SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

PALYATİF BAKIM HASTALARINA BAKIM VERENLERDE ANKSİYETE, DEPRESYON VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Seval ARKIN

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2017

TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasında emeği geçen ve güler yüzünü, sabrını ve ilgisini esirgemeyen tez danışmanım Başasistan Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK' e,

Asistanlık sürecim boyunca bilgilerinden ve deneyimlerinden yararlandığım başta eğitim sorumlumuz Doç. Dr. Haluk MERGEN olmak üzere kliniğimizdeki tüm uzmanlarıma, hocalarıma ve birlikte çalıştığım sevgili asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca arkamda duran ve varlıklarını her daim hissettiğim aileme, doğru ve yanlış kararlarımda yanımda olduğunu bildiğim ve hayat olaylarında psikolojik desteğini esirgemeyen; yaşı ile küçük, anlayışı ile büyük, değerli kardeşim Şeyma ARKIN' a

Teşekkür ederim…

Dr. Seval ARKIN

KISALTMALAR

WHO **:** (World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

WPCA **:** (Worldwide Palliative Care Alliance) Dünya Palyatif Bakım Kurulu

HIV/AIDS : Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome

TÜİK **:** Türkiye İstatistik Kurumu

KETEM **:** Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

TEAH **:** Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi

MECC **:** (Middle East Cancer Consortium) Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu

DSM-5 **:** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Ruhsal bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

ÇBASDÖ **:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

HADÖ **:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HAD-A **:** Hastane Anksiyete ve Depresyon- Anksiyete alt ölçeği

HAD-D **:** Hastane Anksiyete ve Depresyon –Depresyon alt ölçeği

SPSS : Statistical Package For Socıal Science

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **ii**
KISALTMALAR ..... **iii**
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ ..... **vi**
ÖZET ..... **viii**
ABSTRACT ..... **x**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**
2.1. PALYATİF BAKIM TANIMI VE TARİHÇESİ 4
2.1.1. Palyatif Bakim Tarihçesi 5
2.1.2. Palyatif Bakimin Amacı 6
2.2.PALYATİF BAKIM GEREKTİREN HASTALIKLAR 8
2.3. PALYATİF BAKIM EKİBİ 8
2.4. PALYATİF BAKIM MODELLERİ 9
2.4.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım 9
2.4.2. Ev Temelli Palyatif Bakım 9
2.4.3. Toplum Temelli Palyatif Bakım 9
2.5. PALYATİF BAKIMDA SEMPTOM YÖNETİMİ 10
2.6. PALYATİF BAKIM HASTASINA YAKLAŞIM 11
2.7. PRİMER BAKIM VERENLERİN YÖNETİMİ 12
2.7.1. Aileye Verilecek Destekler 12
2.8. DÜNYADA ve TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM UYGULAMALARI 13
2.8.1. Dünyada Palyatif Bakım Uygulamaları 13
2.8.2. Türkiye'de Palyatif Bakım Uygulamaları 14
2.9. DEPRESYON VE ANKSİYETE 17
2.10. ALGILANAN SOSYAL DESTEK 18

3.GEREÇ ve YÖNTEM 21
3.1. ARAŞTIRMA PROJESİ 21
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE SÜRESİ 21
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ 21
3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ 21
3.3. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ 21
3.4. ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ 22
3.5. ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ 22
3.6. ÇALIŞMA MATERYALİ 22
3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ 22
3.7.1. Bağımlı Değişkenler 22
3.7.2. Bağımsız Değişkenler 22
3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 22
3.9. VERİLERİN TOPLANMASI 23
3.10. KATILIMCI TANITIM FORMU 23
3.11. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADÖ) 23
3.12.ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ) 24
3.13. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ 24

4. BULGULAR 26

5. TARTIŞMA 42

6. SONUÇ ve ÖNERİLER 49

KAYNAKLAR 51

EKLER 61
Ek 1. Etik Kurul Onay Raporu 61
Ek 2. Katılımcı Bilgi Formu 62

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 1: Palyatif bakım organizasyon şeması 8

Tablo 1: Palyatif bakım hastalarında semptom prevalansı 11
Tablo 2: Bakım vericilerin sosyodemografik özelliklerin dağılımı..... 26
Tablo 3: Hasta bakım vericilerin hasta bakımı açısından özellikleri..... 27
Tablo 4: Palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların tanı, tedavi yöntemi ve günlük yaşam aktivitelerinde bakım ihtiyaçlarının dağılımı 28
Tablo 5: Anksiyete varlığına göre sosyodemografik özelliklerin dağılımı 29
Tablo 6: Anksiyete semptom varlığına göre hastanın tanı, tedavi ve bakım ihtiyacı özelliklerinin dağılımı 30
Tablo 7: Depresyon varlığına göre sosyodemografik özelliklerin dağılımı 31
Tablo 8: Depresyon semptom varlığına göre hastaların tanı, tedavi yöntemi ve bakım ihtiyacı özelliklerinin dağılımı 32
Tablo 9: Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin Hastane Anksiyete Depresyon Alt ölçekleri Puan Ortalamaları Dağılımı 33
Tablo 10: Palyatif Bakım Servisinde Yatan Hastalara Bakım Verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek(ÇBASDÖ) ve Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Puan Ortalamalarının Dağılımı n=109 33
Tablo 11: Anksiyete depresyon ve algılanan sosyal destek puanlarının bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisine yönelik Student-t testi sonuçları 34
Tablo 12: Hasta ve bakım vericilerin bazı özelliklerinin ÇBASD toplam puanları ile ilişkisi 36
Tablo 13: Yakınlık derecesi ile HADS-Anksiyete puanları arasında yapılan Tukey HSD çoklu analizi sonuçları 37
Tablo 14: Hastaya yakınlık derecesi ile HADS-Depresyon puanları arasında yapılan Tukey HSD çoklu analizi sonuçları 38

Tablo 15: Hastaya yakınlık derecesi ile Algılanan Sosyal Destek alt grubu olan ‘’Aile desteği’’ puanları arasında yapılan Tukey HSD çoklu analizi sonuçları..... 38

Tablo 16: Algılanan gelir durumu ile HAD-A, HAD-D ve ÇBASD ölçek puanları arasında yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçları 39

Tablo 17: Evde birlikte yaşanan kişiler durumu ile HAD-A, HAD-D ve ÇBASD ölçek puanları arasında yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçları 40

Tablo 18: Hasta bakım vericilerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puanla HAD- Anksiyete Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçları..... 41

ÖZET

PALYATİF BAKIM HASTALARINA BAKIM VEREN HASTA YAKINLARINDA ANKSİYETE DEPRESYON VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Dünya Sağlık Örgütüne göre Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilmesi, etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır. Palyatif Bakım uygulamaları Aile Hekimliği yaklaşımında esas kabul edilen biyopsikososyal yaklaşım ile örtüşmektedir. Bu çalışmada, Palyatif servis hastalarına primer bakım veren hasta yakınlarında algılanan sosyal destek, depresyon ve anksiyete riskinin incelenerek psikososyal açıdan değerlendirilmeleri amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Kliniğinde 3 aylık süreçte izlenen hastaların; 18 yaş ve üstü, psikiyatrik hastalığı olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 109 hasta yakını (her bir hasta için bir bakım veren) dahil edildi. Kesitsel, tanımlayıcı nitelikte olan anket çalışmasında bakım vericinin demografik bilgileri ile Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği(HADÖ) uygulandı. Hastanın tanısı ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu kaydedildi.

Veriler SPSS paket programında analiz edilerek, demografik verilerde frekans analizi, ortalama ve standart sapma; kategorik verilerde ki kare testi; sürekli değişkenler için t testi ve varyans analizi, Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi ve Pearson korelasyon analizi uygulandı. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Bakım verenlerin %82,6'sı kadındı. Bakım verenlerin %33'ü anksiyete; %55'i depresyon semptomları göstermekteydi. Kadınlarda anksiyete ve depresyon semptomları daha fazla görüldü. Bakım verenin cinsiyeti, hasta ile yakınlık derecesi, bakımda destekçi varlığı hem depresyon hem de anksiyete ile

ilişkiliydi. Ayrıca bakım ihtiyacı olan zamanın uzaması da depresyon semptomlarıyla ilişkiliydi.

Bakım verenlerin arkadaş desteği puan ortalaması 16,44±7,27; özel biri desteği puan ortalaması 14,83±7,24; aile desteği puan ortalaması 23,3±5,53 olarak tespit edilmiştir. Hasta bakım vericilerin anksiyete puan ortalamaları 8,34±5,66; depresyon puan ortalamaları 8,63±4,92 puandır.

Sosyal destek ile anksiyete puanları arasında negatif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur (r=-0.234, p=0,014).

Sosyal destek algısı ile depresyon puanları arasında negatif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur. (r=-0.225, p=0,019).

Sonuç: Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin sosyal destek algısındaki artış; anksiyete ve depresyon semptomlarında azalmayla ilişkili bulunmuştur. Palyatif bakım gereksinimi olan hastaların yanı sıra onlara bakım verenlerin de sağlık ve iyilik halini koruyabilmek için psikososyal destek sağlamaya yönelik çalışmalara (eğitim, danışmanlık, bilgilendirme materyalleri gibi) ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Psikososyal destek, biyopsikososyal yaklaşım, aile dinamikleri, bakım hizmetleri, bakım veren, destekleyici bakım.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF ANXIETY DEPRESSION AND SOCIAL SUPPORT LEVELS IN CAREGİVERS OF PALLIATIVE PATIENTS

Aim: According to the World Health Organization, palliative care is an approach that increases the quality of life of patients and their relatives who experience problems caused by life-threatening diseases by early detection of all physical, psychosocial and mental problems including pain, prevention and elimination by effective evaluations. Palliative care practices overlap with biopsychosocial approach which is accepted as the basis of family medicine approach. The aim of this study is to evaluate the psycosocial features of familycaregivers of palliative care patients at an inpatient clinic by examining perceived social support, depression and anxiety.

Materials and Methods: 109 caregivers (one who cares for each patient) who were 18 years of age or older, don't have psychiatric disease and agreed to participate in the study, were included in the 3-month follow-up at İzmir Tepecik Training and Research Hospital Palliative Care Clinic. The data were collected by face-to-face questionnaire. In the cross-sectional descriptive study, the demographic information of the caregiver, Multidimensional Social Support Scale and the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) were administered. The patient's diagnosis and dependency status in daily living activities were examined and recorded. Data were analyzed in SPSS package programme, frequency analysis, mean and standard deviation in demographic data; chi-square test in categorical data; t test and variance analysis for continuous variables, Tukey HSD multiple comparison analysis and Pearson correlation analysis. The level of significance was $p < 0.05$.

Results: 82.6% of the caregivers were female, 33% had anxiety and 55% had symptoms of depression. Symptoms of anxiety and depression were more common in females. The gender of the caregivers, the degree of intimacy with the patient and the presence of supporters in care were associated with both depression and anxiety. In addition, the required length of time for care was also related to the symptoms of

depression. The average score of the caregivers' support was 16,44 ± 7,27; the average score of special support was 14,83 ± 7,24 and the average score of family support was 23.3 ± 5.53. The mean anxiety score of the caregivers was 8,34 ± 5,66 and the mean depression score was 8.63 ± 4.92. There was a negative weak correlation between social support and anxiety scores (r = -0.234, p = 0.014). As well as the correlation between social support and depression scores (r = -0.225, p = 0.019).

Conclusion: The increase in social support perceptions of caregivers of palliative care patients was associated with a decrease in the symptoms of anxiety and depression. There is a need for psychosocial support activities (such as training, counseling, and informational materials) to maintain the health and well being of caregivers as well as patients with palliative care needs.

Key words: Psychosocial support, biopsychosocial approach, family dynamics, care services, caregiver, supportive care.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam süresinin artması, kronik hastalıklar, kanser ve tedavisi mümkün olmayan ilerleyici nörolojik hastalıkların tanısındaki artış, hastane yatışında ve tedavi süresinde uzamayı ve uzun süreli bakım ihtiyacını beraberinde getirmektedir. Hastalığın tanısı ve ardından gelen tedavi süreci; hastalık, hasta ve bakım veren kavramları ile birlikte tıbbi, psikolojik, sosyal bir yaklaşımı zorunlu kılar.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında Palyatif bakımı, "*yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır*" olarak tanımlamaktadır (1). Hastanın aile ve sosyal çevresiyle birlikte değerlendirilmesi kavramı Aile Hekimliği yaklaşımında esas kabul edilen biyopsikososyal yaklaşım ile örtüşmektedir.

Birey için aniden gelişen hastalık durumu, aile içi dinamikleri de etkileyen bir durumdur. Bakım ihtiyacı ortaya çıktığında bakım vericiler de bu yeni durumdan etkilenirler. Kanser başta olmak üzere kronik ve ilerleyici, tedavisi olmayan hastalıkların destek tedavisi ve izleminde önem arz eden palyatif bakım hastaları ve bakım verenleri psikolojik problemlerle karşı karşıyadır (2). Aile üyeleri başta olmak üzere; hasta bakımını üstlenen bireylerin hasta bakımında önemli bir rolü bulunmaktadır. Ani ve plansız gelişen bu durum, hastalık ortaya çıktıktan sonra uyum süreci gerektirmektedir (3).

Hasta bireye uzun süreli bakım verme; bakım verici aile ve yakınlar için sosyal, ruhsal ve maddi birçok alanı olumsuz etkiler. Bakım yükü, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta bozulma, yalnızlaşma ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurur. Bakım vermenin psikolojik ve fizyolojik problemlerin gelişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (4).

Özellikle kronik ve ileri evre hastalıklarda bakım veren; hastasının bakımını sağlamak için işini bırakabilir ya da çalışma süresini azaltabilir, sosyal çevresiyle bağları zayıflayabilir, özel ihtiyaçlarını, öz bakım veya günlük işlerini aksatabilir, aiesiyle ve çocuklarıyla eskisi gibi paylaşım yapamayabilir. Tüm bu nedenler, bakım

vericilerin yaşam kalitelerini ve psikolojik süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilir (6).

Kanser hastaları, kronik hastalık ve ağır psikolojik sorunları bulunanların ailelerinde ve bakımlarını üstlenenlerde de depresyon ve kaygı bozuklukları, korku, stres ve umutsuzluk yaygındır (7). İleri evre kanser hastasına bakım verenlerin, hastalarının semptomu arttıkça algıladıkları bakım yükü, depresyon ve anksiyeteye yatkınlık ve uyku problemleri arttığı fiziksel sağlıklarının bozulduğu ve yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmektedir (8,9). Rivera'nın çalışmasında kanser hastalarına bakım verenler ile kanser hastalığı dışı kronik hastalığı olan bireylere bakım verenler karşılaştırıldığında; kanser hastalarının hasta bakıcılarının depresyon, yorgunluk, uyku problemleri, konsantrasyon güçlüğü gibi sorunları daha sık yaşadıkları belirtilmektedir (10).

Literatürde birçok çalışmada, bakım verenler depresyon taramasında kesme noktası üzerinde puan almaktadırlar. Bakım verenler, klinik olarak %10-83 arasında majör depresyon tanısı almaktadır(11).

Bakım vermeye bağlı ruhsal sorun yaşama ile sosyal desteğe sahip olma arasında güçlü bir ilişki tanımlanmaktadır. Yakınlarına bakım verenlerin, ailelerinin ve arkadaşlarının desteğine, dostluğa, yalnız olmadıklarını hissetmeye, para, bilgi ve eğitim konularında yardım almaya ve sosyal ve duygusal açıdan desteklenmeye ihtiyaçları vardır (12).

Sosyal destek, kişilerin aile, arkadaş veya özel biri ile olan ilişkilerinde problemlerini paylaşabilmesi, çevreyle uyum içinde olabilmesi ve mental sağlığını sürdürebilmesi için temel bir gereksinimdir (13). Genel anlamda insanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde duygusal, sosyal ve maddi yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkilerdir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bu ilişkilerin önemli bir rolü vardır. Bireyin hayat olayları ile başa çıkmasında en önemli yardımcı sosyal desteğin varlığıdır (14).

Sosyal desteğe sahip olmak, kişilerin endişe ve çaresizlik düzeylerini azaltmakta, stresi daha tolere edilebilir kılmakta, kişilerin kendine güvenini artırmaktadır. Samimiyet, destek ve özveri temelinde kurulan arkadaşlıklar, geliştirilen insani ilişkiler sosyal destek sağlamada çok önemlidir. Sosyal destek, bireyin ihtiyaçlar hiyerarşisinde var olan; ait olma, sevgi, takdir edilme, değer görme

ve kendini gerçekleştirme gibi temel gereksinimlerinin karşılanması anlamına gelmektedir. Yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olan bireylerin, sosyal desteğe sahip olmayan bireylere oranla daha az stres yaşadıkları belirtilmektedir (15).

Literatürde bakım verenlere yönelik yapılan destekleyici uygulamalarda yetersizlik olduğu belirtilmekte olup; genel olarak üç kategoriyi kapsadığı belirtilmektedir: Bunlar: eğitim, psikoterapi/danışmanlık ve palyatif destek ihtiyacı olan hastanın evde bakımıdır (9).

