



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN
VEYA YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKLERİNİN TESPİT
EDİLMESİ**

HAZIRLAYAN

SEMA ÖZDİYAR YILDIRIM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

DOÇ. DR. EROL OZAN

MANİSA

2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN
VEYA YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKLERİNİN TESPİT
EDİLMESİ**

HAZIRLAYAN

SEMA ÖZDİYAR YILDIRIM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

DOÇ. DR. EROL OZAN

JÜRİ ÜYELERİ

PROF.DR. EROL ÖZMEN

PROF.DR. BÜLENT KAYAHAN

MANİSA

2019

21.06.2019

Ulusal Tez Merkezi | Tez Form Yazdır

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10256595
Yazar Adı / Soyadı	SEMA ÖZDİYAR YILDIRIM
T.C.Kimlik No	61702454706
Telefon	5056228283
E-Posta	semaozdiyar@yahoo.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN VEYA YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKLERİNİN TESPİT EDİLMESİ
Tezin Tercümesi	KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN VEYA YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKLERİNİN TESPİT EDİLMESİ
Konu	İletişim Bilimleri = Communication Sciences
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Sağlık Hizmetleri İletişim Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	84
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. EROL OZAN
Dizin Terimleri	Kanser hastaları=Cancer patients
Önerilen Dizin Terimleri	KLP Hemşireliği = CLP nursing Bakım yükü = Caregiving burden

Doç.Dr. Erol OZAN

21.06.2019

İmza:.....



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAVI TUTANAĞI

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sema ÖZDİYAR YILDIRIM'ın Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığı “Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin veya Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Tespit Edilmesi” başlıklı bu çalışma, jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek “ KABUL” kararı verilmiştir.

13/06/2019

İmza

Jüri Üyesi:

Doç. Dr. Erol OZAN (Tez Danışmanı, MCBU Tıp Fakültesi Psikiyatri AD ve SBE Sağlık Hizmetlerinde İletişim AD Öğretim Üyesi)

Prof. Dr. Erol ÖZMEN (MCBU Tıp Fakültesi Psikiyatri AD ve SBE Sağlık Hizmetlerinde İletişim AD Öğretim Üyesi)

Prof. Dr. Bülent KAYAHAN (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Öğretim Üyesi)

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 18/06/19 tarih ve 2 18/44 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

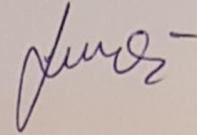
Prof. Dr. Bilal-i Hapoş GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü Vekili

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazılmasına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

13/06/2019

Sema ÖZDİYAR YILDIRIM



TEŞEKKÜR...

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşarak yol gösteren, her aradığımda çağrılarima cevap veren, hazırladığım bu çalışma süresince bilgi ve deneyimi ile çalışmama destek veren değerli hocam, tez danışmanım **Doç. Dr. Erol OZAN**'a,

Eğitimimde akademik gelişmeme katkıda bulunan ve tez çalışmamın her aşamasında bilgisini, desteğini ve yol göstericiliği ile yardımlarını esirgemeyen, iletişimde en önemli unsurun karşdakini anlamak olduğunu öğreten Ana Bilim Dalı Başkan'ı değerli hocam, **Prof. Dr. Erol ÖZMEN**'e,

Eğitim hayatıma ve hayata bakış açıma önemli katkıları bulunan değerli hocam **Doç. Dr. Emin Oryal TAŞKIN**'a,

Tez çalışmam sırasında tüm sorularıma sıklımadan yanıt veren, sabırlı, içten yaklaşımları ile bana yardımcı olan hocam **Prof. Dr. Beyhan ÖZYURT**'a,

Tez çalışmamın temelini oluşturan hastalarımızın tanı ve tedavi sorumluluğunu üstlenerek çalışmaya katkı sunan hocam **Prof. Dr. Gamze GÖKSEL ÖZTÜRK**'e

Tez çalışmam sürecince manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yanımda olup bana destek olan hayat arkadaşım **İlhan YILDIRIM**'a

Tüm eğitim öğretim hayatım boyunca arkamda olduklarını bildiğim, bu günlere gelmemde rol modelim olan annem **Asife ÖZDİYAR**'a ve babam **Taner ÖZDİYAR**'a

En içten saygı ve sevgilerimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sema ÖZDİYAR YILDIRIM

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	viii
1. TEZ METNİ	1
1.1 TÜRKÇE ÖZET	1
1.2 İNGİLİZCE ÖZET	2
2. GİRİŞ VE AMAÇ	3
2.1 ARAŞTIRMANIN AMACI.....	3
3. GENEL BİLGİLER.....	6
3.1. KANSER.....	6
3.1.1 Kanserin Tanımı.....	6
3.1.2. Türkiye’de Kanser.....	7
3.2. KANSERE PSİKOSOMATİK YAKLAŞIM.....	10
3.3. DAMGALANMA.....	12
3.3.1. Tutum.....	12
3.3.2. Önyargı.....	12

3.3.3. İçsel damgalanma.....	13
3.4. KLP HEMŞİRELİK HİZMETLERİ.....	13
3.4.1. Hasta Bakımı.....	15
3.4.1.1. Hasta bakımının tanımı.....	15
3.4.1.2. Hasta bakımının unsurları.....	15
3.4.1.3. Bakım verenin bakım yükü.....	16
3.5. İLETİŞİM	16
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	18
4.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	18
4.3. ARAŞTIRMANIN BİREYSEL YARARLARI.....	19
4.4. ARAŞTIRMANIN BİLİMSEL YARARLARI.....	19
4.5. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	19
4.6. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	20
4.7. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	20
4.7.1. Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği.....	20
4.7.2. Hasta Yükü Ölçeği.....	20
4.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	21
4.8.1. Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	21
4.8.2. Hastalık Yükü Ölçeğinin Değerlendirilmesi	21
4.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	22
5. BULGULAR	23

5.1. Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı Bulguları.....	24
5.2. HASTALIK YÜKÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ BULGULARI.....	33
6. TARTIŞMA	46
6.1. ZARİT BAKICI YÜKÜ ÖLÇEĞİ TARTIŞMASI.....	46
6.2. HASTALIK YÜKÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ TARTIŞMASI.....	49
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
8. KAYNAKLAR.....	60
9. EKLER.....	70
9.1. MCBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onay Formu.....	70
9.2. Etik Kurulu Karar Formu.....	71
9.3 Dahili Tıp Bilimleri Ana bilim dalı izin yazısı.....	72
9.4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	73
9.5. Tanımlayıcı Özellikler.....	75
9.6. Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeğı.....	76
9.7. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı.....	78
9.8. ZBYÖ kullanım izni.....	80
9.9. HYDÖ kullanım izni.....	81
9.10. Yüksek Lisans Tez Çalışması Orjinallik Raporu.....	82
10. ÖZGEÇMİŞ.....	83

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklere göre dağılım tablosu.....	23
Tablo 1.2. Katılımcı sayısı (n) ve ZBYO ortalama (%) değerleri.....	24
Tablo 1.3. Hasta yakınlarının ortalama yaş değerleri.....	24
Tablo 1.4. Yaş gruplarının dağılım tablosu.....	25
Tablo 1.5. Cinsiyete göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin puan değerleri	25
Tablo 1.6. Cinsiyete göre yaş dağılım tablosu.....	26
Tablo 1.7. Cinsiyete göre demografik özellikler tablosu.....	27
Tablo 1.8. Medeni duruma göre % değerleri.....	28
Tablo 1.9. Eğitim durumuna göre % değerleri.....	28
Tablo 1.10. Meslek gruplarına göre % değerleri.....	29
Tablo 1.11. Mesleğe göre eğitim durumu tablosu.....	29
Tablo 1.12. Ki kare testi ile Zarit bakıcı yükünün yaş gruplarına göre % değerleri..	30
Tablo 1.13. Kadınlarda yaş grubuna göre Zarit bakıcı yükü değerleri.....	30
Tablo 1.14. Erkeklerde yaş grubuna göre Zarit bakıcı yükü değerleri.....	31
Tablo 1.15. Tanı yılına göre % değerleri.....	31
Tablo 1.16. Evde yaşayan kişi sayısına göre % değerleri.....	32
Tablo 1.17. Birlikte yaşadığı kişilere göre % değerleri.....	32
Tablo 2.1. HBYÖ gruplarının ZBYÖ ile tek yönlü varyans analizi değerleri.....	33
Tablo 2.2. Ölçek gruplarının cinsiyete göre ort $\pm$ ss değerleri.....	34

Tablo 2.3. Yaş gruplarına göre hastalık bakım yükünden etkilenmenin ortalama $\pm$ standart sapma değerleri.....	35
Tablo 2.4. Kadınların yaş gruplarına göre hastalık bakım yükünden etkilenmelerinin ort $\pm$ ss değerleri.....	36
Tablo 2.5. Erkeklerin yaş gruplarına göre hastalık bakım yükünden etkilenmelerinin ort $\pm$ ss değerleri.....	37
Tablo 2.6. Ölçek gruplarının eğitim düzeyine göre ort $\pm$ ss değerleri.....	38
Tablo 2.7. İlkokul ve altı eğitim grubunda olanların yaş gruplarına göre hastalık bakım yükünün ort $\pm$ ss değerleri.....	39
Tablo 2.8. Ortaokul ve üzeri eğitim grubunda olanların yaş gruplarına göre hastalık bakım yükünün ort $\pm$ ss değerleri.....	40
Tablo 2.9. Ölçek gruplarının hastalık süresine göre ort $\pm$ ss değerleri.....	40
Tablo 2.10. Ölçek gruplarının evde yaşayan kişilere göre ort $\pm$ ss değerleri.....	41
Tablo 2.11. Hastalık yükü değerlendirme ölçeği ile Zarit bakıcı yükü ölçeğinin korelasyon değerleri.....	42
Tablo 2.12. Yaş gruplarına göre korelasyon tablosu.....	43
Tablo 2.13. Günlük yaşamda kısıtlanmanın korelasyon tablosu.....	43
Tablo 2.14. Hasta için endişe etme korelasyon tablosu.....	44
Tablo 2.15. Bakım verenin kayıpları korelasyon tablosu.....	45
Tablo 2. 16. Faaliyetlerde bozulma korelasyon tablosu.....	45

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil1.1. Türkiye’de en sık görülen kanser türleri.....	8
Şekil 1.2. Erkeklerde görülen ilk 10 kanser türü.....	8
Şekil 1.3. Kadınlarda görülen ilk 10 kanser türü.....	9
Şekil 1.4. Türkiye’de kansere bağlı tedavi maliyetleri. (Ulusal kanser kontrol planı 2013-2018).....	9



KISALTMALAR ve SİMGELER

KLP: Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi

MCBU: Manisa Celal Bayar Üniversitesi

ZBYÖ: Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı

n: Araştırmadaki örneklem sayısı

ORT: Ortalama

p: İstatiksel anlamlı fark olduğunu gösteren değıerdir.

***:** p değeri 0,01 ile 0,05 arası istatiksel olarak anlamlı fark vardır.

****:** p değeri 0,001 ile 0,01 olan istatiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark vardır.

*****:** p değeri, 0,001'den küçük, çok yüksek düzeyde istatiksel anlamlı fark vardır.

r: Pearson korelasyon katsayısı, $r < 0,2$ ise ilişki yok; 0,2-0,4 arası zayıf korelasyon; 0,4-0,6 arası orta şiddette korelasyon; $0,8 >$ ise çok yüksek korelasyondur.

SS: Standart sapma

SPSS: Statistics Statistical Package for the Social Sciences/ İstatiksel Analiz

OY: Okuma yazma bilen

İO: İlkokul

OO: Ortaokul

L: Lise

F: Fakülte

YL: Yüksek lisans

Tezin Başlığı: Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin veya Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Tespit Edilmesi

Öğrencinin Adı Soyadı: Sema ÖZDİYAR YILDIRIM

Danışmanı: Doç. Dr. Erol OZAN

Anabilim Dalı: Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı

1. ÖZET

Giriş ve Amaç: Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin veya yakınlarının bakım verme yüklerinin tespit edilmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Hastaya bakım veren aile üyelerinin de bu süreçte desteklenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniğine 2016-2017 yılları Kasım ayları arasında başvuran 244 hasta yakınına uygulanmıştır. Araştırma verileri SPSS 15,0 programında sayı, yüzde dağılımı, standart sapma, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, ANOVA testi ve ki kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %45,1'inin bakım yükü orta derecede tespit edilmiştir. Ortaokul ve üstü eğitim almış bireylerin bakım yükü, %51,7 ile orta derecede, ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olan bireylerin %45,2 ile ileri derecede tespit edilmiştir. Kadınların bakım yükü %40,0 ile ileri seviyede, erkeklerinki %60,9 ile orta seviyede bulunmuştur

Sonuçlar: Eğitim düzeyi ilkokul ve altında olan bireylerde bakım yükü yüksek çıkmıştır. Çalışmaya katılan 18-39 yaş arasındaki katılımcıların hastaları için endişe ettikleri tespit edilmiştir. Düşük eğitim düzeyi bireyin kaygılarını yükselteceğinden, hastalık döneminde destek hizmeti almaları gerekmektedir. Toplumda bakım işleri gençlere bırakıldığı için, özellikle gençlerin hastalık bakımı sürecinde desteklenmeleri gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kanser hastaları, Bakım yükü, KLP hemşireliği

Thesis Title: Determining Caregiving Burdens of Family Members or Relatives Who are Caregivers of Cancer Patients

Name-Surname of Student: Sema ÖZDİYAR YILDIRIM

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Erol OZAN

Department: Department of Communication in Healthcare Services

1. ABSTRACT

Introduction and Objective: This study was conducted to determine caregiving burdens of family members or relatives who are caregivers of cancer patients. Supporting caregiving family members during this process was also aimed.

Material and Method: This definitive study was conducted in relatives of 244 patients who admitted to Manisa Celal Bayar University, Hafsa Sultan Hospital, Medical Oncology Polyclinic between November 2016-November 2017. Data from research were assessed by using number, percentage distribution, standard deviation, mean, independent samples t-test, ANOVA test and chi-square test in SPSS 15.0 program.

Results: Caregiving burden of 45.1% of the participants was found moderate. Caregiving burden of individuals with secondary school and higher education was found moderate with 51.7% and those with primary school and lower education was found severe with 45.2%. Caregiving burden of women and men were determined as severe with 40.0% and moderate with 60.9%, respectively.

Conclusion: Caregiving burden was identified high in individuals with primary and lower educational level. Among the participants at 18-39 ages are found worrying about their patients. As lower educational status might increase an individual's anxiety level, such individuals should be supported during disease period. As caregiving role is attributed to young people in society, particularly youth should be given support throughout disease caregiving.

Keywords: Cancer patients, Caregiving burden, CLP nursing

2. GİRİŞ ve AMAÇ

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin veya yakınlarının bakım verme yüklerinin tespit edilmesidir. Kanser hastalığının tedavi sürecinde, hastaya bakım veren ailesi ve yakınlarının da hastalıktan etkilendikleri, göz ardı edilir. Kanser tanısı konulan bireylerin sayısının artması, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak hastaların sağ kalım sürelerinin uzamasını sağlamakta, kanserli hastaların aile üyelerinin bakım sürecine daha aktif katılmalarına veya hastaların bakım sorumluluğunu daha fazla üstlenmelerine neden olmaktadır (Kitruncrote ve Cohen 2006; Mystakidou ve Tsilika 2007).

Kanser yalnız, yaşam kalitesine değil aileye ve hastanın yakın arkadaşlarının üzerinde de kötü etkileri vardır. Bakım verme, büyük oranda yakınlık duygusu ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam kazanma, kişisel gelişim, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına yol açabilmektedir. Kanserli hastaya evde bakım veren aile üyelerinin kendi sağlıklarını ve ihtiyaçlarını bir kenara bırakıp, tüm enerjilerini hastalarının bakımını sürdürmeye harcaması, ağrı yönetimi, hasta mobilizasyonu, günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması, sağlık personeli ile iletişimi kurma, semptom yönetimi, transferin sağlanması, evde ilaç tedavisinin uygulanması gibi gereksinimlerin karşılanması hastaların olduğu kadar hasta yakınlarının da yaşamlarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (Türkoğlu ve Kılıç 2012; Lambert ve Girgis 2012).

Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin günlük yaşantıları değişime uğramakta; sosyal rolleri ile ilgili çatışma, evlilik içi aile ilişkilerinde gerginlik, günlük aktivitelerinde kısıtlılık yaşamalarına, sağlık durumlarının bozulmasına ve

ekonomik kayıplar yaşamalarına neden olmaktadır. (Hassett 2010; Türkoğlu ve Kılıç 2012; Gaugler ve Eppinger 2012; Lambert ve Girgis 2012; Bevans ve Sternberg 2012).

Kanser hastasına bakım vermenin aile, iş ve sosyal yaşantı üzerine etkileri ile birlikte oluşturduğu fiziksel ve psikolojik yük göz önünde bulundurulduğunda, bakım verenlerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi zorunlu hale gelmektedir. Ülkemizde ve dünyada kanserli hastalara bakım verenlerin yaşadıkları anksiyete, depresyon, ekonomik sıkıntı, bakım yükü, uyku sorunları, yorgunluk konularında yapılan çalışmalara ulaşılırken, yaşam kalitelerine yönelik yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. (Miedema ve Easley 2008; Özdemir ve Şahin 2009; Güner 2010; O'Hara ve Hull 2010; Lambert ve Girgis, 2012; Bevans ve Sternberg 2012; Shieh ve Tung 2012).

Evde bakım hizmeti verenler üzerinde yapılan çalışmalar, bakıcılara psikososyal destek verildiğinde streslerinin hafiflediğini göstermiştir ve bakım verenler bu destekten büyük fayda sağlamışlardır (Susan ve McMillan 2005). Bu tarz araştırmalar genelde Alzheimer hastaları ve onun gibi Demans hastalıkları üzerinde yapılmış, fakat Kanser hastalarına bakım verenlerin desteklenmesiyle ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, bakım veren aile bireylerinin hastalarıyla ilgili büyük sorumluluk almalarının yanında, yoğun fiziksel, psikososyal ve ekonomik yüklerle uğraşmakta oldukları ve sevdikleri birinin ölümü tehdidiyle de baş etmeye çalıştıkları görülmüştür. Bu yüzden de hastaneye yatışı yapılan bakıma muhtaç hastaların ailelerinin hastanedeki bakımdan çok memnun kaldıkları, dolayısıyla bu bakımın hayatlarının sonuna kadar karşılanmasını istedikleri görülmüştür. Bakım veren ailelerin bakım yükünü azaltmak, onların yaşam kalitelerini yükseltmek, palyatif bakımın kanıta dayalı bakımın iyileştirilmesi gibi alınacak önemli kararlardan biridir. (Ferrell ve Grant 1995; Given ve Given CW 1996).

Hastaya bakım veren aile bireylerinin, kanser hastalarına bakım vermekten kaynaklı yüklerinin tespiti halinde, onların da tedavi sürecine katılarak desteklenmesi sağlanarak bakım yükleri azaltılabilir. Böylece hastanın tedavi sürecini daha kolay geçirmesi sağlanacaktır. Hasta yakının da bu bakım verme sürecinde karşılaşılabileceği zorlukları daha kolay atlatması sağlanacaktır. Bu hem toplum

sağlığını olumlu yönde geliştirecek bir adım olacağı gibi, hem de ülke ekonomisinden sağlığa ayrılan bütçenin planlı ve doğru bir şekilde kullanılmasına yardımcı olacaktır.



