KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERDE SOSYAL DESTEĞİN YAŞAM KALİTESİ, BAKIM YÜKÜ VE TÜKENMİŞLİKLE İLİŞKİSİ

Öykü AYDEMİR
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanları
Prof. Dr. Dilek KILIÇ
Doç. Dr. Derya ADIBELLİ

Yüksek Lisans Tezi-2023

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERDE SOSYAL DESTEĞİN YAŞAM KALİTESİ, BAKIM YÜKÜ VE TÜKENMİŞLİKLE İLİŞKİSİ

Öykü AYDEMİR

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanları
Prof. Dr. Dilek KILIÇ
Doç. Dr. Derya ADIBELLİ

ERZURUM
2023

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **I**

TEŞEKKÜR ..... **IV**

ÖZET ..... **V**

ABSTRACT ..... **VI**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **VII**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **VIII**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **IX**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1.Kanser ve Epidemiyolojisi 4

2.2. Kanserin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 5

2.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri 6

2.2.2. Yaşam Tarzından Kaynaklanan Risk Faktörleri 7

2.3. Kanserin Belirtileri 8

2.4. Kanserin Tanısı, Evrelemesi ve Tedavisi 11

2.5. Kanserden Korunma 13

2.5.1. Birincil Koruma 13

2.5.2. İkincil Koruma 14

2.5.3. Üçüncül Koruma 14

2.6. Kanser Hastalarına Bakım Vericilik 15

2.7. Bakım Verme Yükü 19

2.7.1. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler ve Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi 20

2.7.1.1. Fiziksel Yük 21

2. 7.1.2. Emosyonel Yük 21
2.7.1.3. Sosyal Yük 21
2.7.1.4. Ekonomik Yük 22
2.8. Tükenmişlik Kavramı 22
2.8.1.Tükenmişlik Modelleri 23
2.8.1.1. Maslach Tükenmişlik Modeli 23
2.8.1.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli 24
2.8.1.3. Pines Tükenmişlik Modeli 25
2.8.1.4. Cherniss Tükenmişlik Modeli 25
2.8.2. Tükenmişliğin Belirtileri 25
2.8.3. Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinde Tükenmişlik 26
2.9. Yaşam Kalitesi 27
2.9.1. Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinde Yaşam Kalitesi 28
2.10. Sosyal Destek 29
2.10.1. Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinde Sosyal Destek 30
2.11. Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları 32
3. MATERYAL VE METOD 34
3.1. Araştırmanın Türü 34
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 34
3.3. Araştırmaya Alınma Kriteri 34
3.4. Veri Toplama Araçları 34
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu 35
3.4.2. Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği 35
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 35
3.4.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu 36

3.4.5. Pines Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu 37

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi 38

3.6. Araştırmanın Güçlük ve Sınırlılıkları 40

3.7. Çalışmanın Etik Yönü 40

4. BULGULAR 41

5. TARTIŞMA 63

6. SONUÇ 74

KAYNAKÇA 76

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU 93

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU 94

EK-3. KURUM İZNİ 95

EK-4. ÖLÇEK KULLANIM İZNİ 96

EK-5. TANITICI VERİ FORMU 99

EK-6. ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ 101

EK-7. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ 103

EK-8. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU TÜRKÇE VERSİYONU 104

EK-9. TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ-KISA FORMU 107

EK-10. TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU 108

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez sürecim boyunca araştırmanın planlanması ve yürütülmesi sırasında bilgisi, deneyimi, yönlendirmesi ve sabrı ile verdiği destek ve katkılarından dolayı tez danışmanım, değerli hocam Sayın Prof. Dr. Dilek KILIÇ'a

Araştırma süresince desteğini esirgemeyen, beni motive eden ve bana her daim değerli zamanını ayıran değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülnaz ATA'ya,

Çalışmam boyunca tecrübesini, bilgisini ve zamanını ayıran Sayın Doç. Dr. Derya ADIBELLİ' ye

Hayatım boyunca benden desteklerini bir an bile esirgemeyen her zaman yanımda olan ve beni her konuda destekleyen biricik anneme, babama ve kardeşlerime teşekkür ederim.

Öykü AYDEMİR

ÖZET

Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesi, Bakım Yükü ve Tükenmişlikle İlişkisi

Amaç: Bu çalışma kanser hastalarına bakım verenlerde sosyal desteğin yaşam kalitesi, bakım yükü ve tükenmişlikle ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma Şubat-Haziran 2022 tarihleri arasında Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji-Hematoloji Kliniğine ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesine kayıtlı hastaların bakım verenlerinde yapılmıştır. Örneklemi araştırmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerine uyan 102 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Tanıtıcı Veri Formu, Zarit Bakım Yükü Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu ve Pines Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu kullanılarak toplanmıştır. Veriler, SPSS 25.0 programında analiz edilmiştir. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız t testi, tek yönlü varyans analizi, pearson korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Bakım verenlerin araştırmada Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması 41.40±10.68, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 66.27±11.72, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Genel Sağlık Durumu 56.25±13.93, Bedensel alt boyut 46.25±8.04, Ruhsal alt boyut 56.00±8.68, Sosyal İlişkiler alt boyut 59.96±11.90 ve Pines Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu puan ortalaması 2.45±0.95 bulunmuştur. Bakım verme yükü ile sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Bakım verme yükü ile tükenmişlik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Tükenmişlik ile sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak kanser hastalarına bakım verenlerde sosyal destek arttıkça yaşam kalitesi artmakta, bakım verme yükü ve tükenmişlikleri azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bakım verici, bakım verme yükü, kanser, sosyal destek, tükenmişlik, yaşam kalitesi

ABSTRACT

The Relationship of Social Support with Quality of Life, Caregiver Burden and Burnout in Caregivers of Cancer Patients

Aim: This study was conducted to determine the relationship of social support with quality of life, care burden and burnout in caregivers of cancer patients.

Materials and Methods: This research was carried out by the caregivers of the cancer patients who were registered to the Outpatient Chemotherapy Unit of Giresun Training and Research Hospital Oncology-Hematology Clinic between February 2022 and June 2022; The sample consisted of 102 people who accepted to participate in the study and met the inclusion criteria. The data of the research were collected using the Descriptive Data Form, Zarit Burden of Care Scale, Multidimensional Perceived Social Support Scale, World Health Organization Short From of Quality of Life and Pines Burnout Scale Short Form. The data was analyzed using the SPSS 25.0 program. Descriptive statistics, indipendent test, one-way analysis of variance, Pearson correlation and regression analysis were used to evalvate the research data.

Results: Zarit Caregiver Burden scale score mean of caregivers 41.40±10.68, Multidimensional scale of Perceived Social Support score mean 66.27±11.72, World Health Organization Quality of Life Scale Short Form General Health Status subscale 56.25±13.93, Physical subscale 46.25±8.04, Mental subscale 56.00±8.68, Social Relations subscale 59.96±11.90 and Pines Burnout scale short form mean score 2.45±0.95 was found. A negative significant relationship was determined between caregivers burden of caregiving and social support and quality of life. A possitive and significant relationship was found between caregivers burden of care and their burnout. A negative and significant relationship was determined between the burnout of caregivers, their social support and quality of life. A possitive and significant relationship was determined between the social support of caregivers and their quality of life.

Conclusion: As result, as the social support increases in caregivers of cancer patients, their quality of life increases and their caregiver burden and burnout decrease.

Key Words: Burnout, cancer, caregiver, caregiving burden, quality of life, social support

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AJCC	**:**	Amerikan Kanser Komitesi
DSÖ	**:**	Dünya Sağlık Örgütü
IARC	**:**	Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
M.Ö	**:**	Milattan Önce
M.S	**:**	Milattan Sonra
PET CT	**:**	Pozitron Emisyon Tomografisi – Bilgisayarlı Tomografi
TDK	**:**	Türk Dil Kurumu
TÖ-KF	**:**	Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu
WHOQOL-BREF-TR	**:**	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No **Sayfa No**

Şekil 2.1. Bakım verme yükü modelinin yapısı..... 20

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları 38

Tablo 3.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları 39

Tablo 4.1. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı 41

Tablo 4.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin puan ortalaması 42

Tablo 4.3. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması 44

Tablo 4.4. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının karşılaştırılması 48

Tablo 4.5. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre zarit bakım verme yükü ölçeği ve pines tükenmişlik ölçeği puanlarının karşılaştırılması 51

Tablo 4.6. Bakım verenlerin pines tükenmişlik dereceler dağılımı 53

Tablo 4.7. Bakım verenlerin sosyal destek düzeyi ile yaşam kalitesi, bakım verme yükü ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkisi 54

Tablo 4.8. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının zarit bakım verme yükü ölçeği üzerindeki etkisi 57

Tablo 4.9. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu alt boyutu üzerindeki etkisi 57

Tablo 4.10. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt boyutu üzerindeki etkisi 58

Tablo 4.11. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt boyut üzerindeki etkisi 59

Tablo 4.12. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi sosyal ilişkiler alt boyutu üzerindeki etkisi 60

Tablo 4.13. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi çevre alt boyutu üzerindeki etkisi 61

Tablo 4.14. Araştırmada kullanılan çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının pines tükenmişlik ölçeği üzerindeki etkisi 61

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar yaşamda uzun bir zaman dilimini kapsayan, geri dönüşü olmayan fonksiyonel bozukluklara yol açabilen, belirli zaman aralıklarında düzenli takip, tedavi ve bakım desteği gerektiren sağlık sorunlarıdır.[1] Kronik hastalıklar kapsamında yer alan hastalıklardan biri de kanserdir.

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan 2020 verilerine göre dünyada 19 milyon üzerinde insanın kansere yakalandığı ve yaklaşık 10 milyon insanın kanser nedeniyle yaşamını yitirdiği belirtilmiştir. Dünyada erkeklerde en çok görülen kanser türleri sırasıyla akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer olarak sıralanırken ülkemizde erkeklerde en sık rastlanan kanser türleri sırasıyla akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanseridir. Kadınlarda ise meme, kolorektal, akciğer, serviks, tiroit dünyada en yaygın görülen kanser türleri iken ülkemizde kadınlarda meme, tiroit, kolorektal, akciğer ve uterus kanseri ilk sırada yer almaktadır.[2]

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde ciddi oranda morbiditesi ve mortalitesi yüksek seyreden birey ve çevresini fizyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal olarak etkileyen bir hastalıktır. Dünyada teknolojinin gelişmesi ve tıbbın ilerlemesiyle birlikte kanser hastalarının gelişen tedavileriyle paralel olarak yaşam süreleri de uzamaktadır.[3] Uzayan yaşam süreleriyle birlikte kanser hastalarının uzun tedavi ve bakım ihtiyaçları da artmaktadır. Bu durum bakım vericilere daha fazla rol ve sorumluluk yüklemektedir.[4] Bu süreçte bakım veren bireylerin özel ve aile yaşantıları, iş, sosyal ve ekonomik hayatları olumsuz yönde etkilenmektedir.[4] Literatür incelendiğinde bakım verenler üzerindeki etkiler; kendine zaman ayıramama, fiziksel ve psikolojik sağlığın olumsuz etkilenişi, aile içi zorluklar yaşama, sosyal rollerde veya iş hayatında zorlanmalar ve işini kaybetme olarak karşımıza çıkmaktadır.[4,5] Bakım verenler üzerindeki bu olumsuz etkiler yük kavramı ile ifade edilmektedir.[4]

Kanser hastalarının takip, tedavi ve bakım sürecinde bakım veren bireylerin üstlendikleri bakım yükü nedeniyle yaşam kaliteleri negatif yönde etkilenmektedir.[4,6] Bakım veren kişinin yaşam aktivitelerinde yaşanan sınırlandırmalar, bakım verdiği bireyin durumunun kötüye gitmesi, bakım verdiği bireyi kaybetme korkusu, bakım verene çevresinden sosyal desteğin olmayışı, ekonomik ve sosyal zorluklar kişinin kendisini tükenmiş hissetmesine neden olabilmektedir.[7] Bakımla ilgilenen kişilerin yaşam kalitelerinin azalması ve bakım yüklerinin fazla olması bireyleri tükenmişliğe hazır hale getirmede önemli bir faktördür. Bu durum bakım vericileri fiziksel ve psikolojik sağlıklarının bozulması gibi sorunlarla yüz yüze getirebilmektedir.[8] Bu sorunları en aza indirmede önemli bir faktör, bakım vericilerin aldıkları sosyal destektir. Sosyal destek aile, arkadaş veya özel kişinin desteği ile karşılanabilmektedir. Sosyal destek bireylerin bedensel ve ruhsal iyi oluşlarını destekler. Bu nedenle sosyal destek, bakım verenlerin yaşam kalitesinin artırılmasında ve bakım yükünün azaltılmasında önemli bir faktördür.[9]

Yapılan çalışmalara göre bakım vericilerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin artışı ile yaşam kaliteleri de artmaktadır. Bakım vericilere sağlanacak sosyal destek bakım verici rolüne daha kolay alışmalarına ve karşılaştıkları güçlüklerle daha kolay baş etmelerine yardımcı olmaktadır.[9,10] Bu nedenle kanser hastalarının bakım vericilerinin yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi için bakım yükleri ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi ve gerekli olan sosyal desteğin sağlanması önemlidir. Buna karşın ülkemizde kanser hastalarının bakım verenlerinde sosyal desteğin yaşam kalitesi, bakım yükü ve tükenmişlikle ilişkisini değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Bu kapsamda araştırma; kanser hastalarına bakım verenlerde sosyal desteğin yaşam kalitesi, bakım yükü ve tükenmişlikle ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır.

Kanser hastalarına bakım verenlerde sosyal destek, yaşam kalitesi, bakım yükü ve tükenmişlik düzeyi nedir?

Kanser hastalarına bakım verenlerde tanıtıcı özellikler; sosyal destek, yaşam kalitesi, bakım yükü ve tükenmişlikle ilişkili midir?

Kanser hastalarına bakım verenlerde sosyal desteğin ve yaşam kalitesinin, bakım yükü ve tükenmişlikle ilişkisi var mıdır?

Kanser hastalarına bakım verenlerde sosyal desteğin, bakım yüküne etkisi var mıdır?

Kanser hastalarına bakım verenlerde sosyal desteğin, yaşam kalitesine etkisi var mıdır?

Kanser hastalarına bakım verenlerde sosyal desteğin, tükenmişliğe etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser ve Epidemiyolojisi

Kanser dünyada mortalite ve morbidite açısından ön sıralarda gelen uzun tedavi ve bakım süreci olan kronik bir hastalıktır.[11,12]

İnsanlık tarihi kadar eski bir hastalık olan kanserle ilgili ilk yazılı metinlere M.Ö. 3000 Edwin Smith papirüsünde rastlanılmaktadır. Kanser kelimesinin kökeni tıbbın babası olarak ifade edilen Hipokrat tarafından M.Ö 460-370'te bahsedilmiştir. Hipokrat kanseri vücut yüzeyinde büyüyen, kırmızı, sıcak, ağrılı ve tipte olup yavaş büyüyen şişlikler olarak tanımlamış olup karsinoz ve karsinom kelimeleri ile ifade etmiştir. Bu kelimeler Yunan kökenli olup yengeç anlamı taşımaktadır. Daha sonra Romalı hekim Celsus MÖ 28-50'de bu terimleri Latince kanser kelimesine çevirmiştir. Başka bir Yunan hekim olan Galen ise M.S 130-200 kanseri tanımlamak için Yunanca şişme anlamını taşıyan oncos kelimesini kullanmıştır.[13,14,15]

Kanser epidemiyolojisi, ilk defa 18.yüzyılda ortaya çıkmıştır. Kanserin yaygınlık durumunu ve ortaya çıkış nedenlerini inceleyen bir halk sağlığı alanıdır.[16]

IARC tarafından yayınlanan (2020) verilere göre dünyada yaklaşık 19.3 milyon insanın kansere yakalandığı ve 10 milyon insanın kanserden dolayı öldüğü belirtilmiştir. Dünyada 2020 yılı verilerine göre yaşa standardize hız erkeklerde yüz binde iki yüz yirmi iki iken kadınlarda bu oran yüz binde yüz seksen altı olarak bulunmuştur.[2]

IARC 2020 verilerine göre dünyada erkeklerde en çok görülen kanser sırasıyla akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer olarak sıralanırken ülkemizde erkeklerde en sık rastlanan kanser türleri sırasıyla akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınlarda ise dünyada en yaygın görülen kanserler meme, kolorektal, akciğer, serviks, tiroit olarak sıralanırken ülkemizde kadınlarda meme, tiroit, kolorektal, akciğer ve uterus olarak karşımıza çıkmaktadır.[2]

IARC verilerine göre dünyada her iki cinsiyette görülen ilk beş kanser türü; meme, prostat, akciğer, kolorektal ve servikstir. Mortalite olarak bakıldığında ise akciğer kanseri ilk sırada yer almakla birlikte sırasıyla meme, kolorektal, karaciğer, mide ve prostat kanseri görülmektedir.[2] Türkiye'de ise 2020 yılı verilerine göre yeni kanser vakası sayısı iki yüz otuz üç bin sekiz yüz otuz dört kişi olup, yüz yirmi altı bin üç yüz otuz beş kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Ülkemizde tüm yaş gruplarında her iki cinsiyette en çok görülen ilk beş kanser türü; akciğer, meme, kolorektal, prostat ve tiroit kanseridir. Ülkemizde mortalitesi en yüksek olan ilk beş kanser ise sırasıyla akciğer, meme, prostat, mide ve kolorektal kanserdir.[2]

Kanserin görülme sıklığı dünyada ve ülkemizde her geçen gün giderek artmaktadır. Yaşam süresinin uzamasıyla kanser vakalarının sayısında da artış beklenmektedir.[17]

Kanser, hücrelerin anormal ve kontrolsüz çoğalması ile ortaya çıkan genetik ve çevresel faktörlerden etkilenen bir hastalıktır. Kanser hücreleri, sağlıklı hücreleri yok ederken sağlıklı dokuların da normal işlevlerini yerine getirmesine engel olmaktadır. Erken tanı ve tedavi sağlanmadığında vücudun diğer bölümlerine de yayılabilen ve yaşam kaybı ile sonuçlanabilen bir hastalıktır.[13,15]

2.2. Kanserin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kanserin oluşumunda pek çok risk faktörü rol almaktadır. Bu risk faktörleri bireyi kansere yatkın hale getiren faktörler olarak düşünülebilir.[18] Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre risk faktörü zarara uğratma olasılığı olan etken olarak tanımlanmıştır.[19] Kanserin gelişiminde etkili olan risk faktörleri iki gruba ayrılmaktadır. Bunlar değiştirilemeyen risk faktörleri ve yaşam tarzından kaynaklanan risk faktörleridir.[20]

2.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Cinsiyet bazı kanser türlerine bireyin yatkınlığını artırmaktadır.[18] Örneğin meme kanseri her iki cinsiyette görülmekle birlikte kadınlarda meme kanseri görülme oranı daha fazladır. Aynı zamanda 20 yaş altında meme kanseri görülme sıklığı oldukça nadir olmakla birlikte 40 yaş ve üzerinde meme kanseri riski artmaktadır.[21] İleri yaş ise birçok kanser türü için önemli bir risk faktörüdür. [18]

Erkeklerde akciğer kanseri insidansı kadınlardan daha fazladır. Akciğer kanseri görülme riskinin 50 ve 70 yaş arasında daha fazla olduğu bilinmektedir.[22] Benzer şekilde kolon kanseri tanısı almış hastaların %90'ından fazlası tanıyı 50 yaşından sonra almaktadır.[23]

Bazı ırklarda bazı kanser türleri daha fazla görülmektedir ve ırka göre kansere yakalanma oranı değişmektedir. Örneğin Amerikalı zencilerde prostat kanseri daha sık görülmektedir. Meme kanseri ise beyaz ırkta, sarı ırka ve siyah ırka göre daha fazladır. Siyah ırkta ise daha meme kanseri tipleri görülmekte ve prognoz daha kötü seyretmektedir.[18,24,25]

Kanser aileden kalıtımsal olarak geçen genlerle ilişkili olarak gen aktarımı sonucunda bir sonraki nesillere aktarılabilmektedir. Aileden özellikle birinci dereceden bir akrabada (anne, çocuk veya kardeş) meme kanseri öyküsü olan kadınlar, meme kanseri için artmış risk altındadır. Ailesel meme kanseri olan kadınların olmayanlara göre meme kanserine yakalanma riski iki ila dört kat daha artmaktadır. BRCA1, BRCA2 gen mutasyonları ailesel meme kanseri öyküsünün önemli bir değişkenidir.[26] Kişinin birinci dereceden yakınında özellikle annesi ve kardeşinde akciğer kanseri öyküsünün olması akciğer kanseri riskini üç kat daha arttırmaktadır.[27] Amerikan Kanser Cemiyetine göre bireyin birinci dereceden akrabalarında kolorektal kanser öyküsü bulunmasının

kolorektal kanser riskini 2.2 kat arttırdığı, birden fazla akrabasında ailesel öykü olmasının ise kişide dört kat daha fazla kolorektal kanser riskini arttırdığı tespit edilmiştir.[28]

2.2.2. Yaşam Tarzından Kaynaklanan Risk Faktörleri

Geçtiğimiz yıllarda dünya çapında yaklaşık 100 milyon insanın tütüne bağlı hastalıklardan öldüğü tespit edilmiştir. Tütünden kaynaklı her yıl sekiz milyon insanın hayatını kaybettiği bunların yedi milyondan fazlasının direk tütün kullanımına bağlı olduğu geriye kalan yaklaşık 1.2 milyon insanın ise pasif kullanımından dolayı hayatını kaybettiği bulunmuştur.[29] Sigara kullanımının kansere neden olduğu tüm dünyada kabul edilen bir gerçektir. Tütün kullanımı önlenebilir en önemli kanser riski olmaya devam etmektedir. Dünyada tütün kullanımına bağlı ölüm ve hastalıkların %80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Kansere bağlı her altı ölümden birinin nedeninin tütün kullanımı olduğu bilinmektedir. Tütün kullanımı başta akciğer kanseri olmak üzere özefagus, ağız boşluğu, farenks, mide, kolon, pankreas ve larenks kanserlerinde risk oranını artırmaktadır.[30]

Sağlıksız beslenme sonucunda obez kadınlarda meme, uterus, endometriyum riski; obez erkeklerde ise kolon ve prostat kanseri riski artmaktadır. Sağlıksız beslenme, vücut ağırlığının fazla olması ve fiziksel aktivite azlığı kanser için önemli bir risk olarak karşımıza çıkmaktadır. Fiziksel hareketsizlik ve obezite kanser riskini arttırmaktadır.[31,32]

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından on adet enfeksiyon ajanı kanserojen olarak belirlenmiştir.[33] Bunlar:

- Helicobacter pylori
- Hepatitis B virüs (HBV)
- Hepatitis C virüs (HCV)
- Human papilloma virüs (HPV)
- EpsteinBarr virüs (EBV)

- Human Herpes virüs Tip 8
- İnsan T-hücresi lenfotrofik virüsü Tip1 (HTLV1)
- Opisthorchis viverrini
- Clonorchis sinensis
- Schistosoma haematobium.