Palyatif bakım gereksinimi olan hastalara iyi bir bakım sağlanması, bakım verenlerin hasta bakımı ve hastaların gereksinimleri konusunda bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri ile mümkündür. Bakım veren bireylerin fiziksel ve duygusal ihtiyaçları karşılandığı taktirde yaşadıkları stres azalacaktır. Bu durum, hastaları ile etkileşimleri sonucunda da hastaların yaşam kalitesine olumlu yönde etki sağlayacaktır (16). Literatür taramasında palyatif bakım hastalarının bakım vericilerinde anksiyete depresyon ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, Palyatif bakım merkezinde izlenen hastalara bakım verenlerde algılanan sosyal destek, depresyon ve anksiyete riskinin incelenerek psikososyal açıdan değerlendirilmeleri amaçlanmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.PALYATİF BAKIM TANIMI VE TARİHÇESİ

İngilizce‘de “Palliative” hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır. Palyatif bakım için “destekleyici bakım” ifadesi de sıklıkla kullanılmaktadır (2).

Dünyada ve Türkiye’de beklenen yaşam süresi zaman içerisinde artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) raporuna göre, 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş ve üstü kişi sayısı, 2025’te 1,2 milyona, 2050’de ise 2 milyona çıkacaktır (17).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, ülkemizde yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken, son beş yılda %17,1 artarak 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında %8,3’e yükseldi (18).

Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresi, 2002 yılında 70 yıl iken, 2020 yılında 73,9 yıla yükseleceği düşünülmüştür(19). Beklentinin ötesinde olarak TÜİK 2014-2016 verilerine göre doğuşta beklenen yaşam süresi 78 yıl olarak açıklanmıştır (20).

Yaşlı nüfusun hızlı artışı, kanser tanı, teşhis ve tedavi seçeneklerindeki gelişmeler ve kronik hastalıklar palyatif bakım ihtiyacını da beraberinde getirmektedir.

Geçmişte palyatif bakım yalnızca yaşamın son dönemlerindeki hastalar için uygun görülürken; günümüzde kronik hastalıklar ve yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerde acının hafifletilmesi, semptomatik tedavi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla daha erken dönemlerde uygulanması gerekliliği kabul görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün yeniden şekillendirdiği palyatif bakım tanımında da bu değişiklik dikkati çekmektedir. DSÖ 1990 yılında palyatif bakımı “Hastalığı ortadan kaldıran tedavilere yanıt vermeyen hastaların total bakımıdır” şeklinde tanımlamışken 2002 yılındaki palyatif bakım tanımı “yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyerek, kusursuz

bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşım" olarak güncellenmiştir(1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre palyatif bakım; kapsamlı bir değerlendirme ve tedaviyle hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesini, aynı zamanda ailenin, arkadaşların, bakım verenlerin desteklenmesini ve acılarının hafifletilmesini amaçlar. Palyatif bakımda ölüm ve yaşam normal süreçler olarak değerlendirilir. Asıl amaç kapsamlı bir teşhis, değerlendirme ile hasta ve hasta bakım vericilerin fiziksel, psikososyal, manevi olarak desteklenmesidir (1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanı doğrultusunda, Palyatif bakım merkezlerinde ağrı ve rahatsızlık veren semptomların kontrolünü sağlayan, hastayı psikososyal ve manevi açılardan değerlendiren ve destek veren, yaşamı desteklediği kadar ölümü doğal bir gidişat olarak algılayan, ölümü hızlandırma veya erteleme amacı gütmeyen; yaşamı, şartlarından bağımsız yaşanan gün sayısı olarak değil; daha az sıkıntılı bir ölüm öncesi dönem ve kaliteli bir son dönem yaşanmasını hedefleyen bir yaklaşım benimsenmiştir. Bunların yanında yas sürecinde hasta yakınlarına psikolojik destek ve yas süreci danışmanlığı vermek amaçlanmaktadır (1,21). Bu süreçte hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi temel hedeftir (22).

Geçmişte destek evleri (hospis), misafirlerin, yolcuların geçici olarak konakladığı veya kimsesizlerin barındığı yer olarak tanımlanırken; günümüzde "terminal dönemdeki hastalar ve aileleri için bakım programı" olarak tanımlanmaktadır (23). Hospis, yaşam beklentisinin 6 aydan az olduğu öngörülen hastaları ve yakınlarını desteklemek amacıyla; rahat, huzurlu ve kaliteli standartlarda son günlerin geçirilmesine olanak tanımaktadır (24). Tedavi edici değil; terminal dönem hastalar ve bakım verenleri için destekleyici ve bireysel bakım veren yaklaşım ile hizmet vermektedir (25).

Palyatif bakım uygulamasında ise tedavisi mümkün olmayan hastalığa tanı konmasından itibaren son ana dek ve yine ölüm sonrası süreçte aileye yas dönemi açısından destekleyici tedavi sağlanır (24).

2.1.1. Palyatif Bakim Tarihçesi

Palyatif bakım uygulamaları ilk olarak 11.yüzyılda ortaya çıkmıştır. Yolculuk sırasında sağlık problemi yaşayanların tedavi edilmesi amacıyla, din kökenli gönüllülerden oluşan topluluklardır. Daha sonra; 1967 yılında İngiltere'de; 1975 yılında Kanada'da; 1983 yılında Almanya'da palyatif bakıma yönelik merkezler kurulmaya başlanmıştır (26). Fransa'da 1842 yılında Jeanne Garnier, hospis (son dönem hasta bakımı) uygulamasını başlatmıştır. Hemşirelik ve sosyal çalışma uzmanı ve hekimlik üzerine eğitim almış olan Cicely Saunders, ileri evredeki kanser hastalarının ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesindeki yetersizliği fark etmiştir (27). Bu alanda çalışmalar yapmıştır ve dünya çapında hospis hareketinin öncüsü olmuştur. Modern anlamda ilk hospisi; "St. Christopher's Hospis" adı altında 1967'de Londra'da kurmuştur (28). Cicely, ''hospis'' veya ''palyatif'' kelimelerinin tercihi hususunda terminolojinin doğruluğundan ziyade işlevine ve verilecek olan hizmetin doğruluğuna dikkat çekmiştir. St. Christopher's Hospis'i bir model merkez olarak tanımlamıştır. Dünya çapında her toplumun kendi ihtiyaçlarına göre palyatif bakım sistemleri geliştirmelerini önermiştir (27). Dünya çapında büyük bir eksiklik olan palyatif bakım ve hospis uygulaması hızla yayılmıştır. İlk palyatif servisi 1975 yılında Kanada Montreal'de Royal Victoria Hastanesi'nde kurulmuştur. Almanya'daki ilk palyatif servisi ise 1983'de Köln Üniversite Kliniği'nde açılmıştır. Ardından tüm dünyada, özellikle kanser ve kronik hastalıklardaki artış göz önüne alınarak, palyatif bakım felsefesi ve akımı gelişerek ve değişerek bugünkü halini almıştır (29).

Ülkemizde ise Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul Yeşilköy'de kurulan "Kanser Bakımevi" 1993-1997 yılları arasında hizmet vermiştir (30). 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Hastanesi tarafından 120 odalı eski bir Ankara evi alınarak restore edilip "umut evi" olarak açılmıştır. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan "2009-2015, Ulusal Kanser Kontrol Programı" nda palyatif bakım programı da tanımlanmıştır. Ancak palyatif bakım merkezlerinin kurulması 2012-2013 yıllarında ivme kazanmış olup günümüzde hala gelişimini sürdürmektedir (31).

2.1.2. Palyatif Bakimin Amaci

Yaşamın son dönemlerini kaliteli ve en az sıkıntı ile geçirmek her insanın en doğal hakkıdır. Son dönemdeki hastanın yaşam kalitesini yükseltebilecek bakım ortamları, hospis sistemleri ya da bakım için uygun hale getirilmiş kendi evleridir (32). Ülkemizde yaşam sonu bakım sistemleri yeterli olmadığı için yoğun bakımlarda gereksiz yatak işgal eden hastalar olduğu gibi; hastaneye ulaşamayan kişiler de yaşamlarının son günlerini evde acı içinde geçirmektedirler. Palyatif bakım; ağrı başta olmak üzere semptomların kontrolünü sağlayarak, acısız bir yaşam sonu bakım vermeyi, onurlu bir son dönem yaşanmasını ve onurlu ölüm gerçekleştirilmesini amaçlar (33). Hastalığın erken dönemlerinden başlanarak hasta ve ailesine olabilecek en iyi yaşam kalitesini sunmayı hedefler. K açınılmaz olan ölümü hızlandırma veya erteleme amacı gütmez. Hasta ve bakım vericilerin kültürel ve dini değerleri, inançları doğrultusunda; hastanın ölüme kadar aktif bir yaşam sürmesi için destek sistemleri sağlar (34). Hasta bakım vericilere, bu sıkıntılı süreçte hasta bakımı konusunda bilgilendirme yaparak onların da bu sürece aktif katılımını sağlamayı amaçlar. Hastaların palyatif semptomatik tedavisinde; ağrı, bulantı, kusma, kaşeksi, beslenme yetersizliği, halsizlik, dispne, ödem ve dolaşım bozukluğu, basınç ülseri, yorgunluk, oryantasyon bozukluğu, deliryum ve anksiyete gibi semptomların kontolü hedeflenir (32).

Özellikle yaşamın son döneminde, sürekli veya yardımla bakım desteği ihtiyaçları olan ve başkalarına yük olma kaygısı taşıyan; kaçınılmaz olan ölüme ağrı ve acı içinde yaklaşma ve öldükten sonra geride bırakacaklarıyla ilgili endişeli olan hastalar için multidisipliner yaklaşımla tıbbi bakım desteği yanında psikolojik destek de sağlamak amaçlanır.

Palyatif bakımın hedeflerini özetlemek gerekirse;(35)

· Yaşamı destekleyerek ölümü de yaşam gibi normal değerlendirirken; ölümü erteleme veya hızlandırma amacı taşımaması

· Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların kontrolü

· Acısız, kaliteli bir ölüm öncesi yaşam sağlanması

· Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönleri ile ele alınması

· Hastaların, mümkün olduğunca aktif yaşam sürmelerinin desteklenmesi

· Ekip yaklaşımı ile aileye, ölüm ve yas sürecinde danışmanlık sağlanması

· Hastalığın erken evrelerinde kemoterapi ve radyoterapi sonrası komplikasyonların tanınması ve yönetimi

· Yaşam kalitesini arttırmakla birlikte hastalık sürecinin de olumlu etkilenmesi

2.2.PALYATİF BAKIM GEREKTİREN HASTALIKLAR

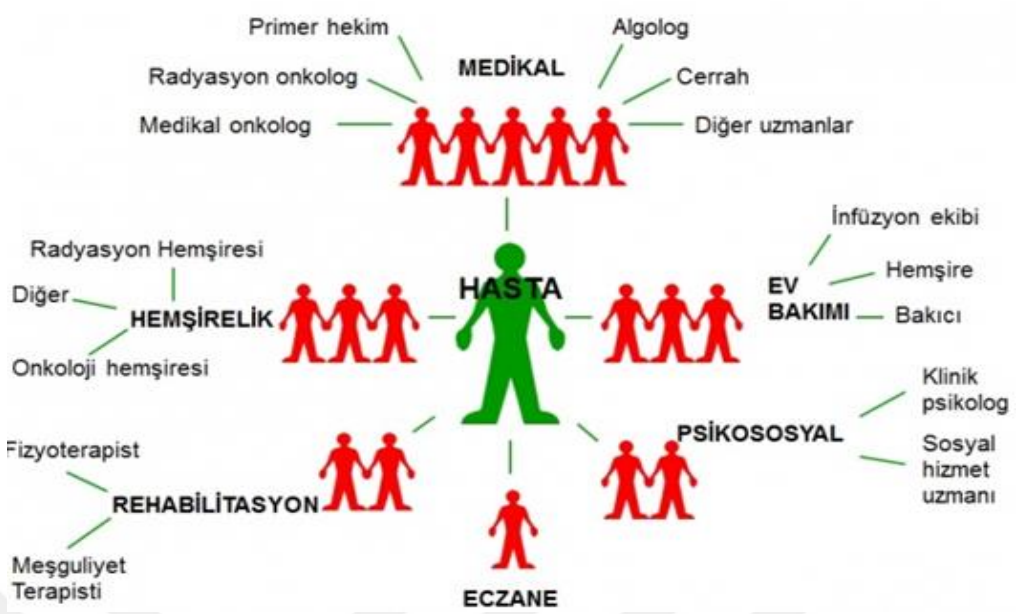
Dünya Palyatif Bakım Kurulu (WPCA; The Worldwide Palliative Care Alliance) palyatif bakım gerektiren tıbbi durumları (veya hastalıkları) şu şekilde tanımlamıştır (1):

Erişkinlerde palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Kanser, alzheimer demans ve diğer demanslar, kardiyovasküler hastalıklar (ani ölümler hariç), siroz, kronik obstüriktif akciğer hastalığı, diyabetes mellitus, HIV/AIDS, böbrek yetmezliği, multiple skleroz, Parkinson hastalığı, romatoid artrit, ilacı rezistans tüberküloz.

Çocuklarda palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Kanserler, yenidoğan hastalıkları, konjenital anomaliler, kardiyovasküler hastalıklar, kan ve immün bozukluklar, siroz,menenjit, HIV/AIDS, nörolojik bozukluk, böbrek hastalıkları

2.3. PALYATİF BAKIM EKİBİ

Palyatif bakım hizmeti multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım sergiler (2,36). Multidisipliner ekipte; primer hekim, medikal onkolog, radyasyon onkoloğu, algoloji uzmanı, anestezi uzmanı, iç hastalıkları uzmanı, psikiyatri uzmanı, göğüs hastalıkları uzmanı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, genel cerrahi uzmanı, hemşireler, fizyoterapist, klinik psikolog gibi deneyimli ve eğitimli sağlık personelleri; gönüllüler ile gerektiğinde din görevlileri de bulunmaktadır (31) (Şekil 1).



Şekil 1: Palyatif bakım organizasyon şeması (31)

2.4. PALYATİF BAKIM MODELLERİ

Hasta ve bakım vericilerin dini inanışları, kültürel değerleri ve gelenekleri göz önünde bulundurularak uygun psikososyal fiziksel ve manevi desteğin sağlanması amacıyla palyatif bakım modelleri oluşturulmuştur (1).

Palyatif Bakım modelleri üç başlık altında değerlendirilmektedir.

2.4.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım

Çoğunluğunu kanser hastalarının oluşturduğu palyatif bakım hastalarının psikososyal açıdan genel servislerde takip edilmeleri uygun olmayabilir (37). Bu nedenle hastane temelli palyatif bakım hizmetleri son yıllarda hızla gelişmektedir. Bu programlar ağrı başta olmak üzere semptomların giderilmesi ve yüksek riskli kompleks hastaların bakım kalitesinin arttırılması amaçlı gerekli bakımların verilmesi ve bakım maliyetinin azaltılmasını yönünde etkili olmuştur(21). Yataklı palyatif bakım üniteleri, kaynak kullanımını ve bakım maliyetini azaltan bir uygulama olarak kabul görmektedir(37).

2.4.2. Ev Temelli Palyatif Bakım

Palyatif bakım kapsamındaki hastalar için primer bakım ortamının ev ortamı olduğu vurgulanmaktadır. Evde palyatif bakımda amaç, hastanın daha huzurlu hissedeceği kendi ev ortamında palyatif tedavilerin verilmesidir. Halen Türkiye'de

yeterince yaygınlaşmamıştır (37). Palyatif bakımın evde bakım modellerinde palyatif bakım üniteleri ile koordine çalışılarak; özellikle son dönem kanser hastalarında semptom kontrolü sağlanabilmektedir (21).

2.4.3. Toplum Temelli Palyatif Bakım

Ayaktan tedavi edilebilecek hastalar için oluşturulmuş bir bakım sistemidir. Maliyet etkin bakım sunan, semptom kontrolü ve beslenme desteği gibi uygulamaların yanında hasta ve hastaya bakım verenlerin psikososyal olarak desteklendiği bakım modelidir (38). Ayrıca hastaya bakım verenlere emosyonel destek ve son dönem hasta bakımı ile ilgili eğitimler de verilmektedir (36).

2.5. PALYATİF BAKIMDA SEMPTOM YÖNETİMİ

Palyatif bakım alan kanser hastaları başta olmak üzere, kronik hastalığı olan hastalar ve sürece eşlik eden aileler, bakım vericiler; tedavi sürecinde ve terminal dönem boyunca birçok semptomla karşılaşmaktadır. Palyatif bakım servisi, hastanın semptomları kontrol altına alınamadığında ya da evde bakım yetersiz kaldığında hastayı kabul etmektedir. Palyatif bakım alan hastalarda semptomların şiddetini azaltmak, hasta ve bakım vericilere psikolojik destek vermek öncelikli amaçtır (39).