3. GENEL BİLGİLER

3.1. KANSER

3.1.1. Kanserin Tanımı:

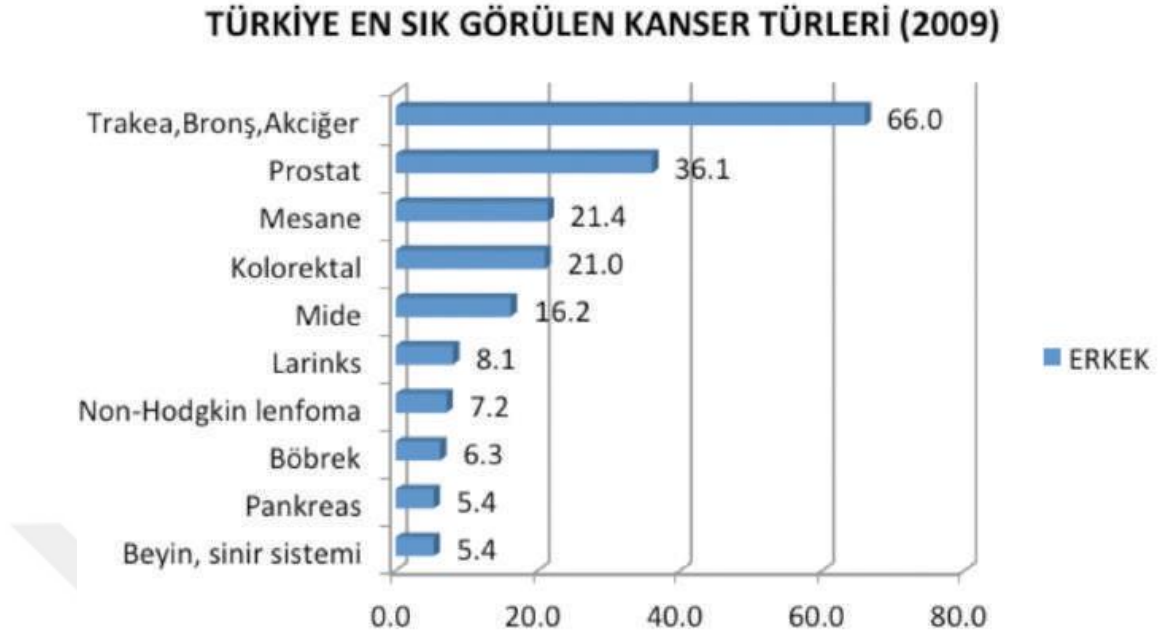
Kanserin sözlük tanımı, kendiliğinden, düzensiz olarak bölünüp çoğalarak, bulundukları bölge dışına yayılabilen ve doğal gelişimi sonucu ölüme yol açan, genellikle kötü huylu ur biçiminde olan bütün doku ve göze bozukluklarını kapsayan ortak isimdir. Sağlıklı vücut hücreleri bölünebilme yeteneğine sahiptirler. Ölen hücrelerin yenilenmesi ve yaralanan dokuların onarılması amacıyla bu yeteneklerini kullanırlar. Fakat bu yetenekleri sınırlıdır. Normal hücreler sonsuz bölünemezler. Her hücre hayatı boyunca belli bir sayıda bölünebilir. Sağlıklı bir hücre gerektiği yerde ve gerektiği kadar bölünür. Buna karşın kanser hücreleri böyle değildir. Kontrolsüz bölünüp çoğalırlar. Kanser hücreleri birikerek tümörleri oluştururlar. Tümörler normal dokuları sıkıştırabilecekleri gibi, içine bulaşabilir ya da tahrip edebilirler. Eğer kanser hücreleri oluştukları tümörden ayrılabiliriyorsa, kan ya da lenfler aracılığı ile vücudun diğer bölgelerine bulaşabilirler. Gittikleri yerlerde de tümörler oluşturur ve yayılmaya devam ederler. Kanserin bu şekilde vücudun diğer bölgelerine yayılması olayına metastaz denir (Türkiye Kanser Derneği 2005).

Kanser, 1970'lerde ölüm nedenleri arasında dördüncü sıradayken, 2000'li yıllarda ikinci sıraya yükselmiştir. 2004 yılında 7,4 milyon insan kanserden hayatını kaybetmiştir. 2007 yılında dünyada 12 milyon kişiye kanser konusu konulmuştur (Amerikan kanser cemiyeti 2007). Dünyada kanser ölümlerinin artacağı ve 2030 yılında 12 milyon insanın kanserden öleceği düşünülmektedir (ICN 2010). 2050 yılında ise, dünyada 27 milyon kişinin kanser tanısı alması tahmin edilmektedir (Amerikan kanser cemiyeti 2007).

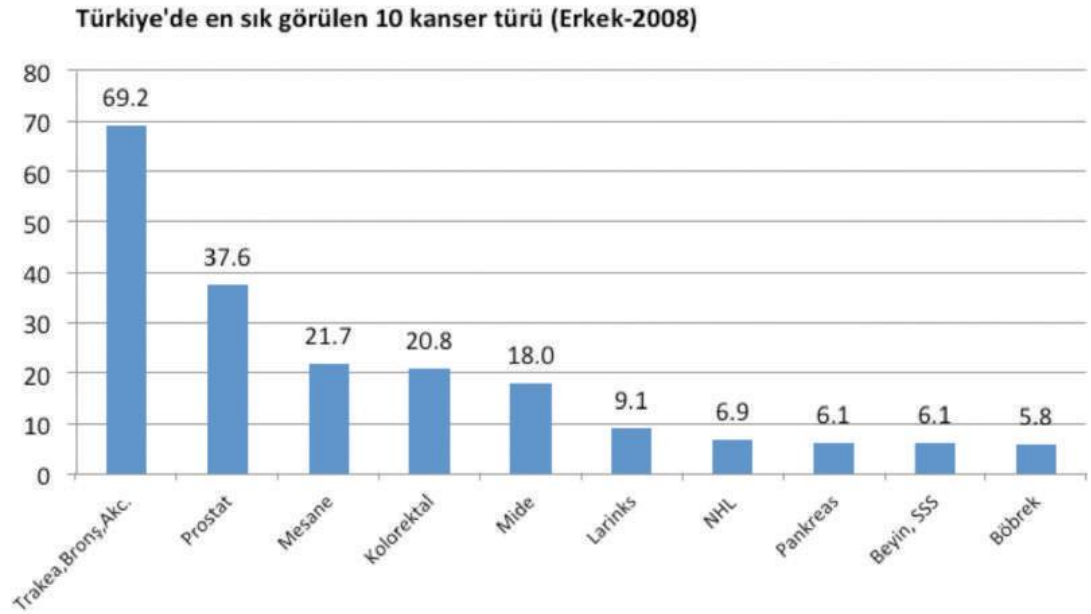
3.1.2. Türkiye’de Kanser

1990’larda ülkemizdeki ölüm oranları içinde kanserin payı, %10,1 iken, 1999’da %12,4’e yükselmiştir. 2002 yılında ülkemizde kanserden ölümler tüm ölümlerin %12’sini oluşturmaktayken, bu oran 2009’da %21’e çıkmıştır. 2005 yılı Kanseri savaş daire başkanlığının verilerine göre Türkiye’nin sekiz büyük ilinde (Ankara, Antalya, Samsun, Erzurum, Trabzon, İzmir, Edirne ve Eskişehir) kanser insidansı 173,85/100.000; bu illerin Türkiye nüfusuna oranı %20 olarak bildirilmiştir. 2030 yılına gelindiğinde, yıllık 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması yani 2008 yılının verilerine göre yeni vakalarda %75 artış olması beklenmektedir. Türkiye’de görülen ilk 10 kanser türleri, trakea, bronş ve akciğer kanseri, prostat kanseri, mesane kanseri, kolorektal kanserler, mide kanseri, larinks kanseri, non-hodgkin lenfoma, böbrek kanseri, pankreas kanseri, beyin santral sinir sistemi kanserleridir. Erkeklerde görülen ilk 10 kanser türü sıralamasında ilk sırada trakea bronş akciğer kanseri, prostat kanseri, mesane kanseri, mesane kanseri, kolorektal kanserler, mide kanseri, larinks kanseri, non-hodgkin lenfoma, pankreas kanseri, beyin-santral sinir sistemi kanseri, böbrek kanseridir. Kadınlarda ise bu sıralama meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanserler, uterus korpusu, trakea bronş akciğer kanseri, mide kanseri, over kanseri, non-hodgkin lenfoma, beyin santral sinir sistemi, uterus serviks kanseridir. Kanseri tedavisi patolojisinin saptanmasıyla cerrahi müdahale, radyoterapi, kemoterapi ve fizik tedavi, diyet, psikoterapi gibi destek tedavilerle mümkündür (T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu ulusal kanser kontrol planı 2013-2018. www.iccpportal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018 Erişim tarihi 14.01.2019).

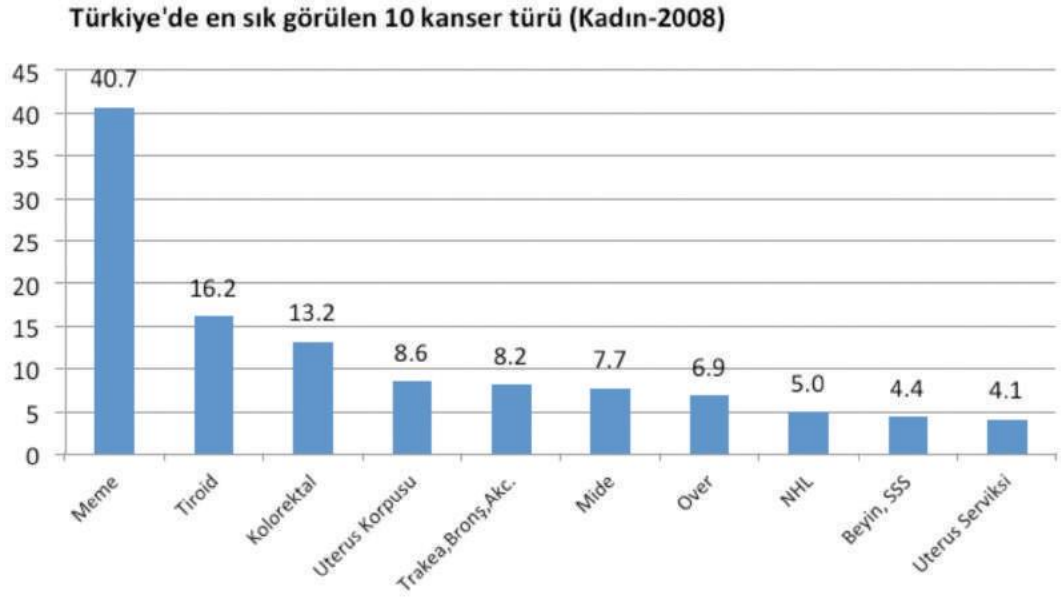
Şekil 1.1. Türkiye’de en sık görülen kanser türleri



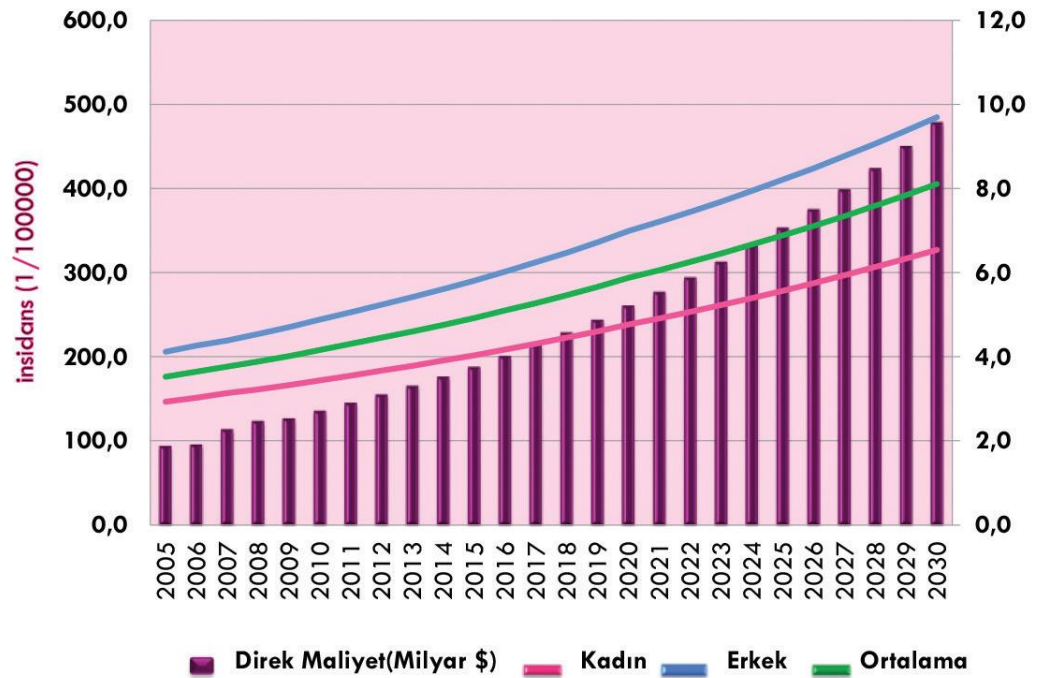
Şekil 1.2. Erkeklerde görülen ilk 10 kanser türü



Şekil 1.3. Kadınlarda görülen ilk 10 kanser türü



Şekil 1.4. Türkiye’de kansere bağlı tedavi maliyetleri. (Ulusal kanser kontrol planı 2013-2018)



Türk toplumunda kanserin karşılığı felaket yorumlarıyla (ölüm, kontrolü kaybetme, sakat kalma, görünümün değişmesi veya beden işlevlerinin değişimi

sonucunda bağımlı olma, ağrı- acı çekme, sosyal ilişkilerde bozulma, yakınlarının uzaklaşması, gelecekle ilgili belirsizliğin olması) karşılık bulmakta, çaresizlikle eş anlam taşımaktadır. Kanseri, asla tedavi edilemez, şifası olmayan, alın yazısı, kader ve ölüm demektir (Fife 1994; Bostanoğlu 2010).

3.2. KANSERE PSİKOSOMATİK YAKLAŞIM:

Kanser fiziksel bir hastalık olduğu gibi, ruhsal ve sosyal bileşenleri de olan bir hastalıktır. Kanser özellikle gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %25'ini oluşturmakta ve tüm ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Lepore 2006).

Kanser tanısı alan kişinin fiziksel ve sosyal, bireysel sorunlarla karşılaşması kaçınılmazdır, çünkü kanser yaşam dengelerini her alanda alt üst edebilen bir hastalıktır. Kanser tanısının konulmasıyla, kişinin gerçeği kabul edip, baş etme yöntemlerini geliştirmesi beklenir. Gelecek kaygıları nedeniyle hastalar daha yoğun ve baş edilmesi güç bir sürece girerler. Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücünü etkileyen birçok değişken vardır. Hasta ile ilgili kişilik özellikleri ve çevresel özellikler, kanser tanısı ile baş etmeyi etkileyebilmektedir. Kanser ölümü çağrıştırdığı için kişide kontrolü kaybetme duygusu geliştirir. Görünümünde ve beden işlevlerinde değişiklik olacağı korkusu, bağımlı olma ve sakat kalma korkusu, ağrı- acı çekme kabusları ile kişinin sosyal ilişkilerinde de bozulmaya sebep olacak, geleceği ile plan yapamamasına, belirsizlik yaşamasına, ailesinden akrabalarından dahi uzaklaşmasına neden olacaktır. Hayatın anlamını kaybetmesi, endişe, pişmanlık, şaşkınlık, keder, öfke belirsizlikle artacaktır. Hastanın kanser ile ilgili önyargıları varsa, içsel damgalama yaşayacak, hastalığının bir ceza olduğunu düşünecektir. Acı çekerek öleceği korkusu, suçluluk duygusu ile beraber gelir. Hastalığı bulaştırma endişesiyle kendisini toplumdan izole edecek, yalnızlıkla depresyona daha fazla yatkınlık gösterecektir. Geleceğe yönelik planlarının bozulması hayal kırıklıkları yaşamasına neden olacaktır. Hastalık ilerledikçe tablosu ağırlaşan hasta, başkalarına yük olacağı endişesi duyacağı gibi, terk edilme korkusu yaşar. Beden algısı bozulan hastanın kendilik saygısı da azalacaktır. Tanı alan hastanın ilk tepkisi şok ve inanama olacaktır. Bu aşamada şoku kırılıp tuzla buz olmuş kristal vazoya benzetirler. İnkâr

devamında göstereceği tepkidir. Tanıyı doktorundan ilk duyduğunda doğru olamayacağını, bir tetkikle verilen sonuca inanılamayacağını düşünür. Kaygı duyma, öfke, isyan ve depresyon kendisini gösterecektir. “Neden ben? Ne yaptım da benim başıma geldi? Şunun yüzünden mi hastalandım” gibi sorularla öfkesini dile getirir. Hasta bu süreçte, tedaviyi reddediyor, kesin inkar ediyorsa, bilim dışı tedavilerde çare arıyorsa, psikiyatrik destek alması gereklidir. Öfkenin kabullenmeye dönüşü, kaderci Türk toplumunda hastalığın alın yazısı olduğu düşüncesi nedeniyle daha kolay olmaktadır. Hastalığın kabullenilmesinden sonra ise, pazarlığa girer. Yarım kalan işlerini bitirene kadar süre ister. Hastalar değişik tepkiler verebilir, karmaşık duygular yaşayabilirler. Her hastanın bu stresle baş etme gücü farklılık gösterebilir (Vural 2008; Üstün 2009; Bostanoğlu 2010).

Tedavi süreci, hasta ve hasta yakını için yorucu ve uğraştırıcı bir süreçtir. Hastanın günlük yaşamındaki işlerini yapmasını engellemekte ya da daha fazla yardım almasını gerektirmektedir. Hasta kendini sınırlanmış ve bağımlı hissetmektedir. Fiziksel görünümdeki değişiklik hastanın beden imajının bozulmasına ve hastanın kendisini cinsel açıdan çekici bulmamasına buna bağlı olarak da cinsel sorunlar yaşamasına yol açmaktadır. Evlilikte ve sosyal çevre ile olan iletişimde sorunlar görülebilmekte, ayrıca iş yaşamıyla ilgili; işten ayrılma, yer değişikliği ve erken emeklilik gibi problemler yaşadıkları da bilinmektedir (Holzner ve arkadaşları 2001). Stres, kaygı, depresyon, duygusal gerginlik, algılanan sosyal destek, ekonomik koşullar, kültürel inançlar, baş etme mekanizmaları yorgunluk nedenleridir. Tedavinin etkili olup olmadığı ve yan etkileri, tedaviden beklenen sonuçlardır. Bu süreçte hasta sürekli “iyileşebilecek miyim” sorusuna cevap arar. Enfeksiyon riski nedeniyle zorunlu olan ev istirahati ve izolasyon, hastanın yalnızlık ve terk edilmişlik duygularını geliştirerek depresyona girmesini kolaylaştırır. En önemli kaygı kaynağı nüks olmasıdır. Kanseri tedavisi sonrası nüks etme riski, hastanın dış görünümü, cinsel yaşamı, meslek hayatına devam edebilecek mi kaygısı, ebeveyn olabilecek kadar sağlıklı hissedebilme kaygısı hastanın yaşam kalitesini etkiler. Nüksün ortaya çıkmasıyla, tanı aşamasında yaşanan tepkilerin benzeri hatta daha şiddetlisi tekrar yaşanır. Hastanın ve hasta yakınlarının bu süreçte bilgilendirilerek destek tedavisi almaları, anksiyete ve depresyon riskini azaltacaktır. Hastalığın psikososyal dinamikleri; hastanın medeni durumu, kültürel özellikleri, değer yargıları, aldığı sosyal destek, inançları, rolleri, statüsü, ailesinin ve toplumun

tutumları, ve ön yargılarıdır. Psiko-onkoloji alanında destek birimleri, her onkoloji ünitesinde hizmete geçmeli ve zaman kaybetmeden uygulamaya geçmesi gereken bir hizmettir (Üstün 2009; Bostanoğlu 2010; Başaran 2015).

Kanser hastalarına bakım veren aile bireyleri bu süreçte sadece yoğun fiziksel, psikososyal, ekonomik yükü değil aynı zamanda sevdikleri birinin ölümü gerçeği ile de baş etmeye çalışmaktadırlar. Terminal dönem kanser hastalarına bakım veren bireyler, yaşam kalitelerinin düşmesine bir şekilde uyum sağlarlar fakat bu arada psikososyal yaşamları da zarar görür. Hastaya bakım veren bireylerin desteklenmesi, tedavi sürecini hasta ve aile bireylerinin daha kolay geçirmelerini destekleyeceği düşünülmektedir.

3.3. DAMGALANMA

3.3.1. Tutum:

Her insanın çevresindeki şeyler hakkında, özel, kendilerine ait tutumları vardır. Bu şeylere karşı ne şekilde tepkilerde bulunacağı büyük ölçüde bu tutumlar tarafından belirlenir. Bu nedenle davranışların değerlendirilmesinde ya da anlaşılmasında tutum kavramının özel bir önemi vardır (Taşkın 2007).

