2), 104-110. <https://doi.org/10.5505/agri.2015.26214>
- Ünver, Z. (2020). Palyatif Bakım. *Ann Health Sci Res*, 1(1), 1-6.
- Vahidi, M., Mahdavi, N., Asghari, E., Ebrahimi, H., Ziaei, J. E., Hosseinzadeh, M., ... & Kermani, I. A. (2016). Other side of breast cancer: Factors associated with caregiver burden. *Asian Nursing Research*, 10(3), 201-206. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.06.002>
- Van Rooij, J., Brom, L., Sommeijer, D., Van de Poll-Franse , L., Raijmakers, N., & eQuiPe study group. (2021). Self-care, resilience, and caregiver burden in relatives of patients with advanced cancer: results from the eQuiPe study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(12), 7975–7984. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06365-9>
- Walsh, F. (2016). Applying a family resilience framework in training, practice, and research: mastering the art of the possible. *Family Process*, 55(4), 616-632. <https://doi.org/10.1111/famp.12260>
- Wang, J., Cui, J., Tu, S., Yang, R., & Zhao, L. (2022). Resilience and caregiving ability among caregivers of people with stroke: The mediating role of uncertainty in illness. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.788737>
- Weisser, F. B., Bristowe, K., & Jackson, D. (2015). Experiences of burden, needs, rewards and resilience in family caregivers of people living with motor neurone disease/amyotrophic lateral sclerosis: a secondary thematic analysis of qualitative interviews. *Palliative Medicine*, 29(8), 737-745. <https://doi.org/10.1177/0269216315575851>
- WHPCA. (2022). *Few countries offer quality end-of-life care*. EHospice: https://ehospice.com/international_posts/few-countries-offer-quality-end-of-life-care/ (Erişim Tarihi: 4 Ocak 2025)
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169.

- World Health Organization (WHO) (1990). *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf (Erişim Tarihi: 3 Haziran 2024)
- World Health Organisation (WHO) (2002a). Definition of Palliative Care. Available online: <https://palliativecarenewsw.org.au/wp-content/uploads/2022/02/WHO-and-new-consensus-definition-of-PC.pdf> (Erişim Tarihi: 3 Haziran 2024)
- World Health Organization (WHO) (2002b). *National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines 2nd ed*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/national-cancer-control-programmes> (Erişim Tarihi: 3 Haziran 2024)
- World Health Organization (WHO). (2007). *Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes Palliative Care*. Geneva: World Health Organization. ISBN: 92-4-154734-5 https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/CC_PalliativeCareModule.pdf (Erişim Tarihi: 4 Haziran 2024)
- World Health Organization (WHO). (2014). *First Ever Global Atlas Identifies Unmet Need for Palliative Care*. <https://www.who.int/news/item/28-01-2014-first-ever-global-atlas-identifies-unmet-need-for-palliative-care> (Erişim Tarihi: 4 Haziran 2024)
- World Health Organization (WHO). (2018). *Who Guideliness for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescent*. Geneva: World Health Organization. ISBN: 978-92-4-155039-0 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390> (Erişim Tarihi: 4 Haziran 2024)
- World Health Organization (WHO). (2020). World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Erişim Tarihi: 03.01.2025)
- World Health Organization (WHO). (2021). *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*. Geneva: World Health Organization. ISBN: 978-92-4-003335-1

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351> (Erişim Tarihi: 03.01.2025)

World Health Organization (WHO). (2023). World Health Organization: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care> (Erişim Tarihi: 03.01.2025)

Xiong, C., Biscardi, M., Astell, A., Nalder, E., Cameron, J. I., Mihailidis, A., & Colantonio, A. (2020). Sex and gender differences in caregiving burden experienced by family caregivers of persons with dementia: A systematic review. *PLoS One*, 15(4), e0231848. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231848>

Yurtsever, S. (2012). Palyatif Bakım. Atabek Aştı T, Karadağ A (editör). Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, s.1147-1154.

Yağmur, T., & Türkmen, S. N. (2017). Ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyelerinde algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 542-548.

Yakubu, Y. A., & Schutte, D. W. (2018). Caregiver attributes and socio-demographic determinants of caregiving burden in selected low-income communities in cape town, South Africa. *Journal of Compassionate Health Care*, 5, 1-10.

Yeşil, T., Çetinkaya Uslusoy, E., & Korkmaz, M. (2016). Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 54-66.