Palyatif bakım hizmetleri kapsamına giren; hastanın kişisel bakım ve hijyeni (yatak banyosu, saç yıkama, ağız bakımı vs.), beslenme desteği, tuvalet ihtiyacının karşılanması, taşınması ve hareket ettirilmesi, yatak pozisyonu verilmesi gibi pek çok konu yaşam kalitesini artırmaya yönelik faktörlerdir (32).

Teunissen ve arkadaşları 2007 yılında; 46 farklı çalışmanın yer aldığı ve 26,223 kanser hastasının semptom sıklığının incelendiği bir çalışma yapmıştır. Araştırma sonucuna göre 37 farklı semptom belirlenmiştir. Hastaların % 50"sinden fazlasında ağrı, yorgunluk, enerji azlığı, zayıflık ve iştah kaybı gibi semptomlar olduğu belirlenmiştir (40).

Palyatif bakım alan kanser hastalarında, yaşam kalitesini en çok bozan ve hasta ve ailesini en çok endişelendiren semptomlardan biri ağrıdır. Palyatif bakım kliniğine kabul edilen hastaların %90'ının ağrı yaşadığı gösterilmiştir (39). Walsh ve ark. nın ileri evre 1000 kanser hastası üzerinde yaptığı bir çalışmada en yaygın semptomlar; ağrı, çabuk yorulma, halsizlik, anoreksi, ağız kuruluğu, kabızlık, dispne, kilo kaybı, çabuk doyma olarak tespit edilmiştir (41).

Breivik ve ark.nın 5084 kanser hastası üzerinde yaptığı bir çalışmada ise hastaların son bir ayda %56 oranında orta ve şiddetli düzeyde ağrı yaşadıkları ve %69'unun günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği saptanmıştır (42).

Tablo 1: Palyatif bakım hastalarında semptom prevalansı (41)

SEMPTOM	%
Ağrı	84
Çabuk yorulma	69
Güçsüzlük	66
Anoreksi	66
Enerji azlığı	61
Ağız kuruluğu	57
Konstipasyon	52
Çabuk doyma	51
Dispne	50
Kilo Kaybı	50
Uyku problemleri	49
Depresyon	41
Öksürük	38
Ödem	28
Anksiyete	24
Kusma	23
Konfüzyon	21
Dispepsi	19
Disfaji	18
Diare	8

2.6. PALYATİF BAKIM HASTASINA YAKLAŞIM

Palyatif bakımda hasta yaklaşımında klinisyenin benimsemesi gereken önemli bir prensip hasta merkezli iletişimdir. Bu süreçteki güçlü bir hekim hasta/hasta bakım verici iletişimi, duygusal ızdırap ve yanlış kararlar vermenin önüne geçmektedir. Hekim aktif bir dinleme ardından, hastanın kendini ifade etmesine izin vermelidir. Hekim hasta ile ilgili planlarından ve anlatacaklarından ziyade hastayı dinlemeye, hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını ve kaygılarını anlamaya çalışmaya odaklanmalıdır. Önerilen yöntem "sor-anlat-sor" yöntemidir. Hekim ilk önce hastaya, kendi bakış açıları ile mevcut durumu anlamaları için sorular sorarak yönlendirir. Sonra mutlaka tıbbı bilgilendirme yapar. Ardından tekrar sorular yönelterek verilen tıbbi bilgilerin anlaşılıp anlaşılmadığını teyit eder (43).

Diğer yandan hastaya dini ve spirütüel açıdan destek sağlamak; hastaların son dönemlerinde depresyon riskini azaltmakta ve hayata dair amaç ve hissedilen desteği artırmaktadır.

Palyatif bakım ekibi ve klinisyen hastanın endişelerini giderme, insancıl olma, kötü haber vermede hassas davranma, hastayı aktif dinleme, bakım vericilerin sorularını yanıtlamada istekli olma ve bu sürece hazırlanmalarında bakım veren bireylerin ve hasta yakınlarının rehberlik etme konularında beceriler geliştirmelidir (44).

Beklentiler, umutlar, hedefler ile endişeler, kaygılar ve korkular arasındaki geçişler iyi yönetilmelidir. Hasta ve ailesinin hastalığa ve ölüme yaklaşımlarını kültürel ve dinsel faktörler etkileyeceğinden bu farklılıklara uygun yaklaşımlarda bulunulmalıdır. Hasta duygularını öğrenebilmek için doğrulama yapmak ve empati kurmak, hasta-doktor ilişkilerini güçlendirecek ve sonraki adımlara ve tedavi sürecine uyumu kolaylaştıracaktır. Tüm ekibin hastalara empati ile yaklaşması gerekmektedir (2).

2.7. PRİMER BAKIM VERENLERİN YÖNETİMİ

Palyatif bakımın; hasta ve hastaya bakım veren kişilerin en erken zamanda bilgilendirilmeleri ve yaşanacak yas sürecinin desteklenmesinde etkin bir rolü vardır (45). .

Hasta ve bakım verenlerin en çok merak ettikleri konu hastalığın seyri ile ilgilidir. Bu konuda gerçekçi olunması ve uygun yanıtların verilmesi zamanla kabullenme duygusunu ve yas süreci yönetimini olumlu etkileyecektir. Hastanede kalış süresi ve taburculuk ile ilgili de yaklaşık süreler verilmelidir. Süreyi uzatabilecek faktörler anlatılmalıdır (45).

2.7.1. Aileye Verilecek Destekler (2)

• Yas süreci, üzüntü duyguları ile başa çıkmada yardım

• Hastaya uygulanması gereken girişimlerle ilgili ve alınacak kararlar ile ilgili bilgilendirme yapılması, eğitim verilmesi

• Hastalarını nasıl rahatlatacaklarını ve onlarla nasıl konuşulacağını öğretmek

• Bakım konusunda kendilerinin yapabilecekleri görevlerin öğretilmesi

• Son dönem hasta bakımı konusunda bilgilendirmek

•Ailenin maddi ve manevi gereksinimlerini göz önünde bulundurarak; yönlendirme ve yardım sağlanması

2.8. DÜNYADA ve TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM UYGULAMALARI

2.8.1. Dünyada Palyatif Bakım Uygulamaları

Palyatif bakım anlayışı ilk kez 1960'lı yıllarda "Hospis" hizmetleri adı altında İngiltere' de Dr. Cicely Saunders tarafından başlatılmıştır. St. Christopher's Hospis adı altında 1967'de Londra'da ilk Hospis'i kurulmuştur. Sonra sırasıyla Kanada (1973, Royal Victoria), ABD (1987, Hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya (1990) şeklinde hospis akımı dünya ülkelerine yayılmıştır (46).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yoğun bakım yatakları ve kaynakları kısıtlı, üniteler özellikli ve pahalıdır. Yoğun bakım üniteleri, akut olay düzeltildikten sonra yaşama şansı olan hastaların bakımını ve tedavisini veren ünitelerdir. Bu ünitelerde kaynaklar, tedavi şansı olmayan ve ölümün kaçınılmaz olduğu terminal dönem hastalar için kullanılmak istenmemektedir. İngiltere'de ve Amerika'da tüm hastane harcamalarının %27-30'u terminal dönem hastalar için yapılmıştır. Hastanelerin bakım maliyetlerin büyük kısmı, son dönem hastaların tedavilerine ve bakımlarına harcanmıştır (47). Kanser, kronik hastalıklar ve artan yaşlı nüfus da göz önünde bulundurulduğunda ve maliyet etkin bir bakım sunumu sağlayan palyatif bakım gerekliliği ve önemi öne çıkmaktadır (48). Bugün dünyada palyatif bakımın en gelişmiş olduğu ülkeler Amerika San Diego bölgesi ve İspanya'nın Katalan Bölgesi olup hemen her türlü palyatif bakım hizmeti verilmektedir.

Birleşmiş Milletlere bağlı 234 ülkede palyatif bakım hizmetlerinin gelişim düzeyleri belirlenmiştir. 'Dünya Palyatif Bakım Birliği' (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) 2014 raporuna göre dünya genelinde palyatif bakım hizmetleri dört gruba ayrılmıştır (1):

"Grup 1" hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri bulunmayan ülkeler; %32'ünde (75 ülkede) Senegal, Afganistan, Nijer, Gine, Kore Türkmenistan, Özbekistan, Yemen Cook Adaları, Somali, Çad, Gine Tonga gibi

“Grup 2” Hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri yapılanmamış ve henüz yeterli olmayan ülkeler; %10’inde (23 ülke) Azerbaycan, Dominika, Bolivya, Haiti, Vatikan, Surinam, Fiji, Bahama Adaları, Tacikistan, Papau Yeni Gine, Katar, Madagaskar, Filistin gibi

“Grup 3” hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri yerel ve/veya bölgesel hizmetlerle sağlanan ülkeler; , % 39’ünde (91 ülke)

‘’Grup 3a” palyatif bakım aktivitesi olan ancak bu aktivitenin desteklenmediği ülkeler ;74 ülke (%31) Bangladeş, Angola, Bahreyn, Bulgaristan, Brezilya, Mısır, Kolombiya, Jameika, Yunanistan, Kazakistan, İran, Irak, Vietnam, Venezuela, Birleşik Arap Emirlikleri, Tayland, Tunus, Moldova, Meksika, Kırgızistan, Rusya gibi

“Grup 3b” ***Türkiye***’nin de içinde bulunduğu palyatif bakım aktivitelerinin yerel/bölgesel olarak desteklendiği ülkeler; 17 ülke (%7.3) Portekiz, Kıbrıs, Arjantin, Malta, Türkiye, Hindistan, Nepal, Litvanya, Arnavutluk, Hırvatistan Bosna-Hersek, Gürcistan, Ürdün gibi

“Grup 4” Hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisine yaygın olarak entegre olmuş ülkeler şeklinde belirtilmiştir. %19’unda (45 ülke)

‘’Grup 4a” hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisine yaygın olarak entegre olma aşamasında olan ülkeler; 25 ülke (%10.7) Kosta Rika, Çin, Danimarka, İsrail, Finlandiya, Macaristan, Kenya, Yeni Zelanda, Malezya, Moğolistan, Hollanda, Slovenya, İspanya gibi

“Grup 4b” hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisine yaygın olarak entegre olmuş ülkeler; 20 ülke (%8.6) Romanya, Singapur, İsveç, İsviçre, Uganda, İngiltere, ABD, Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, Hong Kong, İzlanda, İrlanda, İtalya, Japonya, Norveç, Polonya

2.8.2. Türkiye’de Palyatif Bakım Uygulamaları

Türkiye’de palyatif bakım; bu konuda eğitimli sağlık çalışanlarının azlığı ve semptom yönetiminde etkin bir rolü olan morfine ulaşımın zorluğu gibi nedenlerden dolayı uzun yıllar göz ardı edilmiştir. 1990’ların başında ulusal bir palyatif bakım programının olması gerektiğinin farkına varılmış; ancak 2010 yılına kadar ufak tefek çabalar haricinde etkin bir girişimde bulunulmamıştır (49).

Türkiye'de hastalara uzun süreli palyatif bakım verebilecek hospis kavramına benzeyen ilk kuruluş olarak Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul'da kurulan "Kanser Bakımevi", 1993- 1997 yılları arasında hizmet vermiştir. Hasta ve yakınlarını tarafından hospis kavramının tam olarak anlaşılamaması ve finans problemleri nedeniyle kapanmıştır (50). Bir diğer "hospis" girişimi ise 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından tarihi bir Ankara evinin 12 odalı bir hospise dönüştürülmesidir. Ancak yasal düzenlemelerin yetersizliği nedeni ile bu ev "Hacettepe Umut Evi" adı altında kanserli hastalara hizmet vermiştir (30). Ülkemizde gerçek anlamıyla hospis olarak nitelendirilebilecek kurumlar henüz yoktur. Ortadoğu Kanser Konsorsyumu'nun (Middle East Cancer Consortium) (MECC) 2005 yılı Palyatif Bakım Raporu'nda, ülkemizde yedi palyatif bakım ünitesi bulunduğu raporlanmış olup; Ankara ile İstanbul'da yataklı hospis merkezi kurulma çalışmaları olduğu belirtilmektedir (51).

Sağlık Bakanlığı 2010 yılında, palyatif bakım organizasyon modeli geliştirmek amacıyla çalışmalara başlamıştır. Üniversite hastaneleri kapsamında 10 adet palyatif merkez kurulmuştur. "2009-2015, Ulusal Kanser Kontrol Programı'nda, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından; birinci basamak sağlık hizmetleri odaklı, dünyadaki ilk toplum tabanlı palyatif bakım projesi olan PALLİA-TÜRK projesi tanımlanmıştır (21,30). 2014 yılında palyatif bakım uygulamaları geri ödeme kapsamına alınmıştır (52). Ulusal kanser programı ile Türkiye'nin 2023'e kadar olan hedefleri çizilmiştir (53). Ülkemiz 2011 yılında DSÖ sınıflamasında Grup3b' ye yükselen sayılı ülkeler arasına girmiştir (54).

Ülkemizde 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete' de yayınlanan 'Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik' ile palyatif bakımınn gelişmesine yönelik ilk adım atılmıştır. Evde sağlık hizmetleri yasal düzenleme altına alınmıştır. Evde bakım tedavi hizmeti gösteren özel kuruluşların Sağlık Bakanlığı'ndan uygunluk belgesi alması zorunluluğu getirilmiştir. 01.02.2010 tarihinde ise 'Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge' yayınlanmıştır. Buna göre evde sağlık hizmetleri kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezlerince verilmeye başlanmıştır. Aile hekimlerinin, yönerge gereğince görevi ise kendisine kayıtlı hastaların tıbbi durumlarına göre evde sağlık hizmeti alması gereken kişileri değerlendirip uygun

tedaviyi belirlemek, bilgi vermek ve yönlendirmek yönündedir (55,56). Evde sağlık hizmeti, çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini de içine alan bakım hizmeti olarak tanımlanmıştır (57).

Türkiye'de modern anlamda, palyatif bakım uzmanları tarafından hizmet verilen kapsamlı palyatif bakım merkezi bulunmamaktadır. Tıp fakültelerinde palyatif bakım bilim dalları henüz kurulmamış ve palyatif bakım uzmanlığı eğitimine başlanmamıştır. Palyatif bakım çoğunlukla diğer branş hekimleri tarafından sürdürülmektedir (54).

İlk "Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi", S. B. Ulus Devlet Hastanesi'nde açılmıştır. Uzun yoğun bakım yatışı gerektiren ve taburcu edilemeyen veya palyatif bakım gerektiren hastaların kabulünü sağlayan bir bakım hizmeti sunulmaktadır. Palyatif bakımda, semptomatik tedavi verilen hastaların bakım verenlerine, bakım eğitimi ve tıbbi destek sağlanmakla birlikte "Sağlık Bakanlığı" ve "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı" arasında ortaklaşa sürdürülen protokolle sosyo-ekonomik açıdan yetersiz olan hastalar desteklenmektedir (58).

2015 yılında Yeni Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yürürlüğe girmiştir. Palyatif bakım merkezlerinin tanımı, fiziki şartları, yetki ve sorumlulukları, hizmetin kapsamı, eğitim ve denetimi ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır (30). Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu internet sayfasından alınan 2017 yılı verilerine göre 76 ilde toplam 2745 yataklı palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır (59). TEAH Palyatif Bakım Merkezi ise 2013 yılı Nisan ayında İzmir'de pek çok kurum ve kuruluşun desteğiyle multidisipliner bir ekibin bir araya gelerek çeşitli protokoller oluşturduğu ''Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştayı'nda'' alınan kararlar doğrultusunda kurulmuş ve 2013 yılı Haziran ayında hizmet vermeye başlamış; öncü klinikler arasında yerini almıştır (60). Halen 32 tescilli yatağı ile sağlık hizmeti sunan TEAH palyatif bakım merkezi tescilli yatak kapasitesi en fazla olan ilk 8 klinik arasında yer almaktadır.

2.9. DEPRESYON VE ANKSİYETE

Dünya üzerinde depresyon, birinci basamakta en sık görülen psikiyatrik hastalıktır. Birinci basamak sağlık birimlerinde erken tanı ve değerlendirme ve yönlendirmenin yapılması açısından en önemli psikiyatrik hastalıktır (61).

Depresyon, belirli bir sebebi olmadan kişinin kendini devamlı üzüntülü, melankolik veya kederli hissetmesidir. Bu duruma yoğun bir bunaltı, değersizlik, çökkünlük, güçsüzlük, isteksizlik gibi duyguların eşlik ettiği bir duygu durum bozukluğudur (62). Depresyon tanısı DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ölçütleri ile konulmaktadır(62). En az 2 hafta süren çökkün duygu durum, ilgi ve istek kaybı veya zevk alamama gibi belirtilerden en az biri olmalıdır. Bunun yanında; kilo ve uyku sorunları, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon, yorgunluk veya enerji kaybı, boşluk hissi, suçluluk ve değersizlik, çaresizlik hisleri, konsantrasyon bozuklukları ve ölüm düşüncesi gibi bulguların en az dördünün bulunması tanıyı koydurtur (61,63).