HPV 16 ve 18 serviks kanserinin yaklaşık %70'inde, Helicobacter pylori mide kanserinin %1-3'ünde, HBV ve HCV karaciğer kanserinde önemli etiyolojik ajanlardır.[34]

2.3. Kanserin Belirtileri

Kanserin erken dönemde teşhis edilmesi ve en hızlı sürede tedavi sürecinin başlatılması için belirtilerin bilinmesi önemlidir. Kanser teşhisinin konulması için bu belirtiler yeterli olmamakla birlikte tanının konulmasında hastalar için sağlık kuruluşlarına başvurmalarındaki öncü etkendir. Kanser hastalarının en sık yaşadığı belirtiler;

- Kronik halsizlik
- Açıklanamayan kilo kaybı
- Yüksek ateş
- Şiddetli ağrı
- Meme, koltuk altı veya vücudun başka bölümlerinde fark edilen sert ve hareketsiz kitleler
- Ciltteki, ben ve siğillerdeki değişiklikler
- Kronik öksürük ve balgamdan kan gelmesi
- Ağız içerisinde meydana gelen kanamalar
- Zamansız vajinal kanamalar
- Dışkıda kan bulunması ve uzun süre dışkılayamama problemi
- İdrarda kan görülmesi ve idrar sıklığının değişmesi [35]

Kanserin belirtileri “CAUTION UP” olarak kısaltılmıştır bu kısaltmadaki her harf kanser varlığında ortaya çıkabilecek belirtileri ve semptomları göstermektedir. Bu belirtilerin kişiler tarafından bilinmesi önemli olmakla birlikte her zaman kanserle ilişkisi olmadığı da bilinmelidir.[36]

- **C** Changes in bowel or bladder habits (Bağırsak ve mesane alışkanlıklarında değişiklik)

  Bağırsak hareketlerinde uzun süreli konstipasyon ve diyare gibi belirtiler, dışkılamada güçlük ve ağrı, dışkıda kan görülmesi kolon ve mide kanseri başta olmak üzere gastrointestinal sistem kanserlerinin ilk belirtisi olabilmektedir. Mesane hareketlerinde değişikliklerde ise idrar yapamama, ağrılı idrar yapma veya idrarda kan görülmesi prostat kanseri başta olmak üzere ürogenital kanserlerin belirtisi olabilmektedir.

- **A** Asore that does not heal (İyileşmeyen yaralar)

  Uygun tedaviye dahi cevap vermeyen dermatolojik sorunlar yalnızca cilt tümörlerinde görülmesinin yanı sıra bazı iç organ tümörlerinde de görülebilmektedir. Bazı kanserlerde ise sarılık, cilt renginde değişiklik, ciltte kızarıklık ve iyileşmesi güç olan yaralar cilt ve ağız kanserlerinin varlığını düşündürebilir.

- **U** Unusual bleeding or discharge (Anormal kanama ve akıntı)

  Olağandışı kanama ve akıntı meme uçları ve cinsel organlar başta olmak üzere birçok kanserde erken veya geç dönemde ortaya çıkabilmektedir. Meme uçlarından kanlı akıntı meme kanserinin, olağandışı ve uygunsuz vajinal kanama uterus ve serviks kanserinin, balgamda kan görülmesi akciğer kanserinin, dışkıda kan görülmesi kolon kanserinin, idrarda kan görülmesi mesane kanserinin belirtisi olabilmektedir.

- **T** Thickening or lump-breast or elsewhere (Memede veya herhangi bir yerde sertlik/kitle)

  Vücudun herhangi bir yerinde özellikle meme, testis, lenf bezi veya yumuşak doku tümörleri, cilt altında yumru veya şişlik hissedilebilmektedir.

- **I** Indigeston or difficulty swallowing (Yutma güçlüğü veya hazımsızlık)

  Hazımsızlık ve yutma güçlüğü ağız, dil, boğaz ve gırtlak bölgesinin tümörlerine bağlı olabilmektedir. Büyüyen bir kitlenin olması gıda ve sıvı alımını engelleyebilir ve buna bağlı olarak yutma güçlüğü görülebilmektedir.

- **O** Obvious change wart or mole (Ben ve sivilcelerde değişiklik)

  Vücutta mevcut olan ben ya da siğildeki şekil, renk ve boyuttaki değişikliklerden bir veya daha fazlasının varlığı bazı cilt kanserlerinin habercisi olabilmektedir.

- **N** Nagging cough or hoarsenes (Uzun süreli ses kısıklığı veya öksürük)

  Uzun süreli geçmeyen öksürük veya kalıcı ses kısıklığı, sesteki değişikler akciğer ve gırtlak kanserinin haberci olabilir.

- **U** Unexplained weight loss (Açıklanamayan kilo kaybı)

  Kilo kaybı genellikle yorgunluk, halsizlik, günlük hayattaki işleri yürütmede zorluk ve iştahsızlık gibi semptomlarla ilişki halindedir. Açıklanamayan kilo kaybı mide, pankreas, özefagus ve akciğer gibi birçok kanserin habercisi olabilmektedir.

- **P** Pernicious anemia (Pernisiyoz anemi)

  Pernisiyoz anemi mide kanseri için risk taşıyan bir durumdur. Pernisiyoz anemi vücudun yeteri kadar B12 vitaminine sahip olmamasından dolayı yeterli miktarda sağlıklı alyuvarın yapılamadığı durumdur. B12 vitamini belirli gıdalarda bulunur. Pernisiyoz anemili hastalarda intrensek faktör denilen ve midede üretilen bir proteinin eksikliğinden dolayı vücutta yeterli düzeyde B12 vitamini emilimi

olmaz. Kabaca pernisiyoz anemi intrensek yokluğuna bağlı olarak gelişen B12 vitamini eksikliğidir.[35,36,37]

2.4. Kanserin Tanısı, Evrelemesi ve Tedavisi

Kanserde erken tanının önemi her zaman vurgulanmıştır. Birçok sağlık probleminde olduğu gibi kanserde de sağlık problemleri ortaya çıktığı zaman kontroller yaptırılmaktadır. Özellikle ailesinde kanser geçmişi olan bireylerin kanser taramalarında daha dikkatli olması gerekir. Kanser tanısında röntgen, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, kan testleri, biyopsi, ultrasonografi, kolonoskopi, endoskopi, retroskopi, mamografi, histeroskopi, PET CT, idrar tahlili, dışkıda kan, PAP smear testi kullanılan yöntemlerdir. [38]

Evreleme kanserin nerede yerleştiğinin, nerelere yayıldığının ya da vücuttaki diğer organların etkilenip etkilenmediğinin tanımlanmasıdır. Günümüzde yaygın olarak kullanılan evreleme sistemlerinden biri Amerikan Kanser Komitesi (AJCC) tarafından hazırlanmış TNM evreleme sistemidir. T(tümör), N (nod, lenf nodu) ve M(metastaz) kısaltmasıdır. Bu üç faktöre bakıldığında evrelemek için tümörün büyüklüğü nedir, nerede yerleşim göstermektedir, tümör lenf nodlarına yayılım göstermekte midir ve vücudun diğer bölgelerine bir yayılım var mıdır sorularına cevap aranmaktadır. T, N, M sonuçlarından elde edilen bilgiler bir araya getirilerek kanserin evresi belirlenir. Evre Romen rakamlarıyla 1'den 4'e (I, II, III, IV) kadar yazılır.[38,39] Tüm dünyadaki kanser, malignite ve hayatta kalma oranlarını kaydedebilmek için ve çıkan verilerle kanser kontrolünü, araştırma faaliyetlerini ve tedavi planlamasını belirlemek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1976 yılında Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması-Onkoloji (ICD-O International Classification of Diseases for Oncology) sınıflandırma sistemi yayınlanmıştır. Burada sınıflandırma tümörün morfolojisine ve vücutta yerleşim gösterdiği yere göre yapılmaktadır. Örneğin C16 mide, C17 ince bağırsak, C18 kolon,

C20 rektum, C22 karaciğer ve intrahepatik safra yolları, C34 bronş ve akciğer için kullanılmaktadır.[40]

Hasta için en uygun tedavinin seçilmesi ve hastalığın gidişatının öngörülmesi için evrenin bilinmesi ve doğru değerlendirilmesi çok önemlidir. Kanserin tedavisinde kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi başta olmakla birlikte bunların yanı sıra kök hücre tedavi, hormonal tedaviler, immünoterapi, kanser aşıları, kanser büyüme baskılayıcıları ve gen terapi yer almaktadır.[41]

Kanser tedavisinde en çok kullanılan yöntem kemoterapidir. Kemoterapinin amacı kemoterapötik ajanlar kullanarak kanserli hücrenin büyümesini ve çoğalmasını engellemekdir. Kemoterapide kullanılan ilacın türüne ve dozuna bağlı olarak bireyler üzerinde oluşan birçok yan etkisi de bulunmaktadır. En yaygın yan etkiler; bulantı, kusma, ağrı, ateş, yorgunluk, saç dökülmesi, diyare, kaşıntı, psikolojik değişiklikler, ekstravazyon, ilaç alerjisi, menstürasyonda değişiklik, libido kaybı, kalp yetmezliği, kardiyak aritmi, anemi, trombositopeni ve lökopenidir.[41,42]

Radyoterapi ise, bening ve malign hastalıkların tedavisinde iyonizan ışınlarla kanser hücrelerini öldürmeye dayanan bir tedavi şeklidir. Vücudun sadece belirli bir bölgesini tedavi edici etkisi olduğu gibi, tüm vücudu da hedef alan tedavi yöntemleri de uygulanmaktadır. Radyoterapinin de kusma, saç kaybı, kilo kaybı, kusma, deride reaksiyonlar ve halsizlik gibi istenmeyen etkileri görülebilmektedir.[41,43]

Cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapi ile uygulanabileceği gibi tek başına da çok sık başvurulan bir yöntemdir. Cerrahi yöntemin birçok amacı bulunmaktadır. Bunlar; kanser hücresinin engellenmesi amacıyla profilaktik olarak, biyopsi alınarak tanı konulmasında ve başka organ ya da dokulara metastaz olmadığı durumlarda ise kanserli hücrenin vücuttan çıkarılması amacıyla cerrahi uygulama yapılmaktadır. Cerrahi işlemde kitle çıkarılırken diğer dokulara zarar verebilecek büyüklükte ise kitlenin bir kısmını

çıkarılarak işleme devam etmeden önce kemoterapi veya radyoterapi ile kitlenin küçülmesi istenebilir.[41]

Hormonal tedavi; bireylerin vücutlarında doğal olarak üretebilen hormonlar kanser tedavisinde dışarıdan ilaç olarak kullanılabilirler. Bunlar daha çok prostat, meme ve endometriyum kanserlerinin tedavisinde kullanılan seks hormonlarıdır. Bu ilaçların kemoterapiden farkı ise vücudun doğal olarak ürettiği hormonun hücreye bağlanarak kanser hücrelerinin gelişmesini önlemesidir.[41]

Kanserin bir diğer tedavi yöntemi ise kök hücre tedavisidir. Her bir kök hücresinin yeni bir kök hücre üretme imkânı vardır. Kök hücreler bölünerek yenilenebilirler. Kök hücre tedavisi sağlıklı bir vericiden veya hasta bireyden alınan kök hücrelerin kanser hastasına transplantasyon işlemidir.[41]

İmmünoterapi, vücudun bağışıklık sisteminin iç ve dış uyaranlara karşı cevabıyla tedavi etmektedir. Tedavideki amaç bağışıklık sistemini harekete geçirip kanserli hücrelere saldırmasıdır.[41]

2.5. Kanserden Korunma

2.5.1. Birincil Koruma

Birincil koruma değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerin kontrol altına almak ve kanserin başlamasını ve gelişmesini önlemektir. Birincil koruma kanserin meydana gelmesini azaltacak girişimler ve yaşam tarzı değişikliklerini içermektedir. Birincil korumada hemşireler; sağlık danışmanlığı yapabilir, olumlu sağlık alışkanlıkları kazandırmaya teşvik edebilir ve sağlığı olumsuz yönde etkileyen kötü alışkanlıkları bırakma konusunda bireylere yol gösterici olabilir. Hemşirelerin bu aşamada verdikleri sağlık eğitimleri bireylerin kanserin risk etmenleriyle karşılaşmalarını azaltmaya yöneliktir.[44]

Birincil koruma önlemleri arasında;

- Tütün, sigara, alkol kullanmayı başlamadan önlemek ya da kullanım durumu var ise bırakmayı sağlamak,
- Kişileri dengeli ve düzenli beslenmeye yönlendirmek,
- Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmak,
- Yaş ve risk gruplarına göre düzenli periyotlarda kanser taramaları yaptırmak,
- Güneş ışığına fazla maruz kalmamak ve güneşe maruziyette koruyucuyu önlem almak,
- Çalışma ortamındaki kanserojenlere yönelik koruyucu önlem almak,
- Aşı olmak yer alır.[45,46]

2.5.2. İkincil Koruma

İkincil koruma; semptomatik bireylerin doğru zamanda teşhis edilmesini, risk altındaki semptom göstermeyen kişilerin taramalarının yapılmasını ve erken tespit edilmeyi kapsar. [44]

Kısacası ikincil koruma kansere yakalanma ve kanserden kaynaklı ölümleri azaltacak erken tanı ve tedaviyi kapsamaktadır. Bu aşamada bireylere farkındalık oluşturmak ve bilinçlendirmek için kanserin belirtilerine ve semptomlarına yönelik eğitim verilmelidir. Topluma, düzenli sağlık taramalarının yapılmasının gereği ve önemi anlatılmalı bu eğitimler verilirken kitlesel iletişim araçlarından yararlanılmalıdır.[44]

2.5.3. Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma bireylerin kanserden kaynaklı olumsuz bir sağlık tablosu ile karşılaşmalarını azaltmak ve rehabilitasyonlarını sağlamaktır. Üçüncül korumadaki asıl hedef kanser hastalarında mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır. Primer ve sekonder koruma yöntemlerine göre daha fazla çaba ister ve ekonomik yükü daha fazladır. Hemşireler bu aşamada semptom takibi yapabilir, uygun hemşirelik girişimleri ile

komplikasyonların ve sekellerin önüne geçilmesi sağlanabilir. Hasta ve ailesine fiziki, sosyal, psikolojik ve ekonomik alanlarda rehabilitasyon hizmeti sunar[44]

2.6. Kanser Hastalarına Bakım Vericilik

Dünyada kanser tanısı alan kişilerin sayısının artması gelişen tedavi yöntemleri ve teknolojik gelişmeler sayesinde kanserle birlikte geçirilen yaşam süresi uzamaktadır. Buna paralel olarak kanser hastaları daha uzun süre bakıma ihtiyaç duymaktadır.[3,47] Ortaya çıkan bakım ihtiyacını özellikle ülkemizde daha çok aile fertleri karşılamaktadır. Yapılan çalışmalara göre bakım vericilerin, hastanın çocuğu, eşi, annesi, babası ya da bir akrabasıdır.[48,49] Hastaların bu süreçte uzun zaman alan tedavileri, takipleri ve hastalığın komplikasyonları nedeniyle bakım vericiler fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamaktadır.[47]

Kanser hastalarının bakım vericilerine yönelik yapılan çalışmalarda bakım vericilerin; yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk, dikkat eksikliği ve öz bakımda aksamalar, baş ağrısı, yüksek tansiyon ve ağrı gibi sorunlar yaşadığı vurgulanmıştır.[47] Yıldız ve ark.'nın [49] çalışmasında kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinde; yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk, dikkat eksikliği ve kişisel bakımı aksatma gibi fiziksel sorunlar tespit edilmiştir. Karabulutlu ve ark.'nın[50] çalışmasında bakım verenlerin %88.7'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu tespit edilmiştir. Hasuo ve ark. [51] kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin %31.4'ünde kronik torasik omurga ağrısı ve %28.3'ünde kronik bel ağrısı olduğu bulmuştur. Clark ve ark.'nın[52] da ileri evre kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verme rollerine ve karşılaştıkları problemlere bağlı olarak yorgunluk yaşadıklarını belirlemiştir.

Kanser, bakım verenlerin psikolojik sağlıkları üzerinde negatif etkiler bırakan yaygın bir alana sahiptir. Bakım veren aile hayatındaki rollerini devam ettirmede güçlük yaşar. İş ve sosyal hayatında aksamalar meydana gelir, korku, isteksizlik, çaresizlik,

hastasının durumuna üzülme, hastasını kaybetme korkusu, hastalarını kaybetmeye bağlı şok, öfke, yalnızlık, suçluluk gibi tepkiler görülebilmektedir. Bu duygular nedeniyle bakım veren kişilerde depresyon görülebilmektedir.[47,49] Karabulutlu ve ark.'nın[50] yaptığı çalışmada bakım verenlerin %46'sında anksiyete riski ve %72'sinde depresyon riski bulunmuştur. Aynı zamanda uyku kalitesindeki düşüş ile anksiyete ve depresyon riskinin arttırdığı tespit edilmiştir. Softa ve ark.'nın[53] yaptığı çalışmada bakım verenler arasında depresyon ortalamalarının en yüksek olduğu grubun anneler olduğu bulunmuş ve bakım süresinin artması ile depresyon arasında paralel bir artış olduğu bulunmuştur. Sahadevan ve ark.[54] Güney Hindistan'da meme kanseri hastalarının bakım verenlerinde depresyonun incelediği çalışmada bakım verenlerin %52.5'unda depresyon tespit edilmiştir. Geng ve ark.'nın[55] otuz çalışmadan elde ettiği verilere göre kanser hastalarına bakım verenlerde; bakım verilen hastanın durumu, bakım verme süresi, bakım verenin kronik hastalık durumu, bakım verenin çalışma durumu, ekonomik sorunlar ve bakım verenin uyku düzeninin bakım verenin depresyon ve anksiyete durumunu etkilediği bulunmuştur. Aynı çalışmada depresyon prevalansı %42.3 ve anksiyete prevalansı sırayla %46.55 olarak kaydedilmiştir.[55]

Bakım vericiler bu süreçte sosyal sorunlar da yaşamaktadır. Aile içi rol ve sorumluluklarında aksamalar, sosyal izolasyon, iş kaybı ve sosyal hayat kaybı gibi sorunlar yaşamaktadır. Hastalık süreci bakım vereni toplumdan sosyal olarak izole etmekte, arkadaşlık ve komşuluk ilişkilerinden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Bakım verenlerin bu süreçte hastaya destek olma gereksinimi hissetmesi de toplumsal ilişkilerini zedelemekte, kişisel gelişim olanaklarını ve kariyerlerini engellemektedir. Bu nedenle bakım verenler iş kayıpları yaşayabilmekte ve geleceğe yönelik planlarını yeniden gözden geçirmeleri gerekebilmektedir.[11,49,56] Uğur ve Fadıloğlu'nun[57] çalışmasında bakım verenlerin yaşadığı sosyal değişimler incelenmiş; %94'ünün insani ilişkilerinde ve

%90'ının komşuluk ilişkilerinde azalma olduğu, %72'sinin güncel olayların takibinde düşüş yaşadığı tespit edilmiştir.

Bakım sürecinde karşılaşılan ve bakım verme kalitesini etkileyen bir başka etken ise ekonomik sorunlardır. Kanser pahalı ve sürekli bakım ihtiyacı devam eden bir hastalık olduğundan ekonomik açıdan yıpratıcıdır. Literatürde düşük sosyo-ekonomik düzeydeki bakım verenlerin bakım yükü yüksek bulunmuştur.[6,56] Yıldız ve ark.'nın[49] yaptığı çalışmada bakım verenlerin %63.5'inin çalışmadığı, ekonomik durumlarının yetersiz olduğu ve bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir. Erinmez ve Avcı'nın[58] radyoterapi alan hastaların bakım verenlerine yönelik yaptığı çalışmada bakım verenlerin gelir durumunun bakım yükünü etkilediği; geliri giderinden az olanların bakım yüklerinin daha fazla olduğu benzer şekilde sosyal güvencesi olmayanların bakım yükünün sosyal güvencesi olanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Aktaş ve ark.'nın[59] yaptığı çalışmada bakım verenler, kanserin ekonomik güçlükleri beraberinde getirdiğini ve kanser tanısı sonrası işlerini bırakmak zorunda kaldıklarını ya da çalışma saatlerinde değişikliğe gittiklerini belirtmiştir.

Bakım kavramı bir kişinin beslenme, giyinme gibi ihtiyaçlarını üstlenme ve yürütme işidir.[60] Bakım verici ise, bakıma gereksinimi olan kişiyle beraber yaşayarak, zamanının önemli bir kısmını ayıran, günlük yaşam ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakım ve hastane takiplerini gerçekleştiren, hastalıklarla mücadele etmede destek sunan kişiler olarak tanımlanabilir. Genel olarak bakım verici kavramını özetleyecek olursak bakım vericiler, hastanın bakımını yapmaktan sorumlu kişilerdir.[61] Bakım verme işi formal ve informal olarak yürütülmektedir. Formal bakım evde ya da sağlık kuruluşlarında profesyonel kişiler tarafından verilen bakımdır. İnformal bakım ise bakım ihtiyacı olan kişiye uzmanlık gerektirmeyen kişiler tarafından verilen ve daha çok aile üyeleri

tarafından verilen bakımdır. Bakım vericiler bireyin ihtiyaç duyduğu her türlü fiziksel, psikolojik, sosyal ve maddi desteği sağlar.[62]

Bakım verme, bakım vericiler tarafından algılanan çok yönlü bir süreci kapsamaktadır.[60,62]

Kanser hasta ve ailesi için ölüm kavramını çağrıştıran zorlu bir süreçtir. Bu süreçte kanser hastaları hastalıklarını kabul etmede güçlük yaşar ve ilk olarak inkâr duygusu karşımıza çıkar. Hasta birey bu evrede "hayır bu bana olmaz" gibi cümleler kurar. Bu evre artık etkinliğini koruyamadığında ise yerini öfke, haset ve içerleme duygularına geçer. Öfke evresi inkâr evresine göre aile ve tedavi ekibi açısından baş edilmesi daha zor bir evredir. Bu evrede birey nereye yönelirse yönelsin yalnızca kendini mutsuz eden şeyler görür. Daha sonra hasta hastalığını biraz daha içselleştirir ve bu evreye pazarlık evresi denir. Birey pazarlık evresinde tedaviye uyum ve çaba göstermektedir. Daha sonra ise hasta hastalığını inkâr edemez duruma gelir. Uzun tedavi süreçleri, ağırlaşan semptomlar, tekrar tekrar hastaneye yatış işlemleri, gerekliliğinde operasyon planlanması, organ kayıpları, iş kayıpları, maddi kayıplar kanserli bireyi daha güçsüz ve yorgun düşürür ve hastalığında depresyon aşamasına geçer. Bu aşamada hasta yakınları hastanın duygu ve düşüncülerini ifade etmesine olanak sağlamalıdır. Bireye bu aşamada gösterilen manevi değerler onun hastalığını kabullenmesinde yardımcı olur.[63]

Bu süreç hasta bireye fiziksel, psikolojik, maddi yönlerden çok boyutlu desteği kapsamaktadır. Bakım verici tarafından bakım vermenin olumlu ve olumsuz etkileri vardır. Bakım vermenin bakım verici saygısı, yüceliği, memnuniyeti ve bakım vermede anlam bulma, bakım verme tecrübesinden kazanım gibi olumlu etkileri bulunurken; bakım veren kişide benlik saygısında düşüş, huzursuzluk, depresyon, uyku düzeninde bozulma, sosyal izolasyon, kendi bakımını aksatma, ekonomik zorluklar, iş hayatında aksamalar bakım vermenin olumsuz yönleri olarak karşımıza çıkmaktadır.[64,65]

Hastanın bakımını yürütmede birinci dereceden sorumlu kişi primer bakım verici olarak tanımlanmaktadır. Primer bakım vericilik rolünü genellikle ailede eş veya çocuklar yürütmektedir. Sekonder bakım vericiler ise primer bakım vericileri destekleyen ve yardımcı olan kişilerdir.[66]

Bakım verici rol geçmişten günümüze birçok toplumda kadınlara biçilen ve hale süregelen bir rol olarak yaklaşılmaktadır. Türkoğlu ve Kılıç'ın[5] kanserli hastalara bakım vericilere yaptığı çalışmasında bakım vericilerin %58,9'unun kadın olduğu ve %38,4'ünün çocuğunun bakım verdiği tespit edilmiştir. Gündüz ve Aykıl'ın[67] çalışmasında ise bakım verenlerin %54,3'ünün kadın ve %48,6'sının bakım verenin eşi olduğu bulunmuştur.

2.7. Bakım Verme Yükü

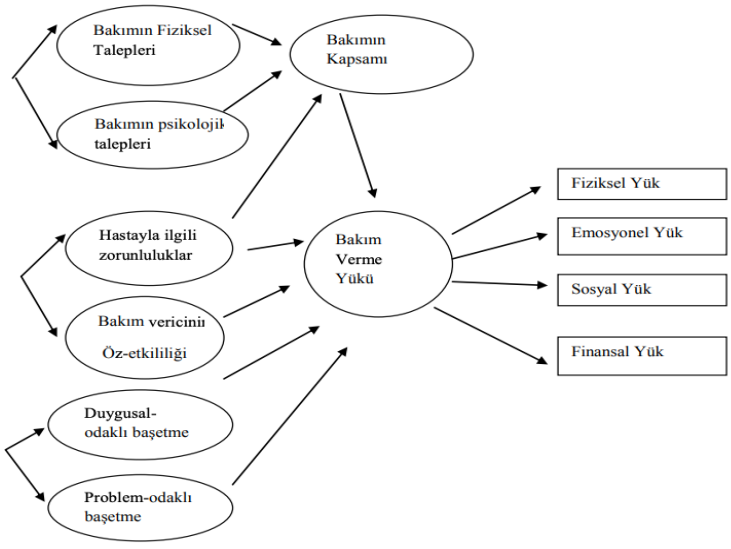
Bakım verme yükünün tanımı, son yıllarda önemli değişikliğe uğramıştır. Grad ve Sainsbury[68] tarafından zihinsel engelli hastaların bakımına yönelik yapılan çalışmada, ilk kez "aile yükü" kavramı kullanılarak yük kavramının literatüre girmesi sağlanmıştır. Grad ve Sainbury yükü: "hastanın ailesi üzerindeki olumsuz sonuçları, maliyeti, ekonomik çıktıları" olarak tanımlamıştır.[68]

Bakım yükü; yaşlı, kronik hastalığı olan, mental yeterliliği zayıf olan aile üyesi ya da bir yakınına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak tanımlanabilir. Bu yük bakım vermenin sonucunda gelişen fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik alanlarda yaşanan çok boyutlu bir tepkidir.[69] İnformal bakım vericiler, bir taraftan sevdikleri bireyi yavaş yavaş kaybederken ve bunun üzüntüsünü hissederken, diğer bir taraftan devam ettirdikleri bakım sorumluluğunun sonuçları altında yıpranmakta, yaşadığı fiziksel ve duygusal etkiler ise "yük" olarak tanımlanan kavramın ortaya çıkmasına neden olmaktadır.[70]

Bakım yükünün kavramsal tanımı ise ilk kez Hoenig ve Hamilton[71] tarafından yapılmıştır. Bakım verme yükünü objektif ve sübjektif olmak üzere iki farklı şekilde ayırmışlardır.[71] Objektif bakım yükü; bakım vericinin ve ailenin hayatındaki değişim ve kısıtlamaları kapsamakta olup, bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşama, aile düzeninde kısıtlanmalar, bakım verenin bedensel olarak hastalığı gibi fiziksel problemlerle ilgilidir. Sübjektif bakım yükü ise; bakım verenin bakım verme rolüne dayalı tutum ve duygularını tanımlar. Her iki bakım verme yükünün birbirini etkilediği ve somut olması sebebiyle objektif yük kolay bir şekilde belirlenirken sübjektif yükünün fark edilmesinin güç olduğu bilinmektedir. Onkolojik hastalara bakım veren kişilerin, bakım verme rollerinin sürekliliği ve yoğunluğu, yaşamlarındaki diğer sorumlulukları ile bir araya gelince bakım vericilerde bakım verme yüküne dönüşebilmektedir. [69,70,71]

2.7.1. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler ve Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi

Bakım vericilerin tamamının bakım verme güçlüğü yaşamadığı, güçlük yaşayanların ise bakım verme yükü düzeylerinin birbirinden farklılık gösterdiği bilinmektedir (Şekil. 2.1.).[65,68]



Şekil 2.1. Bakım verme yükü modelinin yapısı

2.7.1.1. Fiziksel Yük

Bakım verme nedeniyle bakım vericilerde hazımsızlık, iştahın artması veya azalması, düzensiz beslenme, baş ağrısı gibi somatik şikayetler ile karşılaşılmaktadır. Bunlara ek olarak yorgunluk, uyku düzeninde değişiklikler, kas ağrıları, vücut ağırlığında değişmeler, konsantrasyon zorluğu, giyimde dağınıklık, öz bakım eksikliği ve kendine zaman ayırmama nedeniyle sağlığında olumsuz değişimler görülmektedir. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk, dikkat eksikliği deneyimlediği ve kişisel bakımını ihmal ettiği bulunmuştur. Bakım verenlerin vermeyenlere göre hastalık, semptom gösterme, sağlık hizmetlerinden yararlanma, kardiyovasküler hastalıklar gibi fiziksel sağlık sorunları yaşadıkları tespit edilmiştir.[49,56,72]

2. 7.1.2. Emosyonel Yük

Kanser hastalarına bakım verenler, emosyonel açıdan da zorlanabilmekte ve bakımla ilgili olumsuz emosyonel duygular yaşayabilmektedir. En yaygın görülen emosyonel sorunlar arasında depresyon, anksiyete, stres, korku, hayal kırıklığı, suçluluk, uykusuzluk, yalnızlık, gelecek ile ilgili kaygı duyma ve yaşam enerjisi kaybı yer almaktadır.[49,50]

2.7.1.3. Sosyal Yük

Kronik hastalığı olan bireye bakım veren kişiler, sosyal ve kişilerarası iletişimde problemler deneyimleyebilmektedir. Bakım vericiler yaşamlarını genellikle bakım verdikleri bireyin, sevdiklerinin gereksinimleri doğrultusunda düzenleyebilmekte ya da aile fertleri tarafından böyle bir düzenleme yapmaları beklenmektedir. Aile, arkadaşlık ve komşuluk ilişkilerinden ya da sosyal etkinliklerden fedakârlık eden bakım vericinin eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri sınırlanmakta buna bağlı olarak

sosyallikte azalma ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kendilerini bakım verici rollerinde yalnız hissedebilmekte ve günlük yaşam faaliyetleri etkilenebilmektedir.[49]

2.7.1.4. Ekonomik Yük

Ekonomik masraflar bakım verenler için büyük bir yük olarak algılanmaktadır. Bakım verenlerin ekonomik durumu, sağlık güvencesi kapsamına girmeyen tedavi ve bakım masrafları, beslenme masrafları, bakım verici kişinin işine devam edememesinden doğan maddi kayıplar ve ulaşım masrafları yer almaktadır. Ekonomik durumu kötü olan hastalara bakım verenlerin daha fazla ekonomik sıkıntı yaşadıkları gösterilmiştir.[73]

Bakım verenlerin karşılaştığı güçlükleri belirlemek, bakım yüklerini azaltmak için öncelikli olarak algıladıkları yükün belirlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Bakım verenlerin algıladıkları ve karşılaştıkları bakım yüklerinin belirlenmesi hem bakım verdikleri birey tarafından hem de bakım verici tarafından tespit edilmesi ve yükün azaltılması için önemlidir. Bu bakım yüklerinin belirlenmesi bakım vericilerin bu yüklere yönelik gereksinimlerinin planlanması için kliniklerde uygulanabilir etkili bakım yükü değerlendirme ölçeklerinin kullanılması katkı sağlayıcıdır. Bakım sorumluluğu üstlenmiş kişinin bakım verirken yaşadığı güçlüğü tespit etmek, bakım verme rollerini tanımlamak ve değişen bakım koşullarına uyum sağlama becerilerini desteklemede bakım yükünü belirleyici ölçekler yol gösterici olabilmektedir.[74,75]

2.8. Tükenmişlik Kavramı

Tükenmişlik kavramı ilk olarak 1974 yılında Freudenberger'in yazdığı bir makale ile literatüre girmiştir. Freudenberger tükenmişliği, "başarısız olma, yıpranma, aşırı yüklenme sonucu güç ve enerji kaybı veya karşılanmayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu" olarak tanımlanmıştır.[76,77] Freudenberger'den sonra ise Maslach iş ortamına yönelik tükenmişliği tanımlanmış ve tükenmişlikle ilgili ölçek geliştirmiştir. Maslach'a göre tükenmişlik, işyerindeki stres artırıcı nedenlere karşı bir

tepki olarak uzun sürede meydana gelen psikolojik sendromdur.[78] Pines'e göre tükenmişlik ise duygusal istekler gerektiren durumlarla uzun süre karşılaşmanın neden olduğu fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme durumu olarak tanımlanmaktadır.[79] Tükenmişlik kavramının üç alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissidir. Freudenberger, tükenmişliğin yalnızca duygusal tükenme boyutunu tanımlarken, Maslach üç alt boyutuna yer vermiştir.[77,78]

2.8.1.Tükenmişlik Modelleri

Literatüre bakıldığında tükenmişlik kavramının birçok araştırmacı tarafından tanımlandığı görülmektedir.[77,78]

2.8.1.1. Maslach Tükenmişlik Modeli

Bu modelleri arasında en çok kabul gören ve araştırmalarda sık kullanılan model Maslach'ın üç alt boyu değerlendiren tükenmişlik modelidir. Maslach'a göre tükenmişliği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissi olmak üzere üç başlıkta toplamak mümkündür.[78]

Duygusal tükenme sürekli yorgunluk ve işte bitkinlik yaşama ile karakterize duygudur. Duygusal tükenme yaşayan birey çalışma ve yaşama şevkinden yoksundur. Bu durumda birey yaptığı işleri boşuna yaptığı ve işe yaramadığı hissine kapılmaktadır.[80] Duygusal tükenme yaşayan kişi hizmet verdiği kişilere geçmişteki kadar verici ve sorumlu davranmadığını düşünür. Tükenmişliğin bu boyutunu yaşayan kişiler duygusal olarak tutunduğu kaynakların azaldığını hisseder.[81]

Duyarsızlaşma evresi ise kişilerarası ilişkilerin etkilendiği dönemdir. Duyarsızlaşma duygusal tükenmenin çok fazla olduğu durumda gelişen bir evredir. Bu durumdan kurtulmak için birey kişilerarası ilişkilerini azaltma ve insanlardan uzaklaşmayı seçer. Birey bakım verdiği kişiye yönelik duygusuz davranışlara, saldırgan

dile, alaycı tavırlara ve duyarsızlaşmaya sürüklenmektedir. Bu evrede birey karşısındaki kişiye bir nesne gibi yönelmektedir.[80,82]

Kişi kişisel başarıda düşme sürecinde kendisini olumsuz değerlendirme eğilimi içindedir. Kişisel başarısında düşme ile kişi yetersiz olduğunu ve yetkin olmadığını düşünerek motivasyonunda düşme yaşar. Kişi bu evrede harcadığı çabanın bir işe yaramadığını ve çevresinde bir fark oluşturmadığını düşünür.[80,82]

2.8.1.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Edelwich ve Brodsky'e göre tükenmişliğin dört evresi bulunmaktadır. Dört evresi olan tükenmişlik her bireyde farklı sıralama ve belirtilerle gerçekleşmekte ve keskin sınırlarla ayrılmamakla birlikte çoğu zaman iç içe geçmiş şekildedir.[83]

1. Evre: Coşku evresi

Coşku evresi bireyin sorumluluğunu kapsayan işle alakalı motivasyon kaynaklarının en yüksek olduğu, ideallerinin ve enerjisinin yüksek olduğu aşamadır. Bu aşamada birey elinden gelenin en iyisini yapma çabası içerisindedir ve çevresinden takdir edilmeyi bekler. Birey çevresinden beklediği takdiri göremez ise durgunluk aşamasına geçmektedir. [83,84]

2. Evre: Durgunluk evresi

Durgunluk evresinde birey işini yaparken karşılaştığı ve daha önceden görmezden geldiği zorluklardan zaman içinde rahatsız olmaya başlar. İş dışında başka uğraşlar düşünmeye başlar ve iş yapma isteği azalır. Birey bu aşamanın ardından engelleme aşamasına geçmektedir. [83,84]

3. Evre: Engellenme evresi

Engelleme evresinde birey içinde bulunduğu koşulları ve insanları değiştirmenin zor olduğunu anlamıştır ve engellenmişlik hissiyatına girmektedir. Motive edici kaynakları tükenen birey sorumluklarını yerine getiremeyeceğini, beklentilere cevap

vermediğini ve kendine zaman ayırmadığını düşünür. Kişi bu durumdan kurtulmak için çözüm üretmez, durumdan kendini geri çeker ve içine kapanır. [83,84]

4. Evre: İlgisizlik evresi

İlgisizlik evresinde birey bu evrede sorumluluklarından duygusal anlamda kopmuştur ve ümidini kaybetmiştir. Umutsuz hissetmeye başlar ve ilgisiz davranışlar sergiler. Bu evrelerden geçen birey tükenmişlikle baş etmede kendini yetersiz hisseder, fiziksel ve zihinsel açıdan görevinden uzaklaşmaya başlar. [83,84]

2.8.1.3. Pines Tükenmişlik Modeli

Pines tükenmişlik modelinde tükenmişlik fiziksel, duygusal ve zihinsel açıdan bitkinlik durumu olarak ele alınmıştır. Bu modelde tükenmişliğin temelinde bireyi sürekli olarak duygusal baskı altında tutan bir iş ortamı ya da işler vardır. Bu model bireylerde tükenmişliğin nedenini işe yüksek düzeyde güdülenme olarak görmektedir. Modele göre yüksek güdülenme gösteren, hayatın temelini çok çalışmada ve başarılı olmada arayan bireyler beklentileri gerçekleşmediği zamanlarda daha kolay hayal kırıklığına ve bıkkınlığa gidebilmektedir.[85]

2.8.1.4. Cherniss Tükenmişlik Modeli

Cary Cherniss 1980 yılında tükenmişlikle ilgili bir model inşa etmiş ve tükenmişliğin temelinde de stresin var olduğunu savunmuştur. Cherniss tükenmişlik modelinde tükenmişliğe sebep olan stres kaynakları iş yükü, belirlenmemiş amaçlar, müşteri ile yüzyüze ilişki, destek ve denetim eksikliği, özel hayattan alınan zevk, gelecekle ilgili planlar gibi kişisel değişkenler olarak belirtmiştir.[85,86]

2.8.2. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişliğin belirtilerini fiziksel belirtiler, psikolojik belirtiler ve davranışsal belirtiler olmak üzere üç başlıkta toplamak mümkündür.[83]

Tükenmişliğin fiziksel belirtileri kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Tükenmişlik ilk olarak hafif fiziksel belirtiler ile kendi göstermektedir. Bunlar; ağrı, uyku düzeninde bozukluk, yorgunluk olarak sayılabilmektedir. Bu belirtilerin önüne geçilmez ise beden ağırlığında değişim, solunum güçlüğü, soğuk algınlığı, diyabet ve kardiyovasküler sistem hastalıkları oluşabilir.[83,87]

Psikolojik belirtiler fiziksel belirtilere göre daha az belirgin özelliktedir. Kişi psikolojik belirtileri yaşamaya başladığında, kişilerarası sağlıklı bir ilişki kurmakta zorlanır. Psikolojik belirtiler anksiyete, sebepsiz huzursuzluk, özgüven kaybı, tahammülsüzlük, ilgisizlik, tatminkârsızlık, durumlara ve olaylara negatif bakış açısı, düşüncelerde dengesizlik, depresyon ve çaresizlik olarak sayılabilir. Kişiler bu süreçte çatışma, öfkelenme, düşmanca tavırlar sergileme aile ve sosyal çevre ile ilişkilerinide zorlanmalar yaşar.[83,87]

Davranışsal belirtiler, tükenmişliğin diğer belirtilerine göre kolay gözlemlenen belirtilerdir. Davranışsal boyutunun yaşanması tükenmişliğin önemli bir seviyeye geldiğini ve kişinin içinde saklayamayacağı seviyede huzursuzluk yaptığını göstermektedir. Bu belirtiler ise; unutkanlık, başarısızlık, dikkatini toplamada güçlük, insan ilişkilerinde çatışma, ani öfke, ağlama nöbetleri, yalnız kalma arzusu ve işine karşı ilgisizlik olarak karşımıza çıkmaktadır.[83,87]

2.8.3. Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinde Tükenmişlik

Bakım veren durumuna gelmek tercih edilen veya planlanan bir durum değildir. Ancak bu pozisyona geldikten sonra birey duruma uyum sağlayabilmektedir.[88] Dünyada teknolojinin gelişmesi, kronik hastalıkların artışı, yaşlı nüfusunun giderek artması bakım alma ve bakım verme eylemlerinin de artmasına sebep olmuştur.[89]

Bakım vericilerde tükenmişlik; bakım verme eylemi sırasında karşılaşılan problemler/güçlükler kısacası hastalığın bakım verici üzerindeki etkilerini ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır.[90]

Kanserin fizyolojik kayıpları, uzun süren tedavi ve bakım gerektiren bir hastalık olması, hastaya bakım verenin bakım vermeyi isteyip istememe durumu, bakım verenin yaşı, eğitim ve ekonomik durumu, nasıl bakım vereceğini bilememeye bağlı hastayı memnun edememe, takdir edilmeme bakım vereni tükenmişlik ile karşı karşıya getirmektedir.[91]

Saraçoğlu ve ark. [92] çalışmasında kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin ağır tükenmişlik algıladıkları, gelir düzeyi düşük olanların, başka bir kişiye daha bakım verenlerin ve hastaya yakınlık derecesi ikinci dereceden olanların tükenmişlik algıları daha yüksek bulunmuştur.

Kanser hastalarına bakım verenlerin olumsuz yönde etkilendiği birçok çalışma ile kanıtlanmıştır. Bakım yükü arttıkça kanser hastasına bakım verenlerde tükenmişlik, stres, yorgunluk, kaygı gibi sorunların da arttığı ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği ifade edilmektedir.[90,91,92]

2.9. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramıyla ilgili geçmişten günümüze göre birçok tanımlama yapılmıştır. Aristo, yazılarında mutluluğun temelinin iyi bir yaşama temellendirmiş,[93] Hipokrat ise hekimlere, hastaların iyileştirilmesi ve ızdıraplarının giderilmesi sürecinde iyilik halinin en yüksek seviyeye çıkarılması konusunda sorumluluk almaları yönünde önerilerde bulunarak yaşam kalitesine yönelik tanımlar yapmıştır.[94] Thorndike ise 1939 yılında yaşam kalitesini sosyal çevrenin insan üzerindeki etkisi olarak ifade etmiştir.[95]

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu yaşam kalitesini; bireylerin yaşamış olduğu kültür ve değer sistemlerine göre kendi amaçları, beklentileri, standartları ve

endişeleri açısından yaşamdaki durumunu ifade eden kişisel algısı olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütüne göre yaşam kalitesi; fiziksel hal, psikolojik durum, bağımsızlık seviyesi, sosyallik, çevresel faktörler ve maneviyat ile alakalı altı bölümden oluşmaktadır.[96]

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesi içeriğine göre fiziksel hal bölümünde ağrı, huzursuzluk, rahatsızlık, yorgunluk, uyku düzeni, istirahat gibi kişinin iş yapmasını ve günlük yaşantısını güçleştiren fiziksel birçok problemi ortaya koymaktadır. Psikolojik durum başlığı altında ise beden imajı, pozitif veya negatif düşünceler, hafıza, dikkat toplama ve kendine güven unsurları bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir. Bağımsızlık düzeyi ise kişinin bağımsız olarak iş yapabilme, hareketlilik, çalışabilme durumu, ilaç veya tedavisine bağımlılık durumu dikkate alınmaktadır. Bir diğer kategori olan sosyallik kategorisinde ise insanlar arası ilişkiler, sosyal aktivite ve cinsel ilişki durumu yer alır. Çevresel faktörler grubunda ise kişinin ev ve fiziksel çevresinden, güvenliğinden, ekonomik kaynaklarından, güncel bilgi ve belgelere ulaşabilmesinden, sağlık hizmetlerine erişimlerinden bahsetmektedir. Maneviyat boyutu ise kişinin inançlarını, ruhsal ve dinsel yönlerini özgürce yaşamasını ifade eder ve diğer bütün kategoriler gibi yaşam kalitesini etkileyen bir unsurdur.[96,97]

Yaşam kalitesinin tanımlaması ve ölçülmesi; zaman, yer ve kişiye göre değişiklik göstermesi ve farklı birçok boyutu içermesinden ötürü güçtür.[94]

2.9.1. Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinde Yaşam Kalitesi

Kanser hastalarının bakım vericileri yaşamda benzersiz zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Bakım vericiler stres ve tükenmişlik açısından yüksek risk altındadır ve bakım yükleri ile önemli zorluklar yaşarlar. Bakım vericiler bakım verdikleri bireyin tüm bakım ihtiyacını karşılarken kendi fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını atlar.[98]

Cubukcu'nun[99] çalışmasında bakım verenlerin %55.2'sinin sorumluluklarını yerine getirmek için yeterli zamana sahip olmadığı, %29.4'ünün kansere ve tedavisine bağlı çalışma hayatında, %15.4'ünün ise aile ilişkilerinde zorluk yaşadığı belirtilmiştir. Yıldız ve ark.'nın [49] çalışmasında bakım verenlerde bakım yükünün yüksek ve yaşam kalitesinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesinde ise bakım vericileri özellikle fiziksel sağlık boyutu ve ekonomik boyut olumsuz etkilemiştir.[49] Monika ve ark.'nın [100] çalışmada pankreas kanseri teşhisinden yaklaşık üç ay sonra kanser tanısı almış kişilerde ve onların bakım vericilerinde yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon ve düşük düzeyde yaşam kalitesi bulunmuştur. Bakım vericilerin %40'ının bakım vermek için işini bırakmak zorunda kaldığı bulunmuştur.[100] Kanser tedavisinde amaç; hasta bireyin ve ailesinin kanserle ve tedavisine bağlı ortaya çıkan istenmeyen durumların kontrolünü sağlamak, minimum seviyeye indirmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır.[98]

2.10. Sosyal Destek

Sosyal destek yirminci yüzyılın son çeyreğine girerken, stresin istenmeyen etkilerinden korunmak amacıyla sosyal bağların önemi vurgulamış; sosyal destek, psikolojik ve fiziksel sağlığa yönelik yapılan çalışmalar giderek artmaya başlamıştır. Sosyal desteğin tanımı konusunda birçok görüş farklılıkları olmakla birlikte bireye çevresi tarafından sunulan yardımlar olarak tanımlanabilir.[101] Bir diğer sosyal destek tanımına göre ise bireye yaşamı boyunca stres altında ve zor koşullarla karşılaştığında eşi, ailesi, arkadaşları tarafından maddi ve manevi yardım desteğini kapsamaktadır.[102]

Sosyal destek, insanın ihtiyaç duyduğu fiziksel, duygusal, ekonomik, araçsal ve bilgisel yardımları hepsini kapsamaktadır. Bu yardımlar bireye sevildiğini ve önem verildiğini hissettirmektedir.[103]

Sosyal desteği maddi, duygusal ve zihinsel destek olarak kategorilendirmek mümkündür.[104]

Maddi destek; bireyin günlük sorumluluklarını gerçekleştirebilmesi için, ihtiyaç anında başka insanlar tarafından yerine getirilen maddi desteği kapsamaktadır. Örneğin; işsiz birine bir yakının iş bulması, bebek bakımında ailenin ve arkadaşlarının desteğini görme maddi destek kapsamındadır.[104]

Duygusal destek; kişinin emosyonel yöndeki gereksinimlerini içermektedir. Bireyin sevgi, şefkat, güven, ilgi, empati ve bir gruba dahil olma gibi gereksinimlerini karşılar. Bireyin kişilerarası ilişkilerinde kabul gördüğünü ve değer verildiğini gösterir.[104]

Zihinsel destek; bireyin problemlerini çözmesine yardım edici destek şeklidir. Kişinin kendisini tanımasına ve farkındalık oluşmasına bağlı benlik değerini ortaya koyan geri bildirimler de zihinsel destek sürecini kapsamaktadır. Örneğin işe yeni başlamış birine daha tecrübeli olan arkadaşları tarafından işin öğretilmesi, bakım konusunda yeni olan hasta bakıcısına hemşire veya sağlık personeli tarafından bakım eğitimi verilmesi zihinsel desteği kapsamaktadır.[104]

Algılanan sosyal destek, kişinin karşısındaki insanlar ile sağlam bağlar olduğuna ve destek göreceğine dair bilişsel algılamasıdır. Algılanan sosyal destek, kişinin kendine biçtiği değerdir. Karşı taraftan sevildiğini, gerektiğinde yardım eli uzatılacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek fazladır.[103,104]

2.10.1. Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinde Sosyal Destek

Kişilerin hayatlarındaki zorlu dönemlerinde yakın çevrelerinden algıladıkları sosyal destek düzeyi ne kadar güçlü olursa fiziksel ve zihinsel sağlık durumu da ona paralel olarak iyi olmaktadır. Sosyal desteğin, fiziksel ve psikolojik olarak birçok hastalığın ortaya çıkmasında ve tedavi sürecinde olumlu etkileri olduğu tespit edilmiştir. Sosyal desteğin, kişinin stresle yüz yüze geldiği durumlarda etkin baş etme yolları kazandırdığı düşünülmektedir. Böylece kişinin hayatındaki bu yıpratıcı süreçlerden minimum seviyede etkilenmesi ve psikolojik sağlığının korunması sağlanmaktadır.[104,105]

Kanser gerek sağlık alanında gerekse toplumda yalnızca fiziksel bir hastalık olmanın dışında insanların ruhsal ve psiko-sosyal boyutlarda algılamaya başladığı bir hastalıktır. İnsanların kansere tepkisi kişilerin inançlarına, strese, değer ve sosyal destek sistemlerine göre değişim göstermektedir.[106]

Kanser gibi hastalıklara bakım verenler hazırlıksız yakalanmakta ve tedavi aşamasında hastanın bakımında fiziksel ve psikolojik olarak görev almaları beklenmektedir. Yoğun tedavi ve bakım süreci bakım verenlerin aylarını hatta belki yıllarını almakta ve kişiyi fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak zorluklarla yüz yüze getirmekle birlikte bakım verenlerin sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. Bakım verenlerin karşılaştıkları bu zorlukların yanı sıra bakım vermekten kaynaklı stresin artması ve sevdikleri kişiyi kaybetme korkusu yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Tüm bu zorlukların üstesinden gelmekte sosyal destek sistemlerinin önemi büyüktür.[107] Hasta ve ailelerine uygulanacak uygun sosyal destek sayesinde hem hasta hem de aile üyeleri hastalığa daha kolay adapte olmakla hem de kanserden kaynaklı pek çok güçlükle daha etkin baş edebilecektir.[108] Kronik hastalıklarda sosyal desteğin yetersiz oluşu nedeniyle kişilerde depresif belirtilerin daha çabuk ortaya çıktığı ve sosyal desteğin karşılaşılan stresin olumsuzluklarını hafifleterek ve dengeleyerek hastalıklara karşı önleyici görevi olduğu belirtilmiştir.[109] Sosyal desteği fazla olan kişilerin stresli olaylar karşısında psikolojik ve fiziksel sağlıklarındaki bozulmaların daha az olduğu tespit edilmiştir.[104] Sosyal destek düzeyi düşük olanlarda ise bakım sorumluluğu tek bir kişiye kalmakta ve bu durum ve yaşamını olumsuz etkilemektedir.[110]

Bu nedenle kanser hastalarına bakım verenler için yaşadıkları sıkıntıların en aza indirilmesi ve bakım sorumluluğu ile etkin baş edebilmeleri için sosyal destek kaynaklarının arttırılması önemlidir.[104]

2.11. Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Dünyada kanser vakalarının insidansının giderek artması onkoloji hemşireliğinin gelişiminde ve öneminin anlaşılmasında etkili olmuştur.[111]

Kanser, hastaların olduğu kadar yakınlarının da üzerinde önemli etkileri olan bir süreçtir. Tıp alanındaki teknolojik gelişmeler ve gelişen tedavi yöntemleri sayesinde kanser hastalarının hastanede yatış süresinin kısalmasıyla birlikte evde tedavilerine devam edilmektedir. Bu süreçte kanser hastalarının yakınlarının sorumlulukları artmaktadır. Bakım vericiler yakınlarını kaybetme korkusunun yanı sıra kanserin semptomları ve tedavinin yan etkileri ile karşı karşıya gelmektedir. Bütün bunlarla bakım vericiler baş etmeye çalışmakta ve bu süreçte gerekli destekleri almalarında hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir.[56] Hemşirelerin kanseri önlemede, kişileri gerekli tarama programları hakkında bilgilendirmede, birey ve aileyi kanser riskleri açısından değerlendirmede ve onlara sağlıklı yaşam biçimi kazandırmada çeşitli rolleri bulunmaktadır. Bu rollerin yanı sıra kanser tanısı alan hastanın bakım vericilerinin bakım yüklerinin ve tükenmişliklerinin belirlenmesi, bunlara yönelik sosyal desteğin sağlanması ve yaşam kalitesinin arttırılması onkoloji hemşireliğinin amaçları arasındadır. Onkoloji hemşiresinin topluma karşı rol ve sorumlulukları ise; toplumu kansere karşı bilinçlendirmek, erken tanı ve önleme yöntemleri hakkında bilgilendirmek, kanser tanılı bireylerin bakımına yönelik aileyi ve toplumu eğitmek, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinde bulunmaktır.[111]

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda bir halk sağlığı hemşiresi, kanser hastasına bakım vericileri ve bakım vericilerin bakım sürecinde yaşadıkları zorlukları tespit edebilir, bu konuda gerekli girişimlerde bulunarak hastanın ve bakım verenin zarar görmesini engelleyebilir.[112]

Hemşirelerin bakım veren bireylerin kişisel özelliklerini, becerisini ve bakım yükünü ön plana alarak bakımı planlaması ve bakım veren bireyleri belirleyerek onları desteklemesi ve danışmanlık yapması oldukça önemlidir. Böylece hem bakım alan hem de bakım veren bireyin yaşam kalitesini arttırarak sürdürülmesine yardımcı olmaktadır. Hemşireler hasta yakınlarının kendini rahatça ifade etmesini sağlamalı ve bakım ortamının konforunu arttırıcı rol ve sorumlukları üstlenmelidir.[113]

Kanser hastasına bakım veren bireylerin desteklenmesinde multidisipliner bir ekibin iş birliği önemlidir. Halk sağlığı hemşiresi ve onkoloji hemşiresi gerektiğinde sivil toplum kuruluşları, mesleki kuruluşlar ile birlik içerisinde çalışması gerekmektedir. Derneklerin ve kuruluşların sosyal destek programları ve etkinlikleri topluma fayda sağlayacaktır. Bu konudaki farkındalığı arttırmak için uluslararası standartta uygun sertifika programlarıyla hemşirelerin desteklenmesi oldukça önemlidir. Sahada onkoloji hemşireleri aktif rol almalıdır.[111,114]

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişkisel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şubat-Haziran 2022 tarihleri arasında Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Onkoloji-Hematoloji Kliniğine ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesine kayıtlı hastaların 18 yaş ve üzeri bakım vericileri; örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerine uyan 102 kişi oluşturmuştur. Örneklemin gücünü belirlemek için çalışma sonrası yapılan güç analizinde (PostHoc), örneklemin 0.55 etki büyüklüğünde, %95 güven aralığında ve %87 güce sahip olduğu tespit edilmiştir (G*Power 3.1.9.4). Etki büyüklüğünün hesaplanmasında araştırmanın bağımlı değişkenlerinden birinin kullanıldığı bir araştırmanın bulgularından yararlanılmıştır.[92]

3.3. Araştırmaya Alınma Kriteri

- 18 yaş ve üzeri,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Psikiyatrik sorunu olmayan ve
- Hasta bakımından birinci derecede sorumlu olan bakım vericiler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Veri Formu”, “Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu Türkçe Versiyonu” ve “Pines Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu” kullanılmıştır (EK-5, EK-6, EK-7, EK-8, EK-9).

3.4.1. Tanıtıcı Veri Formu (EK-5)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri ve bakım vermeye ilişkin durumlarını belirlemeye yönelik tanıtıcı 12 soru yer almaktadır.

3.4.2. Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (EK-6)

Zarit BVYÖ, yaşlılarda bakım verenin yükünü, yaşadığı stresi hesaplamak için Zarit, Reever ve Bach-Peterson[115] tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım veren veya araştırmacı tarafından yüz yüze görüşerek doldurulabilen bu ölçek, bakım vermenin bakım veren kişinin yaşamı üzerindeki etkisini belirleyen 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe 'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği İnci ve Erdem[65] tarafından 2008'de yapılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur. Ölçek (0) "Hiçbir Zaman", (1) "Nadiren", (2) "Bazen", (3) "Oldukça Sık", (4) "Hemen Her Zaman" şeklinde değişen beşli likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az "0" puan, en fazla ise "88" puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle özel hayat, maddi sorunlar, sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının gittikçe artması, yaşanılan sıkıntının da yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmada ölçeğin cronback alfa değeri 0.895 bulunmuştur.

3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-7)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Zimet ve ark.[116] tarafından 1988'de geliştirilmiş olan sosyal desteği değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçektir. Bu ölçeğin Türkiye'de geçerlik-güvenirlik çalışması Eker ve Arkar[117] tarafından 1995'te yapılmış ve ardından Eker ve ark.[118] tarafından 2001 de son halini almıştır. Ölçekte 12 madde bulunmaktadır. Ölçek aile (eş, çocuk, kardeşler ve ebeveynler), arkadaş ve özel insan desteği olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçek dört madde içermekte ve

her madde “kesinlikle hayır’dan kesinlikle evet’e” doğru yedili Likert tipi ölçüm kullanılarak cevaplanmaktadır. Ölçekte yer alan 3, 4, 8 ve 11. maddeler aile desteğini, 6, 7, 9 ve 12. maddeler arkadaş desteğini ve 1, 2, 5 ve 10. maddeler ise özel bir kişinin desteğini ölçmektedir. Ölçekten en fazla 84 puan alınırken, en az 7 puan alınmakta; alt ölçeklerde en fazla 28 puan alınırken en az 4 puan alınmaktadır. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach Alfa değeri 0.89; ölçek alt boyutlarından aileden algılanan sosyal destek 0.85, arkadaştan alınan sosyal destek ve özel insandan alınan sosyal destek alt boyutu 0.92 olarak bildirilmiştir. Çalışmada ölçeğin Cronback alfa değeri 0.963 bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarından aileden algılanan sosyal destek 0.936, arkadaştan algılanan sosyal destek 0,898 ve özel insandan algılanan sosyal destek 0.903 olarak saptanmıştır.

3.4.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (EK-8)

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR): WHOQOL-BREF-TR, çeşitli ülkelerden başlangıçta 15 merkezin katkılarıyla DSÖ tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Eser ve ark. tarafından 1999’da Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır.[119,120] Yüz sorudan oluşan daha kapsamlı değerlendirme aracı (WHOQOL-100) içerisinden seçilen 26 sorudan oluşmaktadır. Türkçe geçerlik çalışması yapılırken bir ulusal soru daha eklenmiştir ve WHOQOL-BREF-TR 27 soru içermektedir. İlk iki soru dışındaki sorular kullanılarak ruhsal, bedensel, sosyal ilişkiler ve çevre alan puanları hesaplanmıştır. İlk iki soru genel sağlık durumu olarak ele alınmaktadır. Ölçek dört alandan oluşmaktadır. Bedensel (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. sorular), ruhsal (5, 6, 7, 11, 19, 26. sorular), sosyal ilişkiler (20, 21, 22. sorular) ve çevre (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.

sorular) alanları vardır. Ölçek beşli likert tipi kapalı uçlu cevaplar içermektedir. Cevaplar bireyin yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin yorumunu ve kapasitesini içermektedir. Fiziksel alanda günlük işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik alan olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır. Dört alanın puanları ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alanların puanları 4-20 arasında veya 0-100 arasında ayrı ayrı hesaplanabilmektedir. Puanlar arttıkça yaşam kalitesinin arttığı değerlendirilmektedir. Çalışmada ölçeğin cronback alfa değeri 0.836 olarak bildirilmiştir.

3.4.5. Pines Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu (EK-9)

Pines Tükenmişlik Ölçeği tükenmişlik araştırmalarında ikinci en sık kullanılan ölçme aracı olarak ifade edilmektedir. Tüm meslek grupları kadar meslek dışı da kullanılmak için Pines ve Aronson[121] tarafından 1988'de geliştirilmiştir. Bireylerin fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenmişliklerini belirlemek üzere yedi dereceli bir ölçek üzerinde görüşmecilerin beyanına dayalı olarak hazırlanmış ölçek, yirmi bir maddeli ve yedi aşamalı likert tipi bir ölçektir. Pines ve Aronson 'un 21 maddeden oluşan Tükenmişlik Ölçeğinin (TÖ) yerine, Pines[122] 2005'te araştırmacı ve uygulayıcıların ihtiyaçlarına göre daha az maddeden oluşan kullanımı kolay bir ölçme aracı oluşturarak, 10 maddelik kısa formunu geliştirmiştir. TÖ-KF için seçilen 10 madde, bir kişinin fiziksel, duygusal ve zihinsel yorgunluklarını belirleyen 21 maddelik ölçeğin uzun formu temeli doğrultusundadır. Ölçeğin Türkçe şeklinin geçerlik ve güvenirliği 2006 yılında

Çapri[123] tarafından yapılmıştır. Ölçek maddelerinin “1 Hiçbir zaman” ve “7 Her zaman” biçiminde puanlanması ile TÖ-KF’den tek bir toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan “2.4 ve altındaki” puanlar tükenmişlik derecesinin çok düşük olduğu biçiminde yorumlanmaktadır. Ölçekten alınan “2.5 ile 3.4” arasındaki puanlar tükenmişlik için tehlike sinyallerinin olduğu biçiminde yorumlanmaktadır. Ölçekten alınan “3.5 ile 4.4” arasındaki puanlar tükenmişlik durumu içinde bulunulduğu “4.5 ile 5.4” arasındaki puanlar çok ciddi bir tükenmişlik problemi yaşandığını “5.5 ve üzerindeki” puanlar en kısa sürede profesyonel yardım alınması gerektiğini göstermektedir. Farklı etnik köken, meslek ve öğrenci gruplarından elde edilen verilerle hesaplanan ölçeğin iç tutarlık katsayılarının 0.85 ile 0.92 arasında olduğu belirtilmiştir. Çalışmada ölçeğin cronback alfa değeri 0.912 olarak bildirilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları

Ölçekler ve Boyutları	Cronbach's Alpha
Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği	0.895
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	0.963
Aile desteği	0.936
Arkadaş desteği	0.898
Özel bir kişinin desteği	0.903
Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF)	0.836
Pines Tükenmişlik Ölçeği	0.912

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

- Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, min-max değerleri, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır.

- Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi” yapılmıştır (Tablo 3.2.).
- Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile test edilmiştir.
- Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır.
- Numerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır.
- Birden çok bağımsız değişkendeki değişimlerin bağımlı değişken üzerine olan etkisini incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 3.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları

Ölçekler ve Boyutları	Basıklık	Çarpıklık	Durum
Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği	0.352	-0.384	Normal
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	-0.176	-0.405	Normal
Aile desteği	-0.473	-0.190	Normal
Arkadaş desteği	-0.172	-0.349	Normal
Özel bir kişinin desteği	-0.304	-0.588	Normal
Genel Sağlık Durumu	-0.367	-0.131	Normal
Bedensel	1.475	0.661	Normal
Ruhsal	1.649	0.723	Normal
Sosyal ilişkiler	1.450	-0.977	Normal
Çevre	0.462	-0.457	Normal
Pines Tükenmişlik Ölçeği	0.670	1.181	Normal

3.6. Araştırmanın Güçlük ve Sınırlılıkları

Araştırmaya sadece Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesine kayıtlı olan hastaların bakım vericilerinin alınması, araştırmanın önemli bir sınırlılığıdır. Araştırma Giresun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran kanser hastalarının bakım verenlerine genellenebilir niteliktedir.

3.7. Çalışmanın Etik Yönü

Çalışmada Helsinki bildirgesine uygun davranılmıştır. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek-2). Giresun İl Sağlık Müdürlüğünden Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde anket formlarını uygulamak için yazılı izin alınmıştır (Ek-3). Ölçme araçlarını geliştiren/uyarlayan araştırmacılardan izin alınmıştır (Ek-4). Ayrıca katılımcılardan görüşme öncesi gönüllü onamı alınarak anket soruları sorulmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya dahil olan kanser hastalarının bakım verenlerinden ölçekler aracılığıyla toplanan verilerin analizi ile elde edilen bulgular bulunmaktadır.

Tablo 4.1. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		**n**	**%**
Yaş Ortalaması	46.05±11.38		
Cinsiyet	Kadın	73	71.6
	Erkek	29	28.4
Medeni Durum	Evli	82	80.4
	Bekar	20	19.6
Eğitim Düzeyi	İlköğretim ve altı	62	60.8
	Lise	21	20.6
	Üniversite ve üzeri	19	18.6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	32	31.4
	Çalışmıyor	70	68.6
Gelir Durumu	Gelir giderden az	12	11.8
	Gelir gidere denk	82	80.4
	Gelir giderden fazla	8	7.8
Yakınlık Derecesi	Annesiyim	6	5.9
	Çocuğuyum	51	50.0
	Eşiyim	28	27.5
	Diğer (kardeş, teyze, torun, hala vb.)	17	16.7
Kanser Türü	Kolon Kanseri	26	25.5
	Mide Kanseri	23	22.5
	Meme Kanseri	20	19.6
	Pankreas Kanseri	8	7.8
	Rektum Kanseri	6	5.9
	Diğer Kanserler	19	18.7
Kanser Evresi	1.evre	36	35.3
	2.evre	36	35.3
	3.evre	14	13.7
	4.evre	16	15.7
Tanı Süresi	1 yıldan az	74	72.5
	1 yıldan fazla	28	27.5
Günlük Bakım Süresi	6 saat ve altı	14	13.7
	8 saat	18	17.6
	10 saat	20	19.6
	12 saat	33	32.4
	14 saat ve üzeri	17	16.7
Bakım Verirken Yardım Alma	Evet	84	82.4
	Hayır	18	17.6
Toplam		**102**	**100.0**

Bakım verenlerin %71.6'sının kadın, %28.4'ünün erkek, %80.4'ünün evli ve %19.6'sının bekar olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin %60.8'inin ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olduğu, %68.6'sının çalışmadığı ve %80.4'ünün gelir gidere denk olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin yakınlık dereceleri incelendiğinde, %50'sinin çocuğu ve %27.5'inin eşi olduğu görülmektedir. En çok görülen kanser türleri sırasıyla kolon (%25.5), mide (%22.5) ve meme (%19.6) kanseridir (Tablo 4.1.).

Kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verdikleri hastanın kanser evresi incelendiğinde, %70.6'sının 1.evre ve 2.evrede olduğu belirlenmiştir. Kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verdikleri hastanın tanı süreleri incelendiğinde, %72.5'inin 1 yıldan az, %27.5'inin 1 yıldan fazla olduğu görülmektedir. Kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verdikleri hastaya günlük bakım süreleri incelendiğinde, %13.7'sinin 6 saat ve altı, %17.6'sının 8 saat, %19.6'sının 10 saat, %32.4'ünün 12 saat, %16.7'sinin 14 saat ve üzeri olduğu görülmektedir. Kanser hastalarına bakım verenlerin 82.4'ünün bakım verirken birinden yardım aldığı görülmektedir (Tablo 4.1.).

Tablo 4.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin puan ortalaması

Ölçekler ve Boyutları	Min	Maks	Ortalama	Standart Sapma
Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği	9.00	66.00	41.40	10.68
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	36.00	84.00	66.27	11.72
Aile desteği	12.00	28.00	21.10	4.35
Arkadaş desteği	12.00	28.00	22.00	4.09
Özel bir kişinin desteği	12.00	28.00	23.16	3.93
Genel Sağlık Durumu	25.00	87.50	56.25	13.93
Bedensel	28.57	75.00	46.25	8.04
Ruhsal	33.33	87.50	56.00	8.68
Sosyal ilişkiler	16.67	75.00	59.96	11.90
Çevre	25.00	84.38	59.89	10.95
Pines Tükenmişlik Ölçeği	1.20	5.60	2.45	0.95

Tablo 4.2. incelendiğinde Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinin puan ortalamasının 41.40±10.68 olduğu görülmektedir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 66.27±11.72'dir. Bakım verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasını Özel Bir Kişinin Desteği alt boyutundan (23.16±3.939), en düşük puanı ise aile alt boyutundan (21.10±4.35) aldıkları belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasını Sosyal İlişkiler alt boyutundan (59.96±11.90), en düşük puanı ise Bedensel alt boyutundan (46.25±8.04) aldıkları belirlenmiştir. Pines Tükenmişlik Ölçeği puan ortalaması ise 2.45±0.95'tir.