Yıldırım, Y., & Fadiloğlu, Ç. (2017). *Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Yıldız, E., Dedeli, Ö., & Çınar Pakyüz, S. (2017). Evaluation of care burden and quality of life among family caregivers of patients with cancer. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. <https://doi.org/10.5222/head.2016.216>

Yılmaz, Ö., & Bahat, G. (2019). *Yaşlıda Hastane Temelli Palyatif Bakım ve Hospis* (1. Baskı b.). (M. Naharcı, Dü.) Ankara: Türkiye Klinikleri.

Ye, Z. J., Guan, H. J., Wu, L. H., Xiao, M. Y., Luo, D. M., & Quan, X. M. (2015). Resilience and psychosocial function among mainland Chinese parents of children

- with cancer: a cross-sectional survey. *Cancer Nursing*, 38(6), 466-474.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.01.002>
- Yoon S.J., Kim J.S., Jung J.G., Kim S.S. & Kim S. (2014) Modifiable factors associated with caregiver burden among family caregivers of terminally ill Korean cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 22 (5), 1243-1250.
- Yu, H., Wang, X., He, R., Liang, R., & Zhou, L. (2015). Measuring the caregiver burden of caring for community-residing people with Alzheimer's disease. *PloS One*, 10(7), e0132168.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zaybak, A., Güneş, Ü., Günay İsmailoğlu, E., & Ülker, E. (2012). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15, 48-54.
- Zuba, M., & Schneider, U. (2013). What helps working informal caregivers? The role of workplace characteristics in balancing work and adult-care responsibilities. *Journal of Family and Economic Issues*, 34, 460-469.

7. EKLER

Ek-1. Yapılandırılmış Bilgi Formu

A-) Bakım Veren Tanıtıcı Özellikleri

1. Yaşınız? : _____
2. Cinsiyetiniz? : 1 ☐ Erkek 2 ☐ Kadın
3. Medeni durumunuz? : 1 ☐ Evli 2 ☐ Bekar (eşi ölmüş, boşanmış, yalnız)
4. Öğrenim durumunuz? : 1 ☐ Okuryazar 2 ☐ İlköğretim 3 ☐ Lise 4 ☐ Ön Lisans 5 ☐ Lisans 6 ☐ Lisansüstü (Yüksek lisans/doktora)
5. Aylık gelir durumunuz? 1 ☐ Gelir giderden az 2 ☐ Gelir gidere eşit 3 ☐ Gelir giderden fazla
6. Çalışma durumunuz? 1 ☐ Çalışıyorum 2 ☐ Çalışmıyorum
7. Çalışıyorsanız bakım verdiğiniz için işinizi bırakmak ya da ara vermek zorunda kaldınız mı? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır
8. Sosyal güvencesi (SGK, vb.): 1 ☐ Var 2 ☐ Yok
9. Bakım verilen bireyle yakınlık dereceniz nedir? 1 ☐ Annem/Babam 2 ☐ Eşim 3 ☐ Çocuğum 4 ☐ Kardeşim 5 ☐ Akrabam 6 ☐ Yakınlığım yok
10. Bakmakla yükümlü olduğunuz başka kişi/kişiler var mı ? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır
11. Bakım verirken size yardımcı/destek olan biri/birileri var mı? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır
12. Bakım vermek aile/iş/sosyal rol ve sorumluluklarınızı etkiliyor mu?
1 ☐ Hayır 2 ☐ Kısmen 3 ☐ Evet

13. Bakım verirken yaşadığınız güçlük(ler) nedeniyle en çok hangi alan(lar)da yardıma gereksinim duyuyorsunuz? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1 ☐ Maddi gereksinimleri (tedavi ve bakım giderleri, vb.) karşılama
- 2 ☐ Temel bakım gereksinimlerini (hijyenik bakım, beslenme, boşaltım, mobilizasyon, pozisyon verme, vb.) gereksinimleri karşılama

3 ☐ İlaç ve tedavi yönetimi (bireyin tedaviye uyumu)

4 ☐ Semptom yönetimi (bulantı, ağrı, vb.)