3.3.2. Önyargı:

Peşin olarak yargıya varma, haklılığı kanıtlanmamış tutum olarak tanımlanabilir. Önyargı katı bir sınıflandırma eğilimidir. Sınıflandırdıkları şeylerin tek bir ortak özellikleri olmasına rağmen aynı şeylermiş gibi davranma eğilimi göstermeye önyargı denir. Bu tanım aynı zamanda damgalanma tanımıyla da örtüşmektedir.

Damgalamanın bugünkü tıp bilimindeki anlamı kara leke olarak geçmektedir. Toplumda damgalanan kişinin ya da grubun farklı olduğu vurgulanır ve bu farklılık nedeniyle ona birçok olumsuz özellik atfedilir. Damgalanın amacı ayırmak ve dışlamaktır. Damgalanıp bir takım olumsuzluklar yüklenen kişiler toplumdan uzaklaştırılır, yok edilmek için çaba gösterilir ya da yok olması için kendi haline bırakılır. Damgalanma, belli bir özelliği nedeni ile bir kişi hakkında, diğer hiçbir özelliğine bakılmaksızın, olumsuz tutumların oluşması ve o kişinin adeta sadece tek

bir özelliği ile değerlendirilerek, sonunda dışlanması, yalıtılması sürecidir. Bir kimseyi damgalamak ise, o kişiyi olumsuz niteliklerle tanımlamak ve bu etikete uygun biçimde toplumsal değerini düşürmek demektir (Taşkın 2007).

3.3.3. İçsel Damgalanma:

Bireyin, durumundan utanma, yetersizlik duygusu, olumsuz otomatik düşüncelerinde artma, sosyal ilişkilerden kaçınma, kendilik değerinde düşme ortaya çıkması; çevreden bağımsız olarak ortaya çıkan etiketlenmişlik, damgalanmışlık algısı, içselleştirilmiş damgalanma olarak tanımlanmıştır (Taşkın 2007).

Kanser toplumda, çaresizlik ve belirsizlik içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk ve kaygı uyandıran, panik ve karışıklık yaratan ciddi ve kronik bir hastalık olarak algılanmaktadır (Korkmaz 2010). Kanserinin neden olduğu fiziksel ve psikososyal rahatsızlıklar sonucu hastaların umut düzeyi azaltmakta, var olan sorunlarıyla etkin baş etmesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Cho 2013). Kanser hastalığında içsel damgalanma, kişinin tıbbi yardım arama davranışına engel olabilir. İçsel damgalanma yaşayan hasta utanma ve sonucu olarak kendisini toplumdan dışlamayı seçebilir. Bu yüzden damgalanma hastanın zamanında tıbbi yardım aramasına potansiyel bir engeldir (Carter ve Harris 2015).

Hastanın damgalanma duygusu, fiziksel hastalığının şiddetini arttıracak, tedaviye cevabı ve seyrini etkileyecektir. Hastanın yaşam kalitesinin artırılması ve tedaviye uyum sağlaması açısından destek hizmeti alması çok önemlidir. Hastalığın yüksek oranlı mortalite ve morbidite oranlarının olması, bakım veren sağlık ekibinin ve aile bireylerinin de yaşam kalitelerini düşürmektedir. Hastaya bakım veren yakınlarının ve hastaların psikiyatrik tedaviye başvurma sıklığı da yüksektir (Taşkın 2007).

3.4. KONSULTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ HEMŞİRELİK HİZMETLERİ:

Kanser hastalarının tarafsız bir şekilde tüm tedavi seçenekleri hakkında bilgi almaya hakları vardır. Testleri, tedaviyi, ilacı- ışını reddetme hakları vardır.

Karardan önce başka görüş alma, seçenekleri tartışma hakları da vardır. İstedikleri zaman bu tedaviden çekilebilirler. Kendileriyle ilgili tüm kararlara katılma hakları vardır. Bu yüzden hastalıkları ilgili tüm gerçekleri bilmeye hakları vardır. Hastanın kalan yaşam süresinde yapmak istediklerini yapabilmesine fırsat tanınmaması etik açıdan onaylanmayan bir durumdur. İsterlerse kendileriyle ilgili karar vericiyi seçme hakkına da sahiptirler. Mahremiyetlerinin korunmasını dileme hakkına da sahiptirler. Danışman hemşirelik (Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği - KLP Hemşireliği) hizmetinin amacı hastanın tanıya karşı göstereceği tepkiler çerçevesinde tedaviyi reddetmesinin psikolojik bir rahatsızlık dayanağının olup olmadığını ayırtarak gerekli ise psikiyatriye yönlendirilmesini sağlamaktır. Hastanın hastalığı, tedavisi, gidişatı konusundaki bilgilere ulaşmasına yardımcı olunmalı, hekimiyle görüşmesi konusunda yönlendirilmelidir (Ersoy 2015).

Hastalığını öğrenen bireyin ilk tepkisi şok olacaktır. Ardından filmlerin karışmış olabileceğini, yanlış çekilmiş olacağını düşünüp inkar edebilir. “Ne günah işledim de benim başıma geldi?” sorularıyla öfke yaşar. Sonra “Çocuklar büyüsün de öyle öleyim” gibi pazarlıklara girer. Her şey anlamını yitirmiş gibi gelir ve depresyon başlar. Bu süreci hızlıca atlatıp kabullenmesiyle tedavi sürecine geçer. Fakat kabullenme herkeste aynı hızda gerçekleşmez. Kanser tanısı almak streslidir. Ani gelişir ve artık her şey bireyin kontrolünün dışındadır. Hayatta bir değişim olacaktır ve bu değişim kayıpları içerir. Sağlığın kaybı; yaşamın, kimliğin, özgürlüğün, ailenin, güvenin, işin ve sosyal rolün kaybıdır. Hasta bireyin gereksinimlerinin eklenerek artması, O’nu örselenmeye açık hale getirir. Kanser tanısı bireyin tüm yaşam dengeleri için bir tehdit oluşturan, stres yaratan bir yaşam olayı ve engellemedir. Bu tehdit O’nu ölümle yüz yüze getirir. Hastanın hastalığı algılaması ve kansere atfettiği anlam O’nun stres düzeyini belirler. Umut, kişinin geleceğe uyumu için ona güç veren, gelecekle ve yaşantısıyla ilgilenmesini ve anlam bulmasını sağlayan dinamik bir güçtür. Kanser tanısı alan hastaların, hastalıklarına ve tedaviye uyumunda umudun önemli bir yeri vardır (Üstün 2009; Thome 2009).

Tıbbi tedavilerin sonucunda meydana gelen değişiklikler gözle görülür olmasa bile beden imajı açısından sıkıntı yaratabilmektedir. Bu süreçte de beden imajında değişiklik olan bireyin ilk tepkisi inkar olacaktır. Değişen beden bölümüne bakmayı red edebilir, anksiyete, öfke ve kaygı yaşayabilir (Vural 2015). Kabul döneminde kaybı gizleyemeyeceğini anladığında bedenindeki değişikliğe uyum sağlamaya

çalışır. Bu dönemde de KLP hemşirelik desteği süreci kolay atlatmasını sağlayacaktır.

3.4.1. Hasta Bakımı

3.4.1.1. Hasta bakımının tanımı

Türk Dil Kurumu'nun 2012 yılına ait sözlüğünde, bakımın kelime tanımı; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, giyinme, beslenme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır. 'Bakım verenin tanımı ise; fiziksel veya zihinsel bir rahatsızlık nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersiz kalan bir bireyin bakımını üstlenen kişi olarak tanımlanabilir.

Aile bireylerinin bakım verici rolünün tanımı, her çalışmada farklı tanımlanmıştır. Bu nedenle araştırmanın niyetine göre farklı tanımlanan bakıcı rolü tanımı, genel tanım olarak kabul edilmemelidir (Greenwood ve ark. 2008). Bu çalışmaların genel olarak ortaklaştığı aile bakıcısının tanımı şu şekildedir. Verdiği hizmet karşılığı ücret almayan, fiziksel bakımın yanında duygusal destek gibi çeşitli araçlarla bakım veren, bakım için haftada birkaç gün veya bir zaman ayıran kişiye, ailesine bakım veren denir (Donelan ve ark. 2002; Marcus ve ark. 2009). Geçmişte aile içi bakım verilen kişiler yalnız yaşlı bireyler olarak kabul edilip, bu yönde çalışmalar yapılmış olsa da günümüzde yatağa bağımlı hasta, kanser hastası, epilepsi hastası gibi öznel başlıklarda tanımlanabilmektedir (Vitaliano ve ark. 1991; Russo ve ark. 1995; Hooker ve ark. 2000). Hastaya fiziksel veya duygusal bakım vermek, bakım verenin sosyal aktivitelerini azaltacak faaliyetlerini, refah düzeylerini düşürecektir (Wade ve ark. 1994).

Wikipedia'nın bakıcı tanımı ise, günlük yaşam aktivitelerine doğrudan bakım sağlayan ücretli veya ücretsiz kişi olarak yapılmıştır (www.wikipedia.org Erişim tarihi 20.04.2019).

3.4.1.2. Hasta bakımının unsurları

Kültürel ve sosyal şartlara bağlı olarak değişmekle birlikte hasta bireyin bakımını sıklıkla aile bireylerinden biri üstlenmektedir. Türk toplumunda kadınların hasta aile bireyinin bakımını üstlenme konusundaki payı büyüktür. Bakım hizmeti tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, sağlık bakımı (ilaç alımı), kişisel bakım

(yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme), hastanın aldığı sosyal hizmetleri koordine etme, alışveriş ve küçük ev işlerini yapma, para yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşmayı da kapsamaktadır. Kültürümüzde sıklıkla aile bireyleri tarafından verilen bakım hizmetleri, hasta ile duygusal iletişimin artması, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kişisel psikososyal doyum sağlama ve kendine saygı duyma gibi olumlu katkılarının yanında pek çok olumsuzluğu ve güçlüğü de beraberinde getirebilmektedir (Üstün 2009).

3.4.1.3. Bakım verenin bakım yükü

Bakım veren kişiler üzerinde yapılan incelemeler, bakım veren yükü, bakım verme ile ilişkili olarak fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar olmak üzere çok boyutlu sorun yumağı olarak ifade edilmektedir. Bakım vermenin objektif sonuçları bakım veren bireyin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri kapsamakta olup, bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşanması, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel hastalığı anlamında fiziksel sorun ve sıkıntılarla ilişkilidir. Bakım vermenin subjektif sonuçları ise bakım verenin bu rol ile ilişkili duygu ve tutumları (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu vb.) olarak açıklanmaktadır. Yapılan araştırmalarda uzun süreli bakım verme süreci sonrasında bireyin bakım verme yükünün ciddi boyutlara ulaşabilen depresyon, anksiyete, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon, tükenmişlik ve benzeri durumlara yol açabildiği gözlenmiştir (Atagün 2011).

3.5. İLETİŞİM

İletişim, iki kişinin birbirine karşılıklı duygu, düşünce ve bilgi aktarımıdır. Etkili bir iletişim sağlayabilmek için doğru ifade etmek ve doğru anlamak çok önemlidir. Karşılıklı yanlış ifadeler en aza indirilebilirse ilişki doğru bir şekilde yönlendirilebilir ve sorunlar daha kolay çözülebilir. Böylece zor durumlarla daha kolay baş edilebilir. (Özmen 2014).

Bireyin kişilik yapısı, biyolojik, psikolojik sosyolojik etmenler duygu, düşünce ve davranışlarına yön verir. Duyguların tanımlanıp ifade edilebilmesi kişilerin olaylar karşısındaki tutumlarını anlayabilmemizi sağlar.

Sağlık personelinin nitelikli iletişim ve ilişki kurma becerilerine sahip olması, daha iyi bir ilişki kurmasına ve kaliteli sağlık hizmeti vermesine yardımcı olacaktır.

Bu çalışma, kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin ve yakınlarının hastane personelinden hizmet alırken yaşadıkları gözlenen iletişim sorunlarının olası nedenlerini araştırma düşüncesinden doğmuştur. Bakım verenlerin üzerindeki yükün fazla olacağı, bunun da diğer bazı olumsuz sonuçları yanında çevreyle kurdukları iletişim ve ilişkiyi olumsuz etkileyebileceği varsayılmıştır. Bakım yükü fazla olup psikososyal destek sunulabilecek hasta yakınlarının oranını belirlemek araştırmanın bir diğer amacıdır.

4. GEREÇ ve YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma, kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin veya yakınlarının bakım verme yüklerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Kanserli hastaya evde bakım veren aile üyelerinin kendi sağlıklarını ve ihtiyaçlarını bir kenara bırakıp, tüm enerjilerini hastalarının bakımına harcamaları, yaşamlarının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Tedavi süreci boyunca, olumlu sağlık davranışı geliştirebilme, öz bakım güçlerini arttırma, psiko- sosyal destek ağını kuvvetlendirme, danışmanlık hizmeti alma gibi konularda desteklenebilmeleri için, ilk önce bakım yüklerinin tespit edilmesi gerekmektedir. Bakım verme yükünün tespiti halinde, aile bireylerinin de desteklenmeleri için Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi hemşirelik hizmeti almaları sağlanabilir. Böylece hastanın tedavi sürecini psikolojik olarak daha kolay geçirmesi sağlanacaktır. Hasta yakının da bu bakım verme sürecinde karşılaşabileceği zorlukları daha kolay atlatması mümkün olabilecektir.

4.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin veya yakınlarının demografik özelliklerinin tespit edilip ardından Zarır Bakıcı Yükü Ölçeği ve Hastalık Bakım Yükü Ölçeğinin uygulandığı tanımlayıcı bir araştırmadır.

4.3. ARAŞTIRMANIN BİREYSEL YARARLARI

Kanser hastalığıyla nasıl baş edeceğini bilmeyen hasta ve hasta yakınlarının, sağlık personeliyle yaşayabileceği iletişim sorunların öngörerek, bu iletişim sorunlarına zemin hazırlayabilecek bakıcı yükü durumunu ölçmek için planlanmıştır. Bu çalışmanın kişisel yararı, kanser hastalarına bakım veren bireylerin bakım verme yükünün ölçülmesiyle, bakım yükü olduğu belirlenen bireylere destek hizmeti almaları sağlanması ve olası iletişim problemlerini en aza indirerek sağlık personelinin de sorunsuz bir iş ortamında çalışmasına imkan tanınmasıdır. Hastane personelinin daha az çatışmalı bir ortamda çalışması hedeflenmektedir.

4.4. ARAŞTIRMANIN BİLİMSEL YARARLARI

Kanserli bireylerde tedavi yöntemleri, fizyolojik, psikolojik ve sosyal iyilik halinin sürdürülmesi için fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi gerekir. Hastanın durumuna göre, hasta yakınlarının da bilgi ve sosyal destek ihtiyaçlarının tespit edilip karşılandığı durumda, hastalık sürecinin ve bundan sonra karşılaştıkları zor durumların üstesinden gelme becerilerinin geliştirilmesi sağlanabilir. Hasta yakınlarının da bakım sürecinde desteklenmeleri gerektiğinin, sağlık hizmeti sunucuları tarafından kabul edilmesi halinde bu konudaki hizmetlerin sunumunda kolaylaştırıcı olabilirler.

4.5. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu çalışma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniğine 2016 Kasım ayı ile 2017 Kasım ayları arasında tedavi olmak için başvuran hastaların yakınları ile yapılmıştır.

4.6. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni 2016 Kasım ayı ile 2017 Kasım ayları arasındaki bir yıl süre içerisinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniğine başvuran kanser hastalarının yakınları, aile bireyleri ve arkadaşlarından oluşmaktadır. Polikliniğe yıllık olarak yaklaşık 2915 hasta başvurmaktadır. Çalışmamızın evreni 2915 kişiden oluşmaktadır. Çalışmanın örneklemini seçkisiz örnekleme yöntemlerinden basit seçkisiz yöntem kullanılarak 244 kişiyle yapılmıştır. Rastgele haftanın beş günü seçilerek, o gün tedavi alan hasta yakınlarına uygulanmıştır.

4.7. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada katılımcılara ilk önce gönüllü onam formu sunulmuş, daha sonra demografik veri formunu cevaplamaları istenmiştir. Sırasıyla Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği ve Hastalık Bakım Yükü Ölçeği sorularının cevaplanması istenmiştir.

4.7.1. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

Zarit Bakıcı Yükü ölçeği (Sayfa 78), bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi tarafından doldurulan ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde sıfırdan dörte kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Sorular beş kısma bölünerek değerlendirilmektedir. Bunlar, günlük yaşamda yıpranma ve kısıtlanmayı değerlendirme, olumsuz duygular ve hasta için endişe etme durumu, bakım verenin kayıpları, faaliyetlerde bozulma ve mesleki faaliyetlerde bozulmadır.

4.7.2. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (Sayfa 76), Reinhard ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 19 maddelik bir öz bildirim ölçeği olup, dörtlü

Likert tipi değerlendirme sağlamaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler hastaya bakım veren bireylerin, gündelik yaşamlarının hastalık nedeniyle ne ölçüde değişime uğradığını ve hasta olan yakınları için ne ölçüde kaygı taşıdıklarını sorgulamaktadır ve hastaların, hastalıklarına yönelik soruları içermemektedir.

Araştırmada kullanılan Demografik veri formu, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği ve Hasta Bakım Yükü Ölçeği anketlerine Ekler bölümünden ulaşılabilir.

4.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket formları aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Anket formu sosyodemografik özellikler ve 22 maddelik Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği ve 19 maddelik Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği'nden oluşmaktadır. Ankete 244 hasta yakını katılmıştır. Kapsamlı değerlendirme yapmak amacıyla her iki ölçek birlikte doldurulmuştur.

4.8.1. Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Bakım veren yükünü ortaya koyma amacıyla Zarit ve arkadaşları tarafından geliştirilen, geçerlilik çalışması İnci ve Erdem tarafından yapılan Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılmıştır. Ki-kare testi uygulanmış, “Hiç yük yok, orta, ileri, aşırı” olmak üzere dört gruba kategorize edilmiştir. Ölçekten en az sıfır, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçeğin kesme noktasına ilişkin bir veri bulunmamakla birlikte elde edilen puanlar 0-22 arasında ise az/hiç yük, 23-44 arasında ise orta yük, 45-66 arasında ise ileri yük, 67-88 arasında ise aşırı yük olarak değerlendirilmiştir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, bakım veren yükünün de yüksek olduğunu işaret etmektedir.

4.8.2. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Hastalık yükü değerlendirme ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek 19 maddeden oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik çalışmasında günlük yaşamda kısıtlanma, olumsuz duygular ve hasta için endişe etme, bakım verenin kayıpları, faaliyetlerde bozulma, mesleki faaliyetlerde bozulma alt boyutları saptanmıştır.

1. Günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma
2. Olumsuz duygular ve hasta için endişe etme
3. Bakım verenin kayıpları
4. Bakım verenin faaliyetlerinde bozulma
5. Bakım verenin mesleki faaliyetlerinde bozulma

1. grupta 5,6,7,8,9,11,13,14,15 olmak üzere dokuz madde değerlendirmeye alınmıştır.

2. grup 12,16,17,18,19 numaralı maddelerden oluşmaktadır.

3. grup 1. ve 4. maddeleri içermektedir.

4. grup 3. ve 10. sorular olmak üzere iki maddeden oluşmaktadır.

5. grupta yalnız 2 numaralı madde vardır.

Veriler tanımlayıcı istatistikler SPSS programı yardımıyla (sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma), bağımsız gruplarda T testi, ANOVA testi (normal dağılım koşulları karşılanmadığında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi) ve Ki-kare testi, Posthoc tukey testi kullanılarak değerlendirilmiştir. 38 maddeden oluşan bu iki ölçeğin doldurulması ortalama olarak 30 dakika kadar sürmüştür.

4.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ve evrensel ilkelere bağlı kalınmıştır. Çalışmanın Etik kurul onayı Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulundan alınmıştır. Kullanılan anketler için yazılı izin alınmıştır. Belgelere Ekler bölümünden ulaşılabilir.

5. BULGULAR

Ankete katılan katılımcıların demografik özelliklerinin sayı (n) değerleri ve ortalama değerleri şu şekildedir:

Tablo 1.1. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklere göre dağılım tablosu,

Özellikler	Kişi sayısı	%
Erkek	64	26,2
Kadın	180	73,8
Evli	204	83,6
Bekar	40	16,4
İlkokul ve Altı	93	38,1
Ortaokul ve Üzeri	151	61,9
Ev Hanımı	109	44,7
Emekli	30	12,3
Memur	37	15,2
Serbest	52	21,3
Öğrenci	16	6,6
Yalnız yaşayan	5	2,0
Eşi ve kendisi	32	13,1
Eşi kendisi çocuklar	161	66,0
Kardeşleri annesi babası	46	18,9
18-39 yaş arası	129	52,9
40-59 yaş arası	94	38,5
60 yaş ve üzeri	21	8,6

5.1. ZARİT BAKICI YÜKÜ ÖLÇEĞİ BULGULARI

Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinde bulunan 22 soru beş Likert tipinde bölünerek değerlendirilmeler bu başlıkların altında yapılmış; dört derece altında puanlanarak değerlendirilmiştir.

Tablo 1.2. Katılımcı sayısı (n) ve ZBYO ortalama (%) değerleri,

Dereceler	Kişi Sayısı	%
Hiç	25	10,2
Orta	110	45,1
İleri	91	37,3
Aşırı	18	7,4

244 kişinin değerlendirmede bulunduğu ankete Ki-kare testi uygulanmıştır. Değerlendirme sonucunda, “Hiç yük olmadığını” belirten 25 kişi %10,2, “Orta derecede yük” olduğunu belirten kişi sayısı 110 kişi %45,1, “İleri derecede yük” olduğunu belirten sayısı 91 %37,3 ve “Aşırı yük” olduğunu belirten kişilerin sayısı 18 %7,4 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 1.3. Hasta yakınlarının ortalama yaş değerleri,

	Toplam	Küçük	Büyük	Ort	SS
Yaş	244	18	67	40,86	±11,61

Ankete katılanların yaş ortalaması $40,86 \pm 11,61$ tespit edilmiş olup, en genç katılımcı 18 yaşında, en yaşlı katılımcının 67 yaşında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1.4. Yaş gruplarının dağılım tablosu,

Yaş grupları	Kişi sayısı	%
18-39	129	52,9
40-59	94	38,5
60 yaş ve üzeri	21	8,6

Hasta yakınlarının yaş aralığı incelendiğinde, %52,9'unun 18 ile 39 yaş aralığı arasında olduğu görülmektedir.

Tablo 1.5. Cinsiyete göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin % puan değerleri,

Cinsiyet	Hiç ^a	Orta ^b	İleri ^c	Aşırı ^d	p	
Kadın	12,2	39,4	40,0	8,3	0,022*	d=a<b<c
Erkek	4,7	60,9	29,7	4,7		d=a<c<b

Ankete katılan 244 bireyin 180'i kadın ve 64'ü erkek katılımcıdan oluşmaktadır. Cinsiyet üzerinden yapılan incelemede ZBYO anlamlı $p=0,022$ ($p<0,05$) değere sahip olup, kadınların %40 ortalama değeriyle ileri derecede hastalık yükü taşıdığı, orta ve hiç değerlerine göre anlamlı olduğu; erkeklerin %60,9 ortalama değeriyle, orta derecede, ileri ve hiç yük yok değerlerine göre anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

*: p değeri 0,01 ile 0,05 arası istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Tablo 1.6. Cinsiyete göre yaş dağılım tablosu,

Yaş grupları	Kadın	Erkek	p
	a>c=b	a>c=b	
	%	%	0,028*
18-39^a	56,7	42,2	
40-59^b	37,2	42,2	
60 yaş ve üzeri^c	6,1	15,6	

Cinsiyetin yaş gruplarına göre dağılım tablosunun anlamlı $p=0,028$ ($p<0,05$) değere sahip olduğunu, 18-39 yaş aralığında kadınların %56,7 ile 60 yaş ve üzeri aralıktaki kadınlara göre anlamlı olarak daha çok oldukları tespit edilmiştir. 18-39 yaş aralığındaki erkeklerin %42,2 ile 60 yaş ve üzeri aralıktaki erkeklere göre istatistiksel anlamlı olarak daha çok oldukları tespit edilmiştir.

*: p değeri 0,01 ile 0,05 arası istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Tablo 1.7. Cinsiyete göre demografik özellikler tablosu,

Demografik Özellik	Kadın (n)	%	Erkek (n)	%
İlkokul ve altı	79	84,9	14	15,1
Ortaokul üzeri	101	66,9	50	33,1
Ev hanımı	107	98,2	2	1,8
Emekli	16	53,3	14	46,7
Memur	24	64,9	13	35,1
Serbest	19	36,5	33	63,5
Öğrenci	14	87,5	2	12,5
18-39 yaş	102	79,1	27	20,9
40-59 yaş	67	71,3	27	28,7
60 ve üzeri	11	52,4	10	47,6

Demografik özelliklerin cinsiyete göre dağılımına baktığımızda, ilkokul ve altı eğitim düzeyinin kadınlarda %84,9 olduğu tespit edilmiştir. Ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi kadınlarda %66,9 bulunmuştur. Kadınlar erkeklere oranla %98,2 ile ev hanımı olduklarını belirtmişlerdir. Kadın erkek kıyaslamasında, kadınların %53,3'ü emekli olarak tespit edilmiştir. Cinsiyet karşılaştırmasında memur olanların %64,9'u kadın olarak belirlenmiştir. Erkeklerin serbest meslek gruplamasında %63,5 olduğu tespit edilmiştir. Öğrenci grubunda ise %87,5 değeri kadınlara aittir. Cinsiyetin yaş gruplarına göre dağılımında ise, 18-39 yaş aralığında %79,1 ile kadınlar vardır. 40-59 yaş aralığı grubunda %71,3 ile kadınlar olduğu belirlenmiştir. 60 yaş ve üzeri grupta, %52,4 ile kadınların olduğu saptanmıştır.

Tablo 1.8. Medeni duruma göre % değerleri,

Medeni Durum	Hiç	Orta	İleri	Aşırı	p
Evli n:204	8,8	45,1	38,2	7,8	0,374
Bekar n:40	17,5	45,0	32,5	5,0	

Katılımcıların medeni halinin bakım yükünü etkileyip etkilemediği üzerine yapılan incelemede ($p>0,05$) $p=0,374$ olarak tespit edilmiş, anlamlı aralık elde edilememiştir.

Tablo 1.9. Eğitim durumuna göre % değerleri,

Eğitim	Hiç ^a	Orta ^b	İleri ^c	Aşırı ^d	p
İlkokul ve altı	7,5	34,4	45,2	12,9	0,004** c>b>d>a
Ortaokul ve üstü	11,9	51,7	32,5	4,0	b>d=a=c

Eğitim durumunun bakım vericinin yükünü etkileyip etkilemediği üzerine yapılan araştırmanın sonucunda, ilkokul ve altı düzeyinde eğitim alanların değerlendirme aralığı yüksek düzeyde anlamlı ($p<0,05$) $p=0,004$ değerine sahip bulunmuştur. İlkokul ve altı düzeyinde eğitim alan katılımcıların hastalık yükü %45,2 ile ileri seviyede, orta, aşırı ve hiç değerlerine göre anlamlı bulunmuştur. Ortaokul ve üzerinde eğitim alan katılımcıların %11,9 ile hiç hastalık bakım yükü olmadığını belirttikleri, aşırı %4,0 hastalık yüküne göre anlamlı olarak belirlenmiş, %51,7 ile orta derecede olduğu ileri %32,5 değerine göre anlamlı olarak tespit edilmiştir.

****:** p değeri 0,001 ile 0,01 olan istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark vardır.

Tablo 1.10. Meslek gruplarına göre % değerleri,

Meslek	Hiç	Orta	İleri	Aşırı	p
Ev hanımı n:109	11,0	33,0	43,1	12,8	0,062
Emekli n:30	10,0	56,7	30,0	3,3	
Memur n:37	10,8	59,5	29,7	0,0	
Serbest n:52	5,8	51,9	36,5	5,8	
Öğrenci n:16	18,8	50,0	31,3	0,0	

Meslek gruplarını ev hanımı, emekli, memur, serbest meslek ve öğrenci olarak gruplandırarak yaptığımız incelemede anlamlı p değeri tespit edilmemiştir.

Tablo 1.11. Mesleğe göre eğitim durumu tablosu,

Meslek grupları	İlkokul ve altı eğitim	Ortaokul ve üzeri eğitim
	%	%
Ev hanımı	59,7	40,3
Emekli	36,6	63,4
Memur	0,0	100
Serbest meslek	32,7	67,3
Öğrenci	0,0	100

Meslek gruplarına göre eğitim düzeylerinin incelendiği frekans tablosunda, ev hanımı olanların %59,7'sinin ilkokul ve altı mezunu olduğu, %40,3'nün ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde oldukları tespit edilmiştir. Emekli olanların %36,6'sının ilkokul ve altı düzeyinde oldukları, %63,4'ünün ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir. Memur olduğunu söyleyen katılımcıların %0'ının ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip oldukları, %100'ünün ise ortaokul ve üzeri

eğitim düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir. Serbest meslekle uğraşanların %32,7'sinin ilkokul ve altı eğitim düzeyinde oldukları, %67,3'ünün ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Öğrenci olduklarını belirtenlerin %0,0'ı ilkokul mezunu, %100'ü ortaokul ve üzeri mezundur.

Tablo 1.12. Ki kare testi ile Zarit bakıcı yükünün yaş gruplarına göre % değerleri,

Yaş grupları	Hiç	Orta	İleri	Aşırı	p
18-39	48,0	51,8	59,3	33,3	0,439
40-59	44,0	37,3	35,2	55,6	
60 yaş ve üzeri	8,0	10,9	5,5	11,1	

Zarit bakıcı yükü testinin yaşa göre değerlendirmesinde anlamlı $p < 0,05$ ($p=0,439$) değerine rastlanılmamıştır.

Tablo 1.13. Kadınlarda yaş grubuna göre Zarit bakıcı yükü değerleri,

Yaş	Hiç	Orta	İleri	Aşırı	p
	%	%	%	%	0,197
18-39	50	56,3	63,9	33,3	
40-59	50	35,2	31,9	53,3	
60 yaş üzeri	0,0	8,5	4,2	13,3	

Zarit bakıcı yükü testinin kadınlarda yaşa göre katılımcı sayısı ve yüzdelerinin değerlendirilmesinde anlamlı $p < 0,05$ ($p=0,197$) değerine rastlanılmamıştır.

Tablo 1.14. Erkeklerde yaş grubuna göre Zarit bakıcı yükü değerleri,

Yaş	Hiç	Orta	İleri	Aşırı	p
	%	%	%	%	0,258
18-39	33,3	43,6	42,1	33,3	
40-59	0,0	41,0	47,4	66,7	
60 yaş üzeri	66,7	15,4	10,5	0,0	

Zarit bakıcı yükü testinin erkeklerde yaşa göre katılımcı sayısı ve yüzdelerinin değerlendirilmesinde anlamlı $p<0,05$ ($p=0,258$) değerine rastlanılmamıştır.

Tablo 1.15. Tanı yılına göre % değerleri,

Tanı Yılı	Hiç ^a	Orta ^b	İleri ^c	Aşırı ^d	p
1>2=3					
1 yıldan az ¹	9,2	51,4	35,2	4,2	0,031* b>d=a=c
1-5 yıl ²	13,9	31,6	40,5	13,9	b>d=a=c
6-10 yıl ³	4,3	52,2	39,1	4,3	b>d=a=c

Hastalık teşhisinin, tanı yılı süresinin bakım yükü üzerindeki etkisinin incelediği tabloda $p=0,031$ ($p<0,05$) değeriyle anlamlı sonuç elde edilmiştir. İlk bir yılın bakım yükünün 1-5 yıldan fazla olduğu istatistiksel olarak tespit edilmiştir. 1 yıldan azl süredeki bakım yükü %51,4 orta seviyede %4,2 olan aşırı seviyesine göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. 1-5 yıl arasında %31,6 orta seviyede olan bakım yükü %13,9 olan aşırı bakım yüküne göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. 6-10 yıl arasında da bakım yükü %52,2 orta seviyede, %4,3 olan aşırı yüke göre anlamlı olarak tespit edilmiştir.

Tablo 1.16. Evde yaşayan kişi sayısına göre % değerleri,

Evdeki Kişi Sayısı	Hiç	Orta	İleri	Aşırı	p
Yalnız 1 n:5	0,0	60,0	20,0	20,0	0,82
2 kişi n:33	9,1	39,4	45,5	45,5	
3 kişi n:67	14,9	44,8	32,8	32,8	
4 kişi n:74	8,1	51,4	35,1	35,1	
5 ve üzeri n:65	9,2	40,0	41,5	41,5	

Hastaya bakım veren bireylerin yaşadıkları evdeki kişi sayısına göre bakım yükünün ağırlığını incelemek için yaptığımız araştırmanın sonucu $p=0,82$ ($p>0,05$) olarak tespit edilmiş, anlamlı değer tespit edilememiştir.

Tablo 1.17. Birlikte yaşadığı kişilere göre % değerleri,

Birlikte Yaşadığı Kişiler	Hiç	Orta	İleri	Aşırı	p
Yalnız n:5	0,0	60,0	20,0	20,0	0,79
Eşim ve kendim n:32	12,5	34,4	46,9	6,3	
Eşim ben çocuklar n:161	9,3	46,0	36,6	8,1	
Kendim, annem babam, kardeşlerim n:46	13,0	47,8	34,8	4,3	

Hastaya bakım veren, ankete katılan bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre hastalıktan etkilenme durumlarını öğrenmek için sorduğumuz sorunun da inceleme sonucu $p=0,79$ ($p>0,05$) olarak bulunmuş, anlamlı bir değere ulaşmamıştır.

*: p değeri 0,01 ile 0,05 arası istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

5.2. HASTALIK YÜKÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ BULGULARI

Tablo 2.1. HBYÖ gruplarının ZBYÖ ile tek yönlü varyans analizi değerleri,

Ölçek Grupları	Hiç ^a	Orta ^b	İleri ^c	Aşırı ^d	p	Posthoc tukey
Günlük yaşamda kısıtlanma	15,84±3,77	20,47±4,04	23,58±4,3	27,5±4,2	0,001***	a<b<c<d
Hasta için endişe etme	12,56±3,09	15,39±3,41	16,13±2,68	16,11±3,51	0,001***	a<b=c=d
Bakım verenin kayıpları	4,64±2,03	5,15±1,53	5,94±1,66	6,88±1,6	0,001***	a<b<c=d
Faaliyetlerde bozulma	3,64±1,35	4,79±1,09	5,47±1,04	5,88±1,81	0,001***	a<b<c=d
Mesleki faaliyetlerin bozulması	1,2±1,5	1,61±1,45	1,67±1,68	0,83±1,5	0,121	

Hastalık Bakım Yükü Değerlendirme Ölçeği beş ana başlıkta gruplandırılmıştır. Bu gruplandırmaya göre hastalık yükünün “hiç, orta, ileri ve aşırı” seviyede algılanma değerleri incelenmiştir. Tek yönle Anova testiyle değerlendirilmiş, Posthoc tukey testiyle ilişkileri belirlenmiştir. Hastalık yükü derecesinin değerlendirildiği inceleme sonunda “Bakım verenin mesleki faaliyetlerinde bozulma” ile ilgili anlamlı $p=0,121$ ($p>0,05$) değer bulunmazken diğer ana başlıkların hepsinde istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı $p\leq 0,001$ değerine ulaşılmıştır. Katılımcıların “Günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma” aşırı seviyede $27,5\pm 4,2$ ortalama ss değeriyle en yüksek anlamlı bulunmuş, ileri, orta, hiç değerleriyle sırasıyla azalan ölçüde ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. “Hasta için endişe etme” $p\leq 0,001$ orta seviyede $15,39\pm 3,41$ ortalama ss değeriyle hiç yük yok değeriyle anlamlı olarak tespit edilmiştir. Orta yük ve ileri yük değerleriyle anlamlı ilişkisinin

olmadığı tespit edilmiştir. “Bakım verenin kayıpları” $p \leq 0,001$ ileri seviyede $5,94 \pm 1,66$ ortalama ss değeriyle sırasıyla orta ve hiç yük yok değerlerine göre anlamlı bulunmuş, aşırı yük ile ilişkisi saptanmamıştır. “Bakım verenin faaliyetlerinde bozulma” $p \leq 0,001$ ileri seviyede $5,47 \pm 1,04$ ortalama ss değeriyle, sırasıyla orta ve hiç yük yok değerlerine göre anlamlı ilişkide olduğu, aşırı değeri ile ilişkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 2.2. Ölçek gruplarının cinsiyete göre ort $\pm$ ss değerleri,

Ölçek Grupları	Erkek ^a	Kadın ^b	p	
Günlük yaşamda kısıtlanma	20,42 $\pm$ 4,65	22,12 $\pm$ 5,04	0,019*	b>a
Hasta için endişe etme	14,25 $\pm$ 3,03	15,85 $\pm$ 3,27	0,001**	b>a
Bakım verenin kayıpları	5,29 $\pm$ 1,66	5,6 $\pm$ 1,76	0,223	
Faaliyetlerde bozulma	4,76 $\pm$ 1,16	5,09 $\pm$ 1,34	0,83	
Mesleki faaliyetler bozulması	2,48 $\pm$ 1,2	1,2 $\pm$ 1,53	0,001***	a>b

Hastalık yükü değerlendirme ölçeğine, T-test tekniğiyle Varimax ile Kaiser normalizasyonu yöntemi ile cinsiyet kategorizasyonu yapılmıştır. Bu değerlendirmede kadınların erkeklere göre günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanmanın daha fazla olduğu anlamlı $p=0,019$ ($p < 0,05$) $22,12 \pm 5,04$ ortalama ss değeri ile görülmüştür. Kadınların erkeklere göre, olumsuz duygular ve hasta için endişe etme durumlarının yüksek düzeyde anlamlı $p \leq 0,001$ $15,85 \pm 3,27$ ortalama ss değeri ile daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bakım verenin kayıpları $p=0,223$

*: p değeri 0,01 ile 0,05 arası istatiksel olarak anlamlı fark vardır.

** : p değeri 0,001 ile 0,01 olan istatiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark vardır.

***: p değeri, 0,001’den küçük, çok yüksek düzeyde istatiksel anlamlı fark vardır.

($p>0,05$) ve faaliyetlerinde bozulma $p=0,83$ ($p>0,05$) değerlerinde anlamlı $p<0,05$ değerine ulaşamamıştır. Fakat bakım verenlerin mesleki faaliyetlerinde bozulma ile ilgili değerlendirmede erkeklerin $2,48\pm1,2$ ortalama ss değeri ile kadınlara göre daha fazla etkilendikleri çok yüksek düzeyde anlamlı $p<0,001$ değeri ile tespit edilmiştir.

Tablo 2.3. Yaş gruplarına göre hastalık bakım yükünden etkilenmenin ortalama $\pm$ standart sapma değerleri,

Ölçek grupları	18-39 yaş ^a	40-59 yaş ^b	60 yaş üzeri ^c	p	Posthoc tukey
Günlük yaşamda kısıtlanma	21,73 $\pm$ 5,08	21,57 $\pm$ 5,07	21,81 $\pm$ 4,11	0,967	
Hasta için endişe etme	16,08 $\pm$ 3,29	14,77 $\pm$ 3,12	14,38 $\pm$ 3,15	0,04*	a>b=c
Bakım verenin kayıpları	5,40 $\pm$ 1,71	5,70 $\pm$ 1,77	5,47 $\pm$ 1,74	0,445	
Faaliyetlerde bozulma	5,10 $\pm$ 1,25	4,84 $\pm$ 1,33	5,14 $\pm$ 1,45	0,282	
Mesleki bozulma	1,75 $\pm$ 1,56	1,36 $\pm$ 1,56	1,00 $\pm$ 1,30	0,046*	a=b=c

Hastalık bakım yükünün yaş gruplarına göre değerlendirildiği tabloda, $p=0,04$ ($p<0,05$) değeri ile hasta için endişe eden 18 ile 39 yaş grubunun $16,08\pm3,29$ ortalama standart sapma değeriyle 40-59 yaş aralığına göre anlamlı değere sahip olduğu görülmektedir. Mesleki bozulma $p=0,046$ ($p<0,05$) değeri ile anlamlı bulunmuş fakat Posthoc tukey testi ile değerlendirildiğinde aralarında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Günlük yaşamda kısıtlanma $p=0,967$, bakım verenin kayıpları $p=0,445$ ve faaliyetlerde bozulma $p=0,282$ değerleriyle, bu grupların anlamlı $p<0,05$ değerinin olmadığı görülmüştür.

Tablo 2.4. Kadınların yaş gruplarına göre hastalık bakım yükünden etkilenmelerinin ort $\pm$ ss değerleri,

Ölçek grupları	18-39 yaş ^a	40-59 yaş ^b	60 yaş ve üzeri ^c	p	Posthoc tukey
Günlük yaşamda kısıtlanma	22,08 $\pm$ 5,09	22,16 $\pm$ 5,14	22,18 $\pm$ 4,19	0,995	
Hasta için endişe etme	16,33 $\pm$ 3,28	15,19 $\pm$ 3,13	15,36 $\pm$ 3,58	0,075	
Bakım verenin kayıpları	5,44 $\pm$ 1,74	5,85 $\pm$ 1,79	5,63 $\pm$ 1,68	0,336	
Faaliyetlerde bozulma	5,20 $\pm$ 1,29	4,91 $\pm$ 1,43	5,18 $\pm$ 1,16	0,369	
Mesleki bozulma	1,50 $\pm$ 1,57	0,86 $\pm$ 1,42	0,45 $\pm$ 1,21	0,007**	a>b=c

18 ile 39 yaş aralığındaki kadınların hasta için endişe durumları 18-39 yaş aralığının 1,50 $\pm$ 1,57 ortalama standart sapma değeri ile 40-59 yaş aralığına göre p=0,007 (p<0,01) yüksek düzeyde anlamlı olarak mesleki bozulma yaşadıkları kaydedilmiştir. Hasta için endişe etme p=0,075 (p>0,05), günlük yaşamda kısıtlanma p=0,995 (p>0,05), bakım verenin kayıpları p=0,336 (p>0,05), faaliyetlerde bozulma p=0,369 (p>0,05) değerleriyle anlamlı bulunmamıştır.

** : p değeri 0,001 ile 0,01 olan istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark vardır.

Tablo 2.5. Erkeklerin yaş gruplarına göre hastalık bakım yükünden etkilenmelerinin ort $\pm$ ss değerleri,

Ölçek grupları	18-39 yaş ^a	40-59 yaş ^b	60 üzeri ^c	p	Posthoc tukey
Günlük yaşamda kısıtlanma	20,37 $\pm$ 4,91	20,11 $\pm$ 4,66	21,40 $\pm$ 4,22	0,760	
Hasta için endişe etme	15,11 $\pm$ 3,25	13,74 $\pm$ 2,91	13,30 $\pm$ 2,31	0,141	
Bakım verenin kayıpları	5,25 $\pm$ 1,63	5,33 $\pm$ 1,68	5,30 $\pm$ 1,88	0,987	
Faaliyetlerde bozulma	4,74 $\pm$ 0,98	4,66 $\pm$ 1,07	5,10 $\pm$ 1,79	0,605	
Mesleki bozulma	2,70 $\pm$ 1,13	2,59 $\pm$ 1,18	1,60 $\pm$ 1,17	0,037*	a>b=c

Erkeklerde de 18 ile 39 yaş aralığında 2,70 $\pm$ 1,13 standart sapma değeriyle 40-59 yaş aralığına göre, hastalık bakım yükü nedeniyle mesleki bozulma p=0,037 (p<0,05) kaydedilmiştir. Günlük yaşamda kısıtlanma p=0,760 (p>0,05), hasta için endişe etme p=0,141 (p>0,05), bakım verenin kayıpları p=0,987 (p>0,05), faaliyetlerde bozulma p=0,605 (p>0,05) değerleriyle anlamlı bulunmamıştır.

*: p değeri 0,01 ile 0,05 arası istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Tablo 2.6. Ölçek gruplarının eğitim düzeyine göre ort $\pm$ ss değerleri,

Ölçek Grupları	İÖ ve altı ^a	OO ve üzeri ^b	p	
Günlük yaşamda kısıtlanma	23,25 $\pm$ 4,99	20,7 $\pm$ 4,74	0,001***	a>b
Hasta için endişe etme	15,41 $\pm$ 3,17	15,43 $\pm$ 3,35	0,96	
Bakım verenin kayıpları	5,95 $\pm$ 1,75	5,25 $\pm$ 1,67	0,002**	a>b
Faaliyetlerde bozulma	5,03 $\pm$ 1,24	4,99 $\pm$ 1,34	0,82	
Mesleki faaliyetlerin bozulması	0,98 $\pm$ 1,51	1,87 $\pm$ 1,49	0,001***	b>a

Eğitim kategorisinde ilkokul ve altı ile ortaokul ve üzeri olarak iki gruba ayrılarak T-test tekniği ile yapılan değerlendirmede, eğitim düzeyi ilkokul ve altında olan grubun ortaokul ve üzerindeki gruba göre, günlük yaşamda kısıtlanma olduğunu belirtmişlerdir. Ortalama standart sapma değerinin $p \leq 0,001$ 23,25 $\pm$ 4,99 ile çok yüksek düzeyde ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumunun olumsuz duygular ve hasta için endişe etme durumlarında etkili olmadığı $p=0,96$ ($p>0,05$) değeri ile saptanmıştır. İlkokul ve altı grubun bakım verenin kayıpları ölçümü değeri $p=0,002$ ($p<0,01$) ile ortaokul ve üzeri eğitim almış gruba göre daha yüksek düzeyde olduğu 5,95 $\pm$ 1,75 ortalama standart sapma değeri yüksek düzeyde anlamlı olarak tespit edilmiştir. Hastaya bakım veren aile bireylerinin faaliyetlerinde bozulma ile ilgili incelemede eğitim durumunun etkili olmadığı $p=0,82$ ($p>0,05$) değeriyle görülmüştür. Fakat mesleki faaliyetlerde bozulma ile ilgili incelemede ortaokul ve üzeri eğitim almış grubun ilkokul ve altı eğitim almış gruba göre daha fazla etkilendiği 1,87 $\pm$ 1,49 ortalama standart sapma değeri $p \leq 0,001$ ile çok yüksek düzeyde tespit edilmiştir.

Tablo 2.7. İlkokul ve altı eğitim grubunda olanların yaş gruplarına göre hastalık bakım yükünün ort $\pm$ ss değerleri,

Ölçek grupları	18-39 yaş ^a	40-59 yaş ^b	60yaş üzeri ^c	p	Posthoc tukey
Günlük yaşamda kısıtlanma	24,86 $\pm$ 4,49	22,36 $\pm$ 5,33	23,09 $\pm$ 3,70	0,090	
Hasta için endişe etme	16,73 $\pm$ 2,81	14,75 $\pm$ 3,22	15,00 $\pm$ 3,0	0,020*	a>b=c
Bakım verenin kayıpları	6,36 $\pm$ 1,54	5,90 $\pm$ 1,77	5,09 $\pm$ 2,02	0,113	
Faaliyetlerde bozulma	5,33 $\pm$ 0,92	4,78 $\pm$ 1,37	5,36 $\pm$ 1,20	0,104	
Mesleki bozulma	0,76 $\pm$ 1,56	1,13 $\pm$ 1,55	0,90 $\pm$ 1,13	0,566	

Eğitim düzeyi ilkokul ve altında olan katılımcıların, ölçek gruplarından günlük yaşamda kısıtlanma değerlendirmesinin $p=0,090$ ($p>0,5$) değeri ile anlamlı bulunmamıştır. İlkokul ve altı eğitim düzeyinde olan 18-39 yaş arası katılımcıların $p=0,020$ ($p<0,05$) 16,73 $\pm$ 2,81 ortalama standart sapma değeri ile hastaları için endişe ettikleri görülmüştür. İlkokul ve altında eğitim almış olan katılımcıların yaş gruplarına göre değerlendirmesinde, ölçeklendirme gruplarından, bakım verenin kayıpları $p=0,113$ ($p>0,05$), faaliyetlerde bozulma $p=0,104$ ($p>0,05$) ve mesleki bozulma $p=0,566$ ($p>0,05$) değerlendirmelerinde anlamlı veriye ulaşılamamıştır.

*: p değeri 0,01 ile 0,05 arası istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

**.: p değeri 0,001 ile 0,01 olan istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark vardır.

***: p değeri, 0,001'den küçük, çok yüksek düzeyde istatistiksel anlamlı fark vardır.

Tablo 2.8. Ortaokul ve üzeri eğitim grubunda olanların yaş gruplarına göre hastalık bakım yükünün ort $\pm$ ss değerleri,

Ölçek grupları	18-39 yaş	40-59 yaş	60 yaş üzeri	p
Günlük yaşamda kısıtlanma	20,77 $\pm$ 4,88	20,59 $\pm$ 4,61	20,40 $\pm$ 4,27	0,958
Hasta için endişe etme	15,87 $\pm$ 3,42	14,80 $\pm$ 3,03	13,70 $\pm$ 3,33	0,052
Bakım verenin kayıpları	5,11 $\pm$ 1,66	5,45 $\pm$ 1,75	5,90 $\pm$ 1,37	0,250
Faaliyetlerde bozulma	5,04 $\pm$ 1,33	4,90 $\pm$ 1,30	4,90 $\pm$ 1,72	0,840
Mesleki bozulma	2,05 $\pm$ 1,44	1,64 $\pm$ 1,44	1,10 $\pm$ 1,52	0,078

Ortaokul ve üzeri eğitim almış katılımcıların yaş gruplarına göre yapılan hastalık bakım yükü incelenmesinde anlamlı p değeri tespit edilmemiştir.

Tablo 2.9. Ölçek gruplarının hastalık süresine göre ort $\pm$ ss değerleri,

Ölçek Grupları		Tanı yılı			Posthoc tukey
		1 yıldan az ^a	1-5 yıl ^b	6-10 yıl ^c	
Günlük yaşamda kısıtlanma		20,95 $\pm$ 4,67	22,36 $\pm$ 5,38	23,73 $\pm$ 4,77	0,015* c>a=b
Hasta için endişe etme		15,67 $\pm$ 3,46	15,15 $\pm$ 3,09	14,86 $\pm$ 2,65	0,36
Bakım verenin kayıpları		5,48 $\pm$ 1,74	5,46 $\pm$ 1,83	5,95 $\pm$ 1,29	0,45
Faaliyetlerde bozulma		4,92 $\pm$ 1,14	5 $\pm$ 1,54	5,56 $\pm$ 1,23	0,09
Mesleki bozulma		1,48 $\pm$ 1,53	1,44 $\pm$ 1,59	2,17 $\pm$ 1,46	0,11

Hastalığın tanı yılının bakım verme yükü üzerindeki etkisinin araştırıldığı incelemede günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanmanın, hastalık süresi arttıkça artış gösterdiği 6-10 yılda $p=0,015$ ($p<0,05$) $23,73\pm4,77$ ortalama standart sapma değeri ile 1 yıldan aza göre anlamlı olduğu görülmüştür. Olumsuz duygular ve hasta için endişe etme $p=0,36$ ($p>0,05$), bakım verenin kayıpları $p=0,45$ ($p>0,05$), faaliyetlerde bozulma $p=0,09$ ($p>0,5$) ve mesleki faaliyetlerinde bozulma $p=0,11$ ($p>0,05$) değerleriyle hastalığın süresinde etkili olmadıkları tespit edilmiştir.

Tablo 2.10. Ölçek gruplarının evde yaşayan kişilere göre ort $\pm$ ss değerleri,

Ölçek Grupları	Yalnız	Eşim kendim	ve Eşim kendim çocuklar	Annem,babam kardeşlerim kendim	p
Günlük yaşamda kısıtlanma	25,4 $\pm$ 3,8	21,78 $\pm$ 5,63	21,6 $\pm$ 4,87	21,45 $\pm$ 5,02	0,372
Hasta için endişe etme	15,2 $\pm$ 4,0	15,59 $\pm$ 3,36	15,5 $\pm$ 3,34	14,9 $\pm$ 2,95	0,506
Bakım verenin kayıpları	5,6 $\pm$ 2,5	6 $\pm$ 2,04	5,47 $\pm$ 1,69	5,36 $\pm$ 1,56	0,334
Faaliyetleri n bozulması	5,6 $\pm$ 1,34	4,65 $\pm$ 1,09	5 $\pm$ 1,26	5,21 $\pm$ 1,53	0,212
Mesleki faaliyetlerde bozulma	2,6 $\pm$ 1,67	1,03 $\pm$ 1,4	1,42 $\pm$ 1,53	2,15 $\pm$ 1,56	0,003**

*: p değeri 0,01 ile 0,05 arası istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

**.: p değeri 0,001 ile 0,01 olan istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark vardır.

Evde yaşayan kişi sayısının yaşam faaliyetleri üzerine etkisinin incelenmesinde yalnızca, yalnız yaşayan bireylerin mesleki faaliyetlerinde bozulma olduğu $p=0,003$ ($p<0,01$) $2,6\pm1,67$ ortalama standart sapma değeri ile yüksek düzeyde anlamlı tespit edilmiştir. Aile içindeki birey sayısının hastalık bakım yükü nedeniyle yaşamda kısıtlama $p=0,372$ ($p>0,05$), hasta için endişe etme ve olumsuz duygular $p=0,506$ ($p>0,05$), bakım verenin kayıpları $p=0,334$ ($p>0,05$), faaliyetlerinde bozulma $p=0,212$ ($p>0,05$) değerleriyle anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 2.11. Hastalık yükü değerlendirme ölçeği ile Zarit bakıcı yükü ölçeğinin korelasyon değerleri,

Hastalık yükü grupları	ZBYÖ r	Toplam Puan p
Günlük yaşamda kısıtlanma	0,63	0,001***
Hasta için endişe etme	0,27	0,001***
Bakım verenin kayıpları	0,37	0,001***
Faaliyetlerde bozulma	0,46	0,001***
Mesleki faaliyetlerde bozulma	0,08	0,903

Her iki ölçeğin korelasyon değerlerinin çok yüksek düzeyde anlamlı olduğu, yalnız mesleki faaliyetlerde bozulma karşılaştırmasında iki test arasında $p=0,903$ ($p>0,05$) değeri ve $r=0,08$ değeriyle uyumluluk göstermediği izlenmiştir. Korelasyon tablosunda her iki ölçeğin en uyumlu olduğu sonuçlarının $p\leq0,001$ $r=0,63$ değerleriyle günlük yaşamda kısıtlanma olmasıdır. Bunu $p\leq0,001$ $r=0,46$ değerleriyle faaliyetlerinde bozulma takip etmektedir. Ardından $p\leq0,001$ $r=0,37$ değerleriyle bakım verenin kayıpları gelmektedir. En son olarak $p\leq0,001$ $r=0,27$ değerleriyle hasta için endişe etme verilerinin zayıf uyumlu olduğu görülmüştür.

***: p değeri, 0,001'den küçük, çok yüksek düzeyde istatistiksel anlamlı fark vardır.

Tablo 2.12. Yaş gruplarına göre korelasyon tablosu,

Ölçek grupları	r	p
Günlük yaşamda kısıtlanma	0,050	0,436
Hasta için endişe etme	-0,168	0,009**
Bakım verenin kayıpları	0,082	0,22
Faaliyetlerde bozulma	-0,024	0,708
Mesleki bozulma	-0,209*****	0,001**

Hastalık bakım yükü testinin yaş grupları üzerinde yapılan korelasyon incelemesinde, yaş arttıkça hasta için endişe etme değerinin azaldığı $p=0,009$ ($p<0,01$) ile yüksek düzeyde anlamlı bulunmuş, fakat düşük $r(-0,168)$ değeri nedeniyle korelasyon olmadığı yönünde değerlendirilmiştir. Yaşın mesleki bozulma üzerinde de ters orantılı etkisi olduğu tespit edilmiş, istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı $p\leq 0,001$ değeri ile yaş arttıkça mesleki bozulmanın azaldığı $r=-0,209$ değeriyle zayıf korelasyon olarak belirlenmiştir. Yaşın diğer bakım yükü grupları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür.

Tablo 2.13. Günlük yaşamda kısıtlanmanın korelasyon tablosu,

Ölçek grupları	r	p
Hasta için endişe etme	0,288*****	0,001***
Bakım verenin kayıpları	0,475*****	0,001***
Faaliyetlerde bozulma	0,614*****	0,001***
Mesleki bozulma	-0,76	0,236

Hastası için endişe eden bireylerin günlük yaşamlarının da kısıtlandığı $p\leq 0,001$ $r=0,288$ ile zayıf uyumlu oldukları görülmektedir. Bakım verenlerin kayıpları arttıkça, günlük yaşamda kısıtlanma olduğu $p\leq 0,001$ $r=0,475$ değerleriyle

görülmektedir. Faaliyetlerinde bozulma olan hasta yakınlarının da günlük yaşamda da kısıtlanma olduğu $p \leq 0,001$ $r=0,614$ değerleriyle tespit edilmiştir.

Tablo 2.14. Hasta için endişe etme korelasyon tablosu,

Ölçek grupları	r	p
Bakım verenin kayıpları	0,149	0,020*
Faaliyetlerde bozulma	0,224****	0,001***
Mesleki bozulma	-0,107	0,095

Bakım veren bireylerin kayıpları arttıkça, hastaları için endişeleri de artmakta olduğu $p=0,020$ ($p<0,05$), yalnız $r=0,149$ değerinin düşük olması nedeniyle uyumlu olmadığı yönünde değerlendirilmiştir. Faaliyetlerinde bozulma oldukça, hastaları için endişeleri de $p \leq 0,001$ $r=0,224$ değeri ile zayıf korelasyon ile artmaktadır. Hasta için endişe etme ile mesleki bozulma arasında $p=0,095$ ($p>0,05$) değeri ve $r=-0,107$ değeri nedeniyle anlamlı bulunmamıştır.

*: p değeri 0,01 ile 0,05 arası istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

** : p değeri 0,001 ile 0,01 olan istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark vardır.

***: p değeri, 0,001'den küçük, çok yüksek düzeyde istatistiksel anlamlı fark vardır.

****: $r<0,2$ ise ilişki yok; 0,2-0,4 zayıf; 0,4-0,6 orta; 0,6-0,8 yüksek; $r> 0,8$ ise çok yüksek korelasyondur.

Tablo 2.15. Bakım verenin kayıpları korelasyon tablosu,

Ölçek grupları	r	p
Faaliyetlerde bozulma	0,404****	0,001***
Mesleki bozulma	0,034	0,599

Faaliyetlerinde bozulma oldukça bakım verenin kayıpları da çok yüksek düzeyde anlamlı $p \leq 0,001$ $r=0,404$ değerleri ile orta şiddette korelasyonla artmaktadır.

Tablo 2. 16. Faaliyetlerde bozulma korelasyon tablosu,

Ölçek grupları	r	p
Mesleki bozulma	-0,024	0,704

Mesleki bozulma ile faaliyetlerde bozulma arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır.

6. TARTIŞMA

Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin veya yakınlarının bakım verme yüklerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma, hastaya bakım veren aile üyelerinin sorun alanlarını belirlemek için yapılmıştır. Sorun alanlarının tespit edilmesi, sorunun çözümüne yönelik bir başlangıç olacaktır. Hasta bakımı görevinin genellikle kadınlara verildiği, kadınların çoğunluğunun 18-39 yaş arasında oldukları ve bu yaş aralığının genelde ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip oldukları görülmüştür.

6.1 ZARİT BAKICI YÜKÜ ÖLÇEĞİ TARTIŞMASI

Zarit bakıcı yükü ölçeği üzerinden yapılan değerlendirmede, 244 katılımcının ağırlıklı olarak orta ve ileri seviyede bakım yükünün olduğu anlaşılmıştır (Tablo 1.2). Bakım verenleri yaş ortalaması 40,86 (Tablo 1.3) iken, %52,9'u 18-39 yaş aralığında bulunmaktadır. Bu sonuç, bakım görevinin gençlere bırakıldığını göstermektedir (Tablo 1.4).

Katılımcıların 180'inin kadın, 64'ünün erkek olması, hasta bakımı ile kadınların erkeklere göre bakım rolünü daha fazla üstlendiklerini göstermektedir (Tablo 1.1). İnsanlar dişi veya erkek cinsiyeti ile doğarlar fakat yetiştirilirken toplumun cinsiyetlerine özgü beklediği roller çerçevesinde kız veya erkek çocuk olmayı öğrenerek büyürler (Terzioğlu ve Taşkın, 2008). Aile, içerisine girdiği toplumsal çevrenin ve alınan eğitimin de etkisiyle kız ve erkek çocukları, cinsiyetlerine uygun roller vermekte ve toplumsal cinsiyet kimliğini edinmektedirler. Böylece kadınların payına ev ile ilgili işleri yürütme ve çocuk bakımı gibi işler düşerken, erkekler için iş rolleri aile rollerinden daha önemli hale gelmektedir (Powell ve Greenhouse 2010).

Michael ve arkadaşlarının 1999'da yaptığı çalışmada da bakım sorumluluğunun büyük çocuklara, genelde de kadınlara bırakıldığı belirlenmiştir. Karabuğa Yakar ve Pınar'ın 2013 yılında yapmış oldukları çalışmanın sonucunda da bakıcı rolünün genelde kadınlara verildiği tespit edilmiştir. Kadınların Zarit bakıcı yükü ölçeği değerlendirmesinde, hasta yükünü ileri seviyede değerlendirdikleri görülmektedir (Tablo 1.5). Erkek katılımcılar ise hasta bakım yükünü orta seviyede değerlendirmektedirler. Kadınların üstlendiği çocuk bakma, yemek, çamaşır, temizlik işlerinin yükü yeterince ağırken, günümüzde meslek yüksekokulu düzeyinde eğitimle öğrenilen bir mesleğe dönüşen hasta bakımını da üstlenmeleri, yüklerini fazlasıyla artırıyor gibi görünmektedir. Araştırmamızda kadınların bakıcı yükünü ileri seviyede bildirmiş olmaları bu kapsamda değerlendirilebilir.

Hasta yakınlarının cinsiyete ve yaşa göre dağılımı incelendiğinde 18 ile 39 yaş arasındaki bakıcıların %56,7'sinin kadın olduğu görülmektedir (Tablo 1.6). Bu tabloda kadın ve erkek hasta yakınlarının 60 yaş ve üzerindeki hasta yakınlarına göre istatistiksel olarak anlamlı olarak çoğunlukla gençlerden oluştuğu anlaşılmaktadır.

Medeni halin bakım yükü üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır (Tablo 1.8). Kanseri hastalarına bakım veren aile bireylerinin evli ya da bekar olmaları, bakım yükünü artırıcı veya azaltıcı bir etkiye sahip değildir. Kadınların evli veya bekar olmaları üstlendikleri sorumluluklarda çok fazla değişikliğe neden olmamaktadır. Erkeklerde de durum değişmemektedir. Evli olmaları halinde de hayat yükünü eşleriyle paylaşmaktadırlar. Katılımcıların evli olmalarının, hasta bakımında destekleyici yönü olabileceği gibi iş yükünü artırıcı bir yönü de olabilir. Bekar olmaları, hasta yükünü arttırabilir veya bakmakla yükümlü olacakları başka bireyler olmayacağı için rahatlatıcı da olabilir. Hasta bakımını yüklenen bireylerin aile içerisindeki birey sayısının onlar için kolaylaştırıcı mı yoksa ağırlaştırıcı bir durum mu olduğu öznel koşulları üzerinden incelenebilecek bir belirsizliktir.

Katılımcıların eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanların bakım yüklerinin ortaokul ve üzerinde eğitim alan katılımcılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 1.9). Eğitim düzeyinin düşmesinin katılımcıların bakım yükünün artışı yönünde ters orantılı olduğu istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı $p < 0,01$ değeri ile tespit edilmiştir. İlkokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin bakım yükünün, ortaokul ve üzeri eğitim bilgisine sahip bireylere göre daha yüksek olması; onların zor

durumla baş etme gücünün düşük oluşuyla ilişkili olabilir. Duygusal yüklerle baş etme becerilerinin düşük olması nedeniyle kriz karşısında kendilerini daha güçsüz hissetmeleri beklenir. Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinin kullanıldığı Mollaoğlu ve arkadaşlarının (2010) inneli hastaların bakım vericilerinin üzerinde yapmış olduğı çalışmada da eğitim düzeyi ilkokul altında olan bireylerin bakım yüklerinin daha yüksek olduğı tespit edilmiştir. Her iki çalışmanın sonucunun aynı olması, eğitim düzeyi düşük bireylerin bakım yüklerinin daha fazla olduğunu desteklemektedir. Eğitim düzeyinin düşük olması, daha az sosyal çevre, daha az sosyal uğraş demektir. Okuma ve araştırma davranışları zayıf olacağından, çevrelerinden duyacakları felaket haberlerine inanacak, hastalıkla ilgili tutumları olumsuz yönde gelişecektir.

Zarit Bakım Yüğü'nün yaş grupları üzerindeki değerdendirmenin anlamlı p değerdine sahip olmaması ($p>0,05$) hasta yükünün her yaş grubunda mevcut olduğunu göstermektedir (Tablo 1.12). Kadın katılımcılar bakım yükünün yaş grupları ile değerdendirilerek, hangi yaş aralığındaki kadınların bakım yükünün daha fazla olduğunu araştırdık (Tablo 1.13). Bu tablonun da anlamlı bir p değerdinin olmaması ($p>0,05$), kadınların her yaş grubunda bakım yükünü hissettiklerini göstermektedir. Erkeklerin için yapılan değerdendirme de aynı şekilde anlamlı bir p değerdine sahip olmadığı için ($p>0,05$), erkekler için de bakım yükünün yaş ile ilişkisi olmadığı görülmüştür (Tablo 1.14).

Hastalığın tanı yılının hastalık yükü üzerinde etkisinin olup olmadığına dair yapılan incelemeden anlamlı veriler elde edilmiştir. Hastalığın tanı sürelerini bir yıldan az, bir yıl ile beş yıl arası ve altı ile 10 yıl arasındaki sürelerle bölerek, bakım yükünün derecelendirilmesi yapılmıştır. Teşhisin konduğu ilk yıl ve nüksün görölme ihtimalinin en çok olduğı 1-5 yıl ve 5 yıldan uzun süredir hastalıkla mücadele edenler olarak değerdendirilmiştir. Hastalık yükü her üç grupta da aşırı yüke göre orta seviyede anlamlı olarak orta seviyede belirtilirken, (Tablo 1.15) ilk yılın 1-5 yıla göre bakım yükünün daha fazla olduğı tespit edilmiştir. Hastalıkla ilk karşılaşılan dönemde hastaların bakım yükünü daha fazla belirtmeleri, tedavinin ilk yıllarda yoğunlukla gerçekleşmesi olarak değerdendirilmiştir. Takip eden yıllarda kontrollerin sıklığının azalması, bakım yükünü hafifleten etmenlerden birisidir.

Hastaya bakım veren bireylerin evlerinde kimlerle yaşadıklarının, hastalık yüküne etkisi anlamlı bir sonuç vermemiştir. Bakım veren bireylerin öznel durumları

nedeniyle farklı cevaplar verdikleri, aile içi araştırmalarla bu konunun da ayrı bir çalışmada incelenmesi gerektiği görülmektedir. Aile bireylerinin yaşları, çalışıp çalışmadıkları, hasta bakımına katkı sunup sunmadıkları da değerlendirmeye katılması gereken unsurlardır.

6.2. HASTALIK YÜKÜ ÖLÇEĞİ TARTIŞMASI

Hastalık yükü ölçeğinin değerlendirmesini beş ana gruba bölerek yaptığımız, ZBYÖ ile tek yönlü varyans analizinde, istatistiksel olarak çok anlamlı bulunan değerlerle, ankete katılan katılımcılar günlük yaşamlarında aşırı derecede kısıtlanma olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 2.1). Katılımcılar, hastaları için orta derecede endişe etmektedirler. Bakım veren bireylerin kayıplarının ileri derecede olduğunu bildirilmiştir. Faaliyetlerinde ileri derecede bozulma olduğu kaydedilmiştir. Katılımcıların hastalık yükünün olduğu tespit edilmiştir. Kanser hastalarına bakım vermenin, ağır bir yükünün olduğu açıkça görülmektedir.

Hastalık Yükü Ölçeğinin cinsiyet üzerinde de farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır (Tablo 2.2). Kadınların erkeklerden daha fazla günlük yaşamlarında kısıtlanma hissettikleri görülmektedir. Hasta bakımı genelde kadınlara bırakıldığı için bütün sosyal hayatları bitmektedir. Toplumsal kültür, kadının ve erkeğin nasıl davranacağını, nasıl düşüneceğini belirler; nasıl hareket edeceğine ilişkin beklentileri ortaya koyar, yani kadın ve erkeği sosyal olarak yapılandırır (Akın ve Demirel 2003; Üner 2008; Powell ve Greenkouse 2010). Yine kadınların, erkeklerden daha fazla hastaları için endişe ettikleri görülmüştür. Sosyal hayatları da olmayınca tüm uğraşları hasta ve ev işleri olacağı için, hastanın sağlık durumundan başka bir şey düşünemeyeceklerdir. Eğer kanser ile ilgili damgalama tutumları varsa, endişeleri katlanacaktır. Toplumun cinsiyet klişelerine göre, erkeğin en önemli rolü ailenin geçimini sağlamak, kadının en önemli görevi ise çocuklarını büyütmek ve aile yaşamının devamlılığını sağlamaktır (Moya 2000). Tablo 2.1’de değerlendirilemeyen mesleki bozulma durumu, tablo 2.2’de cinsiyete göre farklılık göstererek erkeklerde daha fazla olduğu görülmüştür. Katılımcıların geneli üzerinde yapılan değerlendirmede mesleki bozulma ortalama standart sapma değeri anlamlı p

aralığında değerlendirilmezken ($p>0,05$), kadın ve erkek cinsiyetleri üzerinden ayrı ayrı yapılan değerlendirmede, erkeklerde ($p<0,05$) daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Kadınların genelde ev hanımı olmaları (Tablo 1.7) bu durumu açıklamaktadır.

Bakım veren bireylerin kayıplarının cinsiyete etkisi kaydedilmemiştir. Faaliyetlerinde bozulma olup olmadığı üzerine yapılan incelemede de anlamlı veri tespit edilmemiştir. Fakat mesleki faaliyetlerin bozulup bozulmadığı üzerine sorulan sorularla ilgili yapılan cinsiyet araştırmasında, erkeklerin kadınlardan daha fazla etkilendikleri tespit edilmiştir. Diğer anket olan Zarit Bakıcı Yüğü ölçeğinde hastalık bakım yükünün mesleki faaliyetler üzerinde etkisi anlamlı bulunmazken, Hastalık Bakım Yüğü Ölçeğinde cinsiyete göre değerlendirildiğinde anlamlı sonuç bulunabilmiştir. Kadınların meslek hayatına erkeklere göre daha az katılmış olmaları mesleki faaliyetin bakım yükünü etkilemesi değerlendirmesi de cinsiyete göre farklı çıkmıştır. Kadınlar çalışmak yerine evde hasta ve çocuk bakımıyla ilgilenecek, erkekler çalıştıkları için mesleki sorun yaşayacaklardır. Erkeklerin, hastalarını hastaneye getirip götürmek için sürekli izin almaları mümkün olmayacaktır. Tedavi ve bakıma aktif olarak katılmak istediklerinde, mesleki faaliyetleri etkilenecektir. Bu yüzden hasta bakımında kadınlardan daha az rol alacaklardır.

Hastalık yükünün yaş grupları üzerindeki etkisini incelediğimiz tablo (Tablo 2.3), 18-39 yaş aralığındaki genç katılımcıların hastaları için daha fazla endişe ettiklerini göstermektedir. Ankete katılanların yaş aralığına baktığımızda da (Tablo 1.4) yine bu genç yaş aralığının sayısının ortalamanın üzerinde olduğunu görmekteyiz. Hasta bakımında gençler daha fazla rol almaktalar fakat hastaları için de yine onlar diğer yaş gruplarına göre daha fazla endişe duymaktadırlar. Hastayla daha fazla zaman geçirenlerin endişeleri de bununla paralel olarak artmaktadır. Çalışan erkek katılımcıların hastaları için daha az endişe ediyor olmaları, onların sürekli olarak hastalarıyla ve hastalık psikolojisiyle uğraşmıyor olmaları, farklı ortamlarda farklı uğraşlar içinde olmalarıdır. Tabi meslek hayatlarında da bir bozulma yaşayacaktır. Zaten çalışma yaşına da denk gelen 18-39 yaş aralığındaki katılımcıların mesleki bozulma olduğunu bildirmeleri beklenen bir durumdur. Mesleki bozulma yaşadığını belirtenler yalnızca çalışan grup değil, ev hanımları da olmuştur. Çünkü hasta bakımı ile uğraşan kadınlar, ev işleri ve çocukları ile ilgilenecek zaman bulamadıkları için, Onlar da mesleki bozulma olduğunu bildirmişlerdir. Bunun yanında, kadınların bakım yükünden etkilenme durumlarını

yaş grupları üzerinde incelediğimizde de 18-39 yaş aralığındaki kadınların mesleki bozulma yaşadıkları görülmektedir. Tablo 2.1’de genel katılımcılar üzerinde yapılan değerlendirmede anlamlı $p>0,05$ olmadığı için değerlendirilemeyen, tablo 2.2’de cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkeklerde anlamlı $p<0,05$ değeri ile çoğunlukla yaşandığı ifade edilmişti. Mesleki bozulma durumunun, tablo 2.4’de kadın katılımcıların yaş gruplarına göre değerlendirildiği tabloda, anlamlı $p<0,01$ değeri ile 18-39 yaş aralığında 40-59 yaş aralığına göre daha fazla hissedildiği görülmüştür. Bu veri de yine kadınların çalışmıyor olsalar da ev işlerinde aksaklık yaşamaları nedeniyle mesleki bozukluk olduğunu ifade ettiklerini göstermektedir. Erkeklerde kadınlara göre daha fazla hissedildiğini bildiğimiz mesleki bozulma, yaş gruplarında yapılan incelemede de 18-39 yaş aralığındaki kadınlarda daha fazla görülmüştür. Her iki cinsiyet grubunda da mesleki bozulma yaşanan yaş aralığı genç erişkin yaş aralığına denk gelmektedir. Bu yaş aralığı insan hayatında çalışma dönemine denk gelmektedir. Emeklilik yaşı kadınlarda 57, erkeklerde 60 olduğu için, 40 ile 59 yaş aralığında da çalışanların olması mümkündür. Fakat bu yaş grubunda olanların mesleki tecrübeleri nedeniyle daha az sorun yaşadıkları düşünülebilir. Hasta için endişe etme durumu da sınırdan anlamlı bir değerle, 18-39 yaş aralığında anlamlı bulunmuştur. Hasta bakımıyla ilgilenen yaş grubu 18-39 yaş olduğu için, hasta için endişe etmede de diğer yaş gruplarından daha fazla olacaktır.

Bakım yükünün eğitim düzeyine göre farklılık gösterip göstermediğine bakılan incelemede Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinde olduğu gibi ilkökul ve altı düzeyde eğitim alan bireylerde bakıcı yüğü daha fazladır. Eğitim düzeylerinin ilkökul ve altı ile ortaokul ve üzeri olarak iki gruba ayrıldığında ancak anlamlı verilere ulaşılmasından dolayı, bu iki grup üzerinde hastalık bakım yükünü değerlendirdiğimiz verilerde, ilkökul ve altında eğitim düzeyine sahip katılımcıların, günlük yaşamlarında kısıtlanma olduğu ve bakım verenlerin kayıplarının olduğu görülmektedir. Hastaları için en çok endişe duyan yaş aralığının 18-39 yaş aralığı olduğunu tablo 2.3’de görebiliriz. Kardeş Özdemir ve arkadaşlarının 2009’da kanserli çocuğı olan annelerin bakım yükleri üzerine yapmış oldukları çalışmalarında öğrenim durumu ile bakım yüğü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Grater’in 2005 yılı çalışmasında, eğitim düzeyi yükseldikçe, sağlık profesyonelleri ile daha az iletişim kurulduğu, hastalık ve gidiş konusunda kendileri tarama yaptıkları için stres durumlarının daha fazla olacağı belirtilmiştir. Karabuğa

Yakar ve Pınar'ın 2013 yılında yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların %45,0'inin eğitim düzeylerinin üniversite düzeyinde olduğu, fakat eğitim düzeyinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinde anlamlı bir sonuca ulaşamadığı belirtilmiştir. Katılımcıların yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada, yaşam kalitesi oldukça düşük bulunmuştur. Her ne kadar daha önce yapılan çalışmalarda eğitim düzeyinin hasta bakım yükü ile ilişkisi bulunamamış olsa da, bu çalışmada tespit edilen veriler, eğitim düzeyinin ilkokul ve altında olanların hastalık bakım yükünün diğer eğitim düzeylerine göre daha fazla olduğudur. Anlamlı verilerin bulunduğu eğitim gruplamasında ilkokul ve altı ile ortaokul ve üzeri gruplanmasının anlamlılığı fark edilmiş olup, ilkokul ve altı eğitim düzeyinin hastalık bakım yükünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 2.6 ve tablo 2.7). Ortaokul ve üzerinde eğitim almış grubun ise mesleki faaliyetlerinde bozulma olduğu görülmektedir. Bu veriler bize ilkokul ve altında eğitim düzeyinde olan katılımcıların, hastaları olmadan önce, günlük yaşamlarında kendilerine daha fazla zaman kaldığını göstermektedir. Hastalıkla beraber boş zamanları hasta bakımıyla dolduğu için günlük yaşamda kısıtlanma ve kayıplarının olduğunu belirtmişlerdir. İlkokul mezunu olduğunu bildiren 93 kişinin ev hanımı, emekli ve serbest meslek grubunda olduklarını belirtmelerinden dolayı, işsiz olan ilkokul mezunlarının hasta bakımıyla ilgilenmeden önce kendilerine ayıracak çok boş zamanlarının olduğu anlaşılabilmektedir (Tablo 1.5, tablo 1.11). Bu tablo, hasta bakımı nedeniyle, çalışan ortaokul ve üzeri hasta yakınlarının meslekleriyle ilgili sorunlarının olduğunu gösterirken, çalışmayan ilkokul ve altı eğitim düzeyindeki hasta yakınlarının günlük yaşamlarında kısıtlanma olduğu ve kayıplarının olduğunu göstermektedir.

Yaş gruplarının hastalık yükü arasındaki ilişkiyi incelediğimiz tabloda (Tablo 2.3) bakım yükünün en çok 18-39 yaş aralığında olduğunu belirlemiştik. Eğitim düzeylerine göre ayırıp, yaş aralığının bakım yüklerinin incelendiği tabloda da hastaları için endişe eden 18-39 yaş aralığının, ilkokul ve altı eğitim düzeyinde oldukları görülmektedir (Tablo 2.7). 18-39 yaş aralığının hastaları için endişe etme durumları, 40-59 yaş aralığına göre anlamlı olarak farklı tespit edilmiştir.

Hastalık yükünün tanı yılı üzerindeki etkilerini incelediğimiz tablo 2.9'da, hastalığın süresi arttıkça, hasta yakınlarının günlük yaşamlarında kısıtlanma olduğunu ifade ettiklerini görüyoruz. Anket sonucunda yaşamda kısıtlanmanın en

çok olduğu dönemin 6 yıl ve üzerindeki sürede olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2.9). Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinde ise, ilk 1 yılın hasta bakım yüğü ilerleyen yıllara göre daha fazladır (Tablo 1.15). Hasta bakım yüğü ilk yıllarda fazla olarak belirtilmiş, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma olarak 6 yıl ve üzeri sürede ilk yıla göre daha fazla olarak tespit edilmiştir. Kanseri hastalığının tedavisi bitse bile kontrollerinin devam etmesi, hasta yakınlarının zaman içinde günlük yaşamlarında kısıtlanmaya neden olduğunu göstermektedir (Tablo 2.1).

Bakım verenin evinde kimlerle yaşadığının hastalık yüğü üzerindeki etkisinin incelendiğı tabloda, bakım veren katılımcılardan sadece yalnız yaşayanların mesleki faaliyetlerinde bozulma olduğı görülmüştür (Tablo 2.10). Hem hastalarıyla ilgilenmeleri gerektiğı hem de iş yerine karşı sorumluluklarını yerine getirmek zorunda kaldıkları için, yardım alabilecekleri başka yakınları olmadığı için, yalnız yaşayan bireyler diğerlerine göre daha fazla zorlanacaktır. Bakım veren bireyin yalnız yaşaması, hayatla tek başına mücadele etmesi anlamına gelmektedir. Dayanışma içinde olacağı veya hayatın yükünü paylaşacağı yakınlarının olmaması, bakım yükünü tek başlarına yükledikleri anlamına gelmektedir. Mesleki sorumluluklarını da tek başına yüklenmeleri gerektiğı için, mesleki faaliyetlerinde bozulma olduğunu bildirmişlerdir.

Her iki ölçeğin verilerinin de anlamlı sonuçlar verdiği, iki tablonun da verilerinin karşılaştırıldığı korelasyon tablosunda görülmektedir (Tablo 2.11). Günlük yaşamda kısıtlanma olup olmadığını gösteren anket sorularıyla Zarit Bakıcı yüğü ölçeğinin verilerinin birbirleriyle uyumluluğunun yüksek bir değere sahip olması ($r=0,63$), ankete katılan bireylerin bakım verme nedeniyle en çok günlük yaşantılarında kısıtlanma hissettikleri anlaşılmaktadır. Hasta için endişe etme, bakım verenin kayıpları ve faaliyetlerde bozulma verileri ile Zarit Bakıcı Yüğü ölçeğinin karşılaştırma sonuçları da yine çok yüksek anlamlı $p \leq 0,001$ değerine sahip olup, her iki ölçeğin sonuçlarının birbirleriyle uyumlu değerlerde olduğu tespit edilmiştir. Mesleki faaliyetlerde bozulma olup olmadığının incelendiğı (Tablo 2.11) karşılaştırmada en düşük güvenilirlik $r=0,08$ değeriyle, anlamlı bulunmayan $p=0,903$ ($p > 0,05$) değeri sonuçları; her ki testteki bu değerlendirme sonuçlarının birbirleriyle uyummadığını göstermektedir. Mesleki faaliyetlerin yalnız yaşayan bireylerde, erkeklerde, ortaokul üzeri mezunlarda ve özellikle 18-39 yaş aralığında bozulma

gösterdiği diğer tablolarda tespit edilmiştir (Tablo 2.10, tablo 2.6, tablo 2.5, tablo 2.4, tablo 2.3, tablo 2.2 tablo 1.11).

Hastalık yükü ölçeğinin incelendiğinin ölçek gruplarının yaş gruplarıyla korelasyon değerlendirmesinde, yaş arttıkça mesleki bozulma da azalmaktadır. Yaşı ilerleyen bireylerin zamanla kazandıkları iş tecrübesi, onları işleri için daha az kaygılandıracaktır. 60 yaş üzeri bireyler de emekli oldukları için kaygılanacakları bir işleri olmayacaktır.

Hastaları için endişe eden bireylerin günlük yaşamlarında kısıtlanma artacaktır (Tablo 2.13). Bakım veren bireyin kayıpları arttıkça, hastası için endişesi artacaktır. Faaliyetlerinde bozulma olan hasta yakının hastası için endişesi de artacaktır (Tablo 2.14) Aynı şekilde, bakım verenin kayıpları oldukça, günlük yaşam kısıtlanması artacaktır. Faaliyetlerinde bozulma olan hasta yakınları, günlük yaşamlarında daha fazla kısıtlanma hissedeceklerdir (Tablo 2.13). Faaliyetlerinde bozulma olan bireyin kayıpları da aynı şekilde artacaktır (Tablo 2.15). Hasta için endişe etme, günlük yaşamda kısıtlanma, faaliyetlerde bozulma ve bakım verenlerin kayıplarının olması birbirleriyle ilişkili etkenlerdir.

7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Ankete katılanların çoğunluğunun kadınlar olduğu, çoğunun evli olduğu, genellikle ortaokul üzerinde eğitim düzeylerinin olduğu, çoğunluğunun ev hanımı olduğu, aile içerisinde eşleri ve çocukları ile yaşadıklarını ve 18-39 yaş arası katılımcının daha fazla olduğu görülmüştür.

Her iki anketin sonuçları kanser hastalarına bakım vermenin bakım verici üzerinde zorlukları olduğunu göstermektedir. Hastalığın bakım yükü kişilerin yaşam koşullarına göre farklılık göstermekle birlikte, anket araştırmasında yaşam kalite ölçeği kullanılmadığı için bu koşullara göre hastalık bakım yükü farklılıkları ölçülememiştir. Anket katılımcılarının %73,77'nin kadınlardan oluşuyor olmasından, hasta bakma işinin ailedeki paylaşımda kadınlara düştüğü anlaşılmaktadır. Her iki anketin sonuçlarında da kadınların bakım yüklerinin, erkeklerinkine göre daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Yine katılımcıların eğitim düzeylerine göre yapılan incelemede, eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olan katılımcıların bakım yükünü daha fazla algıladıkları görülmektedir. Bakım yükü yaş ilerledikçe azalmaktadır. İleri yaş grubundaki kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması, onların feodal aile yapısı çerçevesinde eğitim düzeylerinin ilköğretim düzeyinde tutularak çalışma hayatından uzak tutulduklarını göstermektedir (Smith 2005). Değerlendirmelerin sonucu, eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların bakım verme yükünün fazla olduğunu, onların zorlukla baş etme gücünün eğitim düzeyiyle uyumlu olarak düşük olduğunu göstermektedir. Toplumda kanser hastalığı ile ilgili damga haline gelmiş olan yargı, hastalığın tedavi edilemez ve ölümcül olduğudur (Cho 2012). Çalışma sonuçları göstermektedir ki, bakım veren grubun eğitim düzeyinin düşük olması (%38,11'inin ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olması) toplumsal yargıları benimsemelerine, damgalama ve içsel damgalamanın etkisiyle, hastalıkla ilgili felaket haberlerine inanmalarına ve kendileriyle ilgili içsel damgalama geliştirmelerine neden olmaktadır. Bu yüzden bu bireylerde hastalık yükünün daha fazla olduğu

görülmektedir. Kanser hastalığı, genelde geç tanı konmasının sonucu olarak, prognozunun kötü seyretmesi nedeniyle, ölümcül hastalık damgası almıştır (Cho 2012). Kanser olan hastasına bakım veren aile bireyleri de bakım verirken hastalarıyla empati ilişkisi kurarak aynı hastalığa kendilerinin yakalanma ihtimali yüzünden kaygı duymakta, hem de kanserle mücadele veren hastaları için kaygı duymaktadırlar (Korkmaz 2010).

Ev hanımı olduklarını belirtenlerin çoğunlukla ilkokul ve altında eğitim düzeyinde oldukları görülmüştür. Ev işleri ve çocuk bakımı sorumluluklarının yanında hasta bakımı üçüncü bir iş olarak karşılırlarına çıkmaktadır. Hasta bakım yükünün aşırı seviyede olduğunu tanımlayan ev kadınlarından sonra ikinci sırada serbest meslek icra eden grup bulunmaktadır. Bunun nedeni hastaya bakım vermedeki büyük payın ev kadınlarında ve serbest meslek icra eden bireylerde olmasıdır.

Çalışmanın sonuçları, kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu konuda bilgilendirici ve kolaylaştırıcı hizmet almaları hem kendileri için zor olan bakım sürecini rahatlatarak, hem de hastanın psikososyal desteğini kuvvetlendirecektir. Türkiye’de sınırlı sayıda merkezde verilmekte olan KLP hemşirelik hizmetinin hasta ve hasta yakınlarının ihtiyacı tespit edildikçe hizmetin sunumu yaygınlaşacaktır. Bu yüzden sadece hastaya bakım veren aile bireylerinin bakım verme nedeniyle ihtiyaç duydukları danışmanlık hizmetinin tespit edilmesi değil, hizmet almış bireylerin kendileri ve hastaları üzerindeki olumlu etkilerinin de bilimsel çalışmalarla ispatlanması gerekmektedir. Kanser hastalığının, hasta ve hasta yakınının tedavi sürecini kolaylaştırılması için sunulan sağlık hizmetinin yanında, sağlık yöneticileri de toplumun sağlık okur-yazarlığını geliştirecek sosyal eğitim projelerini desteklemelidir. Toplumsal önyargıların değişmesi için en etkili yöntemin sosyal medya araçları olması nedeniyle de bu konuda görevli bireylere de sorumluluk düşmektedir.

Hastalık yükünün ilk bir yılda diğer yıllardan daha fazla olması, tedavinin ilk yılda yoğun olması ve sık aralıklarla hastaneye gitmeyi gerektirdiği için yükün fazla olduğu düşündürmektedir. Hastalık bakım yükünün her dönemde orta derecede

algılanması, bireylerin kanserle ilgili önyargılarının değişmediğini, hala hastalıkla ilgili ölüm kaygılarının olduğunu düşündürmektedir.

Bakım veren bireyin yaşadığı evdeki kişi sayısının ve birlikte yaşadığı kişilerin incelenmesinde p aralık değeri anlamlı bulunamamıştır. Evde yaşayan birey sayısının fazla olması, hastalık yükünün paylaşıldığını mı yoksa bakım verme işiyle yoğunlukla ilgilenen bireyin yükünü mü arttırmaktadır sorularını yanıtlayacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Ankete katılan bireylerin anket sonrasında kişisel ihtiyaçlarıyla ilgili olarak sordukları sorulardan yola çıkarak, birlikte yaşadıkları bireylerin yaş aralığının ve diğer aile bireylerinin sağlık sorunlarının da incelemelere dahil edilmesi gerektiği tespit edilmiştir.

Hastalık yükü değerlendirme ölçeğinin mesleki faaliyetlerde bozulma olup olmadığının incelendiği veriler dışındaki değerlendirmelerin anlamlı ($p \leq 0,001$) bulunması hastalığın bakım yükünün olduğunu, mesleki sorunlara neden olduğunu göstermektedir. Yalnız, Zarit Bakıcı Yükü ölçeğinde, mesleklerin sınıflandırarak hasta bakımı ile ilişkisinin incelenmesinde mesleğe göre anlamlı sonuç çıkmamış olsa da Hastalık Bakım Yükü ölçeğinde yapılan değerlendirmelerde, bakım veren bireylerin bakım vermelerinden kaynaklı olarak meslek faaliyetlerinde bozulma olduğu görülmüştür. Kanser hastasına bakım veren hasta yakınlarının hangi meslekle uğraştıkları değil, hangi yaş aralığında bulunduklarının önemli olduğu görülmüştür. Her iki cinsiyet için de 18-39 yaş aralığı mesleki faaliyetlerin etkilendiği yaş aralığı olmuştur. Kadın erkek olarak değerlendirildiğinde ise, erkekler mesleki faaliyetlerinde daha çok aksaklık yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin bakım yüklerinin hafifletilmesi için, erkek katılımcıların yaptıkları gibi, kadınların da günlük farklı ortamlarda bulunmaları ve farklı uğraşlarla zaman geçirmeleri gerekmektedir. Kadınların eğitimlerinin önündeki engeller kaldırılarak, meslek edinmeleri ve iş hayatına karışmaları onları kanser hastalığıyla mücadele etmede de güçlendirecektir.

Bakım yükünün değerlendirildiği her iki ölçekte de kadın erkek cinsiyetine göre bakım yükü değerlendirmelerinde kadınların bakım yüklerinin fazla olduğu tespit edilmiştir. Kadınların bakım yükünün fazla olması, kadınların iş hayatına atılmadığını, bu yüzden bakım görevinin onlara kaldığını gösterdiği gibi, ankete katılanların %73,77'sinin ($n=180$) kadın olması ve meslek gruplarında %44,67'sinin

(n=109) ev hanımı olduğu, kadınların çalışma hayatına katılmadıklarını, çocuk ve hasta bakmakla görevlendirildiklerini göstermektedir. Eğitim kategorisinde 93 katılımcının ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olmaları da yine ev hanımı olan bu kadınların eğitim dahi almadıklarını göstermektedir. Hasta bakımı konusunda geleneksel kurallara uyan, sağlık okur-yazarlığı olmayan bireylerin toplumsal yargılarla hareket edeceği, kansere damgalama yapacağı için önyargılarıyla sorgulayacak ve hasta bakım sürecini de olduğundan daha ağır algılayacaktır. Bakım veren bireylerin kişilik özelliklerinin de bu süreci nasıl algıladıkları üzerinde büyük etkisinin olduğunu da hatırlatmak gerekir.

Mesleki faaliyetlerde bozulma olup olmadığı üzerine yapılan incelemede, ortaokul ve üzeri eğitim görenlerin meslek faaliyetlerinde bozulma olduğunu, ilkokul ve altı düzeyde eğitim alanların çoğunluğunun kadın olduğu ve ev hanımı olduklarından mesleki faaliyete ait bir bozulma bildirmedikleri anlaşılmaktadır. Cinsiyete göre dağılımda ise erkeklerin daha fazla meslek hayatlarında etkilenme olduğunu bildirdikleri görülmektedir. Mesleki faaliyetlerde bozulma olduğunu bildirenlerin yalnız yaşayan bireyler, erkekler, ortaokul üzeri mezunları ve özellikle 18-39 yaş aralığında oldukları istatistiksel olarak yüksek düzeyde tespit edilmiştir.

Hastalık süresinin artmasının bakım veren kişilerin günlük hayatlarına kısıtlama koyduğu ve bu kısıtlamanın en çok yine ilkokul ve altı eğitim almış gruplarda hissedildiği görülmektedir. Bu grupların çoğunluğunu kadınların oluşturmuş olması, diğer sorumluluklarının üzerine hasta bakımının da eklenmesi sonucunda bakım yükünden en çok kadınların etkilendiği anlaşılmaktadır.

Hasta için endişe etme, günlük yaşamda kısıtlanma, faaliyetlerde bozulma ve bakım verenlerin kayıplarının olmasının değerlendirilmelerinde birbirleriyle ilişkili olarak artış gösterdikleri tespit edilmiştir.

Her iki anketin verileri de birbirlerini doğrulayıcı ve tamamlayıcı veriler olmuştur. Anket değerleri kanser hastalarına bakım vermenin yükünün eğitim düzeyine, cinsiyete, kişilik özelliklerine göre değişse de zor olduğunu doğrulayıcı niteliktedir. Çalışmaya başlarken de önerimiz bakım yükünün çok olduğu, hastaya bakım veren aile bireylerinin de hastayla eş zamanlı biyo-psiko-sosyal destek almaları gerektiğini göstermektedir. Hastanelerde kemoterapi tedavisi alan hastaya ve hasta yakınlarına KLP işbirliği içinde bu konuda eğitim almış uzman kişiler

tarafından destek hizmeti verilmesi gerekliliği anket sonuçlarıyla ortaya çıkmıştır. Kaliteli sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının kemoterapi ünitelerinde yaygınlaşmakta olan destek hemşirelik hizmetleri, personel sıkıntısı yaşayan hastanelerde idarenin direnciyle karşılaşmakta, toplumsal stres seviyesinin yükselmesine neden olmaktadır. Yanlış sağlık politikaları ve kötü hastane yönetim hizmetleri, ölüm nedenlerinin başında yer alan kanser hastalığının KLP destek hizmetiyle hafifletilmesinin önünde engel teşkil etmektedir. Psikososyal destek, bütüncül ve kaliteli tedavi için gerekli bir uygulamadır.



8. KAYNAKLAR

Across the Trajectory of the Illness. CANCER Supplement June 1 2008 / Volume 112 / Number 11.

Akın, A. ve Demirel, S. (2003). Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkisi.Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25,4,73-82.

Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of Psychological Aspects and Patient Satisfaction Following Breast Conserving Surgery, Simple Mastectomy and Breast Reconstruction, Eur J Cancer, 2000; 36: 1938-43.

Arıkan R.N. Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi, Kriz Dergisi, 2000, 9(1) 39-46.

Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması Klinik Psikiyatri Dergisi 2007;10(4):192-200.

Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3(3):513-52.

Aydemir Ö, Sücüllüoğlu D. Hastalık yükü değerlendirme ölçeği'nin Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerliliği. Noropsikiyatri Arşivi Dergisi, 2012; 49: 276-280.

B. Thome, 2009,Division of Nursing, Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Lund University, İsveç, Yaşlılıkta Kanser ile Yaşamak, 2006-2009 Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni No:29-43.

Başaran G, Acıbadem Üniversitesi/Tıbbi Onkoloji, Meme Kanseri Hastalarında Doğurganlık; 2015, İstanbul.

Bevans MF, Sternberg EM. Caregiver burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. JAMA 2012; 307(4):398-403.

Bostanoğlu H, Kanser Hastasında Bakımın Devamlılığı/Sürekliliğinin sağlanması, Hastanın taburculuk eğitimi evde bakımı, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Fakültesi, 2010; Ankara.

Cameron JI, Franche RL. Lifestyle Interference and Emotional Distress in Family Caregivers of Advanced Cancer Patients. American Cancer Society 2002; DOI 10.1002/cncr.10212.

Cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. Med Oncol 2010;27(1):108-13. Epub 2009 Feb 19.

Carter-HL. Lung cancer stigma as a barrier to medical help-seeking behavior: Practice implications. School of Nursing Indiana University Indianapolis, Indiana, J Am Assoc Nurse Pract. 2015; doi: 10.1002/2327-6924.12227.

Cho J, Smith K, Choi EK, Kim I R, Chang Y J, Park HY et al. Public Attitudes Toward Cancer and Cancer Patients: A National Survey in Korea. PsychoOncology, 2012; 22:605–613. 13.

Cho J, Choi EK, Shin DW, Cho B, Kim C, Koh DH et al. Association Between Cancer Stigma and Depression among Cancer Survivors: A Nationwide Survey in Korea.2013; Psycho-Oncology, 22.10:2372-8.

Çavdar,İ. Meme Kanseri Hastalarda Cinsel Sorunlar, Meme Sağlığı Dergisi, 2006; Cilt 2, Sayı: 2, 64-66.

Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Depression status and the factors affecting the quality of life in the relatives of the patients with cancer. Gulhane Med J 2011;53(4):248-53.

Dedeli Ö. Fadiloğlu Ç. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi, Türk Onkoloji Dergisi 2008; 23(3):132-139.

Donelan K, Waliser MN, Feldman PH, Gould DA, Levine C, Kuerbis AN, When the caregiver needs care: The Plight of Vulnerable Caregivers, 2002; American Public Health Association

Dökmen ZY, Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2017; ISSN, 2148-3434.

Ebi H, Önen Ö. Kanserli hastalarda depresyon. Duygudurum Dizisi, 2001; 4:184-191.

Ersoy N, Onkoloji Hemşireliği ve Etik, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik ABD; 2015, Kocaeli.

Fadiloğlu Ç. Kronik hastalıklarda bakım 1. İzmir: İnertıp Tıbbi Yayıncılık & Bilgisayar; 2002.

Fadiloğlu Ç. Kronik hastalıklarda bakım 2. İzmir: İnertıp Tıbbi Yayıncılık & Bilgisayar; 2003.

Ferrell BR, Grant M, Chan J, et al. The impact of cancer pain education on family caregivers of elderly patients. Oncol Nurs Forum. 1995; 22:1211–1218.

Fife, B.L. The conceptualization of meaning in illness. Social sciences in medicine, 1994; 38(2), 309-316.

Ganz, PA. Rowland, J.H, Desmond, K, Meyerowitz, BE, Wyatt, G.E. Life After Breast Cancer :Understanding Women's Health-Related Quality of Life and Sexual Functioning, J Clin Oncol, 1998;16:501.

Gaugler JE, Eppinger A, King J, Sandberg T, Regine WF. Coping and its effect on cancer caregiving. *Support Care Cancer* 2012; 21(2): 385-95.

Given B, Wyatt B, Burden and Depression Among Caregivers of Patients with Cancer at the End-of-life. NIH Public Access Author Manuscript *Oncol Nurs Forum*. Author manuscript; available in PMC 2005; December 15. 31(6): 1105–1117.

Given B, Given CW. Family caregiver burden from cancer care. 1996; In: McCorkle R, Grant M, Frank-Stromborg M, Baird S, editors. *Cancer nursing: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Saunders, 93–109.

Grater JJ. The Impact of Health Care Provider Communication on Self-efficacy and Caregiver Burden in Older Spousal Oncology Caregivers. Doctor of Philosophy, University of Pittsburg 2005; 130.

Greenwood N, Mackenzie A, Cloud GC, Wilson N, Informal carers of stroke survivors- factors influencing carers: A systematic review of quantitative studies. 2008; *Disability and Rehabilitation*; 30 (18), 1329- 1349

Grov EK, Dahl AA. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncol*. 2005 Jul; 16(7):1185-1191. Epub 2005 Apr 22.

Günay G, Bener Ö. Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde aile içi yaşamı algılama biçimleri, Aralık 2011.

Güner İC. (2010) Breast cancer and spouses support. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2008;46-49) (Hassett MJ. The full burden of cancer. *The Oncologist* 2010;15:793-95.

Hassett MJ. The full burden of cancer. *The Oncologist* 2010;15:793-95.

Henson, H.K. Kadın Cinsel Sağlığı, Hemşire Çalışma Grubu, Sexuality and Disability, 2002;20(4), 261-275.

Hinojosa, Rittman, Hinojosa ve Rodriguez,; Qiu ve Li, Susan C. McMillan,; Ph.D., A.R.N.P. Brent J. Small, Ph.D. Michael Weitzner, M.D. Ronald Schonwetter, M.D. Mary Tittle, Ph.D., A.R.N.P. Linda Moody, Ph.D., A.R.N.P. William E. Haley, Ph.D. Received May 17, 2005; revision received July 21, 2005; accepted July 27, 2005 Impact of Coping Skills Intervention with Family Caregivers of Hospice Patients with Cancer A Randomized Clinical Trial.

Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Moschen R, Schweigkofler HR, Nser MD, Margreiter R, Fleischhacker W, Sperner B-Unterweger Quality of life in breast cancer patients—not enough attention for long-term survivors.2001/3/1.

Hooker K, Manoogian M, Monahan DJ, Frazier LD, Shifren K: Does type of disease matter? Gender differences among Alzheimer's and Parkinson's disease spouse caregivers, 2000; The Gerontologist, volume 40, issue 5,p568-573

İnci FH, Erdem M. Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu dergisi 2008; s11:4.

Karabuğa Yakar H, Pınar R, Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi, 2013. 15(2), 1-16. ISSN:1307-9557 (Basılı), ISSN:1307-9549.

Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü dergisi 2013; cilt 3 ek sayı 1.

Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: Relationship to coping with cancer and quality of life. 2009; Medical Oncology doi 10.1007/s12032-009-9181-4.

Kardaş Özdemir F, Şahin ZA. Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi, Yeni Tıp Dergisi 2009 26: 153-158.

Kim Y, Given BA, Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Survivors. 2008.

Kitrungle L, Cohen MZ. Quality of life of family caregivers of patients with cancer: A literature review. Oncol Nurs Forum 2006; 33(3):625-32.

Korkmaz E. Kanser ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi. 2010; İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Lambert SD, Girgis A, Lecathelinais C, Stacey F. Walking a mile in their shoes: Anxiety and depression among partners and caregivers of cancer survivors at 6 and 12 months post-diagnosis. Support Care Cancer 2012. doi:10.1007/s00520-012-1495-7.

Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. 2006; 32: 85-92.

Marcus J, Hollander, Guiping Liu, Neena L, Chappell, Who cares and how much? The imputed economic contribution to the Canadian healthcare system of middle aged and older unpaid caregiver providing care to the elderly, 2009

McMillan SC, Small BJ, Impact of Coping Skills Intervention with Family Caregivers of Hospice Patients with Cancer A Randomized Clinical Trial. Published online 2 December 2005 in Wiley InterScience.

Michael A. Weitzner MD, Family Caregiver Quality of Life: Differences Between Curative and Palliative Cancer Treatment Settings. Journal of Pain and Symptom Management. 6 June 1999 Vol. 17 No.

Miedema B, Easley J, Fortin P, Hamilton R, Mathews M. The economic impact on families when a child is diagnosed with cancer. *Curr Oncol* 2008;15(4):173-78.

Miguel Moya, Francisca Exposito, Josefa Ruiz, Close relationships, gender and career salience, May 2000, Vol. 42, Issue 9-10, pp 825-846.

Mollahaliloglu S, Basara BB, Eryilmaz Z. (Ed). The Ministry of Health of Turkey, Health Statistics Yearbook. School of Public Health, Refik Saydam Hygiene Center Presidency, Ankara: Ministry of Health of Turkey, 2011.

Mollaoğlu M, Tuncay FÖ. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik dergisi.2011; s125.

Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Caregivers of advanced cancer patients. *Cancer Nurs* 2007;30(5):412-18.

O'Hara RE, Hull JG, Lyons KD, Bakitas M, Hegel MT, Li Z, Ahles TA. Impact on caregiver burden of a patient-focused palliative care intervention for patients with advanced cancer. *Palliat Support Care* 2010; 8(4):395-404. 20.

Okanlı A, Çelebioğlu A. Meme kanserli kadın hasta ve ailelerinin daha fazla bakım ve bilgi almalarına yönelik bilinçlendirilmesi. 2011;Proje No:107K404.

Özkan, S, Açlalar, N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2. 2009; (5):60-64.

Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012; 3(1):3-38. *Nöropsikiyatri Arşivi*2009; 46:38-42.

Powell, G.N. ve Greenhaus, J.H. (2010). Sex, Gender, and Decisions at The Family - Work Interface. *Journal of Management*. 36 4,1011-1039.

Russo J, Vitaliano PP , Brewer DD, Katon W, Becker J Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: A diathesis- stress model of psychopathology 1995; American Psychological Association, Journal of Abnormal Psychology, Vol 104 (1), 197-204

Sarı HY. Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi C.Ü Hem Yüksekokulu Der. 2007; 11(2):17.

Seviğ Ü, Tanrıverdi D. Kùltürlerarası Hemşirelik Ed.:2012 İstanbul Tıp Kitabevi.

Shieh SC, Tung HS, Liang SY.Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. J Nurs Scholarsh 2012; 44(3):223-31.

Smith S. Kadınlar ve Sosyalizm (Women and Socialism: essays on women's liberation), 2005 Haymarket, Chicago.

Susan C. McMillan,Brent J. Small, Michael Weitzner, Ronald Schonwetter, Mary Tittle, Linda Moody, William E. Haley, Impact of Coping Skills Intervention with Family,.Caregivers of Hospice Patients with CancerA Randomized Clinical Trial2006 June 1; 106.(1):214-22.

Takahashi, M&Kai, I. Sexuality After Breast Cancer Treatment :Changes and Coping Strategies Among Japanese Survivors, Soc Sci Med, 2005;61:1278-90.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu ulusal kanser kontrol planı 2013-2018.

Terzioğlu, F. ve Taşkın, L. (2008). Kadının Toplumsal Cinsiyet Rolünün Liderlik Davranışlarına ve Hemşirelik Mesleğine Yansımaları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 12,2,62-67.

Toseland RW, Smith G, McCallion P. Family Caregivers of the Frail Elderly, in A. Gitterman Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations. New York: Columbia University Press 2001.

Türkdoğan O. Erzurum Bölgesinde Tıbbi tedavinin Sosyo-Kültürel Safhaları, Türk Etnografya Dergisi, 1969; XI, TTK.

Türkoğlu N, Kılıç D. Effects of care burdens of caregivers of cancer patients on their quality of life. Asian Pac J Cancer Prev, 2012; 13: 4141-45.

Uyer M, Uslu R, Yıldırım-Kuzeyli Y. Kanser ve palyatif bakım. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri; 2006.

Üner, S. (2008). Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Temel Eğitim Seti. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, UNFPA, Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara: Dumat Ofset.

Üstün B, Meme Kanseri Hastalarının Bakımında Psikolojik Boyutlar, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği ABD, 2009; İzmir.

Vitaliano P, Russo J, Young H, Teri L, Maiuro R, Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease, 1991; Psychology and Aging; 6(3):392-402. (PubMed: 1930756)

Vural G, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü; 2015, Ankara.

Wade J, Biehal N, Clayden J, Stein M Leaving care in England: A research perspective 1994; Children and Youth Services Review, Volume 16, Issues 3-4, p231-254

Yarbro CH, Frogge HM, Goodman M, Groenwald SL, Cancer nursing principles and practice. 5th ed. London: Jones and Barlett Publishers; 2006. p. 352-486.

Yılmaz M, Dişsiz G, Göçmen F, Kurtuluş Usluoğlu A, Alacacioğlu A, Kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) ölçme anketi-toplum versiyonunun Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması. 2016; Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 20:2.

Zarit S. Family care and burden at the end of life. CMAJ 2004;170:1811-1812.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20:649-655.



9.EKLER



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÖNETİM KURULU

Toplantı Tarihi: 24.02.2016

Toplantı Sayısı: 6

Karar Sayısı: 66

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

ALINAN KARARLAR

65- Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Sema ÖZDİYAR'ın "Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin veya yakınlarının bakım verme yüklerinin tespit edilmesi." Başlıklı Tez konusunun kabulüne **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ	Müdür	İmza
Yrd. Doç. Dr. Süheyla RAHMAN	Müdür Yardımcısı	İmza
Yrd. Doç. Dr. Şebnem ŞENOL	Müdür Yardımcısı	İmza
Prof. Dr. Necip KUTLU	Üye	İmza
Doç. Dr. Mehmet GÖRAL	Üye	
Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ	Üye	İmza
Özcan GERÇEKER	Raportör	

1

ASLININ AYNISIDIR



Prof. Dr. A. AKTAŞ	Yrd. Doç. Dr. S. RAHMAN	Yrd. Doç. Dr. Ş. ŞENOL	Doç. Dr. M. GÖRAL	Prof. Dr. N. KUTLU	Doç. Dr. S. ÇINAR PAKYÜZ	Raportör Ö. GERÇEKER
Paraf	Paraf	İzinli	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	26 / 10 / 2016 / 20.478.486 - 355				
ARAŞTIRMANIN ADI	Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin veya yakınlarının, bakım verme yüklerinin tespit edilmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Erol OZAN - MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri AD				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Tezli Yüksek Lisans Öğr. Sema Özdiyar,- Prof. Dr.Gamze Göksel Öztürk,- Doç. Dr. Beyhan CengizÖzyurt				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	21 / 10 / 2016 / Tarih ve 316 sayılı; düzeltme dilekçesi				
KARAR BİLGİLERİ	Düzeltilme dilekçesi incelenmiş; araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri ile birlikte bilimsel ve Etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişkili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı /Adı /Soyadı	Araştırma ile ilişkili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	☐	☐	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi	☐	☐
Doç. Dr. Erol OZAN Psikiyatri AD	☒	☒	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	☐	☐
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	☐	☐	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	☐	☐
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	☐	☐	Mukadder YILMAZER Avukat	☐	☐
Doç. Dr. Serdar TOK BESYO	☐	☐	İhsan AVCI Sivil Üye	☐	☒
Etik Kurulumuzun kararı yukarda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim. Prof. Dr. Zeki ARI Başkan					

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/04/2016-18647



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı

Sayı :30689386-900
Konu :Sema Özdiyar araştırma.

Sayın Sema ÖZDİYAR

İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Polikliniğimizde hasta yakınlarına uygulamak istediğiniz "Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin veya yakınlarının , bakım verme yüklerinin tespit edilmesi" adlı araştırmasının birimimizde yapılması tarafımızdan uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize sunulur.

e-imzalıdır
Prof. Dr. İsmet AYDOĞDU
Anabilim Dalı Başkanı

14/04/2016 Sekreter

Figan ÖRÜLÜER

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://app-ebys.cbu.edu.tr/enVision/Dogrula/6EZ0R1>

Adres: Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2331920 Faks: (0 236) 2331466
E-Posta: tip@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: <http://tip.cbu.edu.tr>

Bilgi İçin: Figan Örülüer
Unvanı: Sekreter



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

CALIŞMANIN ADI :

Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin veya yakınlarının bakım verme yüklerinin tespit edilmesi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu çalışmanın konusu, Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin veya yakınlarının bakım verme yüklerinin tespit edilmesidir.

Kanser hastalığının zorlu tedavi süreci sadece hastayı değil, onlara bakım veren aile üyelerini ve yakınlarını da etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı kanser hastalarına bakım veren ailesinin veya yakınlarının bakım verme yüklerinin belirlenmesidir.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu araştırmada katılımcılardan herhangi bir kan alınmayacak veya ilaç uygulanmayacaktır. Araştırmaya katılan gönüllülere sadece Zarit bakıcı yük ölçeği, ve Hastalık yükü değerlendirme ölçeği verilecektir.

Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (Zarit and Zarit 1990).Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 19 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir.

Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği Reinhard ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 19 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir ve dörtlü Likert tipi değerlendirme sağlamaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler hastaya bakım verenlerin gündelik yaşamlarının hastalık nedeniyle ne ölçüde değiştiğini ve hasta olan yakınları için ne ölçüde kaygı taşıdıklarını sorgulamaktadır ve hastaların şiddetli belirtilerine odaklanmamaktadır.

38 maddeden oluşan bu iki ölçeğin doldurulması tahminen 15-20 dakika sürecektir.

CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Kanser hastalığının tedavi sürecinde, hastaya bakım veren ailesi ve yakınlarının da hastalıktan etkilendikleri göz ardı edilir. Bakıcıların kanser hastalarına bakım vermekten kaynaklı yüklerinin tespiti halinde, bakıcıların da tedavi sürecine katılarak desteklenmesi önerilir. Böylece hastanın tedavi sürecini daha kolay geçirmesi sağlanacaktır. Hasta

yakının da bu bakım verme sürecinde karşılaşabileceği zorlukları daha kolay atlatması sağlanacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılmanın size hiçbir zararı yoktur.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgilerim gizli kabul edilecektir. Doktorum ve araştırmacıım dosyama inceleyebilir. Bazı Bilgiler T.C. Sağlık Bakanlığı veya başka idari merciler tarafından yerinde veya belgelerin ulaştırılması yoluyla incelenebilir. Her kim olursa, bu bilgileri kişisel kabul edecek ve gizliliğini koruyacaklardır. Yazılı iznim olmadan, benimle ilgili tıbbi bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Eğer bu çalışmanın sonuçları yayınlanırsa, benden sadece isimsiz olarak bahsedilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Sema Özdiyar : 05056228283 semaozdiyar@yahoo.com
2. Erol Ozan : 05325007508 erolozan@gmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla/araştırmacıyla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Veli / Vasinin Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Tanık ¹ Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Tanımlayıcı Özellikler:

1) Cinsiyetiniz;

- a) Kadın b) Erkek

2) Medeni haliniz;

- a) Evli b) Bekar

3) Eğitim durumunuz;

- a) Okur –yazar b)İlkokul c)Ortaokul d) Lise
e) Fakülte/Yüksekokul f) Yüksek Lisans

4)Meslek/iş

- a) Ev hanımı b)Emekli c)Memur d) Serbest e) Öğrenci

5) Sosyal güvenceniz;

- a) Emekli sandığı b) Ssk c) Bağ-kur d) Yok

6) Tanı yılı;

- a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl c)6-10 yıl

7) Evdeki kişi sayısı;

- a)1 b)2 c)3 d)4 e)5 ve üstü

8) Evde birlikte yaşadığı kişiler;

- a)Yalnız b)Eşim ve kendim c)Eşim, kendim ve çocuklar d)Ben, anne, baba ve kardeşim

9) Kaç yaşındasınız, yazınız?

HASTALIK YÜKÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Size, yakınlarının hastalığı sırasında insanların karşılaşılabileceği bazı durumlara ilişkin bir liste okuyacağım. Son altı ay içinde bunlardan hangilerinin hangi düzeyde sizin başınıza geldiğini belirtebilir misiniz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

(Hastanın adı)'in hastalığı nedeniyle, ne ölçüde:

___ 1. Maddi sorunlarınız vardı?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 2. İşe (veya okula) kaç gün gidemediniz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 3. Kendi faaliyetlerinize yoğunlaşmakta güçlük çektiniz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 4. İşe girmek, tatile çıkmak gibi kendi planlarınızı değiştirmek zorunda kaldınız?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 5. Hiç boş zamanınız kalmadı?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 6. Gündelik ev işlerine sinirlendiniz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 7. Arkadaşlarınızla geçirecek zamanınız azaldı?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 8. Diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını göz ardı ettiniz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 9. Aile içinde sürtüşme ve tartışma yaşadınız?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 10. Ev dışında komşularınız, arkadaşlarınız veya akrabalarınızla srtme yaadınız?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 11. (Hastanın adı)'in davranışları yüzünden utanç duydunuz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 12. Ona yönelik yeterince çaba sarf etmediğiniz için suçluluk duydunuz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 13. (Hastanın adı)'a sorun yarattığınız için sorumluluk hissetmeniz nedeniyle suçluluk duydunuz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 14. (Hastanın adı)'in sizden çok fazla talebi olduğu için ona ierlediniz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 15. Ona baktığınız için kendinizi kapana kısılmı gibi hissettiniz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 16. (Hastanın adı)'in eskiye göre ne kadar değiştiğini gördükçe üzüldünüz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 17. (Hastanın adı)'a yönelik davranılarınızın onun hastalığını ktletirmesinden kaygı duydunuz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 18. (Hastanın adı)'in geleceği konusunda kaygı duydunuz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

___ 19. Hastalığın yarattığı damgalamayı üzücü buldunuz?

	1	2	3	4	9
	hiç	çok az	biraz	çok	uygun değil

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 sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. 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

bakım yükü ölçeği izni hakkında

Kimden: FADİME HATİCE İNCİ (hemel@pau.edu.tr)

Alıcı: semaozdiyar@yahoo.com

Tarih: 2 Mart 2016 Çarşamba 13:08 GMT+2

Öğ

sayın Özdiyar,

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



Re: İzin talebi

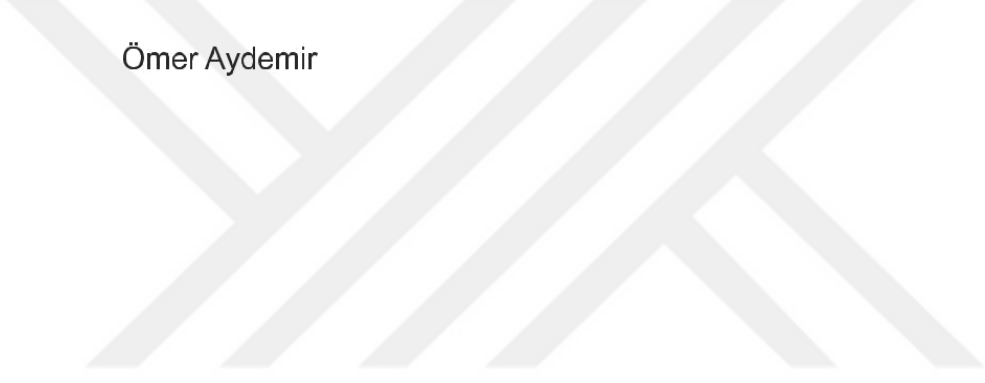
Kimden: Ömer Aydemir (soaydemir@yahoo.com)

Alıcı: semaozdiyar@yahoo.com

Tarih: 26 Şubat 2016 Cuma 22:14 GMT+2

Merhaba Sema,
Hastalık Yüğü ölçęini tezinde kullanmandan memnuniyet duyarım.
Kolay gelsin

Ömer Aydemir



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

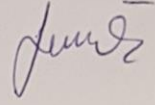
"KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN VEYA YAKINLARININ
BAKIM VERME YÜKLERİNİN TESPİT EDİLMESİ"

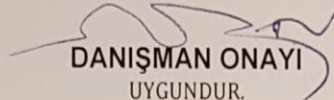
Tezime ilişkin 29/04/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 13'tür.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı :Sema ÖZDİYAR YILDIRIM
Öğrenci No :141351003
Anabilim Dalı :Sağlık Hizmetlerinde İletişim
Programı :Yüksek Lisans

Tarih ve İmza
21.06.2019




DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
Doç.Dr. Erol OZAN

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Sema	Soyadı	ÖZDİYAR YILDIRIM
Doğum Yeri	Polatlı	Doğum Tarihi	31.08.1975
Uyruğu	T.C.	Tel	5056228283
E-mail	semaozdiyar@yahoo.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	MCBU Sağlık Hizmetlerinde İletişim	2018
Lisans	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik	2011
Lisans	Anadolu Üniversitesi Kamu Yönetimi	2006
Ön Lisans	Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	1997
Lise	Eskişehir Anadolu Lisesi	1993

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	1998-2006
Hemşire	Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi	2006-2018

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi

Yabancı Dil Sınavı Notu

YDS	ÜDS	IELTS	YÖK-DİL	TOEFL PBT	TOEFL CBT	CPE	FCE	CAE
	56		53,75					

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
Ales Puanı	60,90759	60,72413	57,82877

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Ofis Programı	İyi