Anksiyete ise, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, rahatsız edici bir endişe, huzursuzluk ve korku duygusudur (63). Kişinin nedeni belirsiz bir endişe, kötü bir şeyler olacağı korkusu yaşamasıdır. Huzursuzluk, gerginlik, sinirlilik, tedirginlik, kas ağrıları ve seyirmeler, baş, boyun, sırt ağrıları, el titremeleri, aşırı uyarılma, tepkilerde aşırılık, uyku sorunları, düşünceyi yoğunlaştırmada zorluk, ateş basması, terleme, çarpıntı, bulantı, kulak çınlaması, boğazda düğümlenme hissi gibi klinik belirtiler gösteren bir kaygı bozukluğudur (64).

Anksiyete bozukluğu DSM-5 ölçütleri ile konulmaktadır (62). En az 6 aylık bir sürenin çoğu gününde, hayat olayları ile ilgili aşırı anksiyete ve endişe duyma durumudur. Kişi, endişesini kontrol etmekte zorlanır. İşlevsellikte bozulmaya sebep olur. Anksiyete ve endişeye, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha fazlası) eşlik eder (64).

1) huzursuzluk ya da gergin ya da diken üstünde olma hissi
2) kolay kızma
3) düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin boşalmış gibi olması
4) çabuk yorulma
5) kas gerginliği
6) uyku bozukluğu.

Anksiyete sempatik, parasempatik ve endokrin uyarıların sonucunda gelişen hipertansiyon ve taşikardi,terleme gibi bulgularla ilişkilidir (65).

Kanser hastasına bakım verenlerin; hastalarının semptomlarını izleme ve kontrol etme, tıbbı tedavilerinin devam ettirilmesi, duygusal destek verme, hastaları için uygun çevre ve bakım donanımı sağlama gibi görevleri vardır. Bakım vericiler bu görevleri yerine getirirken sıklıkla stres yaşamaktadırlar (9).

Yapılan çalışmalarda kanser hastasına bakım verenlerin hastalarının evde bakımında en fazla hareket ettirme, günlük yaşam aktivitelerine yardım etme, semptom yönetimi, evde tıbbi tedavinin devamı ve sağlık personeli ile iletişim konularında güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (9).

Primer bakım verenlerin hastalık sürecindeki psikolojik durumları, hastalığın evresi ve süresi, prognozunun kötüleşmesi, yaşadıkları güçükler ve bunlara bağlı artan stress ve endişe gibi faktörler ile yakından ilgilidir.Yapılan araştırmalara göre; bakım verenin bakım yükünün artması, fiziksel ve psikolojik sağlıkta olumsuz etkilere yol açmaktadır (66).

Sherif ve ark.nın çalışmasında ise terminal dönem kanser hastasına bakım verenlerin anksiyete ve depresyon puanlarının, kronik hastalık tanısıyla takip edilen bireylerin bakım vericilerinden daha yüksek ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (67). Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda; hastanın yanı sıra hasta yakınlarının da spirütüel, psikolojik, sosyal ve fizyolojik açıdan desteklenmesi ve izlemi palyatif bakım görev kapsamında önemli bir yere sahiptir.

2.10. ALGILANAN SOSYAL DESTEK

Sosyal desteğin tanımı ile ilgili çeşitli görüş ayrılıkları olmakla birlikte genel olarak, bireye stres altında ve zor şartlarda, yakından bağlı olduğu eşi, ailesi, arkadaşı veya özel biri tarafından verilen maddi- manevi yardım olarak kabul edilebilir.. Cobb sosyal desteği, kişinin sevildiğini ve değer verildiğini hissettiği, karşılıklı güven ve iş birliğine dayanan bir iletişim içinde bulunduğunu bildiği özel bir bilgi olarak tanımlamaktadır (68,69).

Sosyal destek, bireyin ihtiyaçlar hiyerarşisinde var olan; ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme gibi temel gereksinimlerinin arkadaşları, ailesi, üstleri veya profesyonel danışmanlar gibi başka bireylerle kurduğu etkileşim sonucunda karşılanması anlamına gelmektedir (70). Kişi yetilerinin yetersiz kaldığı

veya tükendiğini hissettiği zamanlarda güvende hissettiği sosyal çevresi ile etkileşim içinde olmak ve desteklenmek ihtiyacı içindedir.

Sosyal destek kavramının temelinde, bireyin çevresi tarafından sevilme, saygı duyulma, değer ve ilgi görme, kabul edilme, sorumluluk alma ve bir gruba ait olma gibi gereksinimlerin bulunduğu varsayımı yatmaktadır. Bu gereksinimlerin kişinin fizyolojik ve psikolojik sağlığı üzerinde önemli etkisi olduğu düşünülmektedir (71). Stres faktörü olsun ya da olmasın sosyal destek kişinin sağlığını doğrudan etkilemekte, sosyal destek yokluğu da doğrudan hastalık oluşumuna yol açmaktadır. Kişinin eş, evlat, arkadaş, sevgili ya da komşu gibi birbirinden farklı rollerinin olduğu sosyal yaşantısı içinde; seviliyor, değerli bulunuyor, gerektiğinde yardım görüyor olması, kendini o ölçüde mutlu ve güvende hissetmesini sağlar. Bunun tersine, sosyal ilişkiler yetersiz ya da bozuk olduğunda, ruhsal hastalıklar ve anksiyete bozuklukları sık yaşanır (72).

İnsan davranışının ve gelişiminin anlaşılabilmesi bakımından bir kısım psikoterapistler, iç psişik faktörler ve birey üzerinde odaklaşırlarken, diğer bir grup terapistler bireyin sosyal ilişkileri, sosyal çevresinin önemini vurgulamışlardır. Bireyin ailesi, arkadaşları, sosyal çevresi ve sosyal destek sistemi içindeki diğer faktörlerin rolü üzerinde yoğunlaşılmıştır. Bireyin ailesi, arkadaşları, karşı cins arkadaşı, iş arkadaşları, komşuları, dinsel veya etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum gibi faktörler o bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır (73).

Hastalık sürecinde ise yalnızca hasta bakımıyla yakından ilgilenenler değil, çok daha geniş kapsamdaki kişiler de etkilenmektedir. Hastalar kadar, hastaya destek verenlerin kendilerinin de sosyal olarak desteklenmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Bu da sosyal destek kavramının önemini artırmaktadır (74).

Literatürde sosyal desteğin; duygusal destek, maddi destek ve bilişsel destek olarak 3 sınıfa ayrıldığı görülmektedir (71).

1-**Duygusal destek**; bireyin sevgi, şefkat, güven, ilgi, anlayış, kabul görme, değer verilme, empati ve bir gruba ait olma gibi temel gereksinimlerini karşılar. Bireyin kişiler arası ilişkilerinde kabul edildiği, değer verildiğini gösterir. İnsan yaşamındaki zorlu dönemlerde ve stres yaratan olaylarla baş etmede duygusal destek oldukça önemlidir. Hastaya bakım vericilerde, alınan duygusal destek hastaya

yansıtacakları olumlu ve motivasyonel süreçle yakından ilgilidir. Hasta bakımını üstlenenlerin psikolojik iyilik halinin desteklenmesi, hastaların tedavi ve uyum süreçlerinde faydalı olacaktır.

2- **Maddi destek**; bireyin günlük görevlerini yerine getirebiliyor olması ya da maddi gereksinim halinde başkaları tarafından sağlanan maddi desteği içine almaktadır. Örneğin; işsiz kalan bir bireye yakının bir iş bulması, hasta bir bireye komşusunun yemek götürmesi, yeni anne olan bir kadına eşinin, ailesinin, arkadaşlarının bebek bakımında yardım etmesi, hastasına bakım veren birinin ihtiyaçlarının yakınları tarafından karşılanması gibi hizmetleri içerir (71,72).

3- **Bilişsel destek**; bireyin sıkıntılarını çözmesine yardımcı olan destek biçimidir. Destekleyici önerilerle birlikte kişinin kendini tanıyıp, öz farkındalık geliştirip, kendi değerini içselleştirdiği yeni bildirimlerle ilgilidir. İşe yeni başlamış birisine, arkadaşları tarafından işin öğretilmesi, hasta bakımı konusunda yeni olan hasta bakıcıya hemşire ve sağlık personeli tarafından eğitim verilmesi, hasta bakımı konusunda bilgilendirilmesi zihinsel destek örneklerindendir (72).

Algılanan sosyal destek bireyin ihtiyacı olduğunda yardım alabileceğine dair inancıdır (75). Bir anlamda kişinin kendisine biçtiği değerdir. Çevresinin onu, destek vermeye değer bulup bulmadığı algısı ile ilgilidir. Çevresi tarafından sevildiğini, sayıldığını, ihtiyacı olduğunda yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek fazladır (72). Araştırmacılar desteğe ihtiyacı olanlara bakmanın, bakan kişiler üzerinde yaratabileceği yük ve strese de dikkat çekmektedirler. Yapılan birçok araştırmada destek ihtiyacı olan kişiye uzun süre destek verenlerin de, duygusal ve psikolojik açıdan tükenmişlik ve stres ile karşı karşıya olduğu belirtmiştir(74). Cook ve arkadaşları, hasta bakım sağlayıcılar ve çok daha geniş kapsamdaki kişilerin de bu süreçten etkilendiklerini bildirmiştir. Yardıma ihtiyacı olan hastalar kadar; onlara destek sağlayanların da sosyal destek ihtiyacı duydukları bilinmektedir (74).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA PROJESİ

Palyatif servis hastalarına bakım verenlerde algılanan sosyal destek, depresyon ve anksiyete risklerinin belirlenmesi; sosyodemografik özellikler ve hasta özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi yoluyla bakım vericilerin psikososyal açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE SÜRESİ

Bu araştırma analitik, kesitsel nitelikte olup araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu uygulanmak suretiyle; Nisan 2017 tarihinde başlanarak 8 ay süre içinde tamamlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma etik kurul onayı alındıktan sonra Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım servisinde yürütülmüştür (EK.1)

3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ

Bu kesitsel çalışmanın evrenini; İzmir ili içindeki T.C.S.B Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde Nisan 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında yatışı bulunan hastaların bakım vericileri oluşturmuştur.

3.3. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ

Kesitsel analitik çalışmada TEAH Palyatif Bakım Merkezinde Nisan- Haziran 2017 tarihleri arasındaki 3 aylık süreçte klinikte izlenen ve sözel olarak aydınlatılmış onamları alınan tüm hasta yakınları çalışmaya dahil edildi. Her hasta için primer bakım veren yakının değerlendirmesi yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden, psikolojik problemi olmayan, 18 yaş ve üzerindeki bakım vericilere anket formları uygulandı.

3.4. ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ

- Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Kliniğinde izlenen hastanın bakımını sağlayan hasta yakını olmak
- Çalışmaya katılıp anket sorularını cevaplamak için gönüllü olmak
- 18 yaşından büyük olmak
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel düzey ve dil yeterliliğine sahip olmak
- Anksiyete, depresyon veya psikoz gibi tanı almış psikiyatrik hastalığı bulunmamak

3.5. ARAŞTIRMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ

- Gönüllü Onam Vermemek
- 18 yasından küçük olmak
- Psikiyatrik hastalık varlığı
- Bilişsel düzey ve dil yeterliliği açısından soruları cevaplayacak durumda olmamak

3.6. ÇALIŞMA MATERYALİ

Araştırmada 3 sayfadan oluşan anket formu kullanılmıştır.(EK.2)

3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.7.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri sosyal destek düzeyi ve anksiyete ve depresyon risk düzeyidir.

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

Çalışmanın bağımsız değişkenleri hasta yakına ait sosyodemografik değişkenler ve hastanın tanısı ile günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumuna yönelik değişkenlerdir.

3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada, hastanın tanısı ve bağımlılık düzeyi ile hastaya bakım sağlayıcının bilgilerini belirlemek amacıyla, araştırmacılar tarafından geliştirilen Hasta Yakını Tanıtım Formu, hasta bakımından primer sorumlu kişilerin hastane bakım sürecinde yaşadıkları anksiyete ve depresyon düzeyini belirlemek amacıyla Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve hasta yakınlarında sosyal destek algısının tespiti amacıyla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır.

Veri toplama araçları hastaların Palyatif Bakım Kliniğine yatışları sonrasında hasta yakınlarıyla yüz-yüze görüşme yapılarak uygulanmıştır.

3.9. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, hastaların Palyatif Bakım Kliniğine yatışları sonrasında bakım vericilerle yüz-yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Katılımcıların sözel gönüllü onamları alınmıştır. Her bir görüşme yaklaşık 10 dakika sürmüş ve veriler Nisan – Haziran 2017 tarihleri arasında toplam 3 aylık süreçte toplanmıştır.

3.10. KATILIMCI TANITIM FORMU

Bakım vericilerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla kullanılan form literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Bu form toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Soruların bir kısmı evet/ hayır şeklinde yanıtlanır iken, bir kısmı açık uçlu soru niteliğindedir. Bakım vericilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aile tipi gibi sosyo-demografik özelliklerini, hasta bakımında destekçi sayısı, hastaya bakım verme süresi, ruhsal hastalık varlığı gibi bilgilere yönelik soruları içermektedir.

3.11. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADÖ)

Zigmond ve Snaith tarafından bedensel hastalığı olanlar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranların anksiyete ve depresyon yönünden riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (76).

Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini belirlemek amacıyla HADÖ kullanılmıştır. HADÖ, hastanede anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme

ölçeğidir (76). Toplam 14 soru içermekte ve tek sayılı sorular (1,3,5,7,9,11,13) anksiyeteyi; çift sayılı sorular (2,4,6,8,10,12,14) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likert tipi bir ölçektir. Aydemir ve ark.'nın yaptıkları ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda Anksiyete Alt Ölçeği (HAD-A) için kesme puanı 10/11, Depresyon Alt Ölçeği (HAD-D) için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanın üzerinde alanlar, risk altında olarak değerlendirilir. Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0,8525, depresyon alt ölçeği için ise 0.7784 olarak bulunmuştur (77,78). Bu çalışmada da anksiyete için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,87, depresyon için 0,79 olarak bulunmuştur.

3.12. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 1995 yılında Eker ve Ark. tarafından yapılmıştır (79). Ölçek likert tipi toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin üç alt boyutu; Aile (3, 4, 8, 11. maddeler), Arkadaş (6, 7, 9, 12. maddeler) ve Özel bir insan (1, 2, 5, 10. maddeler) içeren, yedili likert tipi değerlendirme özelliğine sahip bir ölçektir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Toplam ölçek puanı; alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilmekte olup alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen toplam puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (74). Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 ile 0.95 arasında belirlenmiştir. Çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.889 olarak belirlenmiştir.

3.13. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ

Bu araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Science) programı kullanılarak analiz edildi. Demografik verilerde frekans analizi, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Kantitatif verilerin normal dağılıma uygunluğunu varyasyon katsayısı, histogram ve tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. İki bağımsız grubun karşılaştırmasında Student's t testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında

ise one-way ANOVA analiz yöntemi kullanıldı. One-way ANOVA testinde anlamlılık saptanan durumda, anlamlılığın hangi değişkenler arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc testlerden olan Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi kullanıldı. Kategorik değişkenler için ki-kare testi uygulandı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Sonuçlar %95 güven aralığında; $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Palyatif bakım kliniğinde yatış yapılan hastaların primer bakımını üstlenmiş olan kişilerin hasta bakım sürecinde algıladıkları sosyal destek ile anksiyete – depresyon ilişkisini araştırmak ve çözüm önerileri sunmak amaçlı yapılan araştırmada; hastaya bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de tanımlanmaktadır.

Tablo 2: Bakım vericilerin sosyodemografik özelliklerin dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş		
18- 30 yaş	13	11.9
31-40 yaş	21	19.3
41-50 yaş	29	26.6
51-60 yaş	26	23.9
61 yaş ve üzeri	20	18.3
Yaş ortalaması: 47,56± 13,16		
Cinsiyet		
Kadın	90	82.6
Erkek	19	17.4
Hastaya yakınlık derecesi		
Çocuk	39	35.8
Eş	34	31.2
Ebeveyn ve kardeş	17	15.6
Diğer	19	17.4
Medeni durum		
Evli	87	79.8
Bekar	22	20.2
Eğitim durumu		
Okul eğitimi almamış	14	12.8
İlkokul/ortaokul	58	53.2
Lise	23	21.1
Lisans/lisansüstü	14	12.8
Meslek grupları		
Aktif çalışıyor	39	35.8
Aktif çalışmıyor	25	22.9
Ev hanımı	45	41.3
Algılanan gelir durumu		
İyi	17	15.6
Orta	68	62.4
Kötü	24	22
Sosyal güvence durumu		
Var	91	83.5
Yok	18	16.5
Evde birlikte yaşanılan kişiler		
Yalnız	3	2.8
Eş	30	27.5

Eş ve çocuklar	52	47.7
Akraba,ebeveyn,arkadaş,çocuk	24	22

Araştırmada bakım vericilerin % 11,9'u (n:13) 30 yaş ve altı, % 19,3 'ü (n:21) 31-40 yaş arasında, %26,6 'sı (n:29) 41-50 yaş arasında, %23,9'u (n:26) 51-60 yaş arasında ve % 18,3'ü (n:20) 61 yaş ve üstündedir. Hasta yakınlarının yaş ortalaması 47,6±13,16 yıldır. Katılımcıların %82,6'sı (n:90) kadın ve %17,4'ü (n:19) erkektir. Hasta bakım sağlayıcıları, %35,8 (n:39) ile hastanın çocuğu, %31,2 (n:34) ile hastanın eşi, %15,6 (n:17) ile hastanın ebeveyni/kardeşi ve %17,4 (n:19) ile diğer(hasta bakıcı, komşu, arkadaş, gelin, yeğen vb.) hasta yakınları oluşturmaktadır. Katılımcıların % 79,8'i (n:87) evli ve %78,9'unun çocuğu var, %20,2'si (n:22) ise bekardır.