5 ☐ Sosyal destek

6 ☐ Diğer _____

14. Palyatif bakımdaki bireye bakım veriyor olmak size ne hissettiriyor?

1 ☐ Yorgun 2 ☐ Çaresiz 3 ☐ Korku 4 ☐ Öfke

5 ☐ Üzüntü 6 ☐ Huzur 7 ☐ Diğer _____

15. Ne kadar süredir bakım vermektedirsiniz?

1 ☐ 1-3 ay 2 ☐ 4-6 ay 3 ☐ 7-9 ay 4 ☐ 10-12 ay 5 ☐ 1 yıldan fazla

16. Günde ortalama kaç saat bakım vermektedirsiniz?

1 ☐ 1-6 saat 2 ☐ 7-12 saat 3 ☐ 13-18 saat 4 ☐ 19-24 saat

B-) Hasta Bireyin Tanıtıcı Özellikleri

1. Tıbbi tanısı: _____

2. Yaşı: _____

3. Cinsiyeti: 1 ☐ Erkek 2 ☐ Kadın

4. Medeni durumu: 1 ☐ Evli 2 ☐ Bekar (eşi ölmüş, boşanmış, yalnız)

5. Sosyal güvencesi (SGK, vb.): 1 ☐ Var 2 ☐ Yok

6. Kendine ait geliri var mı?: 1 ☐ Var 2 ☐ Yok

7. Hastalığın süresi:

1 ☐ 0-6 ay 2 ☐ 7-12 ay 3 ☐ 13-24 ay 4 ☐ 3 yıl ve üzeri

Ek-2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Beklenmedik bir olay olduğunda her zaman bir çözüm yolu bulurum.	1	2	3	4	5
2	Gelecek için yaptığım planların başarılması mümkündür.	1	2	3	4	5
3	En iyi olduğum durumlar ulaşmak istediğim açık bir hedefin olduğu durumlardır.	1	2	3	4	5
4	Diğer kişilerle birlikte olmaktan hoşlanıyorum.	1	2	3	4	5
5	Ailemin hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı benimkiyle aynıdır.	1	2	3	4	5
6	Kişisel konuları arkadaşlarımla/aile üyeleriyle tartışabilirim.	1	2	3	4	5
7	Kişisel problemlerimi nasıl çözebileceğimi bilirim.	1	2	3	4	5
8	Gelecekteki hedeflerimi nasıl başaracağımı bilirim.	1	2	3	4	5
9	Yeni bir işe/projeye başladığımda ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
10	Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak çok önemlidir.	1	2	3	4	5
11	Ailemle birlikteyken kendimi çok mutlu hissederim.	1	2	3	4	5
12	Beni bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir.	1	2	3	4	5
13	Yeteneklerim olduğuna çok inanırım.	1	2	3	4	5
14	Geleceğimin ümit verici olduğunu hiss ediyorum.	1	2	3	4	5
15	Zamanımı planlama konusunda iyiyimdir.	1	2	3	4	5

16	Yeni arkadaşlık konusu kolayca yapabildiğim bir şeydir.	1	2	3	4	5
17	Ailem birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş olarak tanımlanabilir.	1	2	3	4	5
18	Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler güçlüdür.	1	2	3	4	5
19	Yargılarıma ve kararlarıma tamamen güvenirim.	1	2	3	4	5
20	Geleceğe dönük amaçlarım iyi düşünülmüştür.	1	2	3	4	5
21	Kurallar ve düzenli alışkanlıklar günlük yaşamımı kolaylaştırır.	1	2	3	4	5
22	Yeni insanlarla tanışmak benim iyi olduğum bir konudur.	1	2	3	4	5
23	Zor zamanlarda, ailem geleceğe pozitif bakar.	1	2	3	4	5
24	Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında bana hemen haber verilir.	1	2	3	4	5
25	Diğerleriyle beraberken kolayca gülerim.	1	2	3	4	5
26	Başka kişiler söz konusu olduğunda ailem birbirlerine bağlı biçimde davranır.	1	2	3	4	5
27	Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden destek alırım.	1	2	3	4	5
28	Zor zamanlarda beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma eğilimim vardır.	1	2	3	4	5
29	Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi benim için kolaydır.	1	2	3	4	5
30	İhtiyacım olduğunda her zaman bana yardım edebilen birisi vardır.	1	2	3	4	5
31	Hayatımda kontrol edemediğim olaylarla başa çıkmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
32	Ailemde işleri hep beraber yapmayı severiz.	1	2	3	4	5
33	Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri yeteneklerimi beğenirler.	1	2	3	4	5