Tablo 4.3. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Genel Sağlık Durumu		Bedensel		Ruhsal		Sosyal ilişkiler		Çevre	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Cinsiyet	Kadın	53.25	14.29	45.65	8.19	54.97	8.64	58.56	12.19	58.48	11.45
	Erkek	63.79	9.65	47.78	7.60	58.62	8.40	63.51	10.54	63.47	8.76
	t-testi	-4.300		-1.213		-1.943		-1.917		-2.113	
	p	0.000*		0.228		0.055		0.058		0.037*	
Medeni Durum	Evli	54.88	14.80	46.12	7.78	55.59	8.44	59.96	12.52	59.53	10.71
	Bekar	61.88	7.56	46.79	9.26	57.71	9.68	60.00	9.21	61.41	12.05
	t-testi	-2.976		-0.328		-0.978		-0.014		-0.686	
	p	0.004*		0.743		0.331		0.989		0.494	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim ve altı[1]	50.20	12.50	45.22	8.10	52.82	6.78	58.74	12.39	55.14	10.01
	Lise[2]	64.88	9.37	48.64	8.93	59.13	9.65	62.30	8.17	64.58	6.35
	Üniversite ve üzeri[3]	66.45	11.82	46.99	6.44	62.94	8.20	61.40	13.67	70.23	8.49
	F-testi	20.832		1.532		14.704		0.871		23.443	
	p	0.000*		0.221		0.000*		0.422		0.000*	
	Bonferroni	2,3>1		-		2,3>1		-		2,3>1	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	64.45	9.58	49.44	8.80	60.68	8.19	66.15	8.18	64.94	9.14
	Çalışmıyor	52.50	14.05	44.80	7.29	53.87	8.10	57.14	12.31	57.59	10.99
	t-testi	5.011		2.795		3.925		4.364		3.296	
	p	0.000*		0.006*		0.000*		0.000*		0.001*	
Kanser Evresi	1.evre	57.99	13.74	47.42	8.98	58.68	9.36	63.66	9.59	61.63	11.44
	2.evre	58.68	13.30	46.43	7.73	55.56	6.83	60.42	11.33	58.77	10.05
	3.evre	50.89	12.47	44.64	7.89	52.98	5.02	55.36	12.06	57.81	8.47
	4.evre	51.56	15.73	44.64	6.78	53.65	11.87	54.69	15.21	60.35	13.77
	F-testi	1.894		0.652		2.207		3.102		0.600	
	p	0.136		0.584		0.092		0.030*		0.617	
	Bonferroni	-		-		-		1>4		-	

Tablo 4.3. (Devamı)

Değişkenler		Genel Sağlık Durumu		Bedensel		Ruhsal		Sosyal ilişkiler		Çevre	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Tanı Süresi	1 yıldan az	56.93	13.43	46.77	8.43	56.59	8.01	60.81	10.48	58.95	10.72
	1 yıldan fazla	54.46	15.30	44.90	6.90	54.46	10.26	57.74	15.03	62.39	11.36
	t-testi	0.795		1.047		1.103		1.165		-1.421	
	p	0.429		0.298		0.273		0.247		0.158	
Günlük Bakım Süresi	6 saat ve altı[1]	66.96	11.61	52.55	9.85	62,80	11.84	66.07	7.64	66.74	9.46
	8 saat[2]	63.19	13.20	46.83	4.40	58,33	7.15	66.20	8.80	64.06	8.11
	10 saat[3]	56.88	11.81	47.14	7.74	56,46	7.82	60.83	8.16	61.56	10.83
	12 saat[4]	52.27	11.46	45.67	6.96	54,55	6.45	58.08	14.66	58.05	9.73
	14 saat ve üzeri[5]	47.06	15.01	40.55	8.37	50,25	8.13	50.98	9.26	51.47	11.80
	F-testi	7.100		5.129		5.369		5.709		5.818	
	p	0.000*		0.001*		0.001*		0.000*		0.000*	
	Bonferroni	1,2>4,5		1>4,5		1,2>4,5		1,2>5		1,2,3>5	
Bakım Verirken Yardım	Evet	58.18	13.09	46.98	7.89	56.99	8.73	62.70	10.14	61.53	9.14
	Hayır	47.22	14.57	42.86	8.13	51.39	7.00	47.22	11.43	52.26	15.15
	t-testi	3.161		2.002		2.551		5.744		2.502	
	p	0.002*		0.048*		0.012*		0.000*		0.021*	

*p<0,05 t-testi: bağımsız örneklem t testi F-testi: tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Kanser hastalarına bakım verenlerin Genel Sağlık Durumu puanları ve Çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Erkek bakım vericilerin Genel Sağlık Durumu ve Çevre puanları kadın bakım vericilere göre daha yüksektir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin medeni durumlarına göre Genel Sağlık Durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Bekar bakım verenlerin Genel Sağlık Durumu puanları evli bakım verenlere göre daha yüksektir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin eğitim durumlarına göre Genel Sağlık Durumu, Ruhsal ve Çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; eğitimi lise, üniversite ve üzeri olan bakım verenlerin Genel Sağlık Durumu, Ruhsal ve Çevre puanları, eğitimi ilköğretim ve altı olan bakım verenlere göre daha yüksektir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin çalışma durumlarına göre Genel Sağlık Durumu, Bedensel, Ruhsal, Sosyal İlişkiler, Çevre puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Çalışan bakım vericilerin Genel Sağlık Durumu, Bedensel, Ruhsal, Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları çalışmayan bakım verenlere göre daha yüksektir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin günlük bakım sürelerine göre Genel Sağlık Durumu, Bedensel, Ruhsal, Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucuna göre; günlük bakım süresi 6 saat ve altı, 8 saat olan bakım verenlerin Genel Sağlık Durumu ve Ruhsal puanları günlük bakım süresi 12 saat, 14 saat ve üzeri olan bakım verenlere göre daha yüksektir. Günlük bakım süresi 6 saat ve

altı olan bakım verenlerin Bedensel puanları günlük bakım süresi 12 saat, 14 saat ve üzeri olan bakım verenlere göre daha yüksektir. Günlük bakım süresi 6 saat ve altı ile 8 saat olan bakım verenlerin Sosyal ilişkiler puanları günlük bakım süresi 14 saat ve üzeri olan bakım verenlere göre daha yüksektir. Günlük bakım süresi 6 saat ve altı, 8 saat, 10 saat olan bakım verenlerin Çevre puanları 14 saat ve üzeri olan bakım verenlere göre daha yüksektir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verirken yardım alma durumlarına göre Genel Sağlık Durumu, Bedensel, Ruhsal, Sosyal ilişkiler ve Çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bakım verirken yardım alanların Genel Sağlık Durumu, Bedensel, Ruhsal, Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları yardım almayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.4. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği		Aile desteği		Arkadaş desteği		Özel bir kişinin desteği	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Cinsiyet	Kadın	65.79	12.29	20.99	4.53	21.89	4.30	22.92	4.16
	Erkek	67.48	10.27	21.41	3.96	22.28	3.59	23.79	3.29
	t-testi	-0.654		-0.445		-0.427		-1.013	
	p	0.515		0.657		0.670		0.314	
Medeni Durum	Evli	67.06	12.36	21.29	4.61	22.30	4.25	23.46	4.11
	Bekar	63.05	8.13	20.35	3.07	20.75	3.19	21.95	2.91
	t-testi	1.378		0.866		1.533		1.907	
	p	0.171		0.388		0.129		0.064	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim ve altı	64.90	12.76	20.65	4.70	21.50	4.46	22.76	4.29
	Lise	69.57	10.24	22.24	3.55	23.10	3.74	24.24	3.43
	Üniversite ve üzeri	67.11	9.13	21.37	3.90	22.42	2.95	23.32	3.09
	F-testi	1.310		1.092		1.322		1.128	
	p	0.275		0.340		0.271		0.328	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	70.94	9.28	22.91	3.54	23.47	3.33	24.56	2.93
	Çalışmıyor	64.14	12.16	20.29	4.47	21.33	4.26	22.53	4.19
	t-testi	2.806		2.921		2.513		2.825	
	p	0.006*		0.004*		0.014*		0.006*	

Tablo 4.4. (Devamı)

Değişkenler		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği		Aile desteği		Arkadaş desteği		Özel bir kişinin desteği	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Kanser Evresi	1.evre	68.03	10.28	21.58	3.90	22.56	3.78	23.89	3.71
	2.evre	67.36	13.28	21.75	4.81	22.42	4.54	23.19	4.30
	3.evre	63.07	13.19	19.93	4.68	20.71	4.63	22.43	4.36
	4.evre	62.69	9.14	19.63	3.77	20.94	3.00	22.13	3.12
	F-testi	1.227		1.378		1.170		0.940	
	p	0.304		0.254		0.325		0.425	
Tanı Süresi	1 yıldan az	66.68	11.87	21.20	4.36	22.09	4.20	23.38	4.02
	1 yıldan fazla	65.21	11.49	20.86	4.41	21.75	3.86	22,61	3.73
	t-testi	0.560		0.356		0.378		0.882	
	p	0.577		0.723		0.707		0.380	
Günlük Bakım Süresi	6 saat ve altı[1]	70.93	8.62	22.57	3.59	23.64	3.27	24.71	2.64
	8 saat[2]	73.44	8.07	23.61	3.18	24.22	3.00	25.61	2.45
	10 saat[3]	68.40	10.55	22.50	3.66	22.80	3.52	23.10	3.64
	12 saat[4]	63.85	11.43	19.79	4.43	21.21	4.05	22.85	3.69
	14 saat ve üzeri[5]	57.06	12.66	18.18	4.41	18.88	4.44	20.00	4.81
	F-testi	6.560		6.093		5.761		6.105	
	p	0.000*		0.000*		0.000*		0.000*	
	Bonferroni	1,2,3>5		1,2,3>5		1,2,3>5		1,2>5	
Bakım Verirken Yardım	Evet	68.77	10.16	21.93	3.98	22.80	3.57	24.05	3.22
	Hayır	54.61	11.76	17.28	4.07	18.28	4.43	19.06	4.45
	t-testi	5.219		4.480		4.666		5.556	
	p	0.000*		0.000*		0.000*		0.000*	

*p<0,05 t-testi: bağımsız örneklem t testi F-testi: tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Kanser hastalarına bakım verenlerin çalışma durumlarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile Desteği, Arkadaş Desteği, Özel Bir Kişinin Desteği puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Çalışan bakım verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile Desteği, Arkadaş Desteği, Özel Bir Kişinin Desteği puanları çalışmayanlara göre daha yüksektir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin günlük bakım sürelerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile Desteği, Arkadaş Desteği, Özel Bir Kişinin Desteği puanları arasında olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucuna göre; günlük bakım süresi 6 saat ve altı, 8 saat, 10 saat olan bakım verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile Desteği, Arkadaş Desteği puanları günlük bakım süresi 14 saat ve üzeri olan bakım verenlere göre daha yüksektir. Günlük bakım süresi 6 saat ve altı ile 8 saat olan bakım verenlerin Özel Bir Kişinin Desteği puanları günlük bakım süresi 14 saat ve üzeri olan bakım verenlere göre daha yüksektir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verirken yardım alma durumlarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile Desteği, Arkadaş Desteği, Özel Bir Kişinin Desteği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bakım verirken yardım alan bakım verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile Desteği, Arkadaş Desteği, Özel Bir Kişinin Desteği puanları yardım almayan bakım verenlere göre daha yüksektir.

Tablo 4.5. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre zarit bakım verme yükü ölçeği ve pines tükenmişlik ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği		Pines Tükenmişlik Ölçeği	
		$\bar{X}$	**SS**	**$\bar{X}$**	**SS**
Cinsiyet	Kadın	42.48	10.72	2.67	1.03
	Erkek	38.69	10.27	1.92	0.41
	t-testi	1.629		5.282	
	p	0.106		0.000*	
Medeni Durum	Evli	41.60	10.77	2.50	1.02
	Bekar	40.60	10.54	2.30	0.66
	t-testi	0.373		1.076	
	p	0.710		0.288	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim ve altı[1]	43.90	9.75	2.59	1.01
	Lise[2]	35.57	10.98	1.99	0.52
	Üniversite ve üzeri[3]	39.68	10.97	2.54	1.04
	F-testi	5.525		3.353	
	p	0.005*		0.039*	
	Bonferroni	1>3		1>3	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	37.44	11.85	2.09	0.74
	Çalışmıyor	43.21	9.67	2.62	1.00
	t-testi	-2.605		-3.029	
	p	0.011*		0.003*	
Kanser Evresi	1.evre	36.89	9.35	2.14	0.65
	2.evre	41.39	9.73	2.36	1.00
	3.evre	45.14	13.59	2.71	0.94
	4.evre	48.31	8.42	3.16	1.10
	F-testi	5.623		5.266	
	p	0.001*		0.002*	
	Bonferroni	4>1		4>1,2	
Tanı Süresi	1 yıldan az	39.51	10.54	2.29	0.80
	1 yıldan fazla	46.39	9.55	2.90	1.20
	t-testi	-3.016		-2.480	
	p	0.003*		0.018*	
Günlük Bakım Süresi	6 saat ve altı[1]	32.00	11.34	2.21	1.02
	8 saat[2]	39.11	9.55	2.23	0.88
	10 saat[3]	41.90	8.16	2.32	0.83
	12 saat[4]	42.97	8.60	2.43	0.78
	14 saat ve üzeri[5]	47.94	12.57	3.11	1.22
	F-testi	5.542		2.716	
	p	0.000*		0.034*	
	Bonferroni	3,4,5>1		5>1,2	
Bakım Verirken Yardım	Evet	40.15	9.88	2.33	0.89
	Hayır	47.22	12.56	3.07	1.06
	t-testi	-2.620		-3.107	
	p	0.010*		0.002*	

*p<0.05 t-testi: bağımsız örneklem t testi F-testi: tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Kanser hastalarına bakım verenlerin cinsiyetlerine göre Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Erkek bakım verenlerin Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları kadın bakım verenlere göre daha yüksektir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin eğitim durumlarına göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Eğitimi ilköğretim ve altı olan bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları eğitimi üniversite ve üzeri olan bakım verenlere göre daha yüksektir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin çalışma durumlarına göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Çalışmayan bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları çalışan bakım verenlere göre daha yüksektir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verdikleri hastanın kanser evresine göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bakım verdikleri hastanın kanser evresi 4 olan bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği puanlarının bakım verdikleri hastanın kanser evresi 1 ve 2 olan bakım verenlere göre daha yüksektir. Hastasının kanser evresi 4 olan bakım verenlerin Pines Tükenmişlik Ölçeği puanların hastasının kanser evresi 1 olan bakım verenlere göre daha yüksektir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin tanı sürelerine göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bakım verdikleri hastanın tanı süresi 1 yıldan fazla olan bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları bakım verdikleri hastanın tanı süresi 1 yıldan az olanlara göre daha yüksektir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin günlük bakım sürelerine göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Günlük bakım süresi 10 saat, 12 saat, 14 saat ve üzeri

olan bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği puanları günlük bakım süresi 6 saat ve altı olan bakım verenlere göre daha yüksektir. Günlük bakım süresi 14 saat ve üzeri olan bakım verenlerin Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları günlük bakım süresi 6 saat ve altı ile 8 saat olan bakım verenlere göre daha yüksektir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verirken yardım alma durumlarına göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bakım verirken yardım almayan bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları yardım alanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.6. Bakım verenlerin pines tükenmişlik dereceler dağılımı

		n	**%**
Pines Tükenmişlik	Çok düşük tükenmişlik derecesi	64	62.7
	Tükenmişlik için tehlike sinyalleri	21	20.6
	Tükenmişlik durumu	11	10.8
	Ciddi bir tükenmişlik problemi	5	4.9
	En kısa zamanda profesyonel yardım alınması gerektiği	1	1.0
Toplam		**102**	**100.0**

Kanser hastalarına bakım verenlerin Pines Tükenmişlik dereceler dağılımları incelendiğinde, %62.7'sinin çok düşük tükenmişlik derecesi, %20.6'sının tükenmişlik için tehlike sinyalleri, %10.8'inin tükenmişlik durumu içerisinde, %4.9'unun ciddi bir tükenmişlik problemi olduğu, %1'inin en kısa zamanda profesyonel yardım alması gerektiği görülmektedir (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Bakım verenlerin sosyal destek düzeyi ile yaşam kalitesi, bakım verme yükü ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkisi

Ölçekler ve Boyutları		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1-Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği	r	1										
	p											
2-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	r	-0.393**	1									
	p	0.000										
3-Aile desteği	r	-0.291**	0.933**	1								
	p	0.003	0.000									
4-Arkadaş desteği	r	-0.401**	0.982**	0.894**	1							
	p	0.000	0.000	0.000								
5-Özel bir kişinin desteği	r	-0.430**	0.924**	0.741**	0.896**	1						
	p	0.000	0.000	0.000	0.000							
6-Genel Sağlık Durumu	r	-0.513**	0.400**	0.323**	0.393**	0.425**	1					
	p	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000						
7-Bedensel	r	-0.485**	0.258**	0.169	0.244*	0.329**	0.503**	1				
	p	0.000	0.009	0.090	0.014	0.001	0.000					
8-Ruhsal	r	-0.443**	0.307**	0.270**	0.281**	0.324**	0.713**	0.597**	1			
	p	0.000	0.002	0.006	0.004	0.001	0.000	0.000				
9-Sosyal ilişkiler	r	-0.358**	0.704**	0.714**	0.658**	0.621**	0.448**	0.311**	0.433**	1		
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000			
10-Çevre	r	-0.389**	0.431**	0.337**	0.439**	0.456**	0.602**	0.454**	0.600**	0.342**	1	
	p	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		
11-Pines Tükenmişlik Ölçeği	r	0.434**	-0.406**	-0.337**	-0.398**	-0.421**	-0.474**	-0.241*	-0.389**	-0.508**	-0.249*	1
	p	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.015	0.000	0.000	0.012	

*p<0,05 **p<0,01

Kanser hastalarına bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği puanları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arasında (r:-0.393; p<0.01), Aile Desteği alt boyut puanları arasında (r:-0.291; p<0.01), Arkadaş Desteği alt boyut puanları arasında (r:-0.401; p<0.01), Özel Bir Kişinin Desteği alt boyut puanları arasında (r:-0.430; p<0.01) istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki vardır.

Kanser hastalarına bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği puanları ile Genel Sağlık Durumu alt boyut puanları arasında (r:-0.513; p<0.01), Bedensel alt boyut puanları arasında (r:-0.485; p<0.01), Ruhsal alt boyut puanları arasında (r:-0.443; p<0.01), Sosyal İlişkiler alt boyut puanları arasında (r:-0.358; p<0.01), Çevre alt boyut puanları arasında (r:-0.389; p<0.01) istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki vardır.

Kanser hastalarına bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği puanları ile Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki vardır (r:0.434; p<0.01).

Kanser hastalarına bakım verenlerin Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (r:-0.406; p<0.01), Aile desteği alt boyut (r:-0.337; p<0.01), Arkadaş desteği alt boyut (r:-0.398; p<0,01), Özel bir kişinin desteği alt boyut puanları arasında (r:-0.421; p<0.01) istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki vardır.

Kanser hastalarına bakım verenlerin Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları ile Genel Sağlık Durumu alt boyut puanları arasında (r:-0.474; p<0.01), Bedensel alt boyut puanları arasında (r:-0.241; p<0.05), Ruhsal alt boyut puanları arasında (r:-0.389; p<0.01), Sosyal İlişkiler alt boyut puanları arasında (r:-0.508; p<0.01), Çevre alt boyut puanları arasında (r:-0.249; p<0.01) istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki vardır.

Kanser hastalarına bakım verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ile Genel Sağlık Durumu alt boyut puanları arasında (r:0.400; p<0.01), Bedensel alt boyut puanları arasında (r:0.258; p<0.01), Ruhsal alt boyut puanları arasında (r:0.307; p<0.01), Sosyal İlişkiler alt boyut puanları arasında (r:0.704; p<0.01), Çevre alt boyut puanları arasında (r:0.431; p<0.01) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Kanser hastalarına bakım verenlerin Aile Desteği alt boyut puanları ile Genel Sağlık Durumu alt boyut puanları arasında (r:0.323; p<0.01), Ruhsal alt boyut puanları arasında (r:0.270; p<0.01), Sosyal ilişkiler alt boyut puanları arasında (r:0.714; p<0.01), Çevre alt boyut puanları arasında (r:0.337; p<0.01) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Kanser hastalarına bakım verenlerin Arkadaş Desteği alt boyut puanları ile Genel Sağlık Durumu alt boyut puanları arasında (r:0.393; p<0.01), Bedensel alt boyut puanları arasında (r:0.244; p<0.01), Ruhsal alt boyut puanları arasında (r:0.281; p<0.01), Sosyal ilişkiler alt boyut puanları arasında (r:0.658; p<0.01), Çevre alt boyut puanları arasında (r:0.439; p<0.01) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Kanser hastalarına bakım verenlerin Özel Bir Kişinin Desteği alt boyut puanları ile Genel Sağlık Durumu alt boyut puanları arasında (r:0.425; p<0.01), Bedensel alt boyut puanları arasında (r:0.329; p<0.01), Ruhsal alt boyut puanları arasında (r:0.324; p<0.01), Sosyal İlişkiler alt boyut puanları arasında (r:0.621; p<0.01), Çevre alt boyut puanları arasında (r:0.456; p<0.01) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü vardır.

Birden çok bağımsız değişkendeki değişimlerin bağımlı değişken üzerine olan etkisini incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 4.8. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının zarit bakım verme yükü ölçeği üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	**Bağımlı Değişken:** Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği								
	ß	**SH**	**Beta**	**t**	**p**	**F**	**Model (p)**	**R^2**	**Durbin Watson**
Sabit	67.552	5.833		11.582	0.000*				
Aile desteği	0.611	0.520	0.249	1.174	0.243				
Arkadaş desteği	-0.962	0.836	-0.369	-1.150	0.253	8.039	0.000*	0.173	1.802
Özel bir kişinin desteği	-0.772	0.579	-0.284	-1.332	0.186				

*p<0,05

Araştırmada kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği üzerindeki etkisini belirlemek üzere çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analize göre, kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır (F=8.039; p<0.05). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmektedir (p>0.05).

Tablo 4.9. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu alt boyutu üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	**Bağımlı Değişken:** Genel Sağlık Durumu								
	ß	**SH**	**Beta**	**t**	**p**	**F**	**Model (p)**	**R^2**	**Durbin Watson**
Sabit	21.470	7.681		2.795	0.006*				
Aile desteği	-0.099	0.685	-0.031	-0.144	0.885				
Arkadaş desteği	0.324	10.101	0.095	0.295	0.769	7.251	0.000*	0.157	1.647
Özel bir kişinin desteği	1.283	0.763	0.363	1.682	0.096				

*p<0,05

Araştırmada kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının Genel Sağlık Durumu alt boyutu üzerindeki etkisini belirlemek üzere çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analizine göre, kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır (F=8.039; p<0.05). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının Genel Sağlık Durumu alt boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmektedir (p>0.05).

Tablo 4.10. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt boyutu üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	**Bağımlı Değişken:** Bedensel								
	ß	**SH**	**Beta**	**t**	**p**	**F**	**Model (p)**	**R^2**	**Durbin Watson**
Sabit	31.136	4.593		6.779	0.000*	4.570	0.005*	0.096	1.994
Aile desteği	-0.154	0.410	-0.083	-0.376	0.708				
Arkadaş desteği	-0.317	0.658	-0.161	-0.482	0.631				
Özel bir kişinin desteği	1.094	0.456	0.535	2.398	0.018*				

*p<0,05

Araştırmada kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının Bedensel alt boyutu üzerindeki etkisini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analizine göre, kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır (F=8.039; p<0.05). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği Özel Bir Kişinin Desteği alt boyutunun Bedensel alt boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir (p<0.05). Bedensel alt boyutu üzerindeki değişimin %9.6'sı açıklanmaktadır (Düzenlenmiş R^2=0.096). Özel bir kişinin desteği alt boyutundaki 1 birimlik artış, Bedensel alt boyutu üzerindeki 1.094'lük artışa (β=1.094) neden olmaktadır.

Tablo 4.11. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt boyut üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	**Bağımlı Değişken:** Ruhsal								
	ß	**SH**	**Beta**	**t**	**p**	**F**	**Model (p)**	**R^2**	**Durbin Watson**
Sabit	38.774	4.981		7.784	0.000*	4.234	0.007*	0.088	1.681
Aile desteği	0.455	0.444	0.228	1.024	0.308				
Arkadaş desteği	-0.666	0.714	-0.314	-0.933	0.353				
Özel bir kişinin desteği	0.962	0.495	0.436	1.944	0.055				

*p<0,05

Araştırmada kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının Ruhsal alt boyutu üzerindeki etkisini bulmak için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analizine göre, kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=8.039$; $p<0.05$). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği ve alt boyutlarının Ruhsal alt boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi sosyal ilişkiler alt boyutu üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	**Bağımlı Değişken:** Sosyal ilişkiler								
	ß	**SH**	**Beta**	**t**	**p**	**F**	**Model (p)**	**R^2**	**Durbin Watson**
Sabit	12.645	4.931		2.565	0.012*	38.031	0.000*	0.524	2.251
Aile desteği	2.022	0.440	0.740	4.596	0.000*				
Arkadaş desteği	-1.005	0.707	-0.346	-1.422	0.158				
Özel bir kişinin desteği	1.155	0.490	0.382	2.358	0.020*				

*p<0,05

Araştırmada kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının Sosyal İlişkiler alt boyutu üzerindeki etkisini belirlemek üzere çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre, kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır (F=8.039; p<0.05). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile desteği alt boyutu (t=4.596; p<0.05) ve Özel bir kişinin desteği alt boyutunun (t=2.358; p<0.05) Sosyal İlişkiler alt boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. Sosyal İlişkiler alt boyutu üzerindeki değişimin %52.4'ünü açıklanmaktadır (Düzenlenmiş R^2=0.524). Aile desteği alt boyutundaki 1 birimlik artış, Sosyal İlişkiler alt boyutu üzerindeki 2.022'lik artışa (β=2.022); Özel Bir Kişinin Desteği alt boyutundaki 1 birimlik artış, Sosyal İlişkiler alt boyutu üzerindeki 1.155'lik artışa (β=1.155) neden olmaktadır. Değişkenlerin Sosyal İlişkiler alt boyutu üzerindeki etkisi önem sırası Aile Desteği (beta=0.740) ve Özel Bir Kişinin Desteği (beta =0.382) biçimindedir.