Araştırmaya katılanların %53,2'sinin (n:58) ilkokul/ortaokul mezunu oldukları belirlenmiştir.

Hastaya bakım vericilerin %35,8'inin (n:39) aktif çalışma hayatında olduğu, %22,9'unun (n:25) aktif olarak çalışmadığı, %41,3'ünün (n:45) ise ev hanımı olduğu öğrenilmiştir.

Katılımcıların %83,5'inin (n:91) sosyal güvencesi vardır. %15,6'sı (n:17) maddi durumunu iyi olarak algılarken, %62,4'si (n:68) orta ,%22'si (n:24) kötü olarak algılamaktadır.

Hasta bakım vericilerin %2,8'i (n:3) yalnız, %27,5'i (n:30) eşi ile birlikte,%47,7'si (n:52) eşi ve çocukları ile birlikte,%22'si (n:24) akraba, ebeveyn, arkadaşları ile birlikte yaşadığını ifade etmiştir.

Tablo 3: Hasta bakım vericilerin hasta bakımı açısından özellikleri

Hasta bakımında destek veren kişilerin varlığı	**n**	**%**
Evet	73	67
Hayır	36	33
Bakım verme süresi		
<1 hafta	16	14.7
1hafta-1 ay	28	25.7
1 ay-6 ay	31	28.4
6ay-1 yıl	12	11
>1 yıl	22	20.2

Tablo 3'te hastaya bakım vericilere, hasta bakımında destekçi varlığı ve bakım verme sürelerinin dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının %67'si (n:73) hasta bakımı sırasında destek gördüğünü,%33'ü (n:36) destek almadığını belirtmiştir. Katılımcıların %14,7'sinin (n:16), hastalarına 1 haftadan daha az süredir bakım verdiği, %25,7'sinin (n:28) 1 hafta-1ay süresince bakım verdiği,%28,4'ünün (n:31) 1ay-6ay süresince bakım verdiği, %11'inin (n:12) 6ay-1 yıl süresince ve %20,2'si (n:22) 1 yıldan daha uzun süredir bakım verdiği saptanmıştır.

Tablo 4: Palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların tanı, tedavi yöntemi ve günlük yaşam aktivitelerinde bakım ihtiyaçlarının dağılımı

	n	%	**n=109**
Hastaya uygulanan tedavi yöntemi			
Kemoterapi ve/veya radyoterapi eşliğinde semptomatik tedavi	34	31.2	
Semptomatik tedavi	75	68.8	
Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bakım ihtiyacı			
Sürekli bakım desteği ihtiyacı var	59	54.1	
Yardımla bakım ihtiyacı	26	23.9	
Bakım desteği ihtiyacı yok	24	22	
Hastanın tanısı			
Malignite	69	63.3	
Nörolojik hastalıklar	26	23.9	
Diğer(trafik kazası,obezite,koah postoperatif bakım,beslenmedesteği	14	12.8	

Tablo 4'te Palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların tanı, tedavi yöntemi ve günlük yaşam aktivitelerinde bakım ihtiyaçlarının dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan hasta bakım vericilerin hastalarının %63,3'ünün (n:69) malignite tanısı ile, %23,9'unun (n:26) nörolojik hastalıklar (Alzheimer, Parkinson, inme) ile; ve % 12,8'inin (n:14) postoperatif bakım ve obezite, kronik akciğer hastalıkları ve kalp yetmezliği gibi tanılarla palyatif bakım kliniğinde takip edildiği belirlendi. Hastaların %68,8'ine (n:75) sadece semptomatik tedavi , %31,2'sine (n:34) kemoterapi ve /veya radyoterapi eşliğinde semptomatik tedavi uygulandığı ve palyatif bakımda takiplerinin idame edildiği saptandı. Hastaların %22'sinin (n:24) günlük yaşam aktivitelerinde bakım desteği ihtiyacı olmadığı, %23,9 'unun (n:26)

bakım ihtiyacının yardımla karşılandığı, %54,1'inin (n:59) sürekli bakım ihtiyacı olduğu saptanmıştır.

Tablo 5: Anksiyete varlığına göre sosyodemografik özelliklerin dağılımı

Sosyodemografik Özellikler HAD-Anksiyete			
	Yok	**Var**	**p**
Toplam	67(n=73)	33(n=36)	
Yaş	**%(n)**	**%(n)**	
18- 30 yaş	69.2(n=9)	30.8(n=4)	
31-40 yaş	76.2(n=16)	23.8(n=5)	
41-50 yaş	69(n=20)	31(n=9)	
51-60 yaş	61.5(n=16)	38.5(n=10)	
61 yaş ve üzeri	60(n=12)	40(n=8)	0.795
yaş ortalaması:47,56± 13,16			
Cinsiyet			
Kadın	62.2(n=56)	37.8(n=34)	
Erkek	89.5(n=17)	10.5(n=2)	0.022
Hastaya yakınlık derecesi			
Çocuk	74.4(n=29)	25.6(n=10)	
Eş	50(n=17)	50(n=17)	
Ebeveyn ve kardeş	70.6(n=12)	29.4(n=5)	
Diğer	78.9(n=15)	21.1(n=4)	0.081
Medeni durum			
Evli	63.2(n=55)	36.8(n=32)	
Bekar	81.8(n=18)	18.2(n=4)	0.097
Eğitim durumu			
Okul eğitimi almamış	57,1(n=8)	42.9(n=6)	
İlkokul/ortaokul	72.4(n=42)	27.6(n=16)	
Lise	56.5(n=13)	43.5(n=10)	
Lisans/lisansüstü	71.4(n=10)	28.6(n=4)	0.449
Meslek durumu			
Aktif çalışıyor	66.7(n=16)	33.3(n=8)	
Aktif çalışmıyor	75(n=30)	25(n=10)	
Ev hanımı	60(n=27)	40(n=18)	0.34
Algılanan gelir durumu			
İyi	64.7(n=11)	35.3(n=6)	
Orta	64.7(n=44)	35.3(n=24)	
Kötü	75(n=18)	25(n=6)	0.639
Sosyal güvence durumu			
Var	67(n=61)	33(n=30)	
Yok	66.7(n=12)	33.3(n=6)	0.976
Hasta bakımında destekçi			
Var	76.7(n=56)	23.3(n=17)	
Yok	47.2(n=17)	52.8(n=19)	0.002
Bakım verme süresi			
<1 hafta	75(n=12)	25(n=4)	
1hafta-1 ay	75(n=21)	25(n=7)	
1 ay-6 ay	58.1(n=18)	41.9(n=13)	

6ay-1 yıl	66,7(n=8)	33.3(n=4)	
>1 yıl	63.6(n=14)	36,4(n=8)	0.644

Tablo 5'te Anksiyete semptom varlığının sosyodemografik özellikler ile ilişkisi incelendiğinde; yaş, hastaya yakınlık derecesi, medeni durum, eğitim durumu, meslek durumu, algılanan gelir durumu, sosyal güvence varlığı değişkenleri ile HAD-Anksiyete değişkeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (p>0,05)

Cinsiyet değişkeni ile anksiyete semptom varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup kadınlarda daha yüksek sıklık gözlenmiştir (p=0,022).

Hasta bakımında destekçi varlığı ile anksiyete semptomları arasında anlamlı bir fark saptanmış olup; destekçi varlığı ile anksiyete semptomları arasında negatif ilişki görülmüştür (p=0,002).

Tablo 6: Anksiyete semptom varlığına göre hastanın tanı, tedavi ve bakım ihtiyacı özelliklerinin dağılımı

Hastanın özellikleri	**Anksiyete**		
	Yok %(n)	**Var %(n)**	**P**
Tedavi yöntemi			
Kemoterapi ve/veya radyoterapi	76.5(n=26)	23.5(n=8)	
Destekleyici tedavi	62.7(n=47)	37.3(n=28)	0.156
Bakım ihtiyacı			
Sürekli bakım ihtiyacı var	61(n=36)	39(n=23)	
Yardımla bakım ihtiyacı gideriliyor	73.1(n=19)	26.9(n=7)	
Bakım desteği ihtiyacı yok	75(n=18)	25(n=6)	0.353
Hastanın tanısı			
Malignite	63.8(n=44)	36.2(n=25)	
Nörolojik hastalıklar	80.8(n=21)	19.2(n=5)	
Diğer	57.1(n=8)	42.9(n=6)	0.205

Tablo 6'da hasta bakım vericilerde anksiyete belirtileri varlığının; hastanın tanı, tedavi yöntemi ve bakım ihtiyacı özelliklerine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki- kare testi sonuçları görülmektedir. Depresyon

belirtileri ile hastaların özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 7: Depresyon varlığına göre sosyodemografik özelliklerin dağılımı

Sosyodemografik Özellikler HAD-Depresyon			
	Yok	**Var**	**P**
Toplam	45(n=49)	55(n=60)	
Yaş	%(n)	%(n)	
18- 30 yaş	38.5(n=5)	61.5(n=8)	
31-40 yaş	52.4(n=11)	47.6(n=10)	
41-50 yaş	37.9(n=11)	62.1(n=18)	
51-60 yaş	50(n=13)	50(n=13)	
61 yaş ve üzeri	45(n=9)	55(n=1)	0.82
yaş ortalaması:47,56± 13,16			
Cinsiyet			
Kadın	63.2(n=12)	36.8(n=7)	
Erkek	41.1(n=37)	58.9(n=53)	0.079
Hastaya yakınlık derecesi			
Çocuk	35.9(n=14)	64.1(n=25)	
Eş	29.4(n=10)	70.6(n=24)	
Ebeveyn ve kardeş	70.6(n=12)	29.4n(5)	
Diğer	68.4(n=13)	31.6(n=6)	0.004
Medeni durum			
Evli	44.8(n=39)	55.2(n=48)	
Bekar	45.5(n=10)	54.5(n=12)	0.958
Eğitim durumu			
Okul eğitimi almamış	50(n=7)	50(n=7)	
İlkokul/ortaokul	51.7(n=30)	48.3(n=28)	
Lise	30.4(n=7)	69.6(n=16)	
Lisans/lisansüstü	35.7(n=5)	64.3(n=9)	0.301
Meslek grupları			
Aktif çalışıyor	33.3(n=8)	66.7(n=16)	
Aktif çalışmıyor	57.5(n=23)	42.5(n=17)	
Ev hanımı	40(n=18)	60(n=27)	0.116
Algılanan gelir durumu			
İyi	23.5(n=4)	76.5(n=13)	
Orta	47.1(n=32)	52.9(n=36)	
Kötü	54.2(n=13)	45.8(n=11)	0.129
Sosyal güvence durumu			
Var	46.2(n=42)	53.8(n=49)	
Yok	38.9(n=7)	61.1(n=11)	0.571
Hasta bakımında destekçi			
Var	52.1(n=38)	47.9(n=35)	
Yok	30.6(n=11)	69.4(n=25)	0.034
Bakım verme süresi			
<1 hafta	68.8(n=11)	31.2(n=5)	
1hafta-1 ay	57.1(n=16)	42.9(n=12)	
1 ay-6 ay	45.2(n=14)	54.8(n=17)	
6ay-1 yıl	25(n=3)	75(n=9)	
>1 yıl	22.7(n=5)	77.3(n=17)	0.02

Tablo 7'de bakım vericilerde depresyon belirtileri varlığı sosyo-demografik özellikler ve bakım açısından özelliklerle ilişkisi değerlendirildiğinde; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, algılanan gelir durumu ve sosyal güvence değişkenleri ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.(p>0,05)

Depresyon semptomlarının varlığı ile hastaya yakınlık derecesi arasında (p=0,004); hasta bakımında destekçi varlığı arasında (p=0,034); hastaya bakım verme süresi arasında (p=0,02) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,05). Hastanın eşi olmak, destekçi bulunmaması ve bakım süresinin uzaması durumunda depresyon semptomları daha sık görülmüştür.

Tablo 8: Depresyon semptom varlığına göre hastaların tanı, tedavi yöntemi ve bakım ihtiyacı özelliklerinin dağılımı

Hastanın özellikleri	**Depresyon**		
	Yok %(n)	**Var %(n)**	**P**
Hastaya uygulanan tedavi yöntemi			
Kemoterapi ve/veya radyoterapi	55.9(n=19)	44.1(n=15)	
Destekleyici tedavi	40(n=30)	60(n=45)	0.123
Bakım ihtiyacı			
Sürekli bakım desteği ihtiyacı var	39(n=23)	61(n=36)	
Yardımla bakım ihtiyacı gideriliyor	42.3(n=11)	57.7(n=15)	
Bakım desteği ihtiyacı yok	62.5(n=15)	37.5(n=9)	0.142
Hastanın tanısı			
Malignite	40.6(n=28)	59.4(n=41)	
Nörolojik hastalıklar	50(n=13)	50(n=13)	
Diğer	57.1(n=8)	42.9(n=6)	0.44

Tablo 8'de hasta bakım vericilerde depresyon belirtileri varlığının; hastanın tanı, tedavi yöntemi ve bakım ihtiyacı özelliklerine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki- kare analizi sonuçları görülmektedir. Depresyon belirtileri ile hastaların özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 9: Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin Hastane Anksiyete Depresyon Alt ölçekleri Puan Ortalamaları Dağılımı

Hastane Anksiyete Depresyon Puanları		N	%	Ort±SS
HAD-anksiyete*	Eşik altı(0- 10puan)	73	67	8.34±5.66
	Eşik üstü(11-21puan) 36		33	
HAD-depresyon**	Eşik altı(0-7 puan)	49	45	8.63±4.92
	Eşik üstü(8-21puan)	60	55	

*Kesme noktası:10
**Kesme noktası:7

Tablo 9'da Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin Hastane Anksiyete Depresyon alt ölçekleri puan ortalamaları dağılımı görülmektedir. Bakım verenlerin %67'sinin anksiyete ölçeğinde eşik altı puan aldıkları; anksiyete puan ortalamalarının 8,3±5,6 olduğu ve bakım vericilerin %55'inin depresyon semptomları gösterdiği, depresyon puan ortalamalarının 8,6±4,9 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10: Palyatif Bakım Servisinde Yatan Hastalara Bakım Verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek(ÇBASDÖ) ve Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Puan Ortalamalarının Dağılımı **n=109**

Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalaması	Ortalama+SS	Min-max
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek (ÇBASDÖ)Puan Ortalaması	54.57±15.62	15-84
ÇBASDÖ- Arkadaş Desteği Puan Ortalaması	16.44±7.27	4-28
ÇBASDÖ- Özel biri Desteği Puan Ortalaması	14.83±7.24	4-28
ÇBASDÖ-Aile Desteği Puan Ortalaması	23.3±5.53	4-28
HAD Ölçeği- Anksiyete Puan Ortalaması	8.34±5.66	0-21
HAD Ölçeği- Depresyon Puan Ortalaması	8.63±4.92	0-20

Tablo 10'da bakım vericilerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Primer hasta bakım vericilerin sosyal destek puan ortalaması 54,57±15,62 olarak

saptanmıştır. Bakım verenlerin arkadaş desteği puan ortalaması 16,44±7,27; özel biri desteği puan ortalaması 14,83±7,24; aile desteği puan ortalaması 23,3±5,53 olarak tespit edilmiştir. Hasta bakım vericilerin anksiyete puan ortalamaları 8,34±5,66; depresyon puan ortalamaları 8,63±4,92 olarak belirlenmiştir.

Tablo 11: Anksiyete depresyon ve algılanan sosyal destek puanlarının bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisine yönelik Student-t testi sonuçları

			HAD-A	**HAD-D**	**ÇBASD**
	n	**%**	**Ortalama ve Standart Sapma**		
TOPLAM	109	100	8.34±5.66	8.63±4.92	54.57±15.62
Cinsiyet					
Erkek	19	17.4	5.73±4.94	6.52±4.86	52.10±14.36
Kadın	90	82.6	8.90±5.67	9.07±4.85	55.10±15.90
			t:-2.253	***t:-2.082***	***t: - 0.758***
			p:0.026	***p:0.040***	***p:0.45***
Medeni hal					
Evli	87	79.8	8.47±5.70	8.63±4.89	55.01±15.35
Bekar	22	20.2	7.86±5.59	8.63±5.16	52.86±16.90
			t:0.448	***t:-0.004***	***t:0.574***
			p:0.655	***p:0.997***	***p:0.567***
Sosyal güvence					
Var	91	83.5	8.23±5.58	8.50±5.06	55.16±15.36
Yok	18	16.5	8.94±6.15	9.27±4.22	51.61±17.01
			t: -0.487	***t: -0.606***	***t:0.881***
			p:0.627	***p:0.546***	***p:0.38***
Bakım vermede destekçi					
Var	73	67	7.24±5.25	7.56±4.44	55.93±13.77
Yok	36	33	10.58±5.86	10.80±5.20	51.83±18.73
			t:- 2.998	***t:-3.385***	***t:1.292***
			p:0.003	***p:0.001***	***p:0.199***

Tablo 11'de hasta bakım vericilerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre anksiyete, depresyon, sosyal destek puan ortalamalarının dağılımı ve student t analizi sonuçları yer almaktadır.

Cinsiyete göre bakım vericilerin anksiyete ve depresyon puanlarına bakıldığında, erkeklerin ankisiyete puan ortalaması 5,73±4,94, depresyon puan ortalaması 6,52±4,86, sosyal destek puan ortalaması ise 52,10±14,36 olarak

saptanmuştır. Kadınların anksiyete puan ortalaması 8,90±5,67,depresyon puan ortalaması 9,07±4,85, sosyal destek puan ortalaması 55,10±15,90 olduğu belirlenmiştir. Kadın cinsiyette (X=8,90) anksiyete riski, erkek cinsiyete (X=5,73) göre anlamlı daha yüksek saptanmıştır (p=0,026). Kadın cinsiyette (X=9,07) depresyon riski, erkek cinsiyete (X=6,52) göre anlamlı daha yüksek saptanmıştır (p=0,040).

Evli olanların anksiyete puan ortalaması 8,47±5,70, depresyon puan ortalaması 8,63±4,89, sosyal destek puan ortalaması 55,01±15,35 olarak belirlenmiştir. Bekarların anksiyete puan ortalaması 7,86±5,59, depresyon puan ortalaması 8,63±5,16 ve sosyal destek puan ortalaması 52,86±16,90 olarak belirlenmiştir. Medeni durum ile anksiyete, depresyon ve sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (p>0,05).

Sosyal güvencesi olan hasta yakınlarının anksiyete puan ortalaması 8,23±5,58, depresyon puan ortalaması 8,50±5,06, sosyal destek puan ortalaması 55,16±15,36 olarak saptanmıştır. Sosyal güvencesi olmayanların anksiyete puan ortalaması 8,94±6,15, depresyon puan ortalaması 9,27±4,22, sosyal destek puan ortalaması 51,61±17,01 olarak saptanmıştır. Sosyal güvence varlığı ile anksiyete, depresyon ve sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.

Hasta bakımında destekçisi olanların anksiyete puan ortalaması 7,24±5,25, depresyon puan ortalaması 7,56±4,44 ve sosyal destek puan ortalaması 55,93±13,77 şeklinde saptanmıştır. Hasta bakımında destekçisi olmadığını belirtenlerin anksiyete puan ortalaması 10,58±5,86, depresyon puan ortalaması 10,80±5,20 ve sosyal destek puan ortalaması 51,83±18,73 bulunmuştur.

Hastaya bakım verirken destekçisi olmayanların (X=10,58) anksiyete puanları, destekçisi olanlara (X=7,24) göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,003).

Hastaya bakım vermede destekçisi olmayanların (X=10,80) depresyon puanları, destekçisi olanlara (X=7,56) göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,001).

Tablo 12: Hasta ve bakım vericilerin bazı özelliklerinin ÇBASD toplam puanları ile ilişkisi

	TOPLAM SOSYAL DESTEK		
	n	**Ort±SS**	
Yaş			
18- 30 yaş	13	59±15.90	
31-40 yaş	21	57.952±13.101	
41-50 yaş	29	54±14.287	
51-60 yaş	26	50.961±15.693	
61 yaş ve üzeri	20	53.7±19.418	F:0.875 P:0.482
Eğitim durumu			
Eğitimsiz	14	50.714±50.714	
İlkokul,ortaokul	58	53.086±53.086	
Lise	23	55±55	
Lisans ve üstü	14	63.928±63.928	F: 2.211 P: 0.091
Çalışma durumu			
Aktif çalışıyor	24	58.750±12.769	
Aktif çalışmıyor	40	56.20±15.936	F: 2.369
Ev hanımı	45	50.911±16.222	P: 0.098
Çocuk durumu			
Var	86	53.627±15.938	
Yok	23	58.130±14.146	T: -1.231 P: 0.221
Hastaya uygulanan tedavi yöntemi			
Kemoterapı ve /veya radyoterapi ile birlikte semptomatik tedavi	34	59.970±16.726	T: 2.484
Semptomatik tedavi	75	52.133±14.562	P: 0.015
Hastanın bakım ihtiyacı			
Sürekli bakım destek ihtiyacı var	59	52.339±15.602	
Yardımla bakım ihtiyacı karşılanıyor	26	59.576±14.854	
Bakım desteği ihtiyacı yok	24	54.666±15.854	F: 1.972 P: 0.144
Hastanın tanısı			
Malignite	69	55.492±16.571	
Nörolojik hastalıklar	26	53.346±13.227	
Diğer	14	52.357±15.564	F: 0.336

TOPLAM	109	54.578±15.623	P: 0.715

Tablo 12'de hasta ve bakım vericilerin bazı özelliklerine göre sosyal destek puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Bakım sağlayıcıların yaşları, çalışma hayatına aktif katılım durumu, çocuk varlığı ile algıladıkları sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Hastaya uygulanan tedavi yöntemi ile sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,015). Kemoterapi ve radyoterapi ile birlikte semptomatik tedavi alan hastaların yakınlarının sosyal destek puan ortalaması (59,970±16,726), semptomatik tedavi alanların puan ortalamasından (52,133±14,562) anlamlı daha yüksek saptanmıştır. Hasta bakım desteği ihtiyacı ve hastanın tanısı ile sosyal destek algısı arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Tablo 13: Yakınlık derecesi ile HADS-Anksiyete puanları arasında yapılan Tukey HSD çoklu analizi sonuçları

Yakınlık derecesi		Ortalamalar Arası Fark	Standart Hata	p	95% Güvenilirlik Aralığı	
					Alt Bant	Üst Bant
Diğer	Eş	-3.851*	1.575	.042	-7.597	-.105
	1.derece akraba	-.798	1.460	.848	-4.270	2.673
Eş	Diğer	3.851*	1.575	.042	.105	7.597
	1.derece akraba	3.052*	1.196	.032	.209	5.895
1. derece akraba	Diğer	.798	1.460	.848	-2.673	4.270
	Eş	-3.052*	1.196	.032	-5.0895	-.209

(*) ikilinin ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir.

Tablo 13' te yakınlık derecesi ile HADS-Anksiyete puanları arasında yapılan varyans analizine göre anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,017). Hasta bakım vericilerden eşlerde anksiyete puanı daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 14: Hastaya yakınlık derecesi ile HADS-Depresyon puanları arasında yapılan Tukey HSD çoklu analizi sonuçları

Yakınlık derecesi		Ortalamalar Arası Fark	Standart Hata	P	95% Güvenilirlik Aralığı	
					Alt Bant	Üst Bant
Diğer	Eş	-3.363*	1.383	.044	-6.651	-.076
	1.derece akraba	-1.443	1.282	.500	-4.491	1.603
Eş	Diğer	3.363*	1.383	.044	.076	6.651
	1.derece akraba	1.920	1.049	.165	-.575	4.415
1. derece akraba	Diğer	1.443	1.282	.500	-1.603	4.491
	Eş	-1.920	1.049	.165	-4.415	.575

(*) ikilinin ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir.

Tablo 14'te hastaya yakınlık derecesi ile HADS-Depresyon puanları arasında yapılan varyans analizine göre anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,042). Hasta bakım vericilerden eşlerde depresyon puanı daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 15: Hastaya yakınlık derecesi ile Algılanan Sosyal Destek alt grubu olan ''Aile desteği'' puanları arasında yapılan Tukey HSD çoklu analizi sonuçları

Yakınlık derecesi		Ortalamalar Arası Fark	Standart Hata	P	95% Güvenilirlik Aralığı	
					Alt Bant	Üst Bant
Diğer	Eş	-2.772	1.540	.175	-6.434	.889
	1.derece akraba	-4130*	1.428	.013	-7.525	-.736
Eş	Diğer	2.772	1.540	.175	-.889	6.434
	1.derece akraba	-1.358	1.169	.479	-4.138	1.421
1. derece akraba	Diğer	4.130*	1.428	.013	.736	7.525
	Eş	1.358	1.169	.479	-1.421	4.138

(*) ikilinin ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir.

Hastaya yakınlık derecesi ile ÇBASDÖ-Aile Desteği alt ölçeği puanları arasında yapılan varyans analizine (ANOVA) göre anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,017). Hasta bakımı veren birinci derece akrabalarda algılanan aile desteği düzeyi daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 16: Algılanan gelir durumu ile HAD-A, HAD-D ve ÇBASD ölçek puanları arasında yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçları

Gelir durumu		**n**	Ortalama ±SS	F	P
HADÖ-Anksiyete	Iyi	17	9.352 ±5.73		
	Orta	68	8.279 ±6.04		
	Kötü	24	7.833 ±4.51		
	Total	109	8.348 ±5.66	.367	.693
HADÖ-Depresyon	Iyi	17	9.882 ±4.96		
	Orta	68	8.588 ±5.31		
	Kötü	24	7.875 ±3.57		
	Total	109	8.633 ±4.92	.830	.439
Toplam Sosyal Destek	Iyi	17	59.058 ±16.30		
	Orta	68	55.176 ±15.67		
	Kötü	24	49.708 ±14.30		
	Total	109	54.578 ±15,.62	1.948	.148

Tablo 16'da görülebileceği üzere, anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal destek puan ortalamalarının algılanan gelir durumu düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda; algılanan gelir düzeyi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.(p>0,05)

Tablo 17: Evde birlikte yaşanan kişiler durumu ile HAD-A, HAD-D ve ÇBASD ölçek puanları arasında yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçları

Evde birlikte yaşanan kişiler		n	Ort±SS	F	P
HAD-Anksiyete	Yalnız	3	7.33 ±2.51		
	Eş /eş ve çocuklar	82	8.34 ±5.75		
	Diğer	24	8.5 ±5.76		
	Toplam	109	8.34 ±5.66	0.056	0.946
HAD-Depresyon	Yalnız	3	8.66 ±5.50		
	Eş /eş ve çocuklar	82	8.46 ±4.89		
	Diğer	24	9.20 ±5.14		
	Toplam	109	8.63 ±4.92	0.209	0.812
Toplam Sosyal Destek	Yalnız	3	50.66 ±4.72		
	Eş /eş ve çocuklar	82	55.69 ±15.28		
	Diğer	24	51.25 ±17.43		
	Toplam	109	54.57 ±15.62	0.846	0.432

Tablo 17'de, anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal destek puan ortalamalarının bakım vericinin evde kimle yaşadığı durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan değerlendirme sonucunda evde birlikte yaşanan kişilerin gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18: Hasta bakım vericilerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puanla HAD- Anksiyete Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçları

	Anksiyete		**Depresyon**	
	r	p	r	p
Algılanan Sosyal Destek	-0.234	0.014*	-0.225	0.019*

r: Pearson korelasyon katsayısı *p<0,05

Tablo 18'de hasta bakım vericilerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ile anksiyete depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmış olan Pearson korelasyon analizi sonuçları görülmektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ile anksiyete puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=-0.234, p=0,014). Sosyal destek ile anksiyete puanları arasında negatif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ile depresyon puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=-0.225, p=0,019). Sosyal destek algısı ile depresyon puanları arasında negatif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının anksiyete depresyon ve sosyal destek durumlarının incelenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmaktadır.

❖ Çalışmamızda, bakım verenlerin %82,6' sini kadınlar oluşturmaktadır. Literatüre bakıldığında, çalışmamızla uyumlu olarak birçok ülkede yapılan çalışmada da kadınların bakım vermede erkeklere göre daha fazla rol aldığı görülmüştür (12, 80-84). Ayten ve ark. yatağa bağımlı hastaların bakım verenleri ile yaptığı çalışmada bakım vericilerin %77'sinin kadın olduğu saptanmıştır (85). Kadın ve erkeğin her toplumda; kültürel ve toplumsal değerler ve geleneksel yaklaşımlar gereğince, üstlendikleri farklı rolleri vardır. Dünyada ve ülkemizde benzer sonuçların ortaya çıkması, kadınların farklı toplumlarda bakım verici rolünü üstlendiğini göstermektedir. Ülkemizde kadınlar toplumsal cinsiyet temelli iş bölümü ve ataerkil yapıdan kaynaklanan sosyokültürel değerler ve toplumsal cinsiyet rollerinin etkisindedirler (86). Bu etki ile, çocuk bakımı, hasta bakımı ve ev işleri gibi alanlar kadınların üstlenmesi gereken görev ve sorumluluk olarak algılanmaktadır. Kadının erkeğe göre aktif olarak iş hayatında olmayışı kadınları bakım verici pozisyonuna mecbur kılan diğer bir neden olarak kabul görmektedir.

❖ Çalışmada hasta yakınlarının anksiyete durumunun yaş, hastaya yakınlık derecesi, medeni hal, eğitim durumu, iş yaşamına katılım, algılanan gelir durumu, sosyal güvence durumu ve bakım verme süresinden etkilenmediği bulunmuştur. Ancak cinsiyet ile anksiyete ve depresyon riski arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Kadınların %37,8'inde, erkeklerin %10,5'inde anksiyete semptomları görülmektedir. Çalışmamız literatürle benzer sonuçlar taşımaktadır (16,87-89). Grov ve arkadaşlarının palyatif bakım gerektiren ileri evre kanser hastaları ve hasta yakınlarını dahil ettiği çalışmasında, kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadığı belirlenmiştir (16). Mittelman ve arkadaşlarının, Alzheimer hastalarının bakım veren eşleriyle yaptığı çalışmasında; çalışmamızdan farklı olarak kadınların erkeklerden daha fazla depresyon semptomu

gösterdikleri görülmüştür. Literatürde bazı çalışmalarda kadın hasta bakım vericilerin yaşam kalitesi erkeklere göre anlamlı daha düşük bulunmuştur (90,91).

Literatür taramasında; Selma ve ark. çalışmasında bu çalışmadakine benzer şekilde; hasta yakınlarının depresyon durumunun yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, hastaya yakınlık derecesinden etkilenmediği ancak ilkokul mezunlarında depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilmektedir(92). Yapılan diğer bir çalışmada kanserli hastalara bakım verenlerin cinsiyet, yaş, çalışma durumu ve eğitim durumları ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (93). Bazı çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte; bu çalışmada hasta yakınlarının eğitim durumlarının anksiyete, depresyon ve sosyal destek puanları üzerinde anlamlı etkisi bulunmamıştır.

❖ Hasta bakımında destekçi varlığı ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Katılımcıların %67 si destekçisi olduğunu belirtmiştir. Bakımda destekçisi olanların %76,7' sinde anksiyete belirtileri görülmemiştir. Hasta bakım sürecinde yardım alan kişilerin endişe ve depresyon düzeyi azalmaktadır. Bakım desteği almayanların % 69,4' ünde depresyon belirtileri görülmüştür. Hasta bakımında yardım almamanın ve bakım sorumluluğunu ve yükünü yalnız üstlenmenin, yaşanan depresyon belirtilerini artırdığı görülmektedir. Destekçisi olmayanların anksiyete ortalama puanlarının (10,58±5,86) ve depresyon ortalama puanlarının (10,80±5,2) yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmayla uyumlu olarak; Karabulutlu ve arkadaşlarının kanser hastalarının bakım verenleri ile yaptığı çalışmada, bakım vericilerin %60'ının destek aldığı ve destekçi olması durumunun depresyon puan ortalamalarında anlamlı fark oluşturduğu rapor edilmiştir (94). Destekçisi olmayanların anksiyete puan ortalaması 10.71±6.33 ve depresyon puan ortalaması 11,57±3,24 'tür. Bakım verenler ile yapılan bazı çalışmalarda da destekçi yokluğunun bakım verenlerin depresyon ve bakım yükü düzeylerini artırdığı tespit edilmiştir (95,96). Babaoğlu ve ark.'nın terminal dönem kanser hastalarının eşleriyle yaptığı çalışmada; eşlerden %23,3'ünün hastanın bakımını tek başına sürdürdüğü, %37,9'unun hastaya bakım verirken en az bir kişi tarafından bakım desteği aldığı veya günlük uğraşlarda destek aldığı görülmüştür. Yardımcı birinin olmamasının depresyon ve ümitsizlik düzeyinde artışa neden olduğu saptanmıştır (7). Literatürle benzer olarak bu çalışmada da; bakımda yardımcı birinin yokluğunun yaşanan

anksiyete ve depresyon üzerine olumsuz etkisi görülmektedir. Palyatif bakım gerektiren kronik ve kür sağlayıcı tedavisi olmayan hastalığı olan hastaların, hastane ortamında bakımını sağlamak psikolojik olarak yıpratıcı olabildiği gibi bu sorumluluğun tek başına üstlenilmesi ve bu konuda maddi, manevi veya duygusal destek alınmaması kişilerin bu süreçle baş etmesini zorlaştırmaktadır. Palyatif bakım hastasının kronik ve uzun süreli bakım ihtiyacı, uzun hastane yatışları da göz önünde bulundurulduğunda; yardımsız bakım vermenin kişiyi yalnızlaştırdığı, sosyal olarak izolasyonuna sebep olduğu ve fizyolojik ve psikolojik olumsuz etkileri artırdığı savunulabilir. Bakım sürecinde maddi ve psikolojik olarak destek verilmesi; dönüşümlü bakım yardımı sağlanması ve böylelikle asıl bakım vericiye de sosyal bir zaman tanınması, yaşanacak psikolojik problemlerin azaltılmasında etkili olabilir.

❖ Çalışmada, katılımcıların hastaya yakınlık derecesi ile anksiyete varlığı arasında anlamlı ilişki bulunmazken; depresyon semptomları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Eşlerin %70,6 'sında ve çocukların %64,1'inde depresyon semptomları görülmüştür. Literatürde taramasında; Chung ve ark.nın kalp yetmezliği olan hastalar ve eşleriyle yaptığı çalışmada hastalar ve eşlerinde depresyon düzeyi yüksek iken yaşam kalitesi düşük saptanmıştır (97). Given ve ark. nın son dönem kanser hastalarının bakım vericileri ile yaptığı çalışmasında, 45-54 yaşlar arasındaki bakım vericilerin ve hastaya bakım veren çocuklarının depresyon oranları oldukça yüksek saptandığı görülmüştür. Çoklu semptomu olan ve yeni tanı almış olan kanser hastalarına bakım veren yetişkin yaştaki çocuklarında depresyon düzeyleri yüksek saptanmıştır (98). Pochard ve ark. nın yoğun bakım çalışmasında; hasta ve yakınlarının %72,7'sinde ve eşlerin de %84'ünde anksiyete ve depresyon semptomları görüldüğü fark edilmiştir (99). Literatürde, bu çalışmadakiyle benzer olarak hasta yakınlarının hasta bakım sürecinden olumsuz etkilendikleri ve depresyon semptomlarında artışın daha çok hastanın eşi ve çocukları üzerinde yaşandığı görülmüştür. Aile kurumu aile üyelerinin birbirlerinin iyi ve kötü günlerinde yanında bulunması sözüyle başlayan bir kurumdur. Eş ve çocuklar için hastalık ve bakım sürecinin, duygusal ve psikolojik olarak kaçınılmaz bir etkiye yol açtığı öngörülebilir.

❖ Bakım veren bireylerin bakım verme süresi ile depresyon semptom varlığı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. 6ay -1yıl

arasında bakım verenlerin %75' inde ve 1yıldan daha uzun süredir bakım verenlerin %77,3' ünde depresyon semptomları olduğu; 6 aydan daha uzun süre bakım vermenin depresif belirtileri artırdığı görülmüştür. Kronik hastalıkların ve terminal dönem hastalıkların bakımını veren hasta yakınlarının uzun süren palyatif bakım sürecinde yeterince destek görmeyişi ve bu sürede hastasının iyileşebilmesine dair umudunu yitirmesi ile depresif bulguların gelişebileceği sonucuna varılmıştır. Literatüre bakıldığında, bakım verme süresi arttıkça bakım yükü ve depresyon düzeyinin de arttığı çalışmalar bulunmaktadır (7). Bakım verici olarak harcanan süre ile yaşanan stres miktarı arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmuştur (100). Literatürde, bazı çalışmalarda da bakım yükü ile bakım süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (83,93,101).

❖ Hastaya uygulanan tedavi yöntemi, bakım ihtiyacı ve tanısı ile anksiyete depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Hastası destekleyici tedavi alanların %60'ında, sürekli bakım desteği ihtiyacı olan hastası olanların %61'inde ve malignite tanılı hastası olanların ise %59,4'ünde depresyon belirtileri görülmektedir.

Hastaların özelliklerine göre; bakım verenlerin anksiyete belirtilerine kıyasla depresyon belirti yüzdeleri daha yüksek saptanmıştır. Literatür taramasında farklı sonuçlara sahip çalışmalar bulunmaktadır (92,102).

❖ Günlük yaşam aktivitelerinde kendi ihtiyacını kendisi karşılayabilen hastaların yakınlarının %75'inde anksiyete semptomları görülmemiştir. %62,5'inde depresyon belirtileri görülmemiştir. Bakım vermede hastaların, ihtiyaçlarına kendileri cevap verebiliyor durumda olmalarının; hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerini azalttığı görülmüştür. Motor yetersizliği olan, inmeli hastalara bakım verenlerle yapılan çalışmada; günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan hastaların bakım vericileri, daha fazla zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir (103). Yatağa bağımlı veya kendi ihtiyaçlarını karşılayamayacak durumda olan hastaların genel durumuna eşlik eden basınç ülserleri, tekrarlayan enfeksiyonlar, kas gücünde ve eklem hareketlerindeki progresif bozulma gibi sonuçlar da bir kısır döngü şeklinde hasta bakımından sorumlu kişilerin baş etmesi gereken problemler haline dönüşmektedir. Hastanın, temel günlük ihtiyaçlarını karşılar durumda olması; bakım vericilerin kendilerine daha çok vakit ayırabilmesini sağlarken; hastalarının genel

durumunu iyi olarak algılamalarına, umut ve beklentilerinin artmasına, endişe ve korkularının azalmasına sebep olduğu düşünülmüştür.

❖ Bu araştırmada, malignite tanısıyla takip edilen hastaların bakım vericilerin yarısından fazlasında (%59,4) depresif bulgular saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak; kanserli hastalara bakım veren yakınlarında depresyon riskinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (16,89,98,104).

Babaoğlu ve Öz son dönem kanser hastasına bakım veren eşlerde depresif duygulanım ve anksiyete gibi duygusal problemlerin olduğunu saptamıştır (7). Çivi ve ark.'nın kanser hastalarına bakım veren yakınlarıyla yaptığı çalışmada; bu çalışmadan farklı olarak; bakım vericilerin %65,5'inde depresyon saptanmadığı ve %10'unda ise orta ve şiddetli depresyon saptandığı görülmüştür (92). Kanser toplumsal bilgi düzeyinde de tedavisi olmadığı bilinen bir hastalıktır. Palyatif bakım kliniğinde yatmakta olan kanser hastalarının bakım vericilerinde tedavisi olmayan, geri dönüşsüz bir yola girildiğinin göstergesi olarak psikolojik anlamda etkilenime yol açabilmektedir.

❖ Çalışmada anksiyete puan ortalaması 8,34±5,66 (kesme noktası:10) olup %33'ünde anksiyete riski ve depresyon puan ortalaması 8,63±4,92 (kesme noktası:7) olup %55' inde depresyon semptomları saptanmıştır. Hasta yakınlarında depresyon düzeylerinin yüksek saptandığı çalışmalar bulunmaktadır(89,105-107). Karabulutlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada bakım verenlerin anksiyete puan ortalaması 9.64±4.91 olup, %46'sında anksiyete riski; depresyon puan ortalaması 9.69±4.46 olup, %72'sinde depresyon riski olduğu görülmüştür (94). Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Literatürde hasta yakınlarında anksiyete ve depresyonun yüksek olduğu gösteren çalışmalara rastlanmıştır (16).

❖ Çalışmada hastasına bakım verenler içinde eşlerin anksiyete ve depresyon düzeyi; diğer bakım verenlere göre anlamlı daha fazla tespit edilmiştir. Literatürde çalışmamızın sonucunu destekler nitelikte çalışmalara rastlanmıştır (103,109).

❖ Çalışmada, hasta yakınlarının en fazla "Aile" den sonrasında sırayla "Arkadaş" ve "Özel Bir İnsan" dan sosyal destek aldığı belirlenmiştir. Bakım vermede yardımcısı olanların, ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı bir fark tespit

edilmemiştir. Bakımda yardımcı olan kişilerin bakım vericiler için yeterli olmadığı düşünülmüştür. Bakım vericinin yaşı, eğitim durumu, çalışma hayatındaki durumu, çocuk varlığı ile hastanın tanısı ve günlük yaşam aktivitelerindeki bakım ihtiyacı durumu ile sosyal destek arasında anlamlı fark görülmemiştir. Literatürde farklı sonuçlara sahip çalışmalar mevcuttur. İnmeli hastaların yakınlarında yaş ile sosyal destek arasında ters orantılı bir ilişki saptanmıştır (15). Kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların bakım vericilerinin sosyal desteklerinin anlamlı daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bu konu ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Kanserin tedavisi olmayan bir hastalık olmasının halk arasında da bilinmesi, bakım vericiler dışındaki yakınlarının da sık sık hastane ziyaretinde bulunması ve hastanın son dönemlerinde yanında olmak istemesi ile açıklanabilir. Bakım vericilerin; böylece daha fazla sosyalleşmesi ve yalnızlık hissinin azalarak psikolojik, maddi, manevi olarak desteklendikleri ile ilgili algılarının arttığı düşünülebilir.

❖ Hastaya bakım veren kardeş, ebeveyn, çocuk gibi birinci derece akrabaların ailelerinden aldıkları sosyal destek ile hasta bakıcı, komşu, arkadaş, yeğen gibi diğer hasta bakım vericiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Çocuk, kardeş, ebeveyne bakım desteği daha fazla verilmektedir. Hastanın aile üyelerinden olan çocuk, kardeş ve ebeveynin kendi aralarında dönüşüm yaparak bakım verdikleri ve birbirlerini destekledikleri düşünülebilir. Palyatif bakım kapsamında kimsesiz hastaların ve ailesinin yaşamasından umudunu kestiği ve daha az ilgilendiği hastaların da olduğu düşünüldüğünde, bakım verici birinci derece akrabaların olmasının; aile dinamiklerinin korunabilmesi ve ihtiyaç sahiplerine toplumsal destek sağlanabilmesindeki önemi ortaya çıkmaktadır**.**

❖ Çalışmamızda sosyal destek ile anksiyete ve depresyon arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Sosyal destek algısı arttıkça anksiyete ve depresyon azalmıştır. Literatürde çalışmamız sonuçlarıyla benzer sunuçlar dikkati çekmiştir (12, 110, 111). Karlıdere ve arkadaşlarının menopozdaki kadınlar ile yaptığı çalışmada, sosyal destek arttıkça anksiyete ve depresyon siddetinin azaldığı tespit edilmiştir. (112). Engelli çocuk bakımından sorumlu anneler ile yapılan çalışmada sosyal destek algısı arttıkça kaygı düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (113). Francesco ve arkadaşlarının Amiyotrofik Lateral Skleroz hastalarının bakım vericileriyle yaptıkları

çalışmalarında; bakım yükü, anksiyete ve depresyon ile sosyal destek arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır (114).

Sonuç olarak; kronik hastalıklarla baş etmede bakım verenlere destek sağlamanın, anksiyete ve depresyon semptomlarında olumlu etkiler oluşturabileceği unutulmamalıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

❖ Bakım vermede, kadınların erkeklere göre daha fazla rol aldığı tespit edilmiştir.

❖ Kadın bakım vericilerde anksiyete ve depresyon erkek bakım vericilere göre anlamlı daha fazla tespit edilmiştir.

❖ Hasta bakımında yardımcı birinin varlığının anksiyete ve depresyon belirtilerini azalttığı görülmüştür.

❖ Hasta bakımından sorumlu olan çocuk ve eşlerde depresyon belirtileri daha çok görülmüştür.

❖ Bakım verme süresinin 6 ay ve daha fazla olduğu kişilerde depresyon belirtileri daha fazla görülmüştür. Uzun hastalık ve bakım süreçleri bakım verenleri psikolojik olarak olumsuz etkilemiştir.

❖ Anksiyete ortalama puanı eşik değerin altında kalırken; depresyon ortalama puanı eşik değerin üstünde saptanmıştır. Bakım vericilerde depresyon riskinin daha fazla olduğu görülmektedir.

❖ Aileden alınan sosyal destek, arkadaş ve özel birinin desteğinden daha fazla bulunmuştur. Kronik hastalıklarla baş etmede, aile içi ilişkiler ve dinamiklerin korunabilmesi önemlidir.

❖ Kemoterapi ve radyoterapi ile birlikte semptomatik tedavi alan kanser hastalarının yakınlarındaki sosyal destek algısı, yalnızca semptomatik tedavi verilen hastaların yakınlarından daha fazla bulunmuştur. Kanser tanısının, hastanın çevresini destek ve yardım konusunda daha özenli davranmaya ittiği düşünülmektedir.

❖ Bakım veren eşler ile diğer bakım vericiler arasında, eşlerde anlamlı daha fazla düzeyde anksiyete ve depresyon saptanmıştır.

❖ Hastaya bakım veren çocuk, ebeveyn, kardeş gibi birinci derece akrabalarda, algılanan aile desteği daha fazla bulunmuştur.

❖ Algılanan gelir durumunun anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

❖ Bakım verenlerin sosyal destek algılarındaki artışın, anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı düşüşe sebep olduğu görülmüştür.

Öneri olarak; kanser ve kronik hastalıkların destekleyici tedavisini veren palyatif bakım hastalarının psikolojisini kadar hastaya bakım veren yakınlarının da psikososyal durumları göz önünde bulundurulmalıdır. Sosyal desteğin, anksiyete ve depresyonu azaltmaya yardımcı olabileceği düşünüldüğünde, bakım verenlere sosyal destek alabilecekleri kurum ve kuruluşlar ile ilgili bilgilendirme broşürleri ve psikolojik semptomlarla baş etmeye yönelik pratik bilgiler verilmesi yararlı olacaktır. Hasta bakımı ve hastalık sürecinin yönetimi sırasında psikososyal destek sağlanabilmesine yönelik eğitim faaliyetlerine ihyitaç bulunmaktadır. Palyatif bakım ihtiyacı evde bakım süreciyle devam edeceğinden, bakım verenin psikososyal sorunlarla baş edebilmesini sağlamak için; bakım vericiye evde hasta bakımı ile ilgili, ulaşabileceği hizmetler ve sivil toplum kuruluşları, dernekler ile ilgili danışmanlık verilmelidir. Sosyal desteği yetersiz olan bakım verenlere, sosyal destek anlayışı ile bakım desteği sağlanması, psikososyal iyilik halini koruyabilmek açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1- World Health Organization. Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life; 2014. (Erişim Tarihi:10.06.2017).Available from: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

2- Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013;11(2): 56-70.

3- Atagün Mİ, Devrim Balaban Ö, Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü: *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(3).

4- Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. Neurology 1998; 51:53-60.

5- Özer S. Demanslı hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2010;13.3:27-35.

6- Kalınkara V, Kalaycı I. Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik: Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2017;10.2: 19-39

7- Babaoğlu E. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Gereksinimleri (tez). Ankara: *HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikyatri Hemşireliği Bilim Uzmanlığı;* 2001.

8- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Caregivers of advanced cancer patients: feelings of hopelessness and depression. *Cancer nursing* 2007; 30(5): 412.

9- Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2011;26(4): 193-8.

10- Rivera JR, Henry R. Depression symptoms in cancer caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2009; 13(2): 195

11- Sörensen S, Duberstein P, Gill D, Pinquart M. Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology* 2006;5: 961-73

12- Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012;3(1): 3-38.

13- Dikmen Y, Yılmaz D, Yıldırım Usta Y. Hemşirelik öğrencilerinde algılanan sosyal destek ile boyun eğici davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *European Journal of Therapeutics* 2017;23: 12-8.

14- Arıkan D, Kahrıman İ. Yenidoğan bebeği olan primipar annelerin ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin sorun çözme becerilerine etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2002; 5(1).

15- Tuna M, Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2010;17(1): 41-52.

16- Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fosså SD. Anxiety,depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. Annals of Oncology 2005;16(7):1185-91.

17- Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe Sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Turk Psikiyatri Derg 2010; 21:37-48.

18- İstatistiklerle Yaşlılar, 2016 [internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim tarihi:04.11.2017).http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644.

19- Taşçı F. Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya örnekleri. *Çalışma ve Toplum* 2010;1: 175-202.

20- Hayat Tabloları 2014-2016, [internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim Tarihi:04.11.2017).http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24640.

21- Şahan Uslu F, Terzioğlu F. Dünya'da ve Türkiye'de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2015; 4(2): 81-90.

22- Beresford L, Kerr K. *Next generation of palliative care: Community models offer services outside the hospital*. California Health Care Foundation [Internet]. 2012 Nov. Available from: http://www.chcf.org/publications/2012/11/next-generation-palliative-care.

23- Uzuncu HB, Buyruk H, Alnak E, Yıldırım G. Yoğun bakımda yapılacak bir şeyi kalmayan kanserli terminal dönem hastalara insanca bakım. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2013; 35: 143-51.

24- Borasio GD. Translating the World Health Organization Definition of Palliative Care İnto Scientific Practice. Palliat Support Care 2011;9:1-2.

25- BAHAR, Aynur. Ölüm sürecinde olan hasta: terminal bakım ve hospis. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2.6: 147-58.

26- Kaya A. Türkiye'de ve Dünyada palyatif bakım. Acıbadem Hemşirelik e-dergi/82 2015;82. (Erişim Tarihi: 03.10.2017) http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/82/makale.asp.

27- Connor S. The global spread of hospice and palliative care. *Death, Dying, and Bereavement.* . Stillion JM, Attig T (Eds.). *Contemporary Perspectives, Institutions, and Practices*; 2014: 181.

28- Bağ B. Hospis ve hospiste ölüme hazırlanma. Akad Geriatri 2012;4: 120-5.

29- Sürmeli DM, Akçiçek F. Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. *Turkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics* 2016; 9(1): 8-11.

30- Madenoğlu Kıvanç M. Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri.Hsp dergisi 2017;4(2):132-135.

31- Palyatif Bakım Tarihçesi [Internet]. Erişim tarihi:16.06.2017 Erişim adresi: http://izmirguney.khb.saglik.gov.tr/4101_palyatif-bakim.

32- Sucaklı MH. Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics* 2014;5(3): 109-113.

33- Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi* 2012; 54(4): 329-334.

34- Elçigil A. Pediatrik palyatif bakım ve hemşirelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2006;9(4): 75-81.

35- WHO Definition of Palliative Care [internet]. (Erişim Tarihi:04.11.2017). http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

36- Turan Bahçelioğlu G, Mankan T, Polat H. Opinions of nurses about palliative care. *International Journal* 2017;10(1):176.

37- Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim* 2011;24(3):4-9.

38- Hui D, Bruera E. Models of integration of oncology and palliative care. *Annals of palliative medicine* 2015 Jul:4(3):89-98.

39- Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadıoğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı Dergisi* 2015;27(2): 104-110.

40- Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, Haes HCJM, Voest EE, Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *Journal of pain and symptom management* 2007;34(1):94-104.

41- Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care Cancer* 2000;8(1):175-179.

42- Breivik H, Cherny N, Collett B, Conno F, Filbet M, Foubert AJ et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Annals of oncology* 2009;20(8):1420-1433.

43- Ford DW, Koch KA, Ray DE, Selecky PA. Palliative and endof-life care in lung cancer diagnosis and management of lung cancer. 3rd ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2013; 143 (5) (Suppl): 498S–512S.

44- Akyol A. Son dönem böbrek yetmezliği (sdby) olan hastada playatif bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2013;2(1):32-41.

45- Kabalak AA. Türkiye'de palyatif bakım çalışmaları. *Turkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation Special Topics* 2017;10(1):7-12.

46- Özkan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOAH) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Derg* 2011;28(1):69-74.

47- Aygencel G, Türkoğlu M. Bir dahili yoğun bakım ünitesindeki terminal dönem hastaların genel özellikleri ve maliyetleri. *Turkish Journal of Medical &*

Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi 2014;5(1):1-4.

48- Kose I, Zincircioglu C, Kİlİc Ozturk Y, Senoglu N, Erbay RH. Costs and Outcomes of Patients with Prolonged Stays in an Intensive Care Unit. *European Journal of General Medicine* 2016;13(2):127-133.

49- Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010;13(1):1-6.

50- Uzuncu H, Buyruk H, Alnak E, Yıldırım G. Yoğun bakımda yapılacak bir şeyi kalmayan kanserli terminal dönem hastalara insanca bakım önerisi. Dergipark Cumhuriyet Medical Journal 2011;35(1):143-151.

51- Bingley A, Clark D. A Comparative Review of Palliative Care Development in Six Countries Represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC). J Pain and Symptom Manage 2009 March;37(3):287-296. (Erişim tarihi: 05.07.2017) http://www.jpsmjournal.com/ article/S0885-3924(08)00379-5/fulltext.

52- Bilen A. Palyatif bakım. Toplum ve Hekim 2016;31(1):25-30

53- T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Kanser Kontrol Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara: 2016. www.iccpportal.org/sites/default/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf Erişim tarihi:02.11.2017.

54- Kahveci K, Gökçınar D. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım. İçinde: Kahveci K, Gökçınar D.(editörler). Palyatif Bakım. Birinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi 2014: 1-6. Erişim Tarihi:09.11.2017. https://issuu.com/nobeltipkitabevi/docs/palyatif_tanitim.

55- Sağlık Bakanlığı Evde sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 01.02.2010 tarih ve 3895 Sayılı Makam Onayı.

56- Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete.

57- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı Resmi Gazete

58- Kabalak AA. Türkiye'de palyatif bakım;2014, güncel gelişmeler, gereksinimler. Anestezi Dergisi 2014;22(3):121-3.

59- Yeni Palyatif Bakım Üniteleri Tescil Listesi (27.3.2017). Erişim Tarihi:02.11.2017. http://www.tkhk.gov.tr/8625_yeni-palyatif-bakim- .

60- Palyatif bakım evde hastanede çalıştay raporu. Akçiçek F, Akbulut G, Fadıloğlu ZÇ(editörler). Ege Geriatri Derneği Yayınları; 2013(1). Erişim tarihi:08.11.2017.

61- Yalcın BM; Öztürk O. The Management of Major Depressive Disorder in Primary Care 2016;10(4):250-8.

62- DSM-V-TR. Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. Köroğlu E. (Editör). Birinci Baskı HYB Yayınları İstanbul 2013:194-97.

63- Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11: 3-18.

64- Tükel R. Alkın T. Anksiyete bozuklukları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları* 2004;1: 551-552.

65- Pritchard MJ. Using the hospital anxiety and depression scale in surgical patients. Nurs Stand. 2011;25(34):35–41.

66- Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing* 2003;32(2):218-23.

67- Sherif T, Jehani T, Saadani M, Andejani AW. Adult oncology and chronically ill patients: comparison of depression, anxiety and caregiver's quality of life. Eastern Mediterranean Health Journal WHO IRIS 2001;7(3):502-9.

68- Bayraktar Ö. *Üniversite öğrencilerinin algılanan sosyal destek düzeyleri ile duygusal zekaları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2011.

69- Cohen S, McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Handbook of psychology and health* 1984;4: 253-267.

70- Tutar H. *Kriz ve stres ortamında yönetim*. Hayat yayıncılık, İletişim, Eğitim Hizmetleri ve Ticaret Ltd. Şti. İstanbul: 2000.

71- Başer Z. Aileden algılanan sosyal destek ile kendini kabul düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi (tez). Erzurum: *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2006.*

72- Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2006;9(2):68-75.

73- Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 1997;13(13):81-7.

74- Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok boyutlu algIlanan sosyal destek ölçeği' nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12(1):17-25.

75- Norris FH, Kaniasty K. Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of personality and social psychology* 1996;71(3): 498-511.

76- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica* 1983;67(6):361-70.

77- Beser NG, Öz F. K emoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C.B. Hemşirelik Yüksek Okuluu Dergisi 2003;7(1):47-58.

78- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8(4):280-7.

79- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment* 1988;52(1):30-41.

80- Lin PC, Lu CM. Hip fracture: family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. *Journal of clinical nursing* 2005;14(6):719-26.

81- Uğur Ö, Fadıloğlu ZÇ. Kanser hastasına bakım verenlerde uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 2012;1(2): 53-8.

82- Scherbring M. Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population.Oncology Nursing Forum 2002;29(6):70-6.

83- Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler.Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2011;4(3):125-30.

84- Edwards AB, Zarit SH, Stephens MAP, Townsend A. Employed family caregivers of cognitively impared elderly: an examination of role strain and depressive symptoms. Aging&Mental Health 2002; 6(1):55-6.

85- Zaybak A, Güneş Ü, Günay İsmailoğlu E, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2012;15(1):48-54.

86- Özçatal EÖ. Ataerkillik, toplumsal cinsiyet ve kadının çalışma yaşamına katılımı. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2011;1(1):21-39.

87- Sarıtaş SÇ, Büyükbayram Z. Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016;15(2):141-50.

88- Friðriksdóttir N, Sævarsdóttir Þ, Halfdánardóttir S Í, Jónsdóttir A, Magnúsdóttir H, Ólafsdóttir K L et al. Family members of cancer patients: needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncologica* 2011;50(2):252-8.

89- Rhee YS,Yun YH, Park S, Shin DO, Lee KM, Yoo HJ et al. Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression. *Journal of Clinical Oncology* 2008;26(36):5890-5.

90- Mittelman MS, Roth DL, Coon DW, Haley WE et al. Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry* 2004;161(5):850-6.

91- Toptaş S. Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü:2013.

92- Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gulhane Medical Journal* 2011;53(4):248-53.

93- Şahin ZA, Polat H, Ergüney S.Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(2).

94- Karabulutlu EY, Akyıl R, Karaman S, Karaca M. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2013;28(1):1-9.

95- Haley WE, Lamonde LA, Han B, Burton AM, Schonwetter R. Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: application of a stress process model. *Journal of palliative medicine* 2003;6(2):215-24.

96- Sarıtaş SÇ, Bayır K, Sarıtaş S, Ucuzal M. Karaciğer Transplantasyonu Yapilan Hastalara Bakim Verenlerin Bakim Yüklerinin Belirlenmesi.*Yildirim Beyazit Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi* 2014;2(1).

97- Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Rayens MK. The effects of depressive symptoms and anxiety on quality of life in patients with heart failure and their spouses: Testing dyadic dynamics using Actor–Partner Interdependence Model. *Journal of psychosomatic research* 2009;67(1):29-35.

98- Given B, Wyatt G, Given C et al. Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end-of-life. In: *Oncology nursing forum*. NIH Public Access 2004; 31(6):1105-17.

99- Pochard F, Azoulay E, Chevret S, François L, Philippe H et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical care medicine* 2001;29(10):1893-7.

100- Pasacreta JV, Fran B, Isaac N, Ruth M. Participant characteristics before and 4 months after attendance at a family caregiver cancer education program. *Cancer Nursing* 2000;23(4):295-303.

101- Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi* 2012;9(3):22-9.

102- Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(1):61-8.

103- Ilse IB, Feys H, Wit L, Putman K, Weerdt W. Stroke caregivers' strain: prevalence and determinants in the first six months after stroke. *Disability and Rehabilitation* 2008;30(7):523-30.

104- Carter PA, Chang BL et al. Sleep and depression in cancer caregivers. Cancer Nursing An Internatioanl Journal for Cancer Care 2000;23(6):410-5.

105- Yang X, Wang L, He J, Ge C, Chang Y, Fu J et al. Factors related to depressive symptoms among Chinese caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology* 2012;21(10):1063-70.

106- Tang ST, LI CY; Liao YC. Factors associated with depressive distress among Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Palliative Medicine* 2007;21(3):249-57.

107- Fletcher BS, Paul SM, Dodd MJ, Schumacher K, West C, Cooper B et al. Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2008;26(4):599-605.

108- Tang ST, Chang WC, Chen JS, Wang HM, Shen WC, Li CYet al. Course and predictors of depressive symptoms among family caregivers of terminally ill cancer patients until their death. *Psycho-Oncology* 2013; 22(6): 1312-8.

109- Siminoff LA, Wilson-Genderson M, Baker S. Depressive symptoms in lung cancer patients and their family caregivers and the influence of family environment. *Psycho-Oncology* 2010;19(12):1285-93.

110- Hasson-Ohayon I, Goldzweig, Braun M, Galinsky D. Women with advanced breast cancer and their spouses: diversity of support and psychological distress. *Psycho-Oncology* 2010;19(11): 1195-1204.

111- Kim Y, Duberstein PR, Sörensen S, Larson MR et al. Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: effects of personality, social support, and caregiving burden. *Psychosomatics* 2005; 46(2): 123-30.

112- Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2008;11: 159-66.

113- Coşkun Y, Akkaş G. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygi Düzeyleri İle Sosyal Destek Algilari Arasindaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergis*i 2009;10(1): 213-27.

114- Pagnini F, Rossi G, Lunetta C, Banfi P, Castelnuovo G, Corbo M. Burden, depression, and anxiety in caregivers of people with amyotrophic lateral sclerosis. *Psychology, health & medicine* 2010; 15(6): 685-93.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay Raporu

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 4
Tarih : 07 Mart 2017
Karar No : 6

Hastanemiz Aile Hekimliği Asistanı Dr. Seval ARKIN'ın uzmanlık tez çalışması olarak yapılması planlanan **"Palyatif Servis Hastalarına Primer Bakım veren Hasta Yakınlarında Algılanan Sosyal Destek ile Anksiyete ve Depresyon Riskinin İncelenmesi "** konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Seval ARKIN tarafından Aile Hekimliği Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Haluk MERGEN sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE

ÜYELER : Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER
Doç. Dr. Süheyla SERİN SENGER
Doç. Dr. Ahmet KAYA
Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU
Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN (Katılmadı)
Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN
Doç. Dr. Emel Ebru PALA
Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY
Doç. Dr. Can ÖZTÜRK
Yrd. Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK
Emekli Subay Atıf Can ÖKTEN
Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR
Telefon: 0 232 4696969 / 6128

Ek 2. Katılımcı Bilgi Formu

1. Yaşınız?:……

2. Cinsiyetiniz nedir? 1-( )Kadın 2-( )Erkek

3. Hastaya Yakınlık Dereceniz?
1. ( ) Çocuğu 2. ( ) Eşi 3.( ) Kardeşi 4.( )Ebeveyn 5.( ) Diğer

4. Medeni durumunuz?
1. ( ) Evli 2.( ) Bekar

5. Eğitim Durumunuz?
1.( ) Okuryazar Değil 2-( ) Okur yazar 3. ( ) İlköğretim 4.( ) Ortaöğretim 5.( ) Lise 6.( ) Üniversite ve üzeri

6. Mesleğiniz?
1. ( )Memur 2.( )İşçi 3.( )Çiftçi 4.( ) Emekli 5.( )Serbest Meslek 6.( )Çalışmıyor 7.( ) Diğer

7. Sosyal güvenceniz?
1.( ) Var 2.( )Yok

8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
1. ( ) İyi 2.( ) Orta3.( ) Kötü

9. Çocuğunuz var mı ? 1-( )Evet 2-( ) Hayır

10. Evde kiminle yaşıyorsunuz?
1.( ) Yalnız 2.( ) Eşi ile birlikte 3.( ) Eşi ve çocukları ile birlikte 4.( ) Diğer

11. Psikiyatrik hastalığınız var mı ? 1-( ) Evet 2-( ) Hayır

12.Bakım verırken destek aldığınız kişiler var mı ? 1-( ) Evet 2-( ) Hayır

13.Ne kadar süredir bakım veriyorsunuz ?.....

14.Hastanız hangi tedavi yöntemini alıyor? 1-( )Kemoterapi 2-( )kemoterapi ve Radyoterapi 3-( )Radyoterapi 4-( ) Destekleyici tedavi

15..Sürekli siz mi bakım veriyorsunuz ? 1-( ) Evet 2-( ) Hayır

16. Hastanın günlük yaşam aktıvitelerinde destek ihtiyacı nedir? 1-( ) Sürekli bakım desteği ihtiyacı var 2-( ) Yardımla bakım ihtiyacı karşılanıyor 3-( ) Bakım desteği ihtiyacı yok

17-Hastanın tanısı? .....

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1-Kendimi gergin '' patlayacak'' gibi hissediyorum.

(3)Çoğu zaman (2)Birçok zaman (1) Zaman zaman, bazen (0) Hiçbir zaman

2-Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

(0)Aynı eskisi kadar (1)Pek eskisi kadar değil (2)Yalnızca biraz eskisi kadar (3)Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3-Sanki kötü birşeyler olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

(3)Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli (2)Evet ama çok şiddetli değil (1)Biraz ama beni endişelendirmiyor (0)Hayır hiç öyle değil

4-Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

(0) Her zaman olduğu kadar (1) Şimdi pek o kadar değil (2) Şimdi kesinlikle o kadar değil (3) Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

(3) Çoğu zaman (2) Birçok zaman (1) Zaman zaman, ama çok sık değil (0) Yalnızca bazen

6. Kendimi endişeli hissediyorum.

(0) Hiçbir zaman (1) Sık değil (2) Bazen (3) Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum

(0) Kesinlikle (1) Genellikle (2) Sık değil (3) Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

(3) Hemen hemen her zaman (2) Çok sık (1) Bazen (0) Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.

(0) Hiçbir zaman (1) Bazen (2) Oldukça sık (3) Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

(3) Kesinlikle (2) Gerektiği kadar özen göstermiyorum (1) Pek o kadar özen göstermiyorum (0) Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

(3) Gerçektende çok fazla (2) Oldukça fazla (1) Çok fazla (0) Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

(0) Her zaman olduğu kadar (1) Her zamankinden biraz daha az (2) Her zamankinden kesinlikle daha az (3) Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum

(3) Gerçektende çok sık (2) Oldukça sık (1) Çok sık değil (0) Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon yada radyo programından zevk alabiliyorum.

(0) Sıklıkla (1) Bazen (2) Pek sık değil (3) Çok seyrek

ÇOK BOYUTLU SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Boyutlar	Hiç katılmıyorum 1	2	3	4	5	6	Tamamen katılıyorum 7
1.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı,sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3.	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4.	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba,komşu, doktor) var.							
6.	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7.	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8.	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9.	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü,akraba, komşu, doktor) var.							
11.	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12.	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							