Ek-3. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

		Hiçbir zaman=0	Nadiren=1	Bazen=2	Oldukça sık=3	Hemen her zaman=4
1	Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
2	Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
3	Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
4	Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	0	1	2	3	4
5	Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
6	Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
7	Geleceğın yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	0	1	2	3	4
8	Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
9	Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
10	Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
11	Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğınız gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
12	Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
13	Yakınınızın bakımını üstlendiğınız için rahatça / kolay arkadaş edinemediğınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4

14	Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
15	Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
16	Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
17	Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
18	Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	0	1	2	3	4
19	Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	0	1	2	3	4
20	Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
21	Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
22	Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	0	1	2	3	4

Ek-4. Etik Kurul Onayı

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU			
SAYI:		Tarih: 29.11.2023	
KONU: Etik Kurulu Kararı			
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Palyatif Bakım Kliniğinde Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yükü	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
	TELEFON		
	FAKS		
	E-POSTA		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr- Cemile Savcı- Aleyna Şahintürk	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI		
	DESTEKLEYİCİ		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐ FAZ 2 ☐ FAZ 3 ☐ FAZ 4 ☐ Gözlemsel ilaç çalışması ☐ Tıbbi cihaz klinik çalışması ☐ İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐ İlaç dışı klinik araştırma ☒ Retrospektif ☐	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐	
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			
OLGU RAPOR FORMU			
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		
	SIGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2023/0833	Tarih: 29.11.2023	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekliliği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

T.C.S.B.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Sakir Sadık ÖNER

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

KONU: Etik Kurulu Kararı

Tarih: 29.11.2023

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Palyatif Bakım Kliniğinde Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yükü
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OGUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Öröloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr Öğretim Üyesi Ergül Demirçivi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Saliha Şahin	İççi		E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

T.C.S.B.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
İ. ÖNER
 Unvanı/Soyadı: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
 D. Tesis No: 2001/023

Ek-5. Kurum İzni

 T.C. KOCAELİ VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI SAĞLIK TESİSİ İZİN FORMU	
ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER	
Adı Soyadı	Aleyna ŞAHİNTÜRK
Kurum / Üniversite	İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Bölümü	Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Telefonu	
e-mail adresi	
ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER	
Araştırmanın Konusu (Araştırmanın açık)	Palyatif Bakım Kliniğinde Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yüklü
Araştırmanın Statüsü (Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.)	☒ YL Tezi ☐ Doktora Tezi ☐ Bireysel Araştırma Projesi ☐ Uzmanlık Tezi
Araştırmanın destekleyicisi var mı?	☐ Evet ☒ Hayır
Evet ise, araştırma bütçesinin kaynağı aşağıdakilerden hangisi tarafından sağlandı?	☐ Sağlık Bakanlığı ☐ TÜBİTAK ☐ Kalkınma Bakanlığı ☐ İlaç Firması ☐ Diğer (belirtiniz):
Araştırmada yer alan Danışmanlar	Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Cemile SAVCI / Prof. Dr. Ayşe OKANLI Çalıştığı Kurum: İstanbul Medeniyet Üniversitesi / İstanbul Medeniyet Üniversitesi İletişim:
Araştırma başvurusunun onaylandığı etik kurul var mı?	☐ Evet ☒ Hayır (Kurum izni alındıktan sonra etik kurul onayı alınacaktır.)
Araştırma başvurusunun onaylandığı Eğitim Planlama Kurulu (EPK) kararı var mı?	☐ Evet ☒ Hayır
Araştırmanın Amaç/Kapsamı:	Bakım verenlerde bakım yükü ve psikolojik dayanıklılık düzeyi hakkında farkındalık oluşturarak bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıklarını arttırmaya, bakım yükünü azaltmaya yönelik öneriler sunulması amaçlanmaktadır.
Araştırma Veri Toplama Yöntemi	"Yapılandırılmış Bilgi Formu", "Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği" ve "Zarit Bakım Verme Yüklü Ölçeği" kullanılması planlanmaktadır. (Ek1, Ek2, Ek3)
Araştırmanın Yapılacağı Zaman Aralığı:	Kasım 2023- Haziran 2024
Araştırmanın yapılacağı Sağlık Tesis/Oranı:	Darica Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kurumunuzda yürüteceğim çalışma esnasında, kurumun kurallarına uyacağımı, kapsam dışı hiçbir veri toplamayacağımı, veri toplarken kurumun ve kişilerin rızasını alacağımı, kurumun istemesi halinde etik kurul izni alacağımı, kurumun izin verdiği süre içinde araştırmamı yürüteceğimi, araştırmamın uzaması halinde kurumdan üniversite kanalıyla izin alacağımı, İl Sağlık Müdürlüğünün ve Hastanenin uygun bulmadığı verileri yayımlamayacağımı, taahhüt ederim.