Tablo 4.13. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi çevre alt boyutu üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	**Bağımlı Değişken:** Çevre								
	ß	**SH**	**Beta**	**t**	**p**	**F**	**Model (p)**	**R^2**	**Durbin Watson**
Sabit	31.171	5.894		5.289	0.000*	9.206	0.000*	0.196	1.469
Aile desteği	-.507	0.526	-0.202	-0.965	0.337				
Arkadaş desteği	1.043	0.845	0.390	1.235	0.220				
Özel bir kişinin desteği	0.711	0.585	0.256	1.215	0.227				

*p<0,05

Araştırmada kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının Çevre alt boyutu üzerindeki etkisini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre, kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır (F=8.039; p<0.05). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının Çevre alt boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmektedir (p>0.05).

Tablo 4.14. Araştırmada kullanılan çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarının pines tükenmişlik ölçeği üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	**Bağımlı Değişken:** Pines Tükenmişlik Ölçeği								
	ß	**SH**	**Beta**	**t**	**p**	**F**	**Model (p)**	**R^2**	**Durbin Watson**
Sabit	4.840	.529		9.156	0.000*	7.145	0.000*	0.154	1.716
Aile desteği	-0.001	0.047	-0.005	-0.025	0.980				
Arkadaş desteği	-0.023	0.076	-0.100	-0.309	0.758				
Özel bir kişinin desteği	-0.080	0.053	-0.327	-1.516	0.133				

*p<0,05

Araştırmada kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının Pines Tükenmişlik Ölçeği üzerindeki etkisini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre, kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=8.039$; $p<0.05$). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının Pines Tükenmişlik Ölçeği alt boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmadan elde edilen bulgular, literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Araştırmada bakım verenlerin yaş ortalaması 46.05±11.38'dir. Kanser hastalarına bakım verenlerde yapılan çalışmalarda bakım verenlerin yaş ortalaması bu araştırma ile benzerlik göstermektedir. Yaş ortalaması Türkoğlu ve Kılıç'ın[5] çalışmasında 57.1±11.9, Eskimez ve ark.[124] çalışmada 46.78±11.59 ve Karabuğa-Yakar ve Pınar'ın[6] çalışmasında 53.64±14.49 bulunmuştur.

Dünya genelinde birçok toplumda olduğu gibi bizim toplumumuzda da ataerkil bir yapı süregelmesinden dolayı kadınlar bakım sorumluluğunu daha çok üstlenmektedir.[125] Çalışmada buna paralel olarak bakım verenlerin %71.6'sı kadındır. Karabuğa-Yakar ve Pınar'ın[6] çalışmasında katılımcıların %72.5'i, Türkoğlu ve Kılıç'ın[5] çalışmasında %58.9'u, Yıldız ve ark.[49] çalışmasında %58'i ve Warapornmongkholkul ve ark.[126] çalışmasında ise %79.8'u kadın bakım verendir. Bu bağlamda araştırmadan elde edilen veriler, literatür ile paralellik göstermektedir. Kanser hastalarına bakım verenlere yönelik olarak yapılan çalışmalarda bakım verenlerin çoğunlukla kadınlardan oluşmasının; hasta bakmanın kadınlar için olağan ve kolay olarak yapabilecekleri bir iş olarak görülmesi, kadınların yapısal olarak bakım işlerinde erkeklere göre daha merhametli, şefkatli, yardım duygularının daha fazla oluşu ve problemlerle daha iyi baş edebileceklerinin düşünülmesi olarak sıralanabilir.[125,127] Yapılan araştırmalarda bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğu bilinmekle birlikte erkek bakım vericilerin oranı da her geçen gün artmaktadır. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalarla karşılaşılmaktadır.[50,124,128] Erkek bakım verenlerin sayısının giderek artmasının daha çok eşlerin ve partnerlerin birbirine bakım vermesinden kaynaklandığı ile açıklanabilir.

Araştırmada kanser hastalarına bakım verenlerin %60.8'i ilköğretim mezunu olup, %68.6'sı herhangi bir işte çalışmamakta ve %80.4'ünün geliri giderine denktir. Benzer şekilde Orak ve Sezgin'in[48] kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinde yaptığı çalışmada da katılımcıların %49.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu ve %71.3'ünün çalışmadığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda bakım verenlerin hastaya yakınlık düzeyine bakıldığında %50'sinin çocuğu ve %27.5'inin eşi olduğu bulunmuştur. Türkoğlu ve Kılıç'ın[5] yaptığı çalışmada bakım verenlerin %38.4'ünün çocuğu ve %31.1'inin eşi olduğu, Erinmez ve Avcı'nın[58] radyoterapi alan hastaların bakım verenlerine yönelik yaptığı çalışmada bakım verenlerin %22.2'sinin oğlu ve damadı, %11.3'ünün kızı ve %18.6'sının eşi olduğu, Softa ve ark.[53] kemoterapi alan hasta yakınlarına yönelik yaptığı çalışmada bakım verenlerin %20'sinin çocuğu ve %64'ünün eşi olduğu tespit edilmiştir. Yıldız ve ark.[49] yaptığı çalışmada bakım verenlerin %41'inin eşi, %20'sinin annesi ve %18'inin babası olduğu, Karabulutlu ve ark.[50] yaptığı bir çalışmada ise %42.7'sinin anne ve babası olduğu bulunmuştur. Araştırmanın bulguları literatürle benzerlik göstermekte ve kanser hastalarının birinci derece yakınları tarafından bakım aldıkları görülmektedir.

Bu araştırmada bakım verenlerin bakım verdikleri hastaların kanserin evresine bakıldığında %35.3'ü 1. ve 2. evrededir. Koç ve ark.[129] çalışmasında %37.1'inin 1. evre olduğu bulunmuştur. Özdemir ve Özkaraman'ın[131] çalışmasında ise %40.8'inin 2. evre %23.1'inin 3. evre bulunmuştur.

Araştırmada kanser hastalarına bakım veren bireylerin %72,5'inin bakım verdikleri hastanın tanı süresi bir yıldan azdır. %32.4'ünün günlük bakım verme süresi ise 12 saattir. Literatürdeki çalışmalarda da bakım verilen kanser hastalarının çoğunluğunun tanı süresinin; çalışmanın bulgularıyla benzer olarak bir yıldan az olduğu görülmüştür.[132,133,134] Bakım verenlerin günlük bakım verme süresi ise Türkoğlu ve

Kılıç'ın[5] çalışmasında bakım verenlerin %54.2'sinin günlük bakım verme süresinin 19-24 saat, Kundakçı ve Yürügen'in[134] çalışmasında bakım verenlerin %61.7'sinin bakım verme süresinin 1-6 saat olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada kanser hastalarına bakım verenlerin %82.4'ü bakım verirken birinden yardım almaktadır. Benzer şekilde Türkoğlu ve Kılıç'ın[5] çalışmasında %73.2'nin, Yıldız ve ark.[49] yaptığı çalışmada ise %64'ünün destek aldığı bulunmuştur.

Bakım verenlerin, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt boyutlarından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde yaşam kaliteleri orta düzeydedir. Literatürde bakım verenlerde yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalarda; Yıldız ve ark.[49] düşük düzeyde, Karabuğa-Yakar ve Pınar[6] oldukça düşük düzeyde, Kurt ve ark.[135] düşük düzeyde ve Lim ve ark.[136] yaşam kalitesini düşük düzeyde bulmuşlardır.

Araştırmaya göre bakım verenlerin cinsiyetlerine göre genel sağlık durumu puanları ve çevre puanları anlamlı farklılık göstermektedir. Erkek bakım verenlerin genel sağlık durumu ve çevre puanlarının kadınlara göre daha yüksektir. Karabuğa-Yakar ve Pınar'ın[6] çalışmasında kadın bakım vericilerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bu durum kadınların erkeklere göre daha duygusal, etkilenmeye açık ve duyarlı olmalarından kaynaklanabilir. Bunun yanı sıra toplumda kadınların bakım verirken iş, aile ve sosyal yaşamdaki sorumluluklarını aksatmaları normal karşılanmamakta bu da yaşadıkları güçlüğün artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir.

Bakım verenlerin medeni durumlarına göre yaşam kalitesi alt ölçeği genel sağlık durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bekar olanların genel sağlık durumu puanları evli olanlara göre daha yüksektir. Türkoğlu ve Kılıç'ın[5] çalışmasında da bekar bakım vericilerin yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Bu

durum bekâr bakım verenlerin çocuk ya da eş sorumluluklarını yerine getirme endişeleri bulunmadığından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bakım verenlerin eğitim durumlarına göre Genel Sağlık Durumu, Ruhsal ve Çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Eğitimi lise ile üniversite ve üzeri olan bakım verenlerin Genel Sağlık Durumu, Ruhsal ve Çevre puanları eğitimi ilköğretim ve altı olan bakım verenlere göre daha yüksektir. Kanser hastalarına bakım veren bireylerde eğitimin yaşam kalitesini etkilemediğini belirten bir çalışmaya[137] rastlanmış olsa da mevcut literatür genel olarak araştırmanın bu bulgusunu destekler niteliktedir.[5,138] Çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyindeki yükselmenin ve genellikle beraberinde elde edilen yaşam standartlarındaki iyileşmenin bakım verenlerde yaşam kalitesini olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin çalışma durumlarına göre Genel Sağlık Durumu, Bedensel, Ruhsal, Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Çalışan bakım verenlerin Genel Sağlık Durumu, Bedensel, Ruhsal, Sosyal İlişkiler, Çevre puanları çalışmayan bakım verenlere göre daha yüksektir. Benzer şekilde Toptaş ve Öz'ün[139] çalışmasında çalışmayan kişilerin çalışanlara ve emeklilere göre daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur. Yiğit ve Erci'nin[140] çalışmasında çalışmayan bakım verenlerin çalışanlara göre daha düşük yaşam kalitesi olduğu bulunmuştur. Çalışmayan bakım verenler, bakım verdikleri bireye ekonomik anlamda yeterli desteği sağlayamayacağından psikolojik anlamda yetersiz hissedebilir. Ayrıca, çalışmayan bakım verenlerin çalışanlara göre zamanlarının büyük çoğunluğunu bakım verdikleri bireyle geçirme olasılıkları daha yüksektir. Bu durumun çalışmayan bakım verenlerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Bakım verenlerin günlük bakım sürelerine göre Genel Sağlık Durumu, Bedensel, Ruhsal, Sosyal İlişkiler, Çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Toptaş ve Öz'ün[139] çalışmasında günlük bakım verme saati az olanların bakım verme saati daha fazla olanlara göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Bakım veren bireyin gün içerisinde bakım süresi ne kadar kısa olursa kendisine ve çevresine daha fazla zaman ayırma potansiyeli bulunmaktadır. Böylelikle rol ve sorumluluklarını gerçekleştirmeye daha fazla zamanı olup, doğru orantılı olarak yaşam kalitesinin artması beklenmektedir.

Bakım verenlerin bakım verirken yardım alma durumlarına göre Genel Sağlık Durumu, Bedensel, Ruhsal, Sosyal İlişkiler, Çevre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Literatürde yeterli destek alan akrabalık-arkadaşlık ilişkileri iyi olan bakım verenlerin yaşam kalitesini arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır.[5,141]

Araştırmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 66.27±11.72 ve Aile alt boyutu puan ortalaması 21.10±4.35, Arkadaş Desteği alt boyut puan ortalaması 22.00±4.09, Özel Bir Kişinin Desteği alt boyut puan ortalaması 23.16±3.93'tür.Çalışma kapsamına alınan bakım verenlerin orta düzeyde sosyal desteğe sahip oldukları ve en büyük destekçilerinin özel bir kişiden olduğu belirlenmiştir. Arıkan ve ark.[107] ve Gündüz ve Akyıl'ın[67] çalışmasında da kanser hastalarına bakım verenlerin orta düzeyde sosyal desteğe sahip oldukları ve en büyük destekçilerinin ailesi olduğu bulunmuştur.

Araştırmada çalışan bakım verenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyleri çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bilgin ve Yıldırım'ın[142] çalışmasında da benzer şekilde çalışan bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteklerinin çalışmayanlara göre yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum çalışan bakım verenlerin

çalışma ortamlarındaki sosyal ve insani ilişkilerinin varlığı ile açıklanabilir. Çalışan bakım verenlerin, iş ortamlarındaki kişilerden sosyal destek görmeleri mümkündür.

Günlük bakım süresi az olan bakım verenlerin algıladıkları sosyal destekleri fazla olanlara göre daha yüksektir. Bu durum, günlük bakım süreleri az olan bakım verenlerin ikili ilişkilerine, iş ve sosyal çevrelerine daha fazla zaman ayırabilmesi ile açıklanabilir. Literatürde direk günlük bakım verme süresi ve sosyal destek ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmasa da bakım süresinin uzadıkça sosyal desteğin azaldığı çalışmalar vardır.[52,132] Bakım verme süresi uzadıkça bakım veren psikolojik sorunlar ve sosyal ilişkilerde aksamalar yaşayacağından sosyal desteklerinin de düşeceği düşünülebilir.

Bakım verirken yardım alan bakım verenlerin, yardım almayan bakım verenlere göre algılanan sosyal destek düzeyi daha yüksektir. Gündüz ve Akyıl'ın[67] çalışmasında bakım vermede yardımcı birisi bulunmayan bakım verenlerin, yardımcı birisi bulunan bakım verenlere göre sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum yardım almayan bakım verenlerin ağır bakım yükü altında kendini yalnız ve desteksiz görmesiyle açıklanabilir.

Çalışma kapsamına alınan bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği puanı 41.40±10.68'dir. Bakım verenlerin orta düzeyde bakım yükü algıladıkları belirlenmiştir. Saraçoğlu ve ark.[92] çalışmasında aile üyelerinin ağır bakım yükü algıladıkları; Orak ve Sezgin'nin[48] ve Koç ve ark.[129] çalışmalarında ise orta düzeyde bakım verme yükü algıladıkları bulunmuştur.

Bakım verenlerin tükenmişlik puan ortalaması 2.45±0.952'tir. Bakım verenlerin Pines Tükenmişlik dereceler dağılımları incelendiğinde, %62.7'sinin çok düşük tükenmişlik derecesi, %20.6'sının tükenmişlik için tehlike sinyalleri, %10.8'inin tükenmişlik durumu içerisinde, %4.9'unun ciddi bir tükenmişlik problemi olduğu, %1'inin en kısa zamanda profesyonel yardım alması gerektiği görülmektedir. Saraçoğlu

ve ark.[92] çalışmasında kanser hastalarına bakım verenlerin ağır tükenmişlik yaşadıklarını bulmuşlardır. Yurtseven ve Oğuz'un[143] çalışmasında ise kanser hastalarına bakım verenlerin orta düzeyde tükenmişlik yaşadığı görülmüştür.

Kadın bakım verenlerin erkeklere göre tükenmişlikleri daha yüksek bulunmuştur. Yurtseven ve Oğuz'un[143] çalışmada bakım veren kadınların duygusal tükenmeleri erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Kadınların hasta bakımında duygusal yaklaşımlarının tükenmişliklerini arttırabileceği düşünülebilir.

Bakım verenlerin eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Pines Tükenmişlik Ölçeği puanları eğitimi üniversite ve üzeri olanlara göre daha yüksektir. Papastavrou ve ark.[146] bakım veren kişilerin yüksek eğitime sahip olmalarının bakım yükünü düşürdüğünü belirtmiştir. Karabulutlu ve Kol'un[144] kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlere yönelik yaptığı çalışmada eğitim seviyesi düşük olan bakım verenlerin bakım yükleri daha yüksek bulunmuştur. Jun ve ark.[145] çalışmasında ilkokul mezunu olan bakım verenlerin lise ve üniversite mezunlarına göre daha çok tükenmişlik yaşadığı bulunmuştur.

Çalışamayan bakım verenlerin bakım yükleri ve tükenmişlikleri çalışan bakım vericilere göre daha yüksek bulunmuştur. Orak ve Sezgin'in[48], Yurtseven ve Oğuz'un[143], Papastavrou ve ark.[146] kanser hastasına bakım verenlerde yaptığı çalışmalarda eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin daha fazla bakım yükü hissettikleri bulunmuştur. Karabulutlu ve Kol'un[144] kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlere yönelik yaptığı çalışmada bakım verenlerden ev hanımı olanlarının bakım yüklerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yurtseven ve Oğuz'un[143] çalışmasında bakım verenin mesleğine göre bakım yükünün değiştiği görülmüş, düşük ekonomik duruma sahip olan bakım verenlerin tükenmişliği daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun çalışan kişilerin iş ortamında sosyalleştikleri ve çevre edindiklerinden dolayı bakım vermedikleri süreçte psikolojik

olarak iş ortamının onlara iyi gelişi ile açıklanabilir. Ayrıca çalışmayan bakım verenler zamanlarını çoğunu bakım verdikleri bireyle geçirmek durumunda kalmaktadırlar bu durumun bakım verenlerin bakım yükü ve tükenmişliklerini arttıracağı düşünülmektedir.

Bakım verdikleri hastanın kanser evresi ileri evre olanlara bakım veren kişilerin bakım yükleri ve tükenmişlikleri daha yüksek bulunmuştur. Özdemir ve ark.[130] kanser hastalarının bakım verenlerine yönelik yaptığı çalışmada bakım verenlerin 4. evrede olan hastalara bakım verirken daha fazla yük deneyimledikleri tespit edilmiştir. Bu durum ileri evre kanser tanısı olan bireye bakım verenin hastasını kaybetme korkusu, ağırlaşan prognoz ile artan bakım uygulamaları ve karşılaşılan psikolojik zorlukların erken evre kanser hastalarına bakım verenlere göre daha fazla olması ile açıklanabilir.

Bakım vericilerde tanı süresi ve günlük bakım verme süreci uzadıkça bakım yükü ve tükenmişliklerinin arttığı bulunmuştur. Benzer şekilde Egici ve ark.[147] palyatif hastalara bakım verenlere yönelik yaptığı çalışmada haftalık ve yıllık bakım verme süresi arttıkça bakım yükünün arttığı saptanmıştır. Yıllık bakım verme süresi fazla olan bakım verenlerin duygusal tükenmişlikleri daha fazla bulunmuştur. Özdemir ve ark.[130], Orak ve Sezgin'in[48] ve Kaynar ve Vural'ın[148] çalışmasında kanser hastasına bakım verilen süre arttıkça bakım yükünün arttığı belirlenmiştir.

Bakım verirken yardım almayan bakım verenlerin yardım alan bakım verenlere göre bakım yükü ve tükenmişlik düzeyleri daha yüksektir. Saraçoğlu ve ark.[92] çalışmasında bakım verene yardımcı olan bireyin varlığında bakım yükünün ve tükenmişliğin düştüğünü bulmuşlardır. Yurtseven ve Oğuz'un[143] çalışmasında hasta bakımında yardımcı bir kişi bulunmayan bakım vericilerin bakım yükleri ve tükenmişlik alt boyutlarından; duyarsızlaşma ve duygusal tükenmeleri daha yüksek bulunmuştur. Jun ve ark.[145] çalışmasında kanser hastasına bakım veren kişinin fazla olduğu bakım vericilerin tükenmişlikleri daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya göre bakım verme yükü ile sosyal destek arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Kahrıman ve Zaybak'ın[149] çalışmasında sosyal destek arttıkça bakım yükünün azaldığı tespit edilmiştir. Bir diğer çalışmada da kronik hastalığı olan bireye bakım verenlere yönelik yaptığı çalışmada yeterli algılanan sosyal desteğin bakım verici için önemli olduğu ve bakım yükünü azalttığı bulunmuştur.[9] Karaaslan ve Bedük'ün[132] çalışmasında bu araştırmaya benzer olarak sosyal destek ile bakım yükü arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Öner ve Karabulutlu'nun[105] çalışmasında bakım verenlerin aileden algıladıkları sosyal destek arttıkça bakım yüklerinin azaldığı tespit edilmiştir. Diğer bir çalışmada da Chiou ve ark.[150] çalışmasında sosyal destek alan bakım vericilerin bakım yükünü daha az hissettiklerini bulmuşlardır.

Bakım vericilerin bakım verme yükü ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Türkoğlu ve Kılıç'ın[5] çalışmasında bakım vericilerde algılanan yükün yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ortaya çıkmıştır. Yıldız ve ark.[49] çalışmasında bakım yükünün yüksek, katılımcıların yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur. Tosun ve ark.[151] yaptığı çalışmada bakım verme yükü arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı tespit edilmiştir. Bu duruma göre bakım verenlerin bakım yükü arttıkça yaşam kalitesi azaldığı söylenebilir.

Bakım vericilerin bakım verme yükü ile tükenmişlikleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Saraçoğlu ve ark.[92] çalışmasında bakım verme yükü algısı ile tükenmişliğin alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bakım verme yükü arttıkça tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın arttığı görülmüştür. Egici ve ark.[147] palyatif bakım merkezinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylere yönelik yaptıkları çalışmada bakım yükünün artması ile tükenmişlik duygusunun arttığı belirlenmiştir. Bu duruma göre bakım verme yükünün artması ile tükenmişlik düzeyinin de artacağı söylenebilir.

Bakım verenlerin tükenmişlikleri ile sosyal destekleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Literatürde bazı çalışmalarda sosyal destek gören bakım vericilerin bakım verme sürecine uyumunun daha kolay olduğu ve bakım vericilerin bakım yükünün ve tükenmişliklerinin azaldığı tespit edilmiştir.[73,92,132]

Bakım verenlerin tükenmişlikleri ile yaşam kaliteleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Literatürde doğrudan tükenmişlik ve yaşam kalitesini inceleyen çalışmaya ulaşılamamıştır ancak dolaylı yoldan yorumlayan çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalara göre bakım yükü arttıkça tükenmişlik durumunun da arttığı bulunmuştur.[92,147] Bakım yükü arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı birçok çalışmada tespit edilmiştir.[49,138,151] Literatüre bakıldığında kanser hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ile yaşam kalitesinin çalışıldığı bir çalışmaya rastlanılmamış ancak Joo ve Kim'in yaptığı yaşlı bireylere bakım verenlerde yaptığı çalışmada bakım yükü arttıkça tükenmişliğin arttığı ve daha düşük yaşam kalitesinin olduğu bulunmuştur.[152] Böylece tükenmişlik arttığında yaşam kalitesinin azaldığı sonucuna ulaşabilir.

Bakım verenlerin sosyal destekleri ile yaşam kaliteleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Sosyal destek arttıkça yaşam kalitesinin alt boyutlarından bedensel ve sosyal ilişkiler düzeyi de artmaktadır. Bakım verenlerin sosyal destek ölçeği aile alt boyutunun yaşam kalitesi ölçeği ve genel sağlık durumu, ruhsal, sosyal ilişkiler, çevre alt boyutları ile pozitif anlamlı bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin sosyal destek ölçeği arkadaş alt boyutu ve özel bir kişi alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeği; genel sağlık durumu, bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler, çevre alt boyutları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Bıçak ve Sarıtaş'ın[133] çalışmasında sosyal destek düzeyi arttıkça kanser hastasının ve bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Burnette ve ark.[153] ve Nightingale ve ark.[154]

yaptığı çalışmada sosyal desteğin bakım yükünü azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir.

6. SONUÇ

Kanser hastalarına bakım verenlerde sosyal desteğin yaşam kalitesi, bakım yükü ve tükenmişlikle ilişkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı ve ilişkisel olarak gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarına bakım verenlerin yaşam kaliteleri, sosyal destekleri, bakım yükleri orta düzeydedir. %62.7'sinin çok düşük tükenmişlik derecesi, %20.6'sının tükenmişlik için tehlike sinyalleri, %10.8'inin tükenmişlik durumu içerisinde, %4.9'unun ciddi bir tükenmişlik problemi olduğu, %1'inin en kısa zamanda profesyonel yardım alması gerekmektedir.

Erkek, bekar, eğitim durumu lise ve üzeri olan, çalışan, günlük bakım verme süresi az ve bakım verirken yardım alan bakım verenlerin yaşam kalitesinin daha yüksektir.

Çalışan, günlük bakım verme süresi az olan ve bakım verirken yardım alan bakım verenlerin sosyal destek düzeyi daha yüksektir.

Eğitim seviyesi düşük olan, çalışmayan, bakım verdikleri hastanın kanser evresi ileri evre olan, tanı süresi uzun olan, günlük bakım süresi fazla olan ve bakım verirken yardım almayan bakım verenlerin bakım yükü diğer gruplara göre daha yüksektir.

Kadın, eğitim seviyesi düşük olan, çalışmayan, bakım verdikleri hastanın kanser evresi ileri evre olan, tanı uzun olan, günlük bakım verme süresi fazla olan ve bakım verirken yardım almayan bakım verenlerin tükenmişlikleri daha fazladır.

Bakım verenlerin sosyal destekleri azaldıkça, yaşam kaliteleri düşmekte, bakım verme yükleri ve tükenmişlikleri artmaktadır.

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Kadın, evli, çalışmayan, eğitim düzeyi düşük olan ve uzun süre destek görmeden bakım verenlerin sosyal destek programında öncelikli yer alması ve

böylelikle yaşam kalitelerinin arttırılması, bakım yüklerinin ve tükenmişliklerinin minimum seviyeye indirilmesi,

- Bakım verenlerin tükenmişliklerini azaltmak ve yaşam kalitelerini arttırmak için kanser hastalarına bakım veren bireylere yönelik sosyal destek kaynaklarının arttırılması,
- Bakım vericilerin belirli aralıklarla bakım verme süreçlerinin takip edilmesi ve fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden desteklenmesi,
- Bakım verenlerin bu süreçte yalnız olmadıklarını hissettirecek bakımla ilgili soru sorabilecek ve yardım alabilecekleri sivil toplum kuruluşlarının, derneklerin ve internet sitelerinin sosyal destek olanaklarının arttırılması,
- Hemşireler tarafından bakım verenlerin yaşam kalitesi ve sosyal destek sistemlerini güçlendirmek amacıyla eğitim ve etkinlikler düzenlenmesi,
- Bakım verme yükü, tükenmişlik, yaşam kalitesi ve sosyal desteğin zamana göre değişiklik gösterebileceğinden belirli aralıklarla bakım vericilere yönelik verilerin değerlendirilmesi,
- Bakım verenlerde hemşirelik girişimlerinin yaşam kalitesi, sosyal destek, bakım yükü, tükenmişlik üzerine etkisini inceleyen randomize kontrollü araştırmaların yapılması ve bu konudaki literatürün zenginleştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Özdemir, Ü., & Taşcı, S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakim. Erciyes Üniversitesi *Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1, 57-72.
2. WHO. Cancer Today. https://gco.iarc.fr/today/home. 22 Şubat 2022.
3. Kavradım, S. T., & Özer, Z. C. Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014, *6*, 154-164.
4. Kitrungrote, L., & Cohen, M. Z. Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review. In *Oncology Nursing Forum*, 2006, Vol. 33, No. 3.
5. Turkoglu, N., & Kilic, D. Effects of care burdens of caregivers of cancer patients on their quality of life. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2012, *13*: 4141-4145.
6. Karabuğa-Yakar, H., & Pınar, R. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2013, *15*: 1-16.
7. Terakye G. Kanserli hasta yakınları ile etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2011, 4:78–82.
8. Kalaycı, I., & Özkul, M. Refakatçi Aktörlerin Yaşam Doyumu, Bakım Yükü Ve Tükenmişlik Düzeylerini Etkileyen Faktörler Açısından Bir Değerlendirme (Sdü Araştırma Uygulama Hastanesi Örneği). *Electronic Turkish Studies*, 2018, *13*.
9. Tuncay, F. Ö., Mollaoğlu, M., & Fertelli, T. K. Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerde bakım yükü ve sosyal destek düzeyi. *Literatür Sempozyum*, 2015, *8*: 5-10.

10. Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., & TEKİR, Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2015, *17*: 27-36.
11. Kumsar, A. K., & Yılmaz, F. T. Kronik Hastaliklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakiş. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2014, *2*: 62-70.
12. Erdoğan, Z., & Yavuz, D. E. Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2014, *23*: 726-736.
13. Hogenboom, M. Kanserin Evrim Süreci Nasıl İşliyor, *BBC Earth Dergisi*, 2016.
14. Atıcı, E. Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk onkoloji dergisi*, 2007, *22*: 197-204.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı Kanser Belirtileri Nelerdir. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri. 15 Mart 2022.
16. Bayık, A. Kanser Epidemiyolojisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1989, *5*: 58-71.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı Kanserden Korunma Yöntemleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanserden-korunma/kanserden-korunmalist/kanser-önleme-çalışmaları.html. 15 Mart 2022.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı Risk Faktörleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/risk-faktorleri.html. 15 Mart 2022.
19. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. 15 Mart 2022 tarihinde https://sozluk.gov.tr/ adresinden erişildi.
20. Vural, K.B. Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşireler için önemi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 1988. 2: 39-43.

21. Aslan, F. E., & Gürkan, A. Kadinlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağliği Dergisi*, 2007. *3*: 63-68.

22. Güner, A., & Kumsar, A. K. Akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda konfor düzeyi ve konforu etkileyen faktörler. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021, *6*: 155-162.

23. Genç, Z., & BH, Y. Birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kansere yönelik sağlık inançlarının gaitada gizli kan testi yaptırma durumlarına etkisi. *Sağlık ve Toplum*, 2020, *30*: 90-7.

24. Canadian Cancer Society. Leading Cancers by Age, Sex, Race and Ethnicity https://gis.cdc.gov/Cancer/USCS/#/Demographics/. 15 Mart 2022.

25. Ellington, T. D., Miller, J. W., Henley, S. J., Wilson, R. J., Wu, M., & Richardson, L. C. Trends in Breast Cancer Incidence, by Race, Ethnicity, and Age Among Women Aged≥ 20 Years—United States, 1999–2018. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2022, 71: 43.

26. Türkiye Meme Kanseri Vakfı. Ailesel Meme Kanseri Nedir. http://www.memekanseri.org.tr/meme-sagligi/ailesel-meme-kanseri/. 15 Mart 2022.

27. Wu, A. H., Fontham, E. T., Reynolds, P., Greenberg, R. S., Buffler, P., Liff, J., ... & Correa, P. Family history of cancer and risk of lung cancer among lifetime nonsmoking women in the United States. American journal of epidemiology, 1996, 143: 535-542.

28. American Cancer Society, Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016. American Cancer Society, Atlanta, 2014.

29. WHO. Tobacco. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. 24 Mayıs 2022.

30. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Sigara ve Kanser. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/sigara-ve-kanser.html. 15 Mart 2022.
31. WHO. World Cancer Day 2021: Spotlight on IARC research related to physical activity and nutrition. https://www.iarc.who.int/featured-news/world-cancer-day-2021-physical-activity/. 19 Mart 2022.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. 1-7 Nisan Kanser Haftası. https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-haberler/1-7-nisan-kanser-haftasi.html. 15 Mart 2022.
33. International Agency for Research on Cancer. Emerging Issues In Oncogenic Virus Research. https://www.iarc.who.int/fr/news-events/iarc-meetings-emerging-issues-in-oncogenic-virus-research-2/. 7 Temmuz 2015.
34. Güzel, Ç. B., Tanoğlu, A., & Demir, E. S. Kanser Ve Mikroorganizma İlişkileri. *Türk Farmakope*, 2019, 85.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı Kanser Belirtileri Nelerdir. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/kanser-dairesi-baskanligi-kanser-nedir-belirtileri.html. 15 Mart 2022.
36. Osmosıs from Elsevıer. Cautıon Up. https://www.osmosis.org/answers/caution-up-cancer-warning-signs-mnemonic. 15 Temmuz 2022.
37. Osmasıs from ELSEVIER. Pernicious Anemia.. https://www.osmosis.org/answers/pernicious-anemia. 15 Temmuz 2022.
38. American Cancer Society. Cancer Staging. https://www.cancer.org/cancer/diagnosis-staging/staging.html. 18 Şubat 2022.

39. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Evreleme. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/evreleme.html. 15 Mart 2022.

40. T.C. Sağlık Bakanlığı. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması: Onkoloji. https://icdo.saglik.gov.tr/Files/ICD-O.PDF. 19 Nisan 2018.

41. Baykara, O. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşimlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, *5*: 154-165.

42. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kemoterapi. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/kemoterapi.html. 15 Mart 2022.

43. Çelik, A. S. Radyoterapi sonucu gelişen yan etkiler ve hemşirelik yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, *3*: 933-947.

44. Şahin, C. K. N. Kanserden Korunma Ve 2030 Hedefleri. *Kongre Kitabı*, 233.

45. Cancer Fact sheet February 2017. World Health Organization. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/ 15 Mart 2022.

46. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanserden Korunma Yöntemleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanserden-korunma/kanserden-korunmalist/kanserden-korunma-y%C3%B6ntemleri.html. 15 Mart 2022.

47. Yıldırım, N. K. A., & Özkan, M. Kanser Hastalarının Hasta Yakınları/Bakım Vericileri: Yaşadıkları Ve Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015, *31*: 98-112.

48. Orak, O. S., & Sezgin, S. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 2015, 6.

49. Yıldız, E., Dedeli, Ö., & Pakyüz, S. Ç. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2016, *13*: 216-225.

50. Karabulutlu, E. Y., Akyıl, R., Karaman, S., & Karaca, M. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2013, *28*: 1-9.

51. Hasuo, H., Shizuma, H., & Fukunaga, M. Factors associated with chronic thoracic spine and low back pain in caregivers of cancer patients. *Ann Palliat Med*, 2021, 10: 1224-1236.

52. Clark, M. M., Atherton, P. J., Lapid, M. I., Rausch, S. M., Frost, M. H., Cheville, A. L., ... & Rummans, T. A. Caregivers of patients with cancer fatigue: a high level of symptom burden. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 2014, 31: 121-125.

53. Softa, H. K., Çelik, A., & Başbilen, H. Kemoterapi Alan Hasta Yakınlarında Depresyon. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 2016, 1: 56-70.

54. Sahadevan, S., & Namboodiri, V. Depression in caregivers of patients with breast cancer: A cross-sectional study from a cancer research center in South India. *Indian journal of psychiatry*, 2019. 61: 277.

55. Geng, H. M., Chuang, D. M., Yang, F., Yang, Y., Liu, W. M., Liu, L. H., & Tian, H. M. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 2018, 97.

56. Şentürk, S., Bıçak, D., & Derya, A. K. Ç. A. Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2018, 5: 35-39.

57. Uğur, Ö. Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2006.

58. Erinmez, G., & Avci, İ. A. Radyoterapi Alan Hastaların Bakım Verenlerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Bakım Yükleri, 2019.

59. Aktaş, E., Hıdıroğlu, S., & Dilşad, S. A. V. E. Kemoterapi Alan Hastaların Yakınlarının Deneyimleri: Niteliksel Bir Çalışma Arş. Gör. Uzm. Eda Aktaş. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2012, 28: 63-78.

60. Leyla, D. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2010, 17: 74-82.

61. Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, P., & Sharma, R. (2005). Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia: A re-examination. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*: 329-336.

62. Özyeşil, Z., Oluk, A., & Çakmak, D. Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2014, *1*5.

63. Güleç, G., & Büyükkınacı, A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 2011, 3: 343-367.

64. Abdollahpour, I., Nedjat, S., & Salimi, Y. Positive aspects of caregiving and caregiver burden: a study of caregivers of patients with dementia. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 2018. *31*: 34-38.

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

66. Erdem, M. Yaşlıya Bakım Verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, *8*: 101-106.

67. Gündüz, F. *Kanserli Hasta ve Bakım Verenlerinin Algıladıkları Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Aydın 2019.

68. Chou, K. R. Caregiver burden: a concept analysis. *Journal of pediatric nursing*, 2000, 15, 398-407.

69. Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. Caregiver burden: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 2020. *7*: 438-445.

70. Candan, Ç. Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişki (Master's thesis, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2021.

71. Lidell, E. Family support—a burden to patient and caregiver. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2002, *1*: 149-152.

72. Polat, Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2011, *26*, 193-198.

73. Lafcı, D., Yıldız, E., Fadime, T., & Karakaya, D. Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verenlere etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2020, *7*: 105-113.

74. Küçükgüçlü, Ö., Aynur, E., & Yener, G. The reliability and validity of the caregiver burden inventory in Turkey. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*, 2009, *26*, 060-073.

75. Özdemir, H. N. Ç., & Şenol, S. Bakım yükü değerlendirme ölçeklerine sistematik bir bakış. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2019. *4*, 61-68.

76. Karsavuran, S. Sağlık Sektöründe Tükenmişlik: Ankara'daki Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Yöneticilerinin Tükenmişlik Düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2014, *32*: 133-163.

77. Freudenberger, H. J. Staff burn-out. *Journal of social issues*, 1974, *30*, 159-165.

78. Maslach, C. Job burnout: New directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*, 2003, *12*, 189-192.

79. Schaufeli, W. B., & van Dierendonck, D. *The construct validity of two burnout measures*. Katholieke Universiteit, Psychologisch Laboratorium, Vakgroep Psychologie van Arbeid en Organisatie, 1991.

80. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. Job burnout. *Annual review of psychology*, 2001, *52*: 397-422.

81. Çimen, M., & Ergin, C. Türk Silahlı Kuvvetleri sağlık personelinin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2001, *43*: 169-176.

82. Sweeney, J. T., & Summers, S. L. The effect of the busy season workload on public accountants' job burnout. *Behavioral Research in Accounting*, 2002, 14, 223-245.

83. Edelwich, J. ve A. Brodsky, Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Proffessions, New York: Human Sciences Press 1980.

84. Kaçmaz, N. Tükenmişlik sendromu, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, 2005, Cilt: 68, S. 1: 29-32.

85. Uludağ, F. Kanser hastaları ve bakım veren yakınlarının tükenmişlik durumları ve stresle başa çıkma tarzları. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Aydın*, 2016.

86. Baysal, A. Lise ve dengi okul öğretmenlerinde meslekte tükenmişliğe etki eden faktörler. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1995.

87. Balcıoğlu, İ., Memetali, S. ve Rozant, R. Tükenmişlik Sendromu. Dirim Tıp Gazetesi, Araştırma Hastanesi Dergisi, 2008, 8, 101,23: 83-87.

88. Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, *3*: 513-552.

89. Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., & Özer, Z. C. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 2011, *38*.

90. Tel, H., & Ertekin Pınar, Ş. Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 2013, 4.

91. İlhan, H. Palyatif bakım hastalarının bakıcılarında tükenmişlik düzeylerinin sosyal yaşamları üzerindeki etkisi, Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.

92. Saraçoğlu, U. H. E., Altay, B., & Dönmez, H. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü ve Tükenmişlik Düzeyleri Öz, 2022.

93. Ostenfeld, E. Aristotle on the good life and quality of life. In *Concepts and Measurement of Quality Of Life İn Health Care,* Dordrecht: Springer Netherlands, 19-34, 1994.

94. Müezzinoğlu, T. Yaşam Kalitesi. Üroonkoloji Derneği, Manisa; Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, 2004.

95. Özgür, G., Yıldırım, S., & Ökmen, E. Hemşirelerin yaşam kalitesi konusundaki görüşleri ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2008, 24: 33-43.

96. Abuse, P. O. S. Programme On Mental Health. *Retrieved from,* 1997.

97. Ekelik-Gülgün, F. Hemşire ve ebelerde yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi algısı Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Örneği. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014.

98. Lapid, M. I., Atherton, P. J., Kung, S., Sloan, J. A., Shahi, V., Clark, M. M., & Rummans, T. A. Cancer caregiver quality of life: need for targeted intervention. *Psycho-oncology*, 2016, 25: 1400-1407.

99. Cubukcu, M. Evaluation of quality of life in caregivers who are providing home care to cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 2018, *26*: 1457-1463.

100. Janda, M., Neale, R. E., Klein, K., O'Connell, D. L., Gooden, H., Goldstein, D., ... & Beesley, V. L. Anxiety, depression and quality of life in people with pancreatic cancer and their carers. *Pancreatology*, 2017, 17: 321-327.

101. Çakır, Y., & Palabıyıkoğlu, R. Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 1997, 5: 15-24.

102. Bayraktar, Ö. Üniversite öğrencilerinin algılanan sosyal destek düzeyleri ile duygusal zekaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksel Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2011.

103. Kaner S. Engelli Cocuklari Olan Anababaların Algiladiklari Stres, Sosyal Destekve Yasam Doyumlarinin Incelenmesi. Final Report of Scientific Research Project, Ankara: Ankara University, 2004.

104. Ardahan, M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2006, 9: 68-75.

105. Öner, İ. Ö. Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2012.

106. Işıkhan, V. Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve sosyal hizmet,* 2007, *18,* 15-29.

107. Arıkan, F., Körükcü, Ö., Uçar, M. A., Özcan, K., Göksu, S. S., & Coşkun, H. Ş. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 2019, *5*: 398-407.

108. Kızıler, E. Kanserli çocuğu olan ailelerin sosyal destek algısı, umutsuzluk ve baş etme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,* 2007. *6*: 24-33.

109. Dedeli, Ö., Fadıloğlu, Ç., & Rüçhan, U. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi,* 2008, *23*: 132-139.

110. Özhan, E. *Kanser hastalarının yakınlarının psiko-sosyal durumlarının değerlendirilmesi: Eyüpsultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi örneği* Doctoral dissertation, Sakarya Universitesi, 2019.

111. Ünlü, H., Karadağ, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. Onkoloji alanında çalışan hemşirelerin yerine getirdikleri rol ve işlevler. Turkish Journal of Research & Development in Nursing, 2010, 12: 13-28.

112. Uslu, F. Ş., & Terzioğlu, F. Dünyada ve Türkiye'de palyatif bakim eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi,* 2015, 4: 81-90.

113. Duman, Ö., & Özdelikara, A. Hasta Yakınlarının Palyatif Bakıma İlişkin Görüşlerinin Bakım Verici Yüküne Etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2022, 8: 32-39.

114. Özsoy, S. A., & Bennur, K. Dünyada Halk Sağlığı Hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015, 31: 108-118.

115. Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist,* 1980. 20: 649-655.

116. Eker, D., & Arkar, H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995, 10: 45-55.

117. Eker, D. Cok boyutlu algilanan sosyal destek olceginin gozden gecirilmis formunun faktor yapisi, gecerlik ve guvenirligi. 2001, *Turk Psikiyatri Dergisi*, 12, 17-25.

118. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 1988, 52: 30-41.

119. Group, T. W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 1998, 46: 1569-1585.

120. Eser, S. Y., Fidaner, H., Fidaner, C., Elbi, H., Eser, E., & Goker, E. Dünya Saglık Örgütü Yasam Kalitesi Ölçegi–Kısa Form geçerligi ve güvenirligi, validity and reliability of quality of life WHOQOL-Bref. *Psychiatry Journal of Psychopharmacology*, 1999, *7*: 5-13.

121. Pines, A. M., Aronson, E. Career Burnout: Causes and Cures, The Free Press, New York, 1988, 33–180

122. Pines, A. M. The burnout measure short version (BMS). International Journal of Stress Management, 2005, 12: 78-88.

123. Çapri, B. Tükenmişlik ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006, 2.

124. Eskimez, Z., Tosunöz, İ. K., Öztunç, G., Demirci, P. Y., Paydaş, S., & Kumaş, G. Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021, 30: 21-30.

125. Şener, A., Kurtgöz, A., & Zeliha, K. Palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükleri ile yaşam doyumlarının

belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2022, 9: 63-70.

126. Warapornmongkholkul, A., Howteerakul, N., Suwannapong, N., & Soparattanapaisarn, N. Self-efficacy, social support, and quality of life among primary family-member caregivers of patients with cancer in Thailand. *Journal of Health Research*, 2018, 32: 111-122.
127. Özkurt, V. Bakım verenlerin bakım ihtiyacı riski: bakım alan kişinin mıknatıs etkisi. *Senex: Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*, 2019, 3: 4-18
128. Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., ... & Glossop, R. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Cmaj*, 2004, 170: 1795-1801.
129. Zeliha, K. O. Ç., Sağlam, Z., & Çınarlı, T. Kanser Tanisi Almiş Olan Bİreylere Bakim Veren Hasta Yakinlarinin Bakim Verme Yükü İle Etkİleyen Faktörlerİn Belİrlenmesİ. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 1, 99-116.
130. Özdemir, Ü., Taşcı, S., Kartın, P., Çürük, G. Nemli, A., & Karaca, H. Kemoterapi Alan Bireylerin Fonksiyonel Durumu Ve Bakım Yükü. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017, 4: 49-61.
131. Özdemir, G. *Kanser hastasına bakım verenlerde bakım yükü, baş etme ve duygusal zekanın incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 2018,
132. Bedük, T. T. D., & Karaaslan, A. Y. *Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi*, Doctoral dissertation, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 2011.

133. Bıçak, D. *Kanserli hasta ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya, 2016.

134. Kundakçı, Ş. Ç., & Yürügen, B. Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2023, 6: 35-44.

135. Seda, K., Ünsar, S., & Özgül, E. Kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020, 11: 43-48.

136. Lim, H. A., Tan, J. Y., Chua, J., Yoong, R. K., Lim, S. E., Kua, E. H., & Mahendran, R. Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally. *Singapore Medical Journal*, 2017, 58, 258.

137. Gür SC. Kanserli hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, 2018.

138. Çeler, H. G., Özyurt, B. C., Hüseyin, E., & Özcan, F. Meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesinin ve bakım yükünün değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 2018, *18*: 164-174.

139. Toptaş, S. Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi, Hacattepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.

140. Yiğit, M. F. Ayaktan radyoterapi alan hastalara evde bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, 2018.

141. Hacıalioğlu N. Özer N. Yılmaz Karabulutlu E. Erdem N. Erci B. The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *Eur J Oncol Nurs.* 2010; 14: 211–217.

142. Bilgin, N., & Yıldırım, E. Kanser Hastası Yakınlarının Algıladığı Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 2017. *3*: 33-49.

143. Yurtseven İK. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin, Bakim Yükü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.

144. Kol, R., & Yılmaz Karabulutlu, E. Kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve iyilik halinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 2021. 10, 118-127.

145. Jun, W. H., Cha, K. S., & Lee, K. L. The mediating effect of depression on the relationship between social support, spirituality and burnout in family members of patients with cancer. *International journal of environmental research and public health*, 2021, 18: 1727.

146. Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangari, H., & Karayiannis, G. The burdensome and depressive experience of caring: what cancer, schizophrenia, and Alzheimer's disease caregivers have in common. *Cancer nursing*, 2012. 35, 187-194.

147. Eğici, M., Can, M., Toprak, D., Öztürk, G., Esen, E. S., Özen, B., & Sürekci, N. Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *Journal of Academic Research In Nursing* 2019, 5: 123-131.

148. Kaynar, G. Ö., & Vural, F. Kolorektal Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. *Turkish Journal of Colorectal Disease*, 2018. 28: 164.

149. Kahriman, F., & Zaybak, A. Caregiver burden and perceived social support among caregivers of patients with cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 2015, 16: 3313-3317

150. Chiou, C. J., Chang, H. Y., Chen, I. P., & Wang, H. H. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2009, 48: 419-424.

151. Tosun, A. S., Doğan, S., Kartın, P. T., & Zincir, H. Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yükü Ve Yaşam Kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015. 18: 9-16.

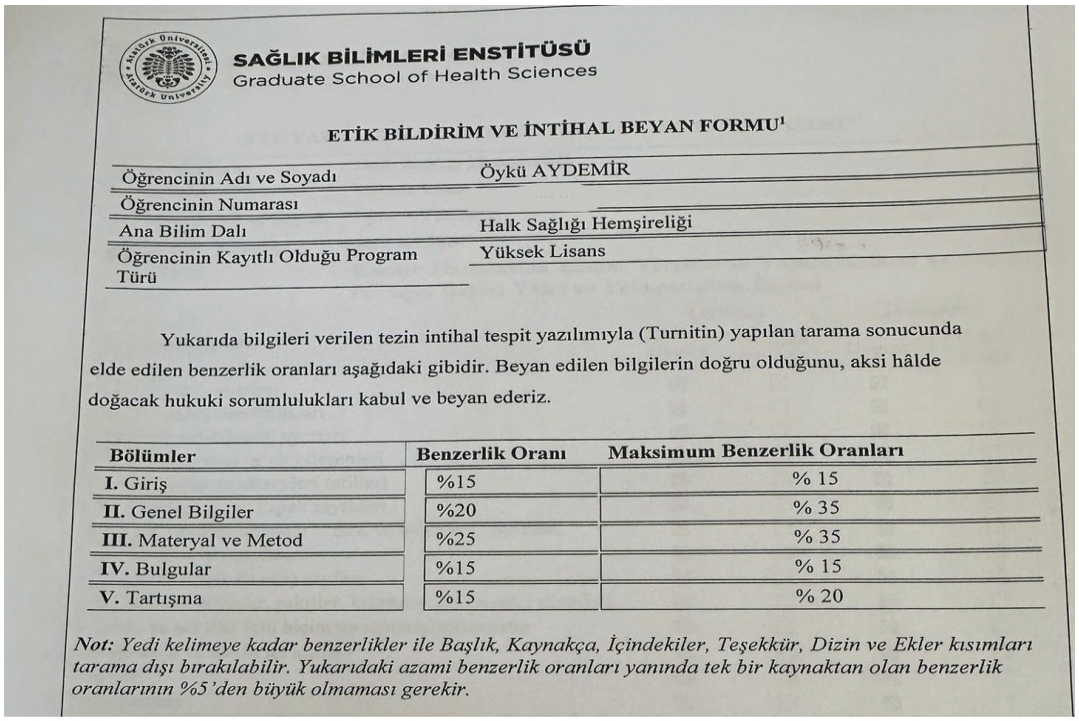
152. Joo, K. B., & Kim, K. B. A study of care burden, burnout, and quality of life among family caregivers for the elderly. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 2008. 14: 278-289.

153. Burnette, D., Duci, V., & Dhembo, E. Psychological distress, social support, and quality of life among cancer caregivers in Albania. *Psycho-oncology*, 2017. 26: 779-786.

154. Nightingale, C. L., Curbow, B. A., Wingard, J. R., Pereira, D. B., & Carnaby, G. D. Burden, quality of life, and social support in caregivers of patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer: A pilot study. *Chronic illness*, 2016. 12: 236-245.

EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU[1]

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Öykü AYDEMİR
Öğrencinin Numarası	
Ana Bilim Dalı	Halk Sağlığı Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%15	% 15
II. Genel Bilgiler	%20	% 35
III. Materyal ve Metod	%25	% 35
IV. Bulgular	%15	% 15
V. Tartışma	%15	% 20

Not: *Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.*

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU

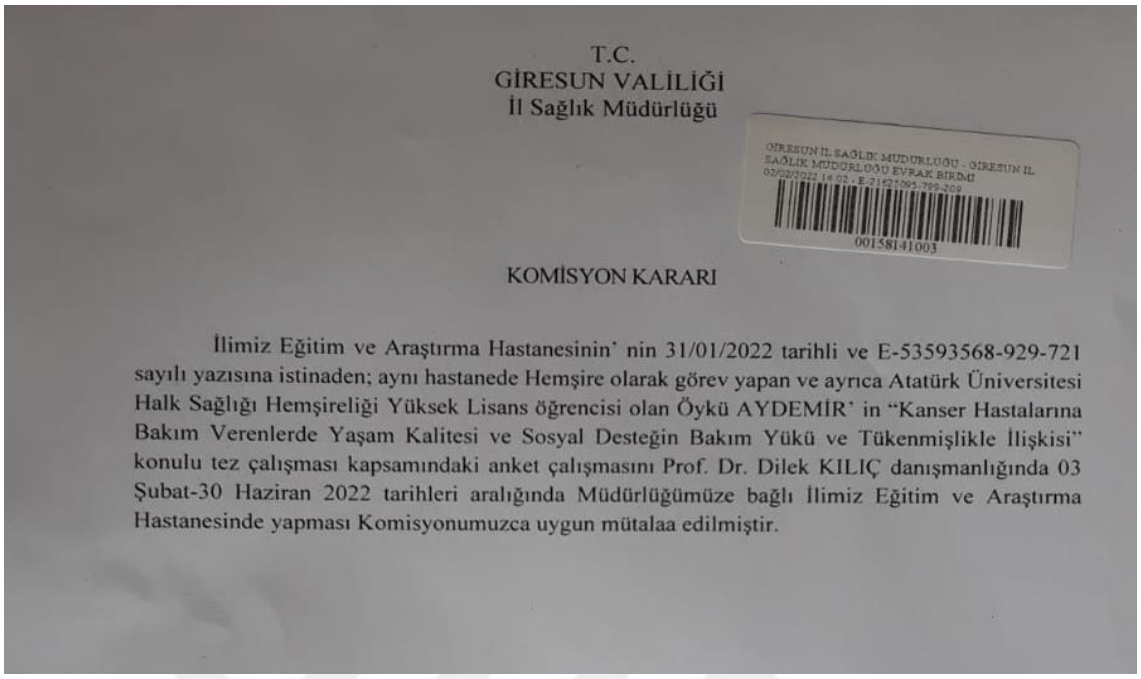
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2021-5/1 **Tarih: 19.10.2021**

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Dilek KILIÇ, Öykü AYDEMİR isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan "Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ve Sosyal Desteğin Bakım Yükü ve Tükenmişlikle İlişkisi" başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**

EK-3. KURUM İZNİ



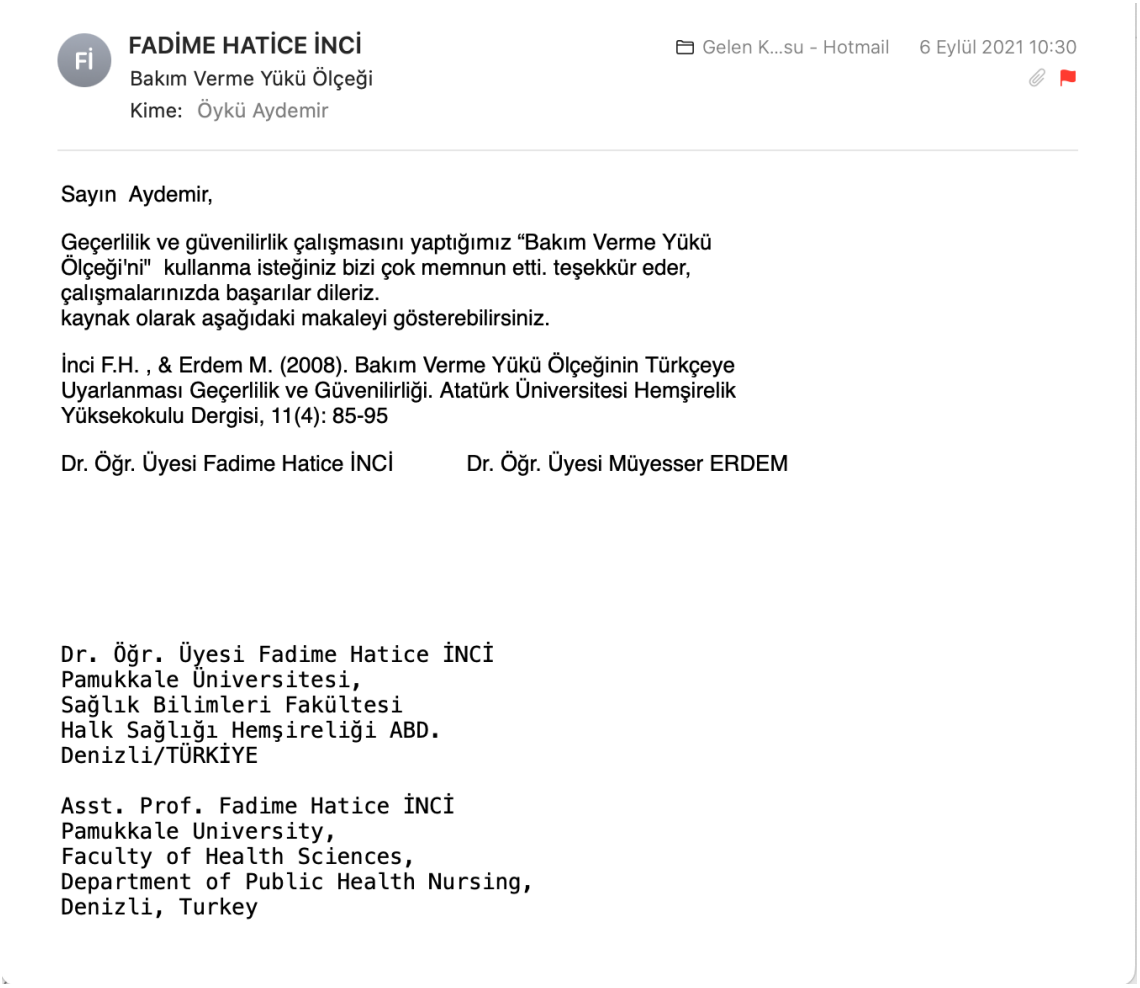
T.C.
GİRESUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

GİRESUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - GİRESUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EVRAK BİRİMİ
02/02/2022 14:03 - E-21621093-709-209
0015814003

KOMİSYON KARARI

İlimiz Eğitim ve Araştırma Hastanesinin' nin 31/01/2022 tarihli ve E-53593568-929-721 sayılı yazısına istinaden; aynı hastanede Hemşire olarak görev yapan ve ayrıca Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi olan Öykü AYDEMİR' in "Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ve Sosyal Desteğin Bakım Yükü ve Tükenmişlikle İlişkisi" konulu tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasını Prof. Dr. Dilek KILIÇ danışmanlığında 03 Şubat-30 Haziran 2022 tarihleri aralığında Müdürlüğümüze bağlı İlimiz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması Komisyonumuzca uygun mütalaa edilmiştir.

EK-4. ÖLÇEK KULLANIM İZNİ



Fİ **FADİME HATİCE İNCİ** Gelen K...su - Hotmail 6 Eylül 2021 10:30

Bakım Verme Yükü Ölçeği

Kime: Öykü Aydemir

Sayın Aydemir,

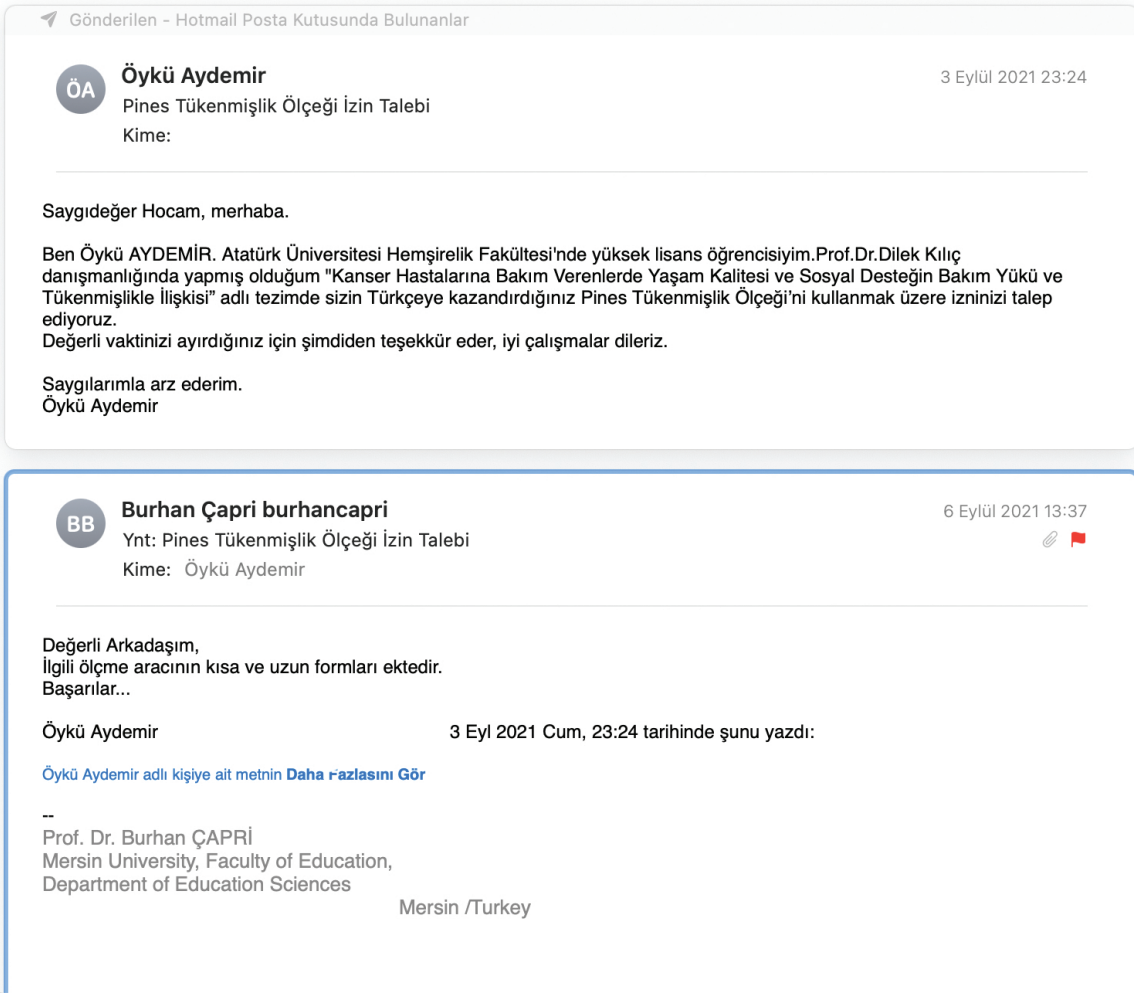
Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yükü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.
kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

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

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM

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

Asst. Prof. Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale University,
Faculty of Health Sciences,
Department of Public Health Nursing,
Denizli, Turkey



Gönderilen - Hotmail Posta Kutusunda Bulunanlar

ÖA **Öykü Aydemir** 3 Eylül 2021 23:24

Pines Tükenmişlik Ölçeği İzin Talebi

Kime:

Saygıdeğer Hocam, merhaba.

Ben Öykü AYDEMİR. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim.Prof.Dr.Dilek Kılıç danışmanlığında yapmış olduğum "Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ve Sosyal Desteğin Bakım Yükü ve Tükenmişlikle İlişkisi" adlı tezimde sizin Türkçeye kazandırdığınız Pines Tükenmişlik Ölçeği'ni kullanmak üzere izninizi talep ediyoruz.
Değerli vaktinizi ayırdığınız için şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dileriz.

Saygılarımla arz ederim.
Öykü Aydemir

BB **Burhan Çapri burhancapri** 6 Eylül 2021 13:37

Ynt: Pines Tükenmişlik Ölçeği İzin Talebi

Kime: Öykü Aydemir

Değerli Arkadaşım,
İlgili ölçme aracının kısa ve uzun formları ektedir.
Başarılar...

Öykü Aydemir 3 Eyl 2021 Cum, 23:24 tarihinde şunu yazdı:

Öykü Aydemir adlı kişiye ait metnin **Daha Fazlasını Gör**

--
Prof. Dr. Burhan ÇAPRİ
Mersin University, Faculty of Education,
Department of Education Sciences
Mersin /Turkey

HA **haluk arkar** 8 Eylül 2021 10:36

Ynt: Sosyal Destek Ölçeği İzin Talebi

Kime: Öykü Aydemir

Sayın Öykü Aydemir,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yaldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği",Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

----- Orijinal Mesaj -----
Kimden: "Öykü Aydemir"
Kime: "haluk arkar" <
Gönderilenler: 5 Eylül Pazar 2021 22:05:33
Konu: Sosyal Destek Ölçeği İzin Talebi

DİKKAT: Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız.
Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı adresine bilgi veriniz.

Öykü Aydemir adlı kişiye ait metnin **Daha Fazlasını Gör**

EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafindan almasi amaclanan yetkili gercek ya da tüzel kisinin kullanimi icindir. Eger söz konusu yetkili alici degilseniz bu elektronik postanin icerigini aciklamaniz, kopyalamaniz, yönlendirmeniz ve kullanmaniz kesinlikle yasaktir ve bu elektronik postayi derhal silmeniz gerekmektedir.

EGE ÜNİVERSİTESİ bu mesajin icerdigi bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz oldugu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne sekilde olursa olsun iceriginden, iletilmesinden, alinmasindan ve saklanmasindan sorumlu degildir. Bu mesajdaki görüsler yalnizca gönderen kisiye aittir ve EGE ÜNİVERSİTESİ'nin görüslerini yansitmayabilir.

This e-mail and any attachments may contain confidential and privileged information. If you are not the intended recipient, please notify the sender immediately by return e-mail, delete this e-mail and destroy any copies. Any dissemination or use of this information by a person other than the intended recipient is unauthorized and may be illegal.

EGE UNIVERSITY makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. The opinions expressed in this message belong to sender alone and may not necessarily reflect the opinions of EGE UNIVERSITY.

EE **Erhan Eser**

WHOQOL-Bref

Kime:

Sayın Kılıç,
Ekli İzin üstyazısına göre size destek verilecektir. 9 Ağustosa kadar WHOQOL iletişimi kapalı kalacaktır.
Bilmenizi isteriz.
Saygılarımızla
Dr. E.Eser
WHOQOL TR iletişim merkezi

ustyazi.whoqol.doc	WHOQOL.PSIKOMETRI...04.pdf 130 KB	whoqol.bref.bilgi.REV.doc	WHOQOL.TR.sozlesme.doc	WHOQOL.PSIKOMETRI...ce.pdf 255 KB	whoqol-bref.manual.pdf 94 KB	whoqol-bref.TR.pdf 95 KB

EK-5. TANITICI VERİ FORMU

Bu çalışma “Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ve Sosyal Desteğin Bakım Yükü ve Tükenmişlikle İlişkisini” belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu bilimsel çalışmaya katılmanız ve sorulara objektif bir şekilde cevap vermeniz çalışmanın amacına ulaşması açısından önemlidir. Bu araştırmanın sonuçlarında sizinle ilgili herhangi bir bilgi (ad, soy ad vb.) içermeyecektir. Anket formlarına isim ve soy isim kesinlikle yazılmayacaktır. Yapılan bu bilimsel çalışma belirtilen amaç dışında kullanılmayacaktır. Yapılacak bu bilimsel çalışma herhangi bir parasal sorumluluk içermemektedir. Size uygun olan cevabın kutusunu “X” şeklinde işaretleyiniz. Bu çalışmaya katıldığınız ve değerli zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederim.

1-Yaş: .....

2-Cinsiyet:

- Kadın
- Erkek

3-Medeni Durum:

- Evli
- Bekar

4-Eğitim Durumunuz:

- Okur yazar değil
- Okur yazar
- İlköğretim
- Lise
- Üniversite ve üzeri

5-Çalışma Durumu:

- Çalışıyor
- Çalışmıyor

6-Gelir Düzeyi:

- Gelir giderden az
- Gelir gidere denk

- Gelir giderden fazla

7-Bakım Verdiğiniz Hastaya Yakınlık Dereceniz Nedir?

- Annesiyim
- Babasıyım
- Çocuğuyum
- Eşiyim
- Diğer(kardeş, teyze, torun, hala vb.)

8-Bakım Verdiğiniz Hastanın Kanser Türü Nedir?.....

9- Hastanızın kanser evresi nedir?.....

10-Bakım Verdiğiniz Hastanın tanı süresi nedir?

- 1 yıldan az
- 1-5 yıl
- 6 yıl ve üzeri

11- Hastanıza günlük ortalama bakım verme süreniz?.....

12-Hastanıza bakım verirken size yardımcı olan biri var mı?

- Evet
- Hayır

EK-6. ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

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

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

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

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

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

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

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

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

16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

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

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

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

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

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

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

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

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

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

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

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

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

    0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK-7. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek 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 işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. **Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. **İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. **Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. **İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. **Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. **Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. **Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. **Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. **Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. **Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.**

    Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. **Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

    Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. **Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**

    Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-8. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU TÜRKÇE VERSİYONU

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____/_____/_____
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş	ayrılmış
evli	boşanmış
evli gibi yaşıyor	eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____
hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	(4)	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? ……
Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı? ……..

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

EK-9. TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ-KISA FORMU

Bu bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi okuduktan sonra 7 dereceli ölçeği kullanarak her bir maddenin yanındaki boşluğa size en uygun olan rakamı yazın.

ÖRNEK: __5__ 1- Yorgun

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Hiçbir Zaman	**Sadece Bir Defa**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıksık**	**Çoğunlukla**	**Her Zaman**

____ 1- Yorgun

____ 2- İnsanlar İle İlgili Hayal Kırıklığına Uğramış

____ 3- Umutsuz

____ 4- Kapana Kısılmış

____ 5- Çaresiz

____ 6- Çökmüş

____ 7- Zayıf

____ 8- Güvensiz

____ 9- Uyuma Güçlüğü

____ 10- Yeter Artık Dayanamıyorum

EK-10. TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Öykü AYDEMİR
Ana Bilim Dalı	**Halk Sağlığı Hemşireliği**
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığına

Danışmanlığını yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan bilim dalımız öğrencisinin Tez adı aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 28.08.2023

Prof. Dr. Dilek KILIÇ
İmza

Değişiklik Türü	Tez Adı Değişikliği ☒
Tezin Eski Adı	KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERDE YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL DESTEĞİN BAKIM YÜKÜ VE TÜKENMİŞLİKLE İLİŞKİSİ
Tezin Yeni Adı	KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERDE SOSYAL DESTEĞİN YAŞAM KALİTESİ, BAKIM YÜKÜ VE TÜKENMİŞLİKLE İLİŞKİSİ
Tezin İngilizce Adı	THE RELATIONSHIP OF SOCIAL SUPPORT WITH QUALITY OF LIFE, CARE BURDEN, AND BURNOUT İN CARERS OF CANCER PATİENTS
Değişikliğin Gerekçesi	İçeriğin başlıkla uyumlu hale getirilmesi