Adı Soyadı: Aleyna ŞAHİNTÜRK

Adres:

İMZA:

Uygun Değil ise Gerekçesi:

OLUR
06.11.2023
Hastane Yöneticisi
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
EGİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Dİ. Dr. Ar. EMRE
Başhekim

Ek-6. Bakım Verme Yüğü Ölçeği İzni

19.11.2023 10:28

Mail - Aleyna Şahintürk - Outlook

Bakım Verme Yüğü Ölçeği

FADİME HATİCE İNCİ

Thu 11/16/2023 11:09 AM

To:Aleyna Şahintürk

2 attachments (222 KB)

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ.doc; Tam Metin.pdf;

Sayın Şahintürk,

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

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

Doç. Dr. Fadime Hatice İNCİ

Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM

Doç. Dr. Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli/TÜRKİYE

Ek-7. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği İzni

19.11.2023 10:29

Mail - Aleyna Şahintürk - Outlook

yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği

Nejat Basım

Mon 11/13/2023 2:29 PM

To:

3 attachments (542 KB)

psikolojik dayanıklılık olcegi_makale.pdf; Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.doc; psikolojik dayanıklılık ölçeği değerlendirme notu.pdf;

Merhaba. Mesajınızı bu adresimden yanıtlıyorum. Ölçeği çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçeğin yer aldığı makaleyi, makalenin sonunda yer alan ölçeğin word ortamındaki halini ve değerlendirme esaslarını içeren bilgi notunu ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

--

Prof. Dr. H. Nejat Basım

Başkent Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü

Bağlıca Kampüsü Fatih Sultan Mah. Eskişehir Yolu 18. Km. Etimesgut 06790 ANKARA

Ek-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“Palyatif Bakım Kliniğinde Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yüğü” başlıklı araştırma ile palyatif bakımda bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılık ve bakım verme yükü ile arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflenmektedir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, “Anket Formu” nu doldurmanız istenecektir. Formu doldurmanız ortalama 15 dakika sürecektir. Araştırma sürecinde size hiçbir girişim yapılmayacaktır. Araştırmada size ait veriler yayın ve raporda kullanılırken isminiz kullanılmayacak, veriler izlenerek size ulaşamayacaktır ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli kalacaktır. Bu araştırmaya katılmama ve katıldığınız takdirde onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmacıların bilgisi dahilinde araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecek, sizden ücret istenmeyecektir. Bilgi ve yardım için nolu telefon numarasını arayabilir veya ...adresine mail gönderebilirsiniz. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.

“Palyatif Bakım Kliniğinde Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yüğü” başlıklı araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

1. Bu araştırmayı yürüten araştırmacılar tarafından çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
2. Anketörlere araştırma ile ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
3. “Palyatif Bakım Kliniğinde Bakım Veren Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yüğü” başlıklı araştırmayı yürüten araştırmacılara bilgilerin ayrıntılarını açıklamama ve benimle ilgili sırları koruması şartıyla benimle bu çalışmayı yapmasına izin veriyorum.
4. Bu araştırma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanabileceğini kabul ediyorum.
5. Bu araştırmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Katılımcının Adı ve Soyadı, Tarih, İmza

Araştırmacı Adı ve Soyadı, Tarih, İmza

Ek-9 İntihal Raporu

Yüksek Lisans Tezi İntihal Raporu

ORJİNALLIK RAPORU

% 10	% 4	% 3	% 9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul Medeniyet Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 7
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	Şen, Ayşegül Özge. "Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinde Özgecılık Davranışlarının Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yüküne Yordayıcı Etkisi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	% 1
4	abakus.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1

Alıntıları çıkart üzerinde Eşleşmeleri çıkar < %1
Bibliyografyayı Çıkart üzerinde

8. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı ve soyadı: Aleyna ŞAHİNTÜRK

Doğum Tarihi-Yeri:

EĞİTİM BİLGİLERİ

Mezun olduğu Üniversite / Fakülte: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi - 2020

Lisansüstü eğitim bilgileri: İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı - devam ediyor

İŞ TECRÜBESİ

2021-2022: Darıca Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aşı Birimi

2022-.....: Darıca Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi

YABANCI DİLLER

Orta düzey İngilizce

SERTİFİKA

Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikası