



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PALYATİF BAKIM ANABİLİM DALI

PALYATİF BAKIM YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PALYATİF BAKIM ALAN KANSER HASTA YAKINLARININ
BAKIM YÜKÜ VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Betül ÇAM

Danışman: Doç. Dr. Rıza ÇİTİL

TOKAT- 2025

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Rıza ÇITIL danışmanlığında hazırlamış olduğum “Palyatif Bakım Alan Kanser Hasta Yakınlarının Bakım Yükü ve Tükenmişlik Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

...../...../.....

Betül ÇAM

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez hazırlama sürecimde ilgi ve tecrübesiyle desteğini hiçbir zaman benden esirgemeyen, bu süreçte zorlandığım anlarda beni cesaretlendiren ve motive eden danışman hocam Sayın Doç. Dr. Rıza ÇITIL' a, Palyatif Bakım Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında eğitim vermekte olan bütün hocalarıma ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans ve tez hazırlama sürecimde yardımcı olan ablam Şule ÇAM' a, her alanda olduğu gibi bu süreçte de beni destekleyen ve yanımda olan aileme teşekkür ediyor ve çalışmamı onlara ithaf ediyorum.

Betül ÇAM

ÖZET

PALYATİF BAKIM ALAN KANSER HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ÇAM, Betül

Yüksek Lisans, Palyatif Bakım Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Rıza ÇİTİL

Ağustos 2025, xiii+ 88 sayfa

Bu çalışmada palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü ve tükenmişlik düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki araştırıldı. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki çalışmanın evrenini Temmuz-Aralık 2024 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım ve Medikal Onkoloji birimlerinde tedavi gören kanser hastalarına bakım veren hasta yakınları oluşturdu. Çalışmanın örneklemini ise bu birimlerde tedavi gören kanserli hastalara birincil bakım veren 18 yaş ve üzerindeki bireylerden oluştu. Minimum örneklem büyüklüğünü belirlemek için G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak yapılan güç analizine göre %95 istatistiksel güç, 0.05 hata payı ve 0.25'lik etki büyüklüğü ile çalışmaya dahil edilmesi gereken örneklem sayısı 164 olarak hesaplandı, çalışmaya 144 kanser hasta yakını katıldı (katılım oranı %87,8). Verilerin toplanması amacıyla katılımcılara Hasta Bilgi Formu, Hastaya Bakım Veren Bilgi Formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBVYÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36 YKÖ) yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Verilerin analizinde SPSS Statistics Version 22.0 istatistik paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı veriler sayı (n), yüzde (%) ve ortalama±standart sapma ile gösterildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-kare testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon analizi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı. Bakım veren katılımcıların %52,1'i (n=75) kadın, yaş ortalamaları $48,48\pm14,38$ yaş idi. Katılımcıların günlük bakım süresi $11,13\pm8,57$ saat, %31,3'ü 1 ay-6 ay arası süredir bakım vermekte ve büyük çoğunluğu (%85,4) hastanın birinci derece yakını idi.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının %50,7'si (n=73) erkek, yaş ortalamaları $64,45 \pm 12,77$ yaş idi. Hastaların yatağa bağımlılık düzeyine göre %20,1'inin yerinden kalkmakta zorlandığı ve desteksiz şekilde yürüyemediği, %9,7'sinin ise yerinden hiç kalkamadığı saptandı. Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireylerin %31,9'unun hafif, %18,8'inin orta ve %8,3'ünün ise ağır düzeyde bakım yükü olduğu, katılımcıların %59,0'unun düşük, %15,3'ü orta ve %25,7'si yüksek düzeyde duygusal tükenme yaşadıkları, %75'inin düşük, %11,8'inin orta ve %13,2'sinin ise yüksek düzeyde duyarsızlaşma yaşadığı, %70,1'inin yüksek, %18,8'sinin orta ve %11,1'inin düşük düzeyde kişisel başarı algısına sahip oldukları tespit edildi. Cinsiyete göre kadınlarda bakım yükü ($p=0,007$), duygusal tükenme ($p<0,001$) ve duyarsızlaşma ($p=0,018$) anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Hastanın yatağa bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenlerin bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerinin anlamlı şekilde arttığı ($p<0,001$), bakım yükü arttıkça bireylerin tükenmişlik düzeyinin de arttığı, yaşam kalitelerinde ise özellikle enerji düzeyi, ruhsal sağlık ve genel fiziksel/mental sağlık bileşenlerinde anlamlı düşüşler saptandı. Kadın olmak, düşük gelir ve düşük eğitim düzeyinde olmak, bakım süresinin uzun olması ve hastanın semptomlarının artmasının hasta yakınlarının algıladıkları bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerini artırırken yaşam kalitelerini düşürdüğü saptandı. Bu bulgular, bakım veren bireylerde artan bakım yükü ve tükenmişliğin yaşam kalitesinde önemli düşümlere yol açtığını ortaya koymaktadır. Bakım veren bireylere psikososyal destek sağlanması, bakım becerilerinin artırılmasına yönelik eğitimler verilmesi ve sağlık sisteminde bakım vereni de kapsayan bir yaklaşım geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Kanser, Hasta yakını, Bakım yükü, Tükenmişlik, Yaşam kalitesi.

ABSTRACT**RELATIONSHIP BETWEEN CARE BURDEN, BURNOUT LEVELS AND
QUALITY OF LIFE OF RELATIVES OF CANCER PATIENTS RECEIVING
PALLIATIVE CARE****ÇAM, Betül****Master's Thesis, Division of Palliative Care****Advisor: Assoc.Prof.Dr. Rıza ÇİTİL****August 2025, , xiii+ 88 pages**

This study investigated the relationship between caregiver burden and burnout levels and quality of life among relatives of cancer patients receiving palliative care. This descriptive, cross-sectional study focused on relatives of cancer patients receiving care in the Palliative Care and Medical Oncology units of Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital between July and December 2024. The study sample consisted of individuals aged 18 and over who provide primary care to cancer patients receiving treatment in these units. Using G*Power 3.1.9.7 to determine the minimum sample size, a power analysis was performed. With a statistical power of 95%, a margin of error of 0.05, and an effect size of 0.25, the sample size required for inclusion in the study was calculated as 164. 144 relatives of cancer patients participated in the study (participation rate of 87.8%). To collect data, the Patient Information Form, the Caregiver Information Form, the Zarit Caregiver Burden Scale (CBBS), the Maslach Burnout Inventory (CBI), and the SF-36 Quality of Life Scale (SF-36 QOL) were applied to the participants via face-to-face interviews. SPSS Statistics Version 22.0 statistical package program was used in data analysis. Descriptive data are presented as number (n), percentage (%), and mean±standard deviation. Chi-square test, significance test for the difference between two means, and one-way analysis of variance (ANOVA) were used in intergroup comparisons. Pearson Correlation analysis was performed to examine the relationship between the scales. Statistical significance was set at $p<0.05$. 52.1% (n=75) of the caregiver participants were female, and the mean age was 48.48±14.38 years. Participants' daily caregiving time was 11.13±8.57 hours, 31.3% had been providing care for between 1 and 6 months, and the vast majority (85.4%) were first-degree relatives. Of the cancer patients participating in the study, 50.7% (n=73) were male, and

the mean age was 64.45 ± 12.77 years. Regarding the level of social relationships, 20.1% had difficulty getting up and were unable to walk without support, while 9.7% were unable to get up at all. It was determined that 31.9% of those who could care for cancer patients in the field of palliative care had a light, 18.8% a moderate, and 8.3% a heavy care burden; 59.0% had low, 15.3% a moderate, and 25.7% a high level of emotional stress; 75% had low, 11.8% a moderate, and 13.2% a low, 18.8% a moderate, and 11.1% a low level of personal accomplishment perception. According to gender, caregiver burden ($p=0.007$), emotional exhaustion ($p<0.001$), and depersonalization ($p=0.018$) were found to be significantly higher in women. As the patient's bedridden level increased, caregiver burden and burnout levels significantly increased ($p<0.001$). As caregiver burden increased, burnout levels also increased, and significant decreases in quality of life, particularly in energy levels, mental health, and general physical/mental health, were observed. Being female, having a low income and education level, longer caregiving duration, and increasing patient symptoms were found to increase the perceived caregiver burden and burnout levels of relatives and reduce their quality of life. These findings suggest that increased caregiver burden and burnout in caregivers lead to significant decreases in quality of life. Providing psychosocial support to caregivers, providing training to enhance caregiving skills, and developing a caregiver-inclusive approach within the healthcare system are recommended.

Keywords: Palliative care, Cancer, Family caregiver, Care burden, Burnout, Quality of life

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ETİK SÖZLEŞME	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Palyatif Bakım	4
2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Amacı	4
2.1.2. Palyatif Bakım Tarihçesi.....	5
2.1.3. Palyatif Bakıma İhtiyaç Duyan Hasta Grupları.....	5
2.1.4. Palyatif Bakım ve Kanser	7
2.1.5. Kanser Sürecinde Aile	8
2.1.6. Palyatif Bakım Ekibi ve İletişim	9
2.2. Palyatif Bakımda Hasta Yakini Olmak	11
2.2.1. Bakım Verme Kavramı ve Bakım Vericilerin Özellikleri	12
2.2.2. Bakım Yüğü	14
2.2.3. Tükenmişlik.....	15
2.2.4. Tükenmişliğin Belirtileri.....	17
2.2.5. Yaşam Kalitesi	17
2.2.6. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	19

2.2.7. Hasta Yakınlarının Yaşadığı Başlıca Sorunlar.....	20
2.2.9. Hasta Yakınlarına Psikososyal Destek	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Tipi.....	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	24
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları	25
3.5.1. Hasta Bilgi Formu:	26
3.5.2. Hastaya Bakım Veren Bilgi Formu	26
3.5.3. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBVYÖ)	26
3.5.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeğı (MTÖ)	27
3.5.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı (SF-36 YKÖ).....	27
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	28
4.BULGULAR.....	29
5.TARTIŞMA	62
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	68
KAYNAKÇA.....	70
EKLER	77
EK 1. HASTA BİLGİ FORMU.....	77
EK 2. BAKIM VEREN BİLGİ FORMU	78
EK 3. ZARİT BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ (ZBVYÖ).....	79
EK 4. MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (MTÖ)	81
EK 5. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF-36 YKÖ)	82
EK 6. ETİK KURUL ONAY RAPORU.....	86

EK 7. KURUM İZİN YAZISI.....	87
ÖZGEÇMİŞ	88



TABLolar LİSTESİ**Sayfa No**

Tablo 2.1.3.1. DSÖ - DPBB Palyatif Bakım Gerektiren Tıbbi Durumlar.....	6
Tablo 4.1. Bakım Verenlere Ait Sosyodemografik Verilerin Dağılımı	30
Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Bakım Sorunu Yaşama Durumları.....	31
Tablo 4.3. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	32
Tablo 4.4. Hastaların Yardımsız Şekilde Kendi İhtiyaçlarını Giderebilme Durumlarına Göre Dağılımı	33
Tablo 4.5. Bakım Verenlerin ZBVYÖ ve MTÖ Puanlarının Dağılımı.....	34
Tablo 4.6. Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre ZBVYÖ ve MTÖ'den Aldıkları Puanların Dağılımı	35
Tablo 4.7. Bakım Verenlerin Hastaya Verdikleri Bakım Süresine Göre ZBVYÖ ve MTÖ'den Aldıkları Puanların Dağılımı	36
Tablo 4.8. Bakım Verenlerin Hastanın Başvuru Durumuna Göre ZBVYÖ ve MTÖ'den Aldıkları Puanların Dağılımı	37
Tablo 4.9. Bakım Verenlerin Hastanın Başvuru Birimine Göre ZBVYÖ ve MTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	38
Tablo 4.10. Bakım Verenlerin Hastanın Tanı Süresine Göre ZBVYÖ ve MTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	39
Tablo 4.11. Bakım Verenlerin Hastada Metastaz Olma Durumuna Göre ZBVYÖ ve MTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı	40
Tablo 4.12. Bakım Verenlerin Hastanın Yatağa Bağımlılık Düzeyine Göre ZBVYÖ ve MTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı	41
Tablo 4.13. Bakım Verenlerin ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar	42
Tablo 4.14. Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	43

Tablo 4.15. Bakım Verenlerin Eğitim Düzeyine Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	44
Tablo 4.16. Bakım Verenlerin Çalışma Durumuna Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	45
Tablo 4.17. Bakım Verenlerin Gelir Düzeyine Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	46
Tablo 4.18. Bakım Verenlerin Kronik Hastalık Durumuna Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	48
Tablo 4.19. Bakım Verenlerin Sosyal Destek Kaynakları Olma Durumuna Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden n Aldıkları Puanların Dağılımı	49
Tablo 4.20. Bakım Verenlerin Bakımda Sorun Olma Durumuna Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı	51
Tablo 4.21. Bakım Verenlerin Hastanın Başvuru Durumuna Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı	53
Tablo 4.22. Bakım Verenlerin Hastanın Başvuru Birimine Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	54
Tablo 4.23. Bakım Verenlerin Hastanın Tanı Süresine Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	56
Tablo 4.24. Bakım Verenlerin Hastada Metastaz Durumuna Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı	58
Tablo 4.25. Bakım Verenlerin Hastanın Yatağa Bağımlılık Düzeyine Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Dağılımı	59
Tablo 4.26. Bakım Verenlerin ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Puanlar Arasındaki Korelasyon	61

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1.4.1. Türkiye’de Görülen Kanser Türleri Dağılımı.....	7
Şekil 2.1.6.1. Palyatif Bakım Ekibi	9
Şekil 2.3.3.1. Maslach Tükenmişlik Modeli.....	16



KISALTMALAR LİSTESİ

AIDS	Acquired İmmune Deficiency Syndrome
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
DPBB	Dünya Palyatif Bakım Birliği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IARC	Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
SF-36 YKÖ	Short Form – 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ZBYYÖ	Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüz ölümlerinin en sık sebebi olarak gösterilen kanser, tanı anından itibaren hem hastaya hem de ona bakım veren yakınına sosyolojik, psikolojik ve fiziksel anlamda sorunlar yaşatan, kimi zaman ise dayanılmaz hale gelerek ölümü yakınlaştıran intiharlara sebebiyet veren bir sağlık problemidir. Kanser hastalarının tedavi sürecine bakıldığında hasta için zor, uzun, karmaşık ve yorucu geçtiği görülmektedir. Bu durumun hasta için zor olduğu kadar tedavinin tüm evrelerine dahil olan hasta yakını için de yıpratıcı olduğu söylenebilir. Bakım veren hasta yakınları bakım vermekten kaynaklı fiziksel ve psikososyal anlamda yaşadıkları güçlükler, hastanın acı çektiğine, bedensel değişimlerine, kilo kaybına ve ölüm anına kadar her şeye şahit olmasına rağmen yapabileceklerinin sınırlı olmasından kaynaklı çaresizlikler yaşayabilmektedir. Bu bağlamda palyatif bakım kavramını incelediğimizde başta kanser olmak üzere hastanın hayatını tehdit eden hastalıklara yönelik fiziksel, psikososyal ve ruhsal bakımların erken tanı ve tedavi süreci ile hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesinin artırılmasını sağladığı söylenebilir (Atamer ve Polat, 2020; Saygılı ve Çelik, 2020; Toptaş Kılıç ve Öz, 2019).

Yaşam kalitesi, bireylerin fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik pek çok alandaki iyilik halini temsil etmektedir. Bu alanlarda yaşanan herhangi bir sorun kişinin yaşam kalitesini düşürmekte ve hayatını zorlaştırmaktadır. Kanser hastalarına palyatif bakım veren hasta yakınlarının yaşam kalitesini olumsuz etkileyen fiziksel güçlüklerin uyku düzeninin bozulması, iştahsızlık, kilo kaybı, kendi bakımına yeterince vakit ayıramama ve görüntü olarak dağınıklık olduğu söylenebilir. Hasta yakınının yaşamdaki rolünün bir anda bakım veren kişiye dönüşmesi, kendini hastanın bakımına adanması

kişinin kendi yaşamında fedakârlıklar yapmasına ve sorumluluk hissi duymasına sebep olmaktadır. Bu durumda hasta yakınlarının yaşadığı duygusal tükenmişlik, huzursuzluk, benlik saygınlığında azalma ve sosyal geri çekilmişlik yaşam kalitelerini de büyük ölçüde etkilemektedir. Hasta yakınının zaman ve emeğini daha çok hastaya yoğunlaştırması, kimi zaman iş yaşamından uzaklaşması ve hastanın bakımı için gereken harcamalar ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir (Çetin, 2018).

Bakım yükü kavramı, hastanın bakımını üstlenen kişi veya kişilerin bu süreçte bakım vermekten kaynaklı algılanan olumsuz etkileri ifade etmektedir. Bakım verme yükü bakım verilen ortamın özellikleri, bakım veren kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sosyal destek kaynaklarının varlığı ve ekonomik düzeyinden etkilenmektedir (Bilgehan ve İnkaya, 2021). Bakım görevleri, yaşamın sonunda bir akrabaya sahip olmanın yanı sıra bakım veren bireyleri fiziksel, duygusal ve sosyal olarak etkiler, dolayısıyla yaşam kalitelerinin de düşmesine neden olur (Krug ve ark., 2016; Perpiñá-Galvañ ve ark, 2019).

Tükenmişlik ise kişinin herhangi bir alanda yaşadığı yetersizlik durumunu içeren bir kavramdır. Maslach'ın Tükenmişlik Modeli'ne göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın artması, kişisel başarının azalması kişide tükenmişlik yaşamasına sebep olmaktadır. Tükenmişlik yaşayan kişilerin stres düzeyinin arttığı, duygusal ve fiziksel dayanıklılıklarının azaldığı, çevresindeki sorunları çözmede yetersiz kaldığı, başkalarının duygu ve düşüncelerine karşı tepkisiz kaldığı, kendini olumsuz yönde değerlendirmeye eğilimli olduğu bilinmektedir (Esen, 2024; Mauranges, 2016; Yılmaz, 2014). Tuna ve Olgun (2010) tarafından yapılan bir çalışmada inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının tükenmişliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutuna sahip oldukları ancak kişisel başarının etkilenmediği tespit edilmiştir.

Palyatif bakım alanında yürütülen çalışmalara bakıldığında; hasta yakınlarının yaşam kalitesi, bakım yükü ve tükenmişlik düzeyleri ile ilgili bazı çalışmalar yapıldığı ancak bakım yükü ve tükenmişliğin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin henüz yeterince ortaya konulmadığı görülmektedir. Bu çalışmanın amacı palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren hasta yakınlarının algılanan bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerini belirleyerek bunların yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkisini ortaya koymaktır.

Araştırma Soruları

Ana Araştırma Sorusu

Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü, tükenmişlik düzeyleri ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Alt Araştırma Soruları

1. Bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi vb.) göre farklılık göstermekte midir?
2. Bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri sosyodemografik özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
3. Bakım verenlerin yaşam kalitesi sosyodemografik özelliklerine göre değişmekte midir?
4. Bakım süresi, bakım verilen kişinin bağımlılık düzeyi ve bakım süresi/gün gibi bakım ile ilgili faktörler bakım yükü, tükenmişlik ve yaşam kalitesini etkiler mi?
5. Bakım yükü ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Bakım yükü ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. Tükenmişlik düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PALYATİF BAKIM

2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Amacı

Palyatif bakım kavramı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından: “Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması, acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır.” şeklinde tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2020). Palyatif bakım hastanın ilk tanısını aldığı zamandan başlayarak tüm tedavi ve bakım sürecini kapsayan, bunun yanı sıra hastaya bakım veren kişilerin ve ailesinin de gereksinimlerini gidermeye çalışan çok yönlü ve bütüncül bir süreci içermektedir (Topçu, 2024).

Hasta ve hasta yakınları için psikososyal sorunların yaşandığı ve yaşam kalitesinin doğrudan etkilendiği hastalık sürecinde palyatif bakımın amacı, multidisipliner bir yaklaşımla hastalık sürecinin insan onuruna uygun şekilde yürütülmesini ve olağan, kontrollü şekilde tamamlanmasını sağlamaktır. Hastanın ağrı ve ıstırabının azaltılması, hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların en aza indirilmesi, ölüm kavramının kabullenilmesi ve doğal yas sürecinin tamamlanması palyatif bakımda gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır (Çelik ve Mertoğlu, 2023).

2.1.2. Palyatif Bakım Tarihçesi

Palyatif bakımın tarihçesi incelendiğinde ilk palyatif bakım servisinin 1842 yılında Fransa'da kurulduğu görülmektedir. Gelişmiş ilk hospis (son dönem hasta bakım merkezi) ise 1967 yılında İngiltere'de hizmet vermeye başlamıştır. Palyatif bakım, yakın geçmişe dayanmasına rağmen hızlı bir gelişim göstermektedir. Palyatif bakım anlayışının gelişmesinde; ülkelerin nüfuslarının giderek yaşlanması ve kanser sıklığının artması, tedavisi mümkün olmayan hastalıklarla mücadelenin öneminin artması ve terminal dönemde bakım ve destek almanın hastanın temel haklarından olduğu görüşünün etkisi vardır (Kavşur ve Sevimli, 2020).

Palyatif bakımın Türkiye sağlık sistemine entegrasyonu ise 1990'lı yıllara dayanmaktadır. Türkiye Onkoloji Vakfı tarafından hayata geçirilen bir tür hospis olan 'Kanser Bakımevi' 1993-1997 yılları arasında İstanbul'da hizmet vermiştir. İlerleyen yıllarda kanser bakımevi anlayışı ülkemizde yaygınlaşarak diğer illerde de hizmet vermeye başlamıştır. 2012-2013 yıllarında ise palyatif bakım merkezlerinin sayısı hızla artmıştır. Günümüzde pek çok hastanede palyatif bakım ünitesi hasta ve hasta yakınlarına hizmet vermekte ve çeşitli araştırmalar, yönergeler ve çalıştaylar yapılarak palyatif bakım anlayışının yaygınlaşması sağlanmaktadır (Madenoğlu Kıvanç, 2017).

2.1.3. Palyatif Bakıma İhtiyaç Duyan Hasta Grupları

Palyatif bakım servislerinde, bakım ihtiyacı olan hastalarda iyileştirici tedavi ve yardımcı tedaviler eşliğinde hastalığın sebep olduğu semptomların azaltılması ve

ortadan kaldırılması, bu sayede hastanın hayatının son anına kadar konforlu ve kaliteli yaşam sürmesi amaçlanmaktadır (Duyar, 2024).

DSÖ ve Dünya Palyatif Bakım Birliği (DPBB) tarafından palyatif bakıma ihtiyaç duyan hasta grupları Tablo 2.1.3.1’de verilmiştir (Batbaş Sertdemir ve ark., 2021).

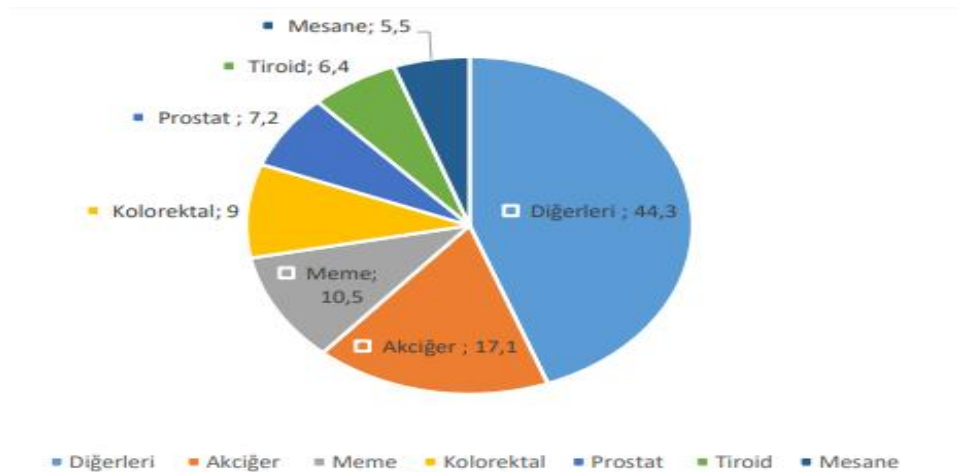
Tablo 2.1.3.1. DSÖ - DPBB Palyatif Bakım Gerektiren Tıbbi Durumlar

Erişkinlerde Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar	Çocuklarda Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar
Kanserler, Alzheimer, Demans, Kardiyovasküler Hastalıklar, Siroz, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Diyabet, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), Böbrek Yetmezliği, Multiple Skleroz, Parkinson Hastalığı, Romatoid Artrit	Kanserler, Yenidoğan Hastalıkları, Konjenital Anomaliler, Kardiyovasküler Hastalıklar, Kan ve İmmün Bozukluklar, Menenjit, Siroz, AIDS, Böbrek Hastalıkları, Nörolojik Bozukluklar

2.1.4. Palyatif Bakım ve Kanser

Kanser, bir organ ya da dokudaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesi ve çoğalması sonucu gen yapısındaki bozulma olarak tanımlanan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kanser dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı giderek artan, tanı alma sürecinden yaşam sonu sürecine kadar hem hasta hem de hasta yakınına yüksek düzeyde stres ve kaygı yaratan, günlük yaşam dengelerini bozan bir durumdur. Bu nedenle kanser hastalarının tanı alma sürecinden terminal dönem sürecine kadar fiziksel, sosyal, duygusal ve psikolojik olarak yaşadığı pek çok zorlukta palyatif bakım ihtiyacı fazladır (Atamer ve Polat, 2020).

DSÖ'nün alt kuruluşu olan Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) verilerine göre her altı ölümden biri kanserle ilişkilidir. Dünya kanser istatistiklerine göre yeni vaka ve ölümlerin üçte ikisi on kanser türünden oluşmaktadır. 36 kanser türü arasında akciğer kanseri dünyada en sık rastlanan kanser türü olmuştur (DSÖ; Ferlay ve ark., 2024)



Şekil 2.1.4.1. Türkiye’de Görülen Kanser Türleri Dağılımı (DSÖ, 2022)

DSÖ verilerine göre (2022) Türkiye’de her iki cinsiyet birlikte değerlendirildiğinde en sık rastlanan kanser türü Şekil 2.1.4.1’de gösterildiği gibi %17,1 ile akciğer kanseridir. Kadınlarda ise ülkemizde en sık rastlanan kanser türü meme kanseri (%23,7) iken erkeklerde yine akciğer kanseri (%24,9) olarak görülmektedir (Arcan, 2024).

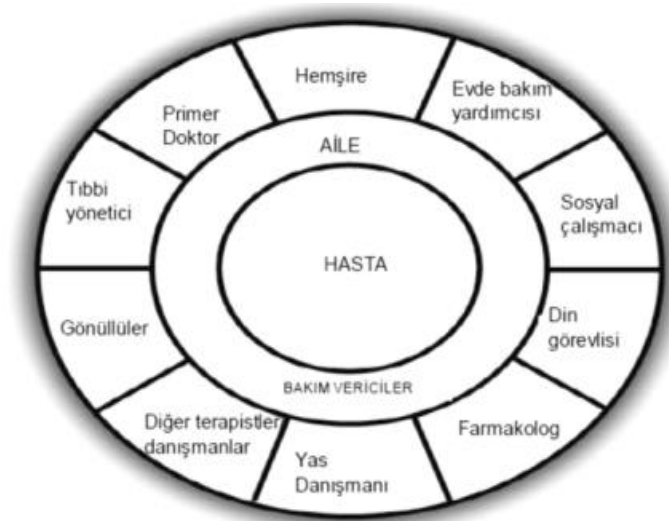
2.1.5. Kanser Sürecinde Aile

Aile; birbirleri ve çevresiyle etkileşim halinde olan, ortak geçmiş ve geleceği paylaşan bireylerden oluşan toplumun temel birimidir. Aile kavramını açıklamaya çalışan sistem teorisine göre aile bireysel üyelerinin ve ailenin bütünsel ihtiyaçlarını gidermeye çalışan bireylerden oluşan kompleks bir sistemdir. Bu sistem öğelerden oluşmakta ve öğeler etkileşim halinde olup, sistemin bir öğesinde meydana gelen değişiklikler diğer öğeleri ve sisteminin bütünü etkilemektedir. Bu nedenle kanser hastalığı sadece hastalık tanısı alan bireyi değil ailenin diğer üyelerini de etkiler ve diğer üyeler de hastalık sürecini yaşarlar. Kanser hastalarında görülen, yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen fiziksel, ekonomik, psikososyal, duygusal sorun ve gereksinimlerin ailenin diğer üyelerinde de görmek mümkündür. Kanser, bir "aile hastalığı" olarak değerlendirilir ve kabul edilir. Aile üyeleri hasta bireyin ölümüyle ilgili uzun süreli korku ve endişe yaşamakta, bakımla ilgili beklenmedik birçok faaliyetin sorumluluğunu almakta ayrıca ekonomik olarak önemli bir yükü yüklenmektedirler. Ancak çoğu zaman bakım veren aile üyelerinin gereksinimleri ihmal edilmekte, bu kişiler psikolojik sorunlar yaşayabilmekte ve “görünmez hastalar” haline gelmektedirler. Ailenin kanser tanısı olan hasta için pasif bir sığınak olarak değerlendirilmesinden öte aktif bir şekilde kanser krizini yaşadığı, bu krizi işbirliği ve birbirlerine destek sağlayarak birlikte

aşabilecek bir insan birliği olarak kabul edilmesi önemlidir (Ceylan Gür, 2018; Toptaş Kılıç ve Öz; 2019; Yıldırım 2020).

2.1.6. Palyatif Bakım Ekibi ve İletişim

Palyatif bakım çok boyutlu ve oldukça karmaşık bir müdahale sistemini içermektedir. Hui ve ark., (2019), tarafından yapılan bir çalışmada palyatif bakımda ekip çalışması ve işbirliği vurgulanmış, palyatif bakım ekiplerini içeren vakaların olumlu sonuç verme olasılığını yükselttiği bildirilmiştir (Hui ve ark., 2019). Palyatif bakım ekibinin üyelerinin kimlerden oluşması gerektiği hastadan hastaya değişebilmektedir. Şekil 2.1.6.1’de yer alan uzmanların hastaya yönelik kendi alanlarındaki müdahaleleri ve aile ile bakım vericileri de ekibe dahil ederek işbirliği içerisinde süreci yönetmeleri günümüz palyatif bakım anlayışının temelini oluşturmaktadır.



Şekil 2.1.6.1. Palyatif Bakım Ekibi (Topkaya, 2018)

Bir hastanın destekleyici bakım ihtiyaçları fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal ve bilgisel olarak sınıflandırılabilir ve bunlar genellikle birbirleriyle yakından ilişkilidir. Örneğin, depresyon iştahsızlığa ve azalmış işlevselliğe katkıda bulunabilir ve bunun tersi de doğru olabilir. Depresyon ayrıca bir hastanın karar vermesini, ruhsal iyiliğini ve bakıcılarla ilişkisini etkileyebilir. Bu diyagram, destekleyici bakım sorunlarının birbiriyle bağlantılı olduğunu ve disiplinler arası bir ekiple çok boyutlu değerlendirmelere ve müdahalelere olan ihtiyacı vurgular. Palyatif bakımın en benzersiz yönlerinden biri, ekibin farklı üyelerinin farklı uzmanlıklar sağlamasıyla disiplinler arası niteliğidir, böylece hastanın ihtiyaçlarının bütünsel ve zamanında ele alınmasına ve ailenin hastayı destekleme becerisinin artırılmasına olanak tanır. Disiplinler arası bir ekibin diğer avantajları arasında gelişmiş hasta-hekim iletişimi ve paylaşılan sorumluluk, iş yükü, karar alma, liderlik ve sıkıntılı hastalara bakım sağlarken yaşanan stresin azalması yer alır (Hui ve ark., 2019).

Palyatif bakımda bütüncül tedavinin ve hastanın yaşam kalitesinin artırılabilmesinin gereklerinden birisi hasta ve yakınları ile etkili bir iletişim sağlamaktır. Özellikle yaşamın sonlarına yakın hastalar olduğunda, akrabaları veya kanserli hastaların bakıcıları ile açık iletişim kritiktir. İyi bir hasta – palyatif bakım ekibi ilişkisi için etkili iletişim ön koşuldur. Hasta ile etkili iletişimin tedavi uyumunu artırmasıyla birlikte sağlık personellerine bağlılığı da artırdığı bildirilmektedir (Gürbüz ve ark., 2020).

Bu iletişim prognoz, tercihler ve öncelikler (örneğin, yaşamı uzatan ve/veya palyatif tedaviler, bakım yeri, ölüm yeri) ve ayrıca ölüm ve ölümlle ilgili umutlar ve korkular hakkında konuşmayı içerebilir. Hastalar ve aile üyeleri hemşirelerin bilgi paylaşırken ve soruları yanıtlarken dürüst olmasını, hastanın değerleri ve hedefleri hakkında soru sormasını, dinlemek için zaman ayırmasını ve sağlık ekibi üyeleriyle iş

birliği yapmasını bekler. Onkoloji hemşireleri ile hastalar ve aileleri arasındaki etkileşimin sıklığı göz önüne alındığında, onkoloji hemşirelerinin kaliteli kanser bakımı sağlamak için güçlü palyatif bakım iletişim becerilerine sahip olması hayati önem taşır. Yapılan alışmalar, hastalar ve yakınları ile kritik zamanlarda açık ve dürüst tartışmalar yapılmasına ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. Buna rağmen, hayatı tehdit eden hastalığı olan hastaların %60-90'ının sorunlarını doktorlarıyla hiç tartışmadıkları bildirilmiştir (Brighton ve Bristowe, 2016; Wittenberg, 2018). İnsan bilemediği ve belirsizlik yaşadığı konularda kaygı ve korku yaşayabilmektedir. Ölüm ve öldükten sonra ne olacağım fikri de insan için bilinmezliğini korumaktadır. Yaşam sonu bakımın temel amaçlarından birisi de hastayı iyi ölüme hazırlamaktır. Bunu sağlamak için de hastanın ölüm hakkındaki düşünceleri ele alınarak ölüm kaygısı azaltılmaya çalışılmalıdır (Altaş, 2020).

Hasta ve hasta yakınlarının tedavi sürecine aktif katılımları, açık bir dille bilgilendirilmeleri ve tercihlerine saygı duyulması palyatif bakımda tedavi sürecinin temel faktörlerindedir. Hasta ve hastaya bakım verenlerin bilgilendirilmesi hastanın bireysel tercihlerine ve ihtiyaçlarına uygun tedavi yönteminin tercih edilmesini sağlamaktadır (Seller Afşar, 2024).

2.2. PALYATİF BAKIMDA HASTA YAKINI OLMAK

Aile, evlilik ve kan bağıyla oluşan eşler, çocuklar ve kardeşler arasındaki biyolojik, sosyal ve emosyonel bağdan oluşan ve toplumu temsil eden en küçük birimdir (TDK, 2021). Buradan yola çıkılarak ailenin sadece ekonomik, fiziksel gereksinimleri karşılamanın yanında psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasında da rol

aldığı söylenebilir. Ülkemizde palyatif bakım hastalarına bakım veren kişilerin çoğunlukla hastanın birinci derece akrabası olduğu bilinmektedir. Başta kanser olmak üzere hayatı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden palyatif bakım hastalarının tedavi sürecinin yatıştırıcıları ve geciktiricileri arasında ailenin desteği vardır (Canım, 2020). Bu süreçte bakım veren aile üyeleri hastanın beslenmesinin, temizliğinin ve ilaçlarının takibini yapmak, hastanın ağrı ve acısıyla mücadelesine destek olmak, ölüm kaygısını azaltmasına yardımcı olmak ve aynı zamanda yakınının kaybetme korkusu ile baş etmeye çalışmak gibi pek çok alanda etkin rol almaktadır. Bu nedenle palyatif bakım süreci hasta kadar hasta yakınının da derin şekilde etkilendiği kendi fizyolojik, emosyonel ve sosyal gereksinimlerini karşılamakta zorlandığı bir dönemdir.

Palyatif bakım hasta yakınları yalnızca hastanın bakım ihtiyaçlarını karşılamakla kalmayıp, aynı zamanda kendi sağlıkları, aile ve iş durumları ile ilgili taleplerle uğraşmak gibi zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Hasta yakınları, hastaların kişisel bakımı, psikolojik destek ve sıklıkla ilaç yönetimiyle ilgilenerek önemli katkı sağlarlar. Bakım görevleri, yaşamın sonunda bir akrabaya sahip olmanın yanı sıra bakım verenleri fiziksel, duygusal ve sosyal olarak da etkileyerek yaşam kalitelerinin düşmesine neden olur (Krug ve ark., 2016; Perpiñá-Galvañ ve ark, 2019).

2.2.1. Bakım Verme Kavramı ve Bakım Vericilerin Özellikleri

Bakım verme kavramı, hastanın bakım sürecine dair sorumluluklarını ve faaliyetlerini içeren süreci ifade etmektedir. Bakım verme süreci hastanın iş görebilme yeteneğini kaybetmesi, hastalığın kötüleşmesi, ağırlaşması ve semptomlarının ilerlemesi ile başlamaktadır (Ersoy ve ark., 2023).

Bakım verme, bakım verenlerin olumlu ve olumsuz duygular yaşadığı, çok bileşenli bir süreçtir. Bakım verenler bu süreçte hastaya karşı empati duygusu geliştirir ve sevgisi artar. Bakım verme deneyimi ile birlikte yakın ilişkilerin iyi düzeye ulaşması, anlam bulma, kendisine saygı ve kişisel olarak tatmin olma gibi hasta yakınlarının kişisel gelişimine katkı sağlayabilir. Bununla birlikte bazı bireysel ve dış etkenlerden dolayı bu süreç bakım veren kişiler için olumsuz şekilde ilerleyebilmektedir. Ekonomik sorunlar, psikolojik ve sosyal sorunlar, hasta kişinin tükenmişlik duygusu bu etkenlerin başlıca olanlarından (Koşan Yurtseven, 2018).

Yapılan çalışmalar ülkemizde ve dünyada bakım vericilerin daha çok kadınlardan oluştuğunu ortaya koymaktadır. Bu durum toplumsal cinsiyet algılarına göre şekillenmekte, kadın ve erkeğe yüklenen toplumsal rollerin bakım vermeyi etkilemesinden kaynaklanmaktadır (Bilgehan ve İnkaya, 2021; Verbeek-Oudijk ve ark., 2019). Hastanın beslenme, boşaltım, temizlik ve hijyen uygulamaları gibi fiziksel gereksinimlerinin karşılanması kadının rolü olarak algılanırken, ekonomik destek sağlama, hastanın ihtiyaçlarını giderme ve hastaneye götürme gibi eylemler ise erkeğe yüklenen sorumluluklardandır. Kadınların günümüzde iş hayatına aktif katılımı ile birlikte gayri resmi olarak bakım verme alanındaki etkinliği azalmış olsa da bakım verme rolü halen devam etmektedir (Nezamı, 2024).

Hastalara primer bakım veren kişilerin hastaya yakınlık derecesi incelendiğinde daha çok eşi, çocukları ve ebeveynleri olduğu görülmektedir. Bu bireyler tedavi planlamasına katılma, karar verme ile hastanın evdeki tedavi ve bakımını uygulamak gibi peç çok rolleri ve işlevleri üstlenmektedir (Kayan, 2023). Bakım veren bireylerin hastalık konusundaki bilgi ve tecrübesi, ekonomik ve psikolojik durumu, fiziksel

yeterliliği, aynı zamanda başka birine bakım verme durumu hastanın bakımının yapılmasını etkileyebilmektedir (Koşan Yurtseven, 2018).

2.2.2. Bakım Yüğü

Palyatif bakımda hayatı tehdit eden hastalıkları olan kişilere bakım desteğini çoğunlukla hasta yakınları vermektedir. Özellikle aile bağlarının önemli görüldüğü Türkiye gibi ülkelerde bu durumla sık karşılaşılmaktadır. Montgomery ve ark. göre bakım yüğü; "Bakım verenlerin bakım sağlama sonucu hissettiği sıkıntı" olarak tanımlanmaktadır. Bu sıkıntının depresyon, kaygı ve diğer duygusal tepkilerden farklı olduğu belirtilmiştir (Ekiz, 2021; Montgomery ve ark., 2017; Özçelik ve Ekiz, 2024).

Bakım yüğü objektif yük ve subjektif yük olarak iki kategoride incelenmektedir. Objektif yük bakım vermeden doğan somut, gözlenebilir fiziksel iş yükünü ifade etmektedir. Hastanın beslenme ve temizliği, ödemelerinin yapılması, sosyalleşmesine yardımcı olunması gibi durumlar için bakım vericilerin harcadıkları enerji ve zamanı içerir. Subjektif bakım yüğü ise daha çok bakım veren ve bakım verilen kişinin özelliklerinden etkilenen, hissedilen öznel bir sıkıntı, keder, stres ve suçluluk halidir (Akbulut Şahin, 2019; Ekici Kocakafa, 2019).

Zhang ve ark. (2023) ileri evre kanserli hastalara palyatif bakım veren aile bakıcıları arasında bakım veren yükünün çok boyutlu özelliklerini incelemek üzere bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu çalışmada katılımcılar, bakım verme sürecinde orta düzeyde bakım yüğü yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan analizde, bakım veren yükünün çok boyutlu yapısı altı tema ve dokuz alt tema kapsamında değerlendirilmiştir. Bu kapsamda belirlenen faktörler arasında fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik unsurlar

bulunmaktadır. Ayrıca, bakım yükünü artıran faktörler ile yükü hafifleten unsurlar da belirlenmiştir. Bulgular, palyatif onkolojideki bakım veren aile üyelerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik yükler gibi boyutlarla orta düzeyde bakım veren yükü yaşadıklarını ve bunların arasında duygusal yükün en belirgin olduğunu göstermektedir (Zhang, 2023).

Bakım verme yükü hastanın fiziksel ve psikolojik iyilik hali, bakıma ayrılan süre, bakım verenin cinsiyeti, yaşı, sosyal destek kaynaklarının varlığı, finansal durumu ve eğitim durumundan etkilenebilmektedir (Kayan, 2023). Yapılan çalışmalarda yaşlı hastalarda ve sosyal desteği olmayan bakım verenlerde, bakım yükünün daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir. Ayrıca hasta yakınlarının sosyoekonomik durumu ve bakım verme görevlerini içeren bakım ortamının bazı özellikleri de algılanan bakım yükünü etkileyebilmektedir (Bilgehan ve İnkaya, 2021). Bireylerin bağımlılık düzeyinin artması;

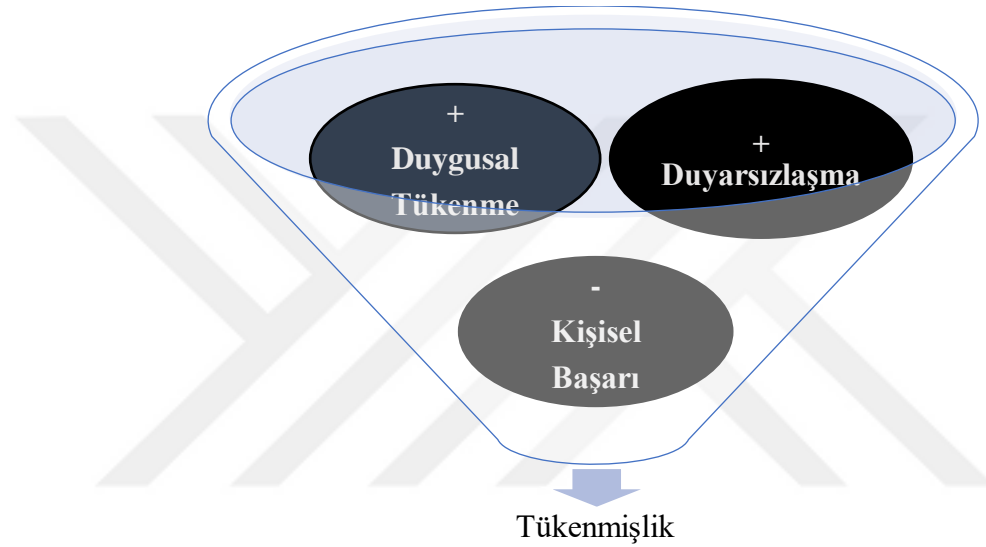
- "Günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yetersiz kalmalarına,
- Bakım vericilerin bakıma ayırdığı sürenin uzamasına,
- Kendi rol ve sorumluluklarına ayırdığı zamanın azalmasına,
- Sosyal yaşamlarının sınırlanmasına
- Başkasına bağımlı hale gelmelerine neden olmaktadır.

Yaşanılan bu durumlar bakım verici yükünü arttırabilmektedir (Duman,2020).

2.2.3. Tükenmişlik

Tükenmişlik, günümüzde yaşamın her alanında karşılaşılabildiğimiz ve her yaş grubunda insanı etkileyebilen bir durumdur. Tükenmişliğin en yaygın ve kabul görmüş

tanımı 1981 yılında bu kavram üzerine ölçek de geliştirmiş olan Christina Maslach tarafından yapılmıştır. Maslach tükenmişliği “iş gereği yoğun duygusal olaylara maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla bir arada çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlarla olan ilişkilere olumsuz yansımaları ile oluşan bir sendrom” olarak tanımlamıştır (Çınar ve Bulut, 2024; İçerli ve Yıldırım, 2010).



Şekil 2.3.3.1. Maslach Tükenmişlik Modeli

Maslach geliştirdiği tükenmişlik modelinde (Şekil 2.2.3.1) bireylerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın artması ile birlikte algılanan kişisel başarının azalmasının tükenmişliğe sebep olduğunu ifade etmektedir. Modelde yer alan;

- Duygusal tükenme; tükenmişliğin kişisel ve stres boyutunu ifade eder ve bireylerin duygusal ve fiziksel dayanaklarında azalmayı,
- Duyarsızlaşma; çalışanların hizmet verdikleri kişileri önemsememesi, onlara birer nesne gibi davranması, azarlayıcı sözler sarf etmesi, umursamaz bir tutum sergilemelerini,

- Kişisel başarının azalması; kişilerin kendi hakkında olumsuz değerlendirme eğilimini kapsamaktadır (Aydemir, 2023; Öksüzoğlu, 2018).

Yapılan bir çalışmada palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren hasta yakınlarının da, hastaya bakım sunarken yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiği ve tükenmişlik düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir (İlhan, 2018). Hastanın fiziksel bakımının yaşattığı güçlükler, hasta yakınına karşı agresif tutumu, süreçte yaşanan uykusuzluk, depresif duygu durum, hastanın olumsuz prognozu hasta yakınları için zaman zaman dayanılmaz bir hal almaktadır. Tükenmişlik bakım verenlerde bir anda ortaya çıkan bir yetmezlik durumundan ziyade, yavaş yavaş gelişen ve büyüyen, zamanla diğer semptomların birleşerek tetiklediği bir durumdur (Çınar ve Bulut, 2024).

2.2.4. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik kişinin psikolojik sağlamlık ve baş etme becerileri ile doğrudan ilişkili olduğu için her kişide gösterebileceği belirti de farklılaşabilmektedir. Tükenmişliğin en sık rastlanan fiziksel belirtileri arasında uykusuzluk, yorgunluk ve halsizlik, kilo kaybı veya aşırı kilo alımı bulunmaktadır. Tükenmişliğin davranışsal belirtileri daha çok unutkanlık, çabuk öfkelenme ve ağlama krizleri şeklindedir. Tükenmişliğin psikolojik belirtileri ise engellenmişlik hissi, kaygı, huzursuzluk ve tedirginlik hali, suçluluk ve depresyon şeklinde sıralanabilir (Öksüzoğlu, 2018).

2.2.5. Yaşam Kalitesi

Palyatif bakımın odağında hasta ve hasta yakınının yaşam kalitesi bulunmaktadır. Yaşam kalitesi içerisinde hem fiziksel, hem psikolojik hem de sosyal iyilik durumunu

barındırmaktadır. DSÖ yaşam kalitesini “kendi amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerini göz önüne alarak bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sisteminde kendi konumları ile ilgili algıları” biçiminde tanımlamaktadır. Bu tanımı dikkate aldığımızda yaşam kalitesinin objektif ölçülebilirlikten ziyade öznel ve göreceli, kişinin algılarıyla şekillenen ve sosyokültürel yapıdan etkilenebilen özelliklere sahip olduğunu görebilmekteyiz. Yaşam kalitesini oluşturan fiziksel, psikolojik ve sosyal bileşenler arasında fiziksel sağlık, dengeli ve sağlıklı beslenme, eğitim olanaklarından yararlanma, sosyal aktiflik, bireysel bağımsızlık düzeyi ve kişinin kendini gerçekleştirme düzeyi bulunmaktadır (Görgün Baran, 2008).

Palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarının yaşamında bakım verme sürecinden öncesine göre büyük değişiklikler yaşanmaktadır. Fiziksel açıdan bakım veren aile üyelerinin sağlık sorunları yaşadıkları, hastanın bağımlılık düzeyine bağlı olarak bel ve sırt ağrıları, uyku düzeninde bozulmalar, baş ve boyun ağrıları yaşadıkları bilinmektedir. Ekonomik açıdan işe devam edememenin ve hastanın ihtiyaçlarının karşılanmasından kaynaklanan sorunlar yaşanmaktadır. Psikolojik yönden yaşanan değişimler arasında ise hayattaki rolün değişmesi, hastayı kaybetme korkusu, yetersizlik ve suçluluk duygusu, depresyon oluşumu görülmektedir (Karakaya ve Işıksan, 2020; Llop-Medina, 2024; Topkaya, 2018). Tüm bu değişimlerin bakım veren hasta yakınlarının yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği ve yaşam kalitelerini düşürdüğü söylenebilir.

2.2.6. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psiko-duygusal durum, kişisel inançlar, sosyal ilişkiler ve bir kişinin yaşam ortamının çeşitli özelliklerinden etkilenir. Yaşam kalitesinin beş yönü vardır: normal yaşam, memnuniyet, kişisel hedeflere ulaşma, sosyal fayda ve işlevsellik (Pop ve ark, 2024).

Bakım verici hasta yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalarda; bakım verenlerin yaşı arttıkça yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir. Bu duruma yaşlanmanın etkisiyle fiziksel faaliyetleri yapmanın zorlaşmasının sebep olduğu düşünülmektedir. Bakım verenlerin eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde yükseldiği belirlenmiştir. Bunun sebebinin, eğitim seviyesi yüksek kişilerde bilinçli davranış sistemlerinin gelişmesi, baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi, sağlık anlayışının ve yönetiminin olumlu yönde etkilenmesi ve yaşanan psikososyal süreçlere daha iyi uyum sağlanması olduğu düşünülmektedir. Hastaya bakım verenin cinsiyetinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu konusunda fikir birliğine ulaşılamamıştır. Bakım verenlerin gelir seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesi düzeyinin anlamlı düzeyde yükseldiği belirlenmiştir. Bunun sebebinin gelir durumunun yükselmesiyle bakım verenlerin kaynaklara ulaşımının kolaylaşması, bakım verdikleri hastaların tedavilerini daha iyi koşullarda sürdürebilmeleri, kendilerini psikososyal açıdan rahatlatıcı ve rehabilite edici faaliyetleri yapmalarının kolaylaşması gibi sebeplere bağlı olduğu düşünülmektedir. Bakım verenlerin hastaya bakım verirken gün içinde ayırdığı süre arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bilinmektedir. Bu durum bakım verenin kendine ve sosyal faaliyetlere ayırdığı zamanın azalması ve hem fiziksel hem de ruhsal açıdan dinlenme süresinin azalmasından kaynaklanmaktadır (Karakaya ve Işıksan, 2020).

Hasta yakınlarının yaşam kalitesinin artırılması için yapılabilecekler arasında kendine vakit ayırması için belirli zamanlarda bakım veren kişilerin değişmesi, sosyal destek kaynaklarının artırılması, dernek ve vakıflardan ekonomik destek sağlanması, hasta yakınlarının psikolojik sağlamlığını artırmaya yönelik psikoeğitim çalışmaları veya bireysel/grup psikoterapisi bulunmaktadır (Çetin, 2018; Toptaş Kılıç ve Öz; 2019). Bu konuda palyatif bakım ekibi uzmanlarının hasta yakınlarıyla yakından iletişim kurmaları, hasta yakınlarının istek ve ihtiyaçlarını analiz ederek gerekli görüldüğünde hasta yakınlarına yönelik çalışmalar yürütmeleri büyük önem taşımaktadır.

2.2.7. Hasta Yakınlarının Yaşadığı Başlıca Sorunlar

Hayatı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden bireylere ve hasta yakınlarına yönelik sunulan palyatif bakım hizmeti multidisipliner bir müdahale sistemini içermektedir. Bu özel bakım sisteminde hasta ve hasta yakınlarının yaşadığı fiziksel sorunların yanında psikososyal ve spiritüel gereksinimleri de ele alınmakta ve müdahale edilmektedir. Palyatif bakım hastası yakınları haftalarca, aylarca hatta yıllarca hastanın bakımını üstlenebilmektedir. Bu durum da bakım veren hasta yakınları için çeşitli sorunları ve yükü de beraberinde getirmektedir. Çeşitli sağlık problemleri, kaygı, depresyon, öfke ve yalnızlık bakım verenlerin yaşadığı sorunlardandır (Kangalgil Balta ve ark., 2024).

Aile içinde rollerin değişmesi, ekonomik durumun kötüleşmesi ve sosyal yaşamın kısıtlanması hasta yakınları için önemli stres kaynaklarını oluşturmaktadır. Hastalığa kötü psikolojik uyum, hastanın belirtilerinin sıklığı ve şiddetinin, hastanın fiziksel olarak bakım verene bağımlılık düzeyinin zamanla artması hasta yakınları için stres

faktörlerini artırmaktadır. Kansere hasta yakınları ile yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının yaşadığı başlıca fiziksel sorunlar uykusuzluk, yorgunluk ve iştahsızlık; sosyal sorunlar sosyal aktivitelere katılamama, sosyal hayatın kısıtlanması; ekonomik sorunlar maddi sıkıntılar, maddi durumun bozulması; psikolojik sorunlar ise çaresizlik, kaygı ve umutsuzluk olarak ifade edilmiştir (Karakartal, 2017; Yıldız ve ark.; 2016).

Kanser hastalarına bakım veren ve diğer kronik hastalıklara bakım verenler arasında yaşam kalitesi düzeylerinde farklılık olup olmadığını araştıran bir çalışmada kanser hastalarına bakım sağlamanın bakım verenlerin fiziksel, sosyal ve duygusal refah düzeyini etkileyebildiği ve çoğunlukla diğer kronik hastalıkları olan kişilere bakmaktan daha fazla yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu açıklanmıştır (Choi, 2016).

2.2.8. Hasta Yakınlarına Psikososyal Destek

Palyatif bakım; fiziksel, psikososyal, sosyal, hukuki ve manevi olmak üzere beş temel bileşenden oluşmaktadır. “Psikososyal” terimi; bireyin yaşamındaki psikolojik ve sosyal faktörler arasındaki dinamik ilişkiyi ve bu etkileşimin birbirini nasıl şekillendirdiğini ifade eder. Psikolojik boyut; içsel, duygusal ve bilişsel süreçleri kapsarken; sosyal boyut ise kişiler arası ilişkileri, aile ve topluluk ağlarını, sosyal değerleri ve kültürel uygulamaları içerir. Bu çerçevede psikososyal sorunlar, hem psikolojik hem de sosyal unsurların iç içe geçtiği ve birinin diğerini kaçınılmaz olarak etki ettiği durumları yansıtır (Bilgin Kılıç, 2024; Egici ve ark., 2019).

Hastaya bakım verme rolünü üstlenen bireylerin günlük hayatlarındaki düzenleri bozulmakta ve rutinleri değişerek yeni duruma uyum sağlamaya çalışmaktadırlar. Hastalık sürecinin uzun sürmesi, hastanın hayatını tehdit ediyor olması, hastanın

semptomlarının sıklığı ve şiddetinin artması, psikolojik sağlamlığın olumsuz etkilenmesi ve bakım yükünün artması, ekonomik ve sosyal güçlükler hasta yakınının sorumluluklarını artıran, aile içi rollerini değiştiren ve aile yapısını olumsuz etkileyebilen durumlardır (Topkaya, 2018).

Bu süreçte hasta yakınlarının en erken dönemde açık ve anlaşılır bir dille bilgilendirilmesi, üzüntü ve yas sürecinin desteklenmesi gerekmektedir. Hasta yakınları ve bakım veren kişilerin süreçteki psikososyal gereksinimleri incelenerek gerekli destek sağlanmalıdır. Hasta yakınları psikososyal gereksinim olarak; korku, kaygı, depresyon, yalnızlık, umutsuzluk ve belirsizlik gibi emosyonel alanda, çocuklarının bakımında, ev işlerinde, sosyal ve ekonomik konularda sorunlar yaşamaktadır. Hasta yakınlarının psikolojik ve duygusal sorunlarla baş etme becerilerini geliştirmek, tedavi sürecine etkin katılımlarını sağlamak, kendilerine zaman ayırabilecekleri aktiviteler için desteklemek, spiritüel gereksinimlerini tanımlamak ve bu gereksinimleri giderebilecek ortam ve koşulları sağlamak palyatif bakım sürecinde yapılması gereken psikososyal destek çalışmalarındandır (Topkaya, 2018).

Leow ve ark., (2015), tarafından yürütülen bir çalışmada bakım verme programını kullanarak ileri kanserli hastaların aile bakıcıları üzerinde psikoeğitsel müdahalelerin etkililiği değerlendirilmiştir. Çalışmada standart bakım grubu rutin evde bakım hizmeti, müdahale grubu ise rutin bakıma ek olarak bakım verme programı almıştır. Çalışma sonuçlarına göre müdahale grubunda standart bakım grubuna göre yaşam kalitesi, sosyal destek memnuniyeti ve desteklenen kişi sayısı, hasta ile yakınlık, öz bakımda öz yeterlilik, bakım verme ödülleri ve bilgisi, daha düşük stres ve depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bakım verme programının ileri kanserli

hastaların aile bakım verenlerinin yaşam kalitesine olumlu etkileri olduğu görülmüştür (Leow ve ark, 2015; Toptaş Kılıç ve Öz, 2019).

Palyatif bakımda hasta ve hasta yakınlarının yaşadığı depresyon, anksiyete, tükenmişlik, ölüm kaygısı ve komplike yas gibi pek çok psikolojik soruna müdahale etmek amacıyla bazı psikoterapi yöntemleri palyatif bakıma uyarlanarak kullanılmaktadır. Başta kanser hastaları olmak üzere, yaşamının sonuna yaklaşmış olduğu değerlendirilen hastaların psikolojik ve fiziksel semptomlarının hafifletilmesinde, sıkıntılarının azaltılmasında ve yaşam kalitelerinin artırılmasında en etkili yöntemlerden birisinin Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) olduğu değerlendirilmektedir. BDT yönteminde duygu ve düşünceleri izleme, yeniden düzenleme ve çerçeveleme, karar verme için stratejiler geliştirme ve düşünceleri durdurma gibi teknikler uygulanarak hasta ve hasta yakınlarının kaygıları ele alınmaktadır (Von Blanckenburg ve Leppin, 2018; Yılmaz ve Öztürk, 2019). Manevi ve Varoluşçu Terapiler, Kabul ve Kararlılık Terapisi, Logoterapi palyatif bakım alanında aktif olarak kullanılan diğer psikoterapi yöntemleridir. Ayrıca müzik terapisinin palyatif bakıma dahil edilmesi, hastaların ve bakıcıların ağrı ve kaygı yönetimini kolaylaştırabilecek yöntemlerdendir. Müziğin psikolojik ve bedensel rahatsızlıkların tedavisinde, manevi bakım süreçlerinde hastaları sakinleştirmesi ve rahatlatması, teskin etmesi ve tedaviye olumlu yanıt verilmesinde destekleyici rolü büyüktür. Bu yöntemle kişilerin ruh hallerini iyileştirebilir ve rahatlama süreçlerine katkıda bulunulabilir. Ayrıca duyguların ifade edilmesini ve yönlendirilmesini destekleyerek yas sürecine de yardımcı olabilir (Aslan, 2020; Valero-Cantero, 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bu çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Palyatif Bakım ile Medikal Onkoloji birimlerinde ayaktan veya yatarak tedavi gören kanser tanısı almış bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerinin yaşam kaliteleri ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Temmuz - Aralık 2024 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Palyatif Bakım ile Medikal Onkoloji birimlerinde ayaktan veya yatarak tedavi gören kanser tanısı almış bireylere bakım veren hasta yakınları ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini araştırma tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Palyatif Bakım ile Medikal Onkoloji birimlerinde ayaktan veya yatarak tedavi edilen kanser tanısı almış bireylerin bakımını üstlenen hasta yakınları oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise bu birimlerde tedavi gören kanserli hastalara birincil bakım veren, 18 yaş ve üzerinde olan, çalışmaya katılmak için gönüllü olan, anket sorularını yanıtlayabilecek bilişsel düzey ve dil yeterliliğine sahip bireylerden oluşmaktadır. Minimum örneklem büyüklüğünü belirlemek için G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak yapılan güç analizine göre %95

istatistiksel güç, 0.05 hata payı ve 0.25'lik etki büyüklüğü ile çalışmaya dâhil edilmesi gereken örneklem sayısı 164 olarak hesaplanmış, çalışmaya 144 kanser hasta yakını katılmıştır (katılım oranı %87,8).

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım ve Medikal Onkoloji birimlerinde yatan veya ayaktan takip edilen kanser tanısı almış hastanın bakımını sağlayan hasta yakını olmak
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel düzey ve dil yeterliliğine sahip olmak

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- 18 yaşından küçük olmak
- Gönüllü onam vermemek
- Bilişsel düzey, dil yeterliliği açısından soruları cevaplayacak durumda olmamak

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişken; Bakım Yüğü ve Tükenmişlik Düzeyleri

Bağımlı Değişken; Yaşam Kalitesi Düzeyleri

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından her hasta için birincil bakım veren hasta yakınının değerlendirmesi yapılarak çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm hasta yakınlarına Hasta Bilgi Formu (Ek 1), Hastaya Bakım Veren Bilgi Formu (Ek 2), Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Ek 3), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Ek 4) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 5) yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından literatür eşliğinde hazırlanan form hastayı tanıtıcı sorulardan (hastanın yaşı, cinsiyeti, tanı alma ve tedaviye başlangıç tarihi, hangi birimde tedavi gördüğü, kanserin türü ve evresi, metastazın varlığı, ayaktan veya yatarak edilme durumu, yatağa bağımlılık düzeyi) oluşmaktadır.

3.5.2. Hastaya Bakım Veren Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından bakım veren hasta yakınlarının özelliklerinin çeşitli yönlerden incelenmesi amacıyla hazırlanan form bakım verenin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, bakım verme süresi, ailede başka bakım veren varlığı, eğitim, meslek, ekonomik durumu, sosyal destek kaynaklarının varlığı, sosyal güvence, bakım vermekten kaynaklı yaşadığı fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlara yönelik sorular içermektedir.

3.5.3. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ)

Ölçek Zarit ve ark. tarafından 1980 yılında oluşturulmuştur. Ölçek demanslı yaşlı hastalara bakım veren bireylerin katılımıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı bakım veren hasta yakınlarının bakımın hayatlarını nasıl ve ne kadar etkilediğini belirlemektir. 22 maddeden oluşan ölçek 5'li Likert tipi değerlendirme şeklinde ve her madde için 0'dan 4'e kadar puanlama yapılabilir. "Hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "oldukça sık" ve "hemen her zaman" seçeneklerinden oluşan ölçekten alınabilecek en düşük değer 0, en yüksek değer ise 88'dir. Ölçekten elde edilen puanlar; (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede bakım yüğü olması, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı bakım yüğü olması şeklinde değerlendirilir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 2006 yılında İnci ve Erdem (2006) tarafından yapılmıştır (İnci ve Erdem,

2006; Zarit ve ark, 1980). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı; 0,938 olarak ölçülmüş ve ölçeğin güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.

3.5.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Ölçek 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından hazırlanmıştır. Ölçek üç alt boyut ve toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Duygusal tükenme alt boyutu (1,2,3,6,8,13,14,16,20) 9 madde, duyarsızlaşma boyutu (5,10,11,15,22) 5 madde, kişisel başarı boyutu ise (4,7,9,12,18,19,21) 8 madde içermektedir. Ölçek kesinlikle katılmıyorum (0) ve tamamen katılıyorum (4) arasındaki seçeneklerden oluşan 5’li Likert tipiyle hazırlanmıştır. Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutlarından elde edilen puanlar düz toplanırken, Kişisel Başarı alt boyutu tersten toplanmaktadır. Bu nedenle Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyut toplamlarından yüksek; Kişisel Başarı alt boyut toplamından düşük puan alınması tükenmişliği göstermektedir (Maslach ve Jackson, 1981; Öksüzoğlu, 2018). Ölçeğin Türkiye’ye uyarlaması Ergin tarafından 1992 yılında yapılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ise Sucuoğlu ve Kuloğlu tarafından 1996’da yapılmıştır (Sucuoğlu ve Kuloğlu, 1996). Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,850 olarak ölçülmüştür.

3.5.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36 YKÖ)

Bireylerin yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirmiş olan ölçek; “Fiziksel Fonksiyon”, “Sosyal İşlevsellik”, “Fiziksel Rol Kısıtlamaları”, “Emosyonel Rol Kısıtlaması”, “Ruhsal Sağlık”, “Enerji”, “Ağrı” ve “Genel Sağlık Algısı” olmak üzere 8 alt boyuttan ve 36 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan bazı sorular 5’li derecelendirme, bazı sorular 3’lü derecelendirme, bazıları ise evet ve hayırdan oluşan ikili derecelendirme ile hazırlanmıştır. Ölçekte yer alan 36 maddeden 35’i son 4 hafta baz alınarak cevaplandırılır. Ölçekteki yer alan son bir yılda sağlıktaki değişim algısını

içeren “Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığımızda şimdiki sağlığınızı nasıl buluyorsunuz?” ifadesi ölçek değerlendirmesinde dikkate alınmamaktadır. Ölçeğin her alt boyutundan alınan puanlar yükseldikçe kişinin yaşam kalitesi artmaktadır. SF-36 Türkçe Yaşam Kalitesi ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1995’te Pınar tarafından yapılmıştır (Pınar, 1995). Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,871 ile 0,927 arasında bulunmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics Version 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel analizde tanımlayıcı veriler sayı (n), yüzde (%) ve ortalama±standart sapmaları ile gösterilmiş, sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, karşılaştırmalı analizlerde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu’na başvurularak 30.01.2024 tarihli ve 01-65 karar sayılı etik kurul onayı alınmıştır (Ek 6). Araştırma öncesinde Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nden çalışma için gerekli kurum izni alınmıştır (Ek 7). Örnekleme alınan bireyler, araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgilendirilmiştir. Bireyler araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra “Aydınlatılmış Onam” ilkesine uyularak, sözlü onam alınmış ve veriler toplanmaya başlanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylere ait sosyodemografik özellikler Tablo 4.1’de verilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri incelendiğinde araştırmaya toplam 144 kişi katıldığı, katılanların %47,9’unun (n:69) erkek, %52,1’nin (n:75) kadın olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamalarının $48,48 \pm 14,38$ yaş (en küçük 18 yaş – en büyük 77 yaş) olduğu, yaş aralıkları incelendiğinde %38,9 ile en çok 30-49 yaş aralığı bireylerden oluştuğu, en az katılımın ise 18-19 (%12,5) yaş grubunda olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun evli olduğu (n:122; %78,5), az sayıda kişinin bekar (n:17; %11,8) veya dul/boşanmış (n:14; %9,7) olduğu görülmekte, katılımcıların %84,7’sinin çocuğu varken %15,3’ünün yoktur. Katılımcıların eğitim düzeyi en çok üniversite ve üzeri (%29,9), meslek kategorisinde en çok ev hanımı (%36,8) olmuştur. Katılımcıların %59’u çalışmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %38,9’u aylık gelirinin 15.000 TL altında olduğunu belirtmiştir ve katılımcıların büyük çoğunluğu ekonomik durumunu orta düzeyde (%62,5) olarak nitelendirmektedir. Katılımcıların %68,1’i herhangi bir kronik hastalığı olmadığını ifade ederken %31,9’u kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Çalışmada katılımcıların günlük bakım süresinin $11,13 \pm 8,57$ saat olduğu, %31,3’ünün 1 ay-6 ay arası süredir bakım verdikleri tespit edilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu hastanın birinci derece yakını (%85,4) olduğunu ve sosyal destek kaynağına sahip olduğunu (%69,4) ifade etmiştir. Bakım veren bireylerin sosyal destek kaynaklarının %90,6’sının (n:87) birinci derece yakını olduğu görülmüştür.

Tablo 4.1. Bakım Verenlere Ait Sosyodemografik Verilerin Dağılımı

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Erkek	69	47,9
	Kadın	75	52,1
Yaş Grubu (48,48±14,38 yaş) (18-77 yaş)	18-29 yaş	18	12,5
	30-49 yaş	56	38,9
	50-64 yaş	49	34,0
	≥65 yaş	21	14,6
Medeni Durum	Bekar	17	11,8
	Evli	113	78,5
	Dul/Boşanmış	14	9,7
Çocuk	Var	122	84,7
	Yok	22	15,3
Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil	6	4,1
	Okuryazar	4	2,8
	İlkokul	40	27,8
	Ortaokul	18	12,5
	Lise	33	22,9
	Üniversite ve Üzeri	43	29,9
Meslek	Ev Hanımı	53	36,8
	Memur	23	16,0
	Diğer	68	47,2
Çalışma Durumu	Evet	59	41,0
	Hayır	85	59,0
Aylık Gelir	≤15.000 TL	56	38,9
	15.000 TL – 30.000 TL	45	31,2
	≥30.000 TL	43	29,9
Ekonomik Durumu	İyi	19	13,2
	Orta	90	62,5
	Kötü	35	24,3
Kronik Hastalık	Var	46	31,9
	Yok	98	68,1
Bakım Süresi (11,13±8,57 saat/gün)	<1 ay	18	12,5
	1 ay - 6 ay	45	31,3
	7 ay - 1 yıl	34	23,6
	>1 yıl	47	32,6
Yakınlık	1. derece akraba	123	85,4
	Diğer	21	14,6
Sosyal Destek Kaynağı	Var	100	69,4
	Yok	44	30,6
Toplam		144	100,0

Hastaya bakım veren bireylerin %47,9'unun hastaya bakım verirken bakım sorunu yaşadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %43,5'nin fiziksel sorun, %75,4'nün psikolojik sorun, %37,7'sinin sosyal sorun yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca ekonomik sorun ve kendime vakit ayıramıyorum şeklinde diğer sorunları (%1,4) yaşayan katılımcılar olmuştur. Bakım verenlerin bakım sorunu yaşama durumları Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Bakım Sorunu Yaşama Durumları

Değişkenler		n	%
Bakım Sorunu (n:144)	Evet	69	47,9
	Hayır	75	52,1
Fiziksel Sorun (n:69)	Evet	30	43,5
	Hayır	39	56,5
Psikolojik Sorun (n:69)	Evet	52	75,4
	Hayır	17	24,6
Sosyal Sorun (n:69)	Evet	26	37,7
	Hayır	43	62,3
Diğer Sorun (n:69)	Evet	2	2,9
	Hayır	67	87,1

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının bakım verdiği hastalara ait tanımlayıcı özellikler Tablo 4.3'te verilmiştir. Hastaların %50,7'si erkek, %49,3'ü kadındır. Hastaların yaş ortalamaları $64,45 \pm 12,77$ yaş (en küçük 25 yaş, en büyük 93 yaş) olup, %35,4'ü 50-64 yaş aralığındadır. Hastalar en çok ortaokul mezunu (%27,1) ve %40,3'ü ilçe merkezinde yaşamaktadır. Hastaların %72,2'si ayaktan başvuru yapmıştır, %27,8'i ise yatan hastadır. Hastaların %68,1'i medikal onkoloji servisinde iken %31,9'u ise palyatif bakım servisinde hizmet almaktadır. Hastaların kanser türleri içerisinde en sık rastlanan %18,8 ile meme kanseri ve prostat kanseridir (On kişiden az sayıda olan

kanserler diğer kanserler olarak gruplandırılmıştır). Hastaların %41,0'i altı ay ve daha kısa süre önce tanı almış ve %33,6'sında metastaz olduğu saptanmıştır. Hastaların yatağa bağımlılık düzeyi incelendiğinde %20,1'inin yerinden kalkmakta zorlandığı ve desteksiz şekilde yürüyemediği, %9,7'sinin ise yerinden hiç kalkamadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	n	%	
Cinsiyet	Erkek	73	50,7
	Kadın	71	49,3
Yaş Grubu (64,45±12,77 yaş) (25-93 yaş)	25-29 yaş	1	0,7
	30-49 yaş	17	11,8
	50-64 yaş	51	35,4
	65-74 yaş	47	32,6
	≥75 yaş	28	19,5
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	21	14,6
	Okuryazar	13	9,0
	İlkokul	38	26,4
	Ortaokul	39	27,1
	Lise	22	15,3
Yaşadığı Yer	Üniversite ve Üzeri	11	7,6
	İl Merkezi	48	33,3
	İlçe	58	40,3
Başvuru Durumu	Kasaba, Belde veya Köy	38	26,4
	Ayaktan Başvuran Hasta	104	72,2
Başvurduğu / Yattığı Birim	Yatan Hasta	40	27,8
	Medikal Onkoloji Birimi	98	68,1
Tanısı	Palyatif Bakım Birimi	46	31,9
	Meme Kanseri	27	18,8
	Prostat Kanseri	27	18,8
	Kolorektal Kanser	16	11,0
	Akciğer Kanseri	15	10,4
	Endometrium Kanseri	10	7,0
Tanı Alma Süresi	Diğer Kanserler	49	34,0
	<6 ay	59	41,0
	6 ay - 1 yıl	55	38,2
	1 - 5 yıl	24	16,6
	6 - 10 yıl	4	2,8
Metastaz Durumu	>10 yıl	2	1,4
	Var	47	33,6
Yatağa Bağımlılık Düzeyi	Yok	93	66,4
	Yerinden rahatlıkla kalkıyor	101	70,2
	Yerinden kalkmakta zorlanıyor, desteksiz şekilde yürüyemiyor	29	20,1
	Yerinden hiç kalkamıyor	14	9,7
Toplam	144	100,0	

Çalışmaya dahil edilen hastaların yardımsız şekilde %12,5'i yemek yiyememekte, %20,1'i tuvaletini yapamamakta, %25,7'si giyinememekte, %34,7'si banyo yapamamaktadır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hastaların Yardımsız Şekilde Kendi İhtiyaçlarını Giderebilme Durumlarına Göre Dağılımı

Değişkenler		n	%
Yardımsız Şekilde Yemek Yeme Durumu	Evet	126	87,5
	Hayır	18	12,5
Yardımsız Şekilde Tuvaletini Yapabilme Durumu	Evet	115	79,9
	Hayır	29	20,1
Yardımsız Şekilde Giyinebilme Durumu	Evet	107	74,3
	Hayır	37	25,7
Yardımsız Şekilde Banyo Yapabilme Durumu	Evet	94	65,3
	Hayır	50	34,7
Toplam		144	100,0

Tablo 4.5'te, bakım veren bireylerin ZBVYÖ ve MTÖ alt boyut puanlarının dağılımı verilmiştir. ZBVYÖ puanları 0-20 (Yok), 21-40 (Hafif), 41-60 (Orta), 61-88 (Ağır) olarak değerlendirilmektedir. Katılımcıların %41,0'ı bakım yükü yaşamazken, %31,9'u hafif düzeyde, %18,8'i orta düzeyde ve %8,3'ü ise ağır düzeyde bakım yüküne sahiptir. MTÖ'de Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyut toplamlarından yüksek; Kişisel Başarı alt boyut toplamından düşük puan alınması tükenmişliği göstermektedir. Elde edilen verilere göre katılımcıların Duygusal Tükenme düzeyi 0-54 arasında değerlendirilmiş ve elde edilen verilere göre katılımcıların %59,0'u düşük düzeyde (0-11), %15,3'ü orta düzeyde (12-17) ve %25,7'si yüksek düzeyde (≥ 18) duygusal tükenme yaşamaktadır. Bu bulgu, bakım verenlerin dörtte birinden fazlasının yüksek duygusal tükenme yaşadığını ortaya koymaktadır. MTÖ alt boyutlarından

Duyarsızlaşma düzeyine bakıldığında, katılımcıların %75'inin düşük düzeyde (≤ 5) duyarsızlaştığı, %11,8'inin orta düzeyde (6–9) ve %13,2'sinin ise yüksek düzeyde (≥ 10) duyarsızlaşma yaşadığı görülmektedir. Kişisel Başarı alt boyutu açısından değerlendirildiğinde ise, katılımcıların %70,1'i yüksek (≤ 21), %18,8'si orta (22–25) ve %11,1'i düşük düzeyde (≥ 26) kişisel başarı algısına sahiptir.

Tablo 4.5. Bakım Verenlerin ZBVYÖ ve MTÖ Puanlarının Dağılımı

Değişkenler		n	%
Zarit Bakım Verme Yüğü	0-20	59	41,0
	21-40	46	31,9
	41-60	27	18,8
	61-88	12	8,3
Duygusal Tükenme	0-11	85	59,0
	12-17	22	15,3
	≥ 18	37	25,7
Duyarsızlaşma	0-5	108	75,0
	6-9	17	11,8
	≥ 10	19	13,2
Kişisel Başarı	0-21	101	70,1
	22-25	27	18,8
	≥ 26	16	11,1

Tablo 4.6'da bakım veren bireylerin cinsiyetlerine göre ZBVYÖ ile MTÖ alt boyutları olan Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Cinsiyet ile ZBVYÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2=12,266$; $p=0,007$). Erkeklerin %53,6'sı çok düşük bakım yükü (0–20 puan) bildirirken, kadınların yalnızca %29,3'ü bu kategoridedir. Öte yandan, yüksek bakım yükü (61–88 puan) bildiren kadın oranı (%13,3), erkeklerden (%2,9) belirgin şekilde fazladır. Bu bulgular, kadın bakım verenlerin erkeklere kıyasla daha fazla bakım yükü hissettiğini göstermektedir. Cinsiyet ile duygusal tükenme düzeyi arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2=16,906$; $p<0,001$). Erkeklerin %72,5'i düşük duygusal tükenme düzeyine sahipken, bu oran kadınlarda %46,7'dir. Buna karşın yüksek

duygusal tükenme yaşayan kadınların oranı (%40), erkeklere (%10,1) kıyasla oldukça yüksektir. Bu durum, kadın bakım verenlerin duygusal tükenmeye daha fazla maruz kaldıklarını ortaya koymaktadır. Duyarsızlaşma düzeyi açısından da cinsiyet farkı anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=8,034$; $p=0,018$). Erkeklerin %85,5'i düşük düzeyde duyarsızlaşma yaşarken, kadınlarda bu oran %65,3'tür. Kişisel başarı düzeylerinde ise cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($\chi^2=1,571$; $p=0,456$). Kadın (%72) ve erkeklerin (%68,1) yüksek kişisel başarı düzeyleri birbirine yakındır. Bu sonuç, cinsiyet fark etmeksizin bakım veren bireylerin kişisel başarı algılarının benzer düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.6. Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre ZBVYÖ ve MTÖ'den Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler		Cinsiyet			χ^2	p
		Toplam	Erkek	Kadın		
		n(%)	n(%)	n(%)		
Zarit Bakım Verme Yüğü	0-20	59(41)	37(53,6)a	22(29,3)b	12,266	0,007
	21-40	46(31,9)	21(30,4)	25(33,3)		
	41-60	27(18,8)	9(13)	18(24)		
	61-88	12(8,3)	2(2,9)a	10(13,3)b		
Duygusal Tükenme	0-11	85(59)	50(72,5)a	35(46,7)b	16,906	<0,001
	12-17	22(15,3)	12(17,4)	10(13,3)		
	≥ 18	37(25,7)	7(10,1)a	30(40)b		
Duyarsızlaşma	0-5	108(75)	59(85,5)a	49(65,3)b	8,034	0,018
	6-9	17(11,8)	4(5,8)a	13(17,3)b		
	≥ 10	19(13,2)	6(8,7)	13(17,3)		
Kişisel Başarı	0-21	101(70,1)	47(68,1)	54(72)	1,571	0,456
	22-25	27(18,8)	12(17,4)	15(20)		
	≥ 26	16(11,1)	10(14,5)	6(8)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab):Satur olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Bakım verenlerin hastaya verdikleri bakım süresine göre ZBVYÖ ve MTÖ'den aldıkları puanların dağılımı Tablo 4.7'de verilmiştir. Zarit Bakım Verme Yüğü, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında hastanın bakım süresine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.7. Bakım Verenlerin Hastaya Verdikleri Bakım Süresine ZBVYÖ ve MTÖ'den Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler		Hastanın Bakım Süresi					χ^2	p*
		Toplam	<1 ay	1 ay - 6 ay	7 ay - 1 yıl	>1 yıl		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Zarit Bakım Verme Yüğü	0-20	59(41)	10(55,6)	19(42,2)	15(44,1)	15(31,9)	8,661	0,469
	21-40	46(31,9)	6(33,3)	15(33,3)	12(35,3)	13(27,7)		
	41-60	27(18,8)	1(5,6)	8(17,8)	4(11,8)	14(29,8)		
	61-88	12(8,3)	1(5,6)	3(6,7)	3(8,8)	5(10,6)		
Duygusal Tükenme	0-11	85(59)	13(72,2)	29(64,4)	22(64,7)	21(44,7)	7,766	0,256
	12-17	22(15,3)	3(16,7)	6(13,3)	5(14,7)	8(17)		
	≥18	37(25,7)	2(11,1)	10(22,2)	7(20,6)	18(38,3)		
Duyarsızlaşma	0-5	108(75)	14(77,8)	34(75,6)	25(73,5)	35(74,5)	0,552	0,997
	6-9	17(11,8)	2(11,1)	6(13,3)	4(11,8)	5(10,6)		
	≥10	19(13,2)	2(11,1)	5(11,1)	5(14,7)	7(14,9)		
Kişisel Başarı	0-21	101(70,1)	11(61,1)	34(75,6)	24(70,6)	32(68,1)	4,537	0,604
	22-25	27(18,8)	4(22,2)	6(13,3)	5(14,7)	12(25,5)		
	≥26	16(11,1)	3(16,7)	5(11,1)	5(14,7)	3(6,4)		

*Pearson ki-kare testi kullanıldı.

Bakım verenlerin hastanın başvuru durumuna göre ZBVYÖ ve MTÖ'den aldıkları Puanların Dağılımı Tablo 4.8'de verilmiştir. ZBVYÖ alınan puanlar hastanın başvuru durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir ($\chi^2=43,033$; $p=0,000$). Ayaktan başvuran hastalara bakım verenlerin %52,9'u bakım yükü yaşamazken (0-20), yatan hastaların ise yalnızca %10'u bu kategoridedir. Yatan hastalara bakım verenlerin ayaktan başvuran hastalara bakım verenlere göre orta (41-60) ve ağır düzeyde (61-88) daha çok bakım yükü yaşadıkları saptanmıştır. Duygusal Tükenme alt boyutunda da yatan hastalara bakım verenlerin ayaktan başvuran hastalara bakım verenlere göre daha yüksek bakım yükü olduğu görülmüştür ($\chi^2=41,722$; $p=0,000$). Ayaktan başvuran hastalara bakım veren bireylerin % 87,5'i düşük düzeyde (0-5) duyarsızlaşma yaşarken yatan hastalarda bu oran 42,5'tir($\chi^2=31,612$; $p=0,000$). Kişisel başarı alt boyutunda ise hastanın başvuru durumuna göre anlamlı fark görülmemiştir ($\chi^2=0,883$; $p=0,643$).

Tablo 4.8. Bakım Verenlerin Hastanın Başvuru Durumuna Göre ZBVYÖ ve MTÖ'den Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler		Toplam	Hastanın Başvuru Durumu		χ^2	p*
			Ayaktan başvuran hasta	Yatan hasta		
		n(%)	n(%)	n(%)		
Zarit Bakım Verme Yükü	0-20	59(41)	55(52,9)a	4(10)b	43,033	0,000
	21-40	46(31,9)	34(32,7)	12(30)		
	41-60	27(18,8)	14(13,5)a	13(32,5)b		
	61-88	12(8,3)	1(1)a	11(27,5)b		
Duygusal Tükenme	0-11	85(59)	76(73,1)a	9(22,5)b	41,722	0,000
	12-17	22(15,3)	16(15,4)	6(15)		
	≥ 18	37(25,7)	12(11,5)a	25(62,5)b		
Duyarsızlaşma	0-5	108(75)	91(87,5)a	17(42,5)b	31,612	0,000
	6-9	17(11,8)	7(6,7)a	10(25)b		
	≥ 10	19(13,2)	6(5,8)a	13(32,5)b		
Kişisel Başarı	0-21	101(70,1)	71(68,3)	30(75)	0,883	0,643
	22-25	27(18,8)	20(19,2)	7(17,5)		
	≥ 26	16(11,1)	13(12,5)	3(7,5)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab):Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Bakım Verenlerin hastanın başvuru birimine göre ZBVYÖ ve MTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı Tablo 4.9'da verilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre ZBVYÖ'den alınan puanlarda hastanın başvuru birimine göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Palyatif bakım birimine başvuran hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü orta ve ağır düzeyde medikal onkolojiye başvuran hastalara bakım veren hasta yakınlarına göre anlamlı şekilde yüksektir($\chi^2=43,033$; $p=0,000$). Aynı şekilde Duygusal Tükenme ($\chi^2=41,722$; $p=0,000$) ve Duyarsızlaşma($\chi^2=31,612$; $p=0,000$) alt boyutlarında da palyatif bakım birimine başvuran hastalara bakım veren bireylerin puanları medikal onkolojiye başvuran hastalara bakım veren hasta yakınlarına göre anlamlı şekilde yüksektir. Ancak kişisel başarı alt boyutundan alınan puanlarda iki grup arasında herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamıştır($\chi^2=0,883$; $p=0,643$).

Tablo 4.9. Bakım Verenlerin Hastanın Başvuru Birimine Göre ZBVYÖ ve MTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler		Toplam	Başvuru Birimi		χ^2	p*
			Palyatif Bakım Birimi	Medikal Onkoloji Birimi		
			n(%)	n(%)		
Zarit Bakım Verme Yüğü	0-20	59(41)	8(17,4)a	51(52)b	43,033	0,000
	21-40	46(31,9)	15(32,6)	31(31,6)		
	41-60	27(18,8)	14(30,4)a	13(13,3)b		
	61-88	12(8,3)	9(19,6)a	3(3,1)b		
Duygusal Tükenme	0-11	85(59)	16(34,8)a	69(70,4)b	41,722	0,000
	12-17	22(15,3)	5(10,9)	17(17,3)		
	≥ 18	37(25,7)	25(54,3)a	12(12,2) b		
Duyarsızlaşma	0-5	108(75)	23(50)a	85(86,7)b	31,612	0,000
	6-9	17(11,8)	10(21,7)a	7(7,1)b		
	≥ 10	19(13,2)	13(28,3)a	6(6,1)b		
Kişisel Başarı	0-21	101(70,1)	36(78,3)	65(66,3)	0,883	0,643
	22-25	27(18,8)	6(13)	21(21,4)		
	≥ 26	16(11,1)	4(8,7)	12(12,2)		

*Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Tablo 4.10’da Bakım Verenlerin hastanın tanı süresine göre ZBVYÖ ve MTÖ Alt Ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı verilmiştir. Hastanın tanı süresi Zarit Bakım Verme Yüğü, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutlarında anlamlı farklılığa sebep olmuşken ($p < 0,05$) kişisel başarı alt boyutunda herhangi bir anlamlı farklılığa neden olmamıştır ($p = 0,653$).

Tablo 4.10. Bakım Verenlerin Hastanın Tanı Süresine Göre ZBVYÖ ve MTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler		Hastanın Tanı Süresi						χ^2	p*
		Toplam	<6 ay	6 ay-1 yıl	1-5 yıl	6-10 yıl	>10 yıl		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Zarit Bakım Verme Yüğü	0-20	59(41)	26(44,1)	29(52,7)	3(12,5)	0(0)	1(50)	32,738	0,001
	21-40	46(31,9)	21(35,6)	14(25,5)	10(41,7)	1(25)	0(0)		
	41-60	27(18,8)	9(15,3)	11(20)	6(25)	1(25)	0(0)		
	61-88	12(8,3)	3(5,1)	1(1,8)	5(20,8)	2(50)	1(50)		
Duygusal Tükenme	0-11	85(59)	41(69,5)	35(63,6)	8(33,3)	0(0)	1(50)	19,318	0,013
	12-17	22(15,3)	8(13,6)	9(16,4)	4(16,7)	1(25)	0(0)		
	≥ 18	37(25,7)	10(16,9)	11(20)	12(50)	3(75)	1(50)		
Duyarsızlaşma	0-5	108(75)	47(79,7)	44(80)	14(58,3)	1(25)	2(100)	18,786	0,016
	6-9	17(11,8)	8(13,6)	5(9,1)	2(8,3)	2(50)	0(0)		
	≥ 10	19(13,2)	4(6,8)	6(10,9)	8(33,3)	1(25)	0(0)		
Kişisel Başarı	0-21	101(70,1)	43(72,9)	36(65,5)	18(75)	3(75)	1(50)	5,946	0,653
	22-25	27(18,8)	10(16,9)	11(20)	5(20,8)	1(25)	0(0)		
	≥ 26	16(11,1)	6(10,2)	8(14,5)	1(4,2)	0(0)	1(50)		

*Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Bakım verenlerin hastada metastaz olma durumuna göre ZBVYÖ ve MTÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir. Hastada metastaz olma durumu Zarit Bakım Yüğü alt boyutunda anlamlı farklılığa sebep olmuştur ($\chi^2=17,226$; $p=0,001$). Metastazın varlığı hasta yakınlarının algıladıkları bakım yükünü artırmıştır. Düşük bakım yüğü (0–20 puan) düzeyinde olanların oranı genel örneklemede %42,1 iken, metastazı olan hastaların bakım verenlerinde bu oran %23,4, metastazı olmayanlarda %51,6 olarak bulunmuştur. Yüksek bakım yüğü (61–88 puan) düzeyinde olanların oranı metastazı olanlarda %17, metastazı olmayanlarda %3,2 olarak bulunmuştur. Duygusal Tükenme alt boyutunda metastazın varlığında bireylerin %38,8’i yüksek düzeyde tükenme yaşarken metastazın yokluğunda bireylerin %17,2’si yüksek düzeyde tükenme yaşamıştır ($\chi^2=9,841$; $p=0,007$). Düşük duyarsızlaşma gösterenlerin oranı genel örneklemede %76,4 iken, metastazı olanlarda %59,6;

olmayanlarda %84,9 olarak belirlenmiştir. Yüksek duyarsızlaşma düzeyine sahip olanların oranı metastazı olanlarda %27,7; olmayanlarda ise %5, düzeyindedir. Kişisel Başarı düzeyinde ise metastaz durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 1,910$; $p = 0,385$). Düşük kişisel başarı hissine sahip olanların oranı metastazı olanlarda %72,3, olmayanlarda %68,8'dir.

Tablo 4.11. Bakım Verenlerin Hastada Metastaz Olma Durumuna Göre ZBVYÖ ve MTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler		Toplam	Metastaz		χ^2	p*
			Var	Yok		
		n(%)	n(%)	n(%)		
Zarit Bakım Verme Yüğü	0-20	59(42,1)	11(23,4)a	48(51,6)b	17,266	0,001
	21-40	45(32,1)	15(31,9)	30(32,3)		
	41-60	25(17,9)	13(27,7)a	12(12,9)b		
	61-88	11(7,9)	8(17)a	3(3,2)b		
Duygusal Tükenme	0-11	84(60)	20(42,6)a	64(68,8)b	9,841	0,007
	12-17	22(15,7)	9(19,1)	13(14)		
	≥ 18	34(24,3)	18(38,3)a	16(17,2)b		
Duyarsızlaşma	0-5	107(76,4)	28(59,6)a	79(84,9)b	14,965	0,001
	6-9	15(10,7)	6(12,8)	9(9,7)		
	≥ 10	18(12,9)	13(27,7)a	5(5,4)b		
Kişisel Başarı	0-21	98(70)	34(72,3)	64(68,8)	1,910	0,385
	22-25	26(18,6)	10(21,3)	16(17,2)		
	≥ 26	16(11,4)	3(6,4)	13(14)		

*Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab):Satur olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Tablo 4.12'de bakım verenlerin hastanın yatağa bağımlılık düzeyine göre ZBVYÖ ve MTÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı verilmiştir. Hastanın yatağa bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenlerin bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerinin anlamlı şekilde artmaktadır ($p < 0,001$). Zarit Bakım Verme Yüğü alt boyutunda hasta tamamen bağımlı hale geldikçe yüksek puan alanların oranı artmaktadır. Örneğin, "yerinden hiç kalkamayan" hastalara bakım verenlerin %42,9'u 41-60 puan aralığında, %28,6'sı ise 61-88 puan aralığında yer almaktadır. Duygusal Tükenme ve

Duyarsızlaşma alt boyutlarında ise yatağa tam bağımlı hastaya bakanların büyük çoğunluğu (sırasıyla %92,9 ve %42,9) yüksek tükenmişlik düzeyindedir. Kişisel Başarı alt boyutunda ise farklı bağımlılık düzeylerine göre kişisel başarı puanları anlamlı bir fark göstermemektedir ($p=0,343$).

Tablo 4.12. Bakım Verenlerin Hastanın Yatağa Bağımlılık Düzeyine Göre ZBVYÖ ve MTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler		Hastanın Yatağa Bağımlılık Düzeyi				χ^2	p*
		Toplam	Yerinden rahatlıkla kalkıyor	Yerinden kalkmakta zorlanıyor, desteksiz şekilde yürüyemiyor	Yerinden hiç kalkamıyor		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Zararlı Bakım Verme Yükü	0-20	59(41)	55(54,5)	4(13,8)	0(0)	44,101	0,000
	21-40	46(31,9)	33(32,7)	9(31)	4(28,6)		
	41-60	27(18,8)	11(10,9)	10(34,5)	6(42,9)		
	61-88	12(8,3)	2(2)	6(20,7)	4(28,6)		
Duygusal Tükenme	0-11	85(59)	73(72,3)	11(37,9)	1(7,1)	47,676	0,000
	12-17	22(15,3)	14(13,9)	8(27,6)	0(0)		
	≥ 18	37(25,7)	14(13,9)	10(34,5)	13(92,9)		
Duyarsızlaşma	0-5	108(75)	86(85,1)	17(58,6)	5(35,7)	28,801	0,000
	6-9	17(11,8)	8(7,9)	3(10,3)	6(42,9)		
	≥ 10	19(13,2)	7(6,9)	9(31)	3(21,4)		
Kişisel Başarı	0-21	101(70,1)	68(67,3)	21(72,4)	12(85,7)	4,493	0,343
	22-25	27(18,8)	19(18,8)	7(24,1)	1(7,1)		
	≥ 26	16(11,1)	14(13,9)	1(3,4)	1(7,1)		

*Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab):Satur olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Tablo 4.13'te bakım verenlerin ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler verilmiştir.

Tablo 4.13. Bakım Verenlerin ZBBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar

Ölçekler		X ± SS	Min-Max Puanlar
Bakım Yüğü (Zarit)	Zarit Bakım Verme Yüğü	29,42±19,27	0-76
Tükenmişlik (Maslach)	Duygusal Tükenme	11,38±9,94	0-34
	Duyarsızlaşma	3,63±4,41	0-20
	Kişisel Başarı	19,06±5,49	0-28
Yaşam Kalitesi (SF-36)	Fiziksel Fonksiyon	75,35±27	0-100
	Fiziksel Rol Kısıtlama	54,51±42,4	0-100
	Emosyonel	53,24±44,66	0-100
	Enerji	49,34±24,65	0-100
	Ruhsal Sağlık	60,25±22,62	0-100
	Sosyal İşlevsellik	53,16±15,71	0-100
	Ağrı	59,65±30,26	0-100
	Genel Sağlık	57,01±23,11	0-100
	Fiziksel Skor	61,63±24,59	0-100
	Mental Skor	54±19,85	0-100

Tablo 4.14'te bakım verenlerin cinsiyetine göre ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı verilmiştir. Kadın bakım verenlerin, erkeklere kıyasla daha yüksek bakım yüğü ve tükenmişlik yaşadığı ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunan alanlar şöyledir: Kadınlar, erkeklere kıyasla daha yüksek Zarit bakım yüğü puanı almıştır ($p=0,000$). Kadınlar erkeklere göre daha yüksek duygusal tükenme ($p=0,000$) ve duyarsızlaşma ($p=0,014$) yaşamaktadır. Kişisel başarı puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,227$). Erkekler, kadınlara kıyasla çoğu alanda daha yüksek yaşam kalitesi puanlarına sahiptir: Özellikle fiziksel fonksiyon, emosyonel durum, enerji, ruh sağlığı, genel sağlık, fiziksel ve mental skor gibi alt ölçeklerde fark anlamlıdır ($p<0,01$). Sosyal işlevsellik, ağrı ve fiziksel rol kısıtlaması alt ölçeklerinde ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler	Cinsiyet		t	p*
	Erkek X ± SS	Kadın X ± SS		
Zarit Toplam	23,49 ± 15,93	34,88 ± 20,53	3,695	0,000
Duygusal Tükenme	8,03 ± 8,07	14,47 ± 10,53	4,092	0,000
Duyarsızlaşma	2,70 ± 4,17	4,49 ± 4,47	2,490	0,014
Kişisel Başarı	18,48 ± 6,66	19,59 ± 4,09	1,213	0,227
Fiziksel Fonksiyon	83,26 ± 21,64	68,07 ± 29,43	3,504	0,001
Fiziksel Rol Kısıtlama	60,87 ± 41,23	48,67 ± 42,89	1,738	0,084
Emosyonel	63,77 ± 43,44	43,56 ± 43,83	2,776	0,006
Enerji	55,94 ± 21,20	43,27 ± 26,14	3,179	0,002
Ruhsal Sağlık	65,74 ± 19,85	55,20 ± 23,93	2,863	0,005
Sosyal İşlevsellik	53,55 ± 16,10	52,80 ± 15,45	0,286	0,776
Ağrı	64,13 ± 29,95	55,53 ± 30,15	1,715	0,089
Genel Sağlık	63,70 ± 21,79	50,87 ± 22,71	3,453	0,001
Fiziksel Skor	67,99 ± 22,03	55,78 ± 25,51	3,061	0,003
Mental Skor	59,75 ± 17,10	48,71 ± 20,82	3,461	0,001

*Not. İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

Tablo 4.15'te bakım verenlerin eğitim düzeylerine göre bakım yükü, tükenmişlik ve yaşam kalitesi puanlarını karşılaştırılmıştır. Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği puanlarına göre eğitim düzeyi yükseldikçe bakım yükü belirgin şekilde azalmaktadır. En yüksek yük okuryazar olmayanlarda (54,83±18,49), en düşük yük ise üniversite mezunlarındadır (23,72±14,32). Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutlarında da genellikle eğitim düzeyi arttıkça alınan puanlar azalmaktadır (p≤0,001) Kişisel Başarı düzeyinde ise eğitim düzeyine göre anlamlı fark yoktur (p=0,982).

Tablo 4.15. Bakım Verenlerin Eğitim Düzeyine Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler	Eğitim Düzeyi						F	p*
	Okuryazar Değil	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite ve Üzeri		
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS		
Zarit Toplam	54,83±18,49	42±25,02	36,65±22,77	25,44±15,17	24,12±15,4	23,72±14,32	5,787	0,000
Duygusal Tükenme	21,67±9,37	14±12,36	16,63±11,32	7,17±6,68	8,64±8,61	8,7±7,65	6,347	0,000
Duyarsızlaşma	5,67±3,67	5,25±4,57	5,88±5,64	2,67±3,51	2,27±3,19	2,56±3,46	4,165	0,001
Kişisel Başarı	18,5±4,18	18,25±4,03	18,95±4,55	19,5±6,11	18,61±5,84	19,47±6,2	0,144	0,982
Fiziksel Fonksiyon	50,83±36,39	46,25±35,68	66,38±29,31	79,72±23,36	81,06±23,61	83,6±21,05	4,483	0,001
Fiziksel Rol Kısıtlama	4,17±10,21	31,25±47,32	37,5±42,37	70,83±37,62	69,7±37,89	61,05±39,83	5,573	0,000
Emosyonel	5,56±13,61	16,67±19,25	35,83±44,9	70,37±37,73	69,7±41,13	59,69±43,37	5,464	0,000
Enerji	29,17±32,16	10±20	42,13±26,58	53,89±15,3	57,58±23,42	54,3±20,17	5,474	0,000
Ruhsal Sağlık	44,67±25,35	33±24,52	54,5±25,52	61,33±17,68	67,15±20,51	64,56±19,41	3,456	0,006
Sosyal İşlevsellik	66,25±13,01	59,38±20,65	52±15,83	58,06±14,05	49,39±17,74	52,67±13,64	1,787	0,120
Ağrı	50,42±38,48	42,5±30,28	52,31±31,84	64,17±30,12	63,94±31,04	64,19±26,41	1,256	0,286
Genel Sağlık	38,33±22,51	31,25±14,36	51,25±23,88	57,22±18,25	60,61±22,77	64,53±21,71	3,658	0,004
Fiziksel Skor	35,94±25,07	37,81±28,07	51,86±25,53	67,99±21,51	68,83±21,52	68,34±20,96	5,524	0,000
Mental Skor	36,41±17,64	29,76±16,91	46,11±21,33	60,91±13,3	60,95±18,02	57,81±17,61	5,790	0,000

*Not. Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.16'da bakım verenlerin çalışma durumuna göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı verilmiştir. Tabloya göre çalışmayan bakım verenler, çalışanlara göre daha fazla bakım yükü ve tükenmişlik yaşamaktadır. Aynı zamanda yaşam kaliteleri daha düşük, özellikle fiziksel ve ruhsal alanlarda belirgin fark vardır. Zarit Bakım Verme Yükü puanlarında anlamlı farklılık gözlenmiştir. Çalışmayanlarda ($33,22 \pm 21,52$) çalışanlara göre ($23,95 \pm 13,92$) bakım yükü anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,004$). Aynı şekilde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında da çalışmayanların aldığı puanlar çalışan bireylere göre daha yüksektir ($p=0,013$). Kişisel başarı alt ölçeğinde ise anlamlı fark yoktur ($p=0,661$). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlama, emosyonel, ruhsal sağlık ve fiziksel skor alt boyutlarında anlamlı farklılık gözlenirken ($p<0,05$); enerji, sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.16. Bakım Verenlerin Çalışma Durumuna Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler	Çalışma Durumu		t	p*
	Evet	Hayır		
	X ± SS	X ± SS		
Zarit Toplam	23,95±13,92	33,22±21,52	2,913	0,004
Duygusal Tükenme	8,93±7,95	13,08±10,83	2,510	0,013
Duyarsızlaşma	2,68±3,52	4,29±4,84	2,194	0,030
Kişisel Başarı	18,81±6,09	19,22±5,06	0,440	0,661
Fiziksel Fonksiyon	86,78±18,77	67,41±29,02	4,511	0,000
Fiziksel Rol Kısıtlama	68,64±39,01	44,71±42,1	3,457	0,001
Emosyonel Enerji	66,67±43,33	43,92±43,4	3,095	0,002
Ruhsal Sağlık	53,14±21,11	46,71±26,64	1,547	0,124
Sosyal İşlevsellik	64,81±18,15	57,08±24,88	2,039	0,043
Ağrı	51,1±16,57	54,59±15,02	1,313	0,191
Genel Sağlık	63,98±28,04	56,65±31,52	1,436	0,153
Fiziksel Skor	63,39±21,56	52,59±23,23	2,825	0,005
Mental Skor	70,7±19,51	55,34±25,87	3,861	0,000
	58,93±16,72	50,57±21,19	2,530	0,012

*Not. İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi kullanılmıştır.

Tablo 4.17’de bakım verenlerin gelir düzeyine göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı verilmiştir. Bakım verenlerin gelir düzeyi arttıkça bakım yükü ve duygusal tükenmişlik düzeyleri azalmaktadır ($p<0,001$). Yaşam kalitesi fiziksel ve mental alanlarda anlamlı şekilde artmaktadır. Sosyal işlevsellikte ise fark yoktur ($p=0,801$). Düşük gelirli bakım verenler daha fazla bakım yükü ve tükenmişlik yaşarken, yüksek gelirli olanlar daha iyi yaşam kalitesine sahiptir.

Tablo 4.17. Bakım Verenlerin Gelir Düzeyine Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler	Gelir Düzeyi			F	p*
	<15.000 TL	15.000–30.000 TL	≥30.000 TL		
	X ± SS	X ± SS	X ± SS		
Zarit Toplam	37,41±22,14	27,49±17,59	21,05±11,74	10,278	0,000
Duygusal Tükenme	15,68±10,62	9,16±9,38	8,12±7,45	9,750	0,000
Duyarsızlaşma	5,07±4,9	2,64±3,73	2,79±3,94	5,191	0,007
Kişisel Başarı	18,59±5,5	20,42±5,17	18,23±5,65	2,115	0,124
Fiziksel Fonksiyon	65,09±28,72	74,56±28,4	89,53±14,47	11,462	0,000
Fiziksel Rol Kısıtlama	39,73±40,11	56,11±41,68	72,09±39,79	7,810	0,001
Emosyonel Enerji	40,48±42,98	53,33±43,46	69,77±43,53	5,567	0,005
Ruhsal Sağlık	43,21±28,21	51,22±22,03	55,35±20,68	3,235	0,042
Sosyal İşlevsellik	54,21±25,34	62,58±21,17	65,67±18,62	3,595	0,030
Ağrı	52,72±12,28	54,44±21,21	52,38±13,01	0,222	0,801
Genel Sağlık	53,3±30,31	55,22±31,67	72,56±24,88	6,021	0,003
Fiziksel Skor	48,84±23,41	59,22±22,96	65,35±19,56	7,057	0,001
Mental Skor	51,74±25,15	61,28±24,23	74,88±17,47	12,512	0,000
	47,66±21,93	55,39±17,27	60,79±17,23	5,860	0,004

*Not. Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır.

Bakım verenlerin kronik hastalık durumuna göre elde edilen bulgular (Tablo 4.18), sağlık durumu ile bakım yükü ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Kronik hastalığı olan bakım verenler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek Zarit bakım yükü puanlarına sahiptir ($p = 0,000$). Benzer şekilde, bu grupta duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları da anlamlı şekilde daha yüksektir. Bu durum, kronik hastalığı olan bireylerin hem fiziksel hem de duygusal olarak daha yoğun yük taşıdığını göstermektedir. Kişisel başarı puanlarında ise anlamlı fark yoktur ($p=0,321$), bu da her iki grubun bakım verme sürecinden elde ettikleri kişisel tatminin benzer düzeyde olabileceğini göstermektedir. SF-36 YKÖ alt ölçeklerinde ise kronik hastalığı olanlar hemen her alanda daha düşük puan almıştır. Fiziksel fonksiyon düzeyi hastalığı olanlarda 62,17 iken, olmayanlarda 81,53'dir. Benzer şekilde fiziksel rol kısıtlamasında da anlamlı fark vardır ($p = 0,000$). Emosyonel iyilik hali de kronik hastalığı olanlarda daha düşüktür, bu da duygusal olarak daha fazla zorlandıklarını göstermektedir. Ruhsal sağlık ve genel sağlık gibi daha genel sağlık algısını yansıtan ölçeklerde de anlamlı farklar vardır ($p<0,05$). Fiziksel ve mental bileşen toplam skorları da kronik hastalığı olmayanlarda belirgin biçimde daha yüksektir ($p<0,001$). Bu veriler, kronik hastalığı olan bakım verenlerin hem fiziksel hem psikolojik olarak daha dezavantajlı konumda olduklarını ortaya koymaktadır. Sosyal işlevsellik puanlarına göre ise anlamlı fark yoktur ($p = 0,258$), bu durum sosyal çevre ile etkileşim açısından kronik hastalık varlığının belirleyici olmayabileceğini göstermektedir. Sonuç olarak, kronik hastalığı olan bakım verenlerin daha fazla bakım yükü ve tükenmişlik yaşadığı, aynı zamanda yaşam kalitelerinin birçok boyutta daha düşük olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4.18. Bakım Verenlerin Kronik Hastalık Durumuna Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler	Kronik Hastalık Durumu		t	p*
	Var	Yok		
	X ± SS	X ± SS		
Zarit Toplam	39,89±19,75	24,51±17,04	4,797	0,000
Duygusal Tükenme	16,54±10,68	8,96±8,6	4,556	0,000
Duyarsızlaşma	5,57±4,97	2,72±3,81	3,771	0,000
Kişisel Başarı	18,39±5,41	19,37±5,52	0,995	0,321
Fiziksel Fonksiyon	62,17±29,58	81,53±23,4	4,243	0,000
Fiziksel Rol Kısıtlama	34,78±40,65	63,78±40,15	4,024	0,000
Emosyonel	33,33±40,98	62,59±43,41	3,837	0,000
Enerji	36,63±25,03	55,31±22,2	4,517	0,000
Ruhsal Sağlık	50,35±23,59	64,9±20,68	3,761	0,000
Sosyal İşlevsellik	55,33±16,94	52,14±15,09	1,135	0,258
Ağrı	51,74±32,75	63,37±28,43	2,178	0,031
Genel Sağlık	43,91±23,94	63,16±20,04	5,043	0,000
Fiziksel Skor	48,15±25,67	67,96±21,43	4,848	0,000
Mental Skor	43,91±19,11	58,73±18,46	4,443	0,000

*Not. İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi kullanılmıştır.

Bakım verenlerin sosyal destek kaynaklarına sahip olup olmamalarına göre elde edilen bulgular (Tablo 4.19), bazı önemli farkları ortaya koymaktadır. Zarit bakım yükü, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları, sosyal destek olanlarla olmayanlar arasında farklılık gösterse de bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Yani, sosyal destek alanlar daha düşük bakım yükü ve tükenmişlik yaşasa da bu fark kesin değildir. Ancak yaşam kalitesi alt boyutlarında bazı anlamlı farklar mevcuttur. Sosyal desteği olan bireylerin fiziksel fonksiyon puanı ($79,45±24,43$) destek almayanlara göre ($66,02±30,36$) anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,006$). Aynı şekilde fiziksel rol kısıtlaması ve genel sağlık puanları da sosyal destek alanlarda daha iyidir (sırasıyla $p=0,033$ ve $p=0,009$). Ayrıca toplam fiziksel sağlık skoru da destek alanlarda

(65,21±23,22) daha yüksek bulunmuştur (p=0,008). Diğer alt boyutlarda (örneğin emosyonel, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve mental skor) gözlenen farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ancak genel olarak sosyal destek alan grubun lehine eğilim göstermektedir. Sonuç olarak, sosyal destek alan bakım verenler özellikle fiziksel sağlık açısından daha iyi durumdadır.

Tablo 4.19. Bakım Verenlerin Sosyal Destek Kaynakları Olma Durumuna Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler	Sosyal Destek Kaynakları		t	p*
	Var	Yok		
	X ± SS	X ± SS		
Zarit Toplam	27,76±18,17	33,2±21,31	1,570	0,119
Duygusal Tükenme	10,74±9,8	12,84±10,21	1,170	0,244
Duyarsızlaşma	3,44±4,46	4,07±4,3	0,787	0,433
Kişisel Başarı	19,34±5,41	18,41±5,67	0,938	0,350
Fiziksel Fonksiyon	79,45±24,43	66,02±30,36	2,815	0,006
Fiziksel Rol Kısıtlama	59,5±41,41	43,18±42,92	2,154	0,033
Emosyonel	58±43,58	42,42±45,67	1,947	0,054
Enerji	49,7±24,04	48,52±26,27	0,263	0,793
Ruhsal Sağlık	62,28±21,98	55,64±23,61	1,633	0,105
Sosyal İşlevsellik	53,3±14,77	52,84±17,85	0,161	0,872
Ağrı	61,55±29,39	55,34±32,07	1,135	0,258
Genel Sağlık	60,35±22,61	49,43±22,68	2,667	0,009
Fiziksel Skor	65,21±23,22	53,49±25,93	2,691	0,008
Mental Skor	55,82±19,5	49,86±20,25	1,671	0,097

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi kullanıldı.

Bakım verenlerin, bakım sürecinde sorun yaşayıp yaşamadıklarına göre elde edilen bulgular Tablo 4.20’de verilmiştir. Bulgular bu durumun hem psikolojik yük hem de yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. Bakımda sorun yaşayan bireylerin, Zarit bakım yükü puanı oldukça yüksektir ve sorun yaşamayanların puanının neredeyse iki katıdır ($p = 0,000$). Benzer şekilde, bu grupta duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri de belirgin şekilde daha yüksektir. Buna karşılık, kişisel başarı puanı gruplar arasında anlamlı bir fark göstermemektedir ($p = 0,589$), Bu durum bireylerin kendilerini yeterli hissetme konusunda benzer düzeyde olabileceğini göstermektedir. Yaşam kalitesi ölçümlerinde de anlamlı farklılıklar gözlenmektedir. Bakımda sorun yaşayan bireylerin, hem fiziksel fonksiyon hem de fiziksel rol kısıtlaması puanları, sorun yaşamayanlara göre anlamlı şekilde daha düşüktür. Emosyonel iyilik hali, enerji düzeyi, ruh sağlığı, ağrı düzeyi ve genel sağlık gibi yaşam kalitesi alt boyutlarının büyük çoğunluğunda, sorun yaşayanların puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p < 0,001$). Örneğin, enerji düzeyi sorun yaşayanlarda 36,45 iken, yaşamayanlarda 61,2; ruhsal sağlık ise sırasıyla 47,88 ve 71,63’tür. Toplam fiziksel skor ve mental skor da bakımda sorun yaşayan bireylerde ciddi düzeyde daha düşüktür ($p < 0,001$). Bu da bakım sürecinde yaşanan sorunların yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda fiziksel sağlığı da olumsuz etkilediğini göstermektedir. Sosyal işlevsellikte de anlamlı bir fark gözlenmiş olup, sorun yaşamayanlarda bu puan daha yüksektir ($p = 0,040$). Sonuç olarak, bakım sürecinde sorun yaşayan bireylerin hem daha yüksek bakım yükü ve tükenmişlik yaşadığı, hem de yaşam kalitelerinin ciddi biçimde düştüğü görülmektedir.

Tablo 4.20. Bakım Verenlerin Bakımda Sorun Olma Durumuna Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler	Bakımda Sorun Olma Durumu		t	p*
	Evet X ± SS	Hayır X ± SS		
Zarit Toplam	41,41±18,02	18,4±12,74	8,900	0,000
Duygusal Tükenme	16,72±9,8	6,47±7,17	7,207	0,000
Duyarsızlaşma	5,2±4,67	2,19±3,62	4,354	0,000
Kişisel Başarı	18,8±5,05	19,29±5,88	0,541	0,589
Fiziksel Fonksiyon	68,62±29,79	81,53±22,63	2,942	0,004
Fiziksel Rol Kısıtlama	40,58±41,15	67,33±39,63	3,973	0,000
Emosyonel	37,2±42,22	68±41,89	4,391	0,000
Enerji	36,45±21,8	61,2±20,99	6,941	0,000
Ruhsal Sağlık	47,88±20,91	71,63±17,7	7,374	0,000
Sosyal İşlevsellik	50,36±13,81	55,73±16,96	2,073	0,040
Ağrı	45,54±26,1	72,63±28,05	5,985	0,000
Genel Sağlık	48,7±22,62	64,67±20,93	4,401	0,000
Fiziksel Skor	50,86±23,92	71,54±20,86	5,540	0,000
Mental Skor	42,97±17,88	64,14±15,82	7,536	0,000

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi kullanıldı.

Bakım verenlerin, hastalarının başvuru durumuna göre (ayaktan vs. yatan hasta) yaşadıkları bakım yükü, tükenmişlik düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir (Tablo 4.21). Yatan hasta yakınlarına bakım veren bireylerin ZBVYÖ puanı ayaktan başvuran hastalara bakım verenlerden anlamlı şekilde daha yüksektir ($p = 0,000$). Bu gruptaki duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları da ciddi biçimde daha yüksektir ve bu, hastanın yatış durumunun bakım vereni psikolojik olarak daha fazla zorladığını göstermektedir. Kişisel başarı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0,594$), yani bakım sürecinden alınan kişisel tatmin düzeyi hastanın başvuru biçiminden bağımsız olarak benzer kalmaktadır. Yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde, ayaktan başvuran hastalara bakım verenlerin hemen tüm alanlarda daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Örneğin, fiziksel fonksiyon puanı ayaktan bakım grubunda 79,66 iken, yatan hasta grubunda bu puan 64,13'tür ($p = 0,002$). Benzer şekilde, enerji düzeyi, ruh sağlığı ve genel sağlık gibi alt boyutlar da ayaktan bakım grubunda anlamlı düzeyde daha iyidir. Fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel durum, ağrı düzeyi, fiziksel ve mental toplam skorlar gibi diğer yaşam kalitesi göstergelerinde de ayaktan bakım verenlerin lehine istatistiksel olarak anlamlı farklar mevcuttur ($p < 0,01$). Sadece sosyal işlevsellik alt boyutunda gruplar arasında fark gözlenmemiştir ($p = 0,990$), yani sosyal etkileşim açısından hastanın başvuru şekli belirleyici bir unsur değildir. Özetle, yatan hasta yakınlarına bakım veren bireyler hem daha fazla psikolojik yük taşımakta hem de yaşam kalitesi açısından daha dezavantajlı durumdadır. Bu da hastanın bakım gereksinimi arttıkça, bakım verenin destek ihtiyacının da arttığını göstermektedir.

Tablo 4.21. Bakım Verenlerin Hastanın Başvuru Durumuna Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler	Hastanın Başvuru Durumu		t	p*
	Ayaktan başvuran hasta	Yatan hasta		
	X ± SS	X ± SS		
Zarit Toplam	23±15,04	46,13±19,2	7,632	0,000
Duygusal Tükenme	8,11±7,7	19,9±10,12	7,516	0,000
Duyarsızlaşma	2,41±3,6	6,8±4,77	5,963	0,000
Kişisel Başarı	18,9±5,98	19,45±3,94	0,534	0,594
Fiziksel Fonksiyon	79,66±24,3	64,13±30,57	3,191	0,002
Fiziksel Rol Kısıtlama	61,3±39,85	36,88±44,21	3,194	0,002
Emosyonel	58,97±43,38	38,33±45,01	2,531	0,012
Enerji	55,67±22,73	32,88±21,89	5,446	0,000
Ruhsal Sağlık	66,08±20	45,1±22,22	5,465	0,000
Sosyal İşlevsellik	53,15±16,96	53,19±12,06	0,013	0,990
Ağrı	64,13±28,96	48±30,8	2,942	0,004
Genel Sağlık	61,15±21,84	46,25±23,11	3,609	0,000
Fiziksel Skor	66,56±21,63	48,81±27,35	4,087	0,000
Mental Skor	58,47±17,92	42,37±20,12	4,663	0,000

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi kullanıldı.

Tablo 4.22, bakım verenlerin hastalarının başvurduğu sağlık birimine göre (palyatif bakım vs. medikal onkoloji) yaşadıkları bakım yükü, tükenmişlik ve yaşam kalitesi farklarını göstermektedir. Palyatif bakım birimindeki hastalara bakım veren bireylerin ZBVYÖ puanı anlamlı şekilde daha yüksektir ($p = 0,000$), bu da ağır bakım gereksinimlerinin bakım verenler üzerindeki etkisini açıkça ortaya koymaktadır. Aynı şekilde, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları da palyatif bakım grubunda çok daha yüksektir ($p < 0,001$), bu da bu grubun daha fazla psikolojik yük taşıdığını göstermektedir. Kişisel başarı düzeyinde ise anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0,505$), yani bakım verenlerin kendilerini yeterli görmeleri hastanın başvuru birimine göre değişmemektedir. Yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde, medikal onkoloji birimine başvuran hastaların bakım verenleri enerji düzeyi, ruh sağlığı, ağrı, genel sağlık, fiziksel skor ve mental skor gibi birçok alt boyutta palyatif bakım grubuna

kıyasla daha yüksek puanlar almıştır ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Ancak fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel durum ve sosyal işlevsellik alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sonuç olarak, palyatif bakım birimine başvuran hastaların yakınları, daha yüksek bakım yükü ve tükenmişlik yaşamakta; yaşam kaliteleri de genel olarak daha düşük düzeydedir. Bu bulgular, palyatif bakım sürecindeki bakım verenlerin hem fiziksel hem psikolojik açıdan daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 4.22. Bakım Verenlerin Hastanın Başvuru Birimine Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler	Hastanın Başvuru Birimi		t	p*
	Palyatif Bakım Birimi	Medikal Onkoloji Birimi		
	X ± SS	X ± SS		
Zarit Toplam	41,39±19,8	23,81±16,31	5,626	0,000
Duygusal Tükenme	17,87±10,52	8,34±8,06	5,986	0,000
Duyarsızlaşma	5,98±5,24	2,53±3,47	4,689	0,000
Kişisel Başarı	18,61±4,72	19,27±5,82	0,668	0,505
Fiziksel Fonksiyon	70,11±31,46	77,81±24,42	1,604	0,111
Fiziksel Rol Kısıtlama	46,74±43,34	58,16±41,67	1,514	0,132
Emosyonel	47,1±44,76	56,12±44,54	1,131	0,260
Enerji	37,83±24,62	54,74±22,86	4,040	0,000
Ruhsal Sağlık	49,13±23,5	65,47±20,29	4,279	0,000
Sosyal İşlevsellik	50,87±13,38	54,23±16,65	1,200	0,232
Ağrı	48,86±28,8	64,72±29,73	3,015	0,003
Genel Sağlık	50,43±23,94	60,1±22,16	2,378	0,019
Fiziksel Skor	54,04±27,08	65,2±22,61	2,590	0,011
Mental Skor	46,23±20,8	57,64±18,39	3,327	0,001

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi kullanıldı.

Tablo 4.23'te Bakım Verenlerin Hastanın tanı süresine göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı verilmiştir. Hastanın tanı süresi uzadıkça bakım verenlerin yaşadığı bakım yükü, tükenmişlik ve yaşam kalitesi üzerinde önemli değişimler gözlenmektedir. Özellikle tanı süresi 1 yıl ve sonrasında belirgin bir şekilde bakım yükü artmaktadır; örneğin tanı süresi 6-10 yıl olan bakım verenlerde bu yük 55,5 iken, ilk 6 ay içinde bu değer 25,51'dir ($p=0,000$). Aynı eğilim duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında da görülmektedir. Tanı süresi uzadıkça, özellikle 6 yıldan sonra, duygusal tükenmişlik puanları anlamlı şekilde yükselmiş; bu da bakımın sürekliliğinin psikolojik etkilerini göstermektedir ($p=0,000$). Buna karşın kişisel başarı algısında gruplar arasında anlamlı bir fark oluşmamıştır ($p=0,368$), bu da bakım süresi uzasa dahi bireylerin kendilerini yeterli hissetme düzeylerinin korunduğunu düşündürmektedir. Yaşam kalitesi açısından bakıldığında, tanı süresi 1 yıldan itibaren enerji düzeyi ve ruh sağlığı gibi alt boyutlarda dikkat çekici düşüşler gözlenmiştir. Örneğin enerji puanı 6-10 yıllık bakım süresinde 21,25'e kadar düşerken, ilk 6 aylık bakım sürecinde bu puan 53,31 olarak ölçülmüştür ($p = 0,001$). Aynı şekilde ruh sağlığı da sürecin başında yüksekken uzun süreli bakımda ciddi oranda düşmüştür ($p=0,001$). Genel sağlık algısı da yıllar içinde zayıflamakta, özellikle 1 yıl ve sonrasında anlamlı bir gerileme göstermektedir ($p=0,004$). Toplam fiziksel ve mental skorlar, benzer şekilde tanı süresi uzadıkça anlamlı olarak azalmaktadır ($p<0,05$), bu da hem fiziksel hem ruhsal sağlığın zamanla olumsuz etkilendiğini ortaya koymaktadır. Öte yandan, sosyal işlevsellik, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel durum ve ağrı gibi alt boyutlarda anlamlı fark gözlenmemiştir. Bu da sosyal ilişkilerde ya da ağrı düzeyinde tanı süresine bağlı belirgin bir değişiklik olmadığını göstermektedir. Genel olarak bu tablo, hastalık tanısının üzerinden geçen süre arttıkça bakım verenlerin daha yüksek

düzeerde tükenmişlik yaşadığını ve yaşam kalitelerinde özellikle enerji, ruh sağlığı ve genel sağlık açısından ciddi kayıplar olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, uzun süreli bakım süreciyle başa çıkan bireylerin daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Tablo 4.23. Bakım Verenlerin Hastanın Tanı Süresine Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler	Hastanın Tanı Süresi					t	p*
	<6 ay X ± SS	6 ay-1 yıl X ± SS	1-5 yıl X ± SS	6-10 yıl X ± SS	>10 yıl X ± SS		
Zarit Toplam	25,51±17,34	24,82±16,08	44,17±18,9	55,5±14,43	42,5±50,2	8,410	0,000
Duygusal Tükenme	9,24±8,81	9,76±8,96	17,67±10,58	25,75±7,09	15±18,38	6,467	0,000
Duyarsızlaşma	3,07±4,05	2,98±4,04	6,08±5,15	7±5,35	2±2,83	3,244	0,014
Kişisel Başarı	18,25±6,19	20,13±4,79	18,38±5,18	18,75±4,57	22±5,66	1,081	0,368
Fiziksel Fonksiyon	77,46±25,23	77,55±26,09	68,75±31,94	61,25±18,87	60±56,57	0,973	0,424
Fiziksel Rol Kısıtlama	56,78±45,21	59,09±38,3	41,67±42,78	37,5±43,3	50±70,71	0,918	0,456
Emosyonel	54,8±44,96	56,36±45,3	44,44±42,47	41,67±50	50±70,71	0,381	0,822
Enerji	53,31±23,48	53,82±21,47	33,96±23,36	21,25±23,23	50±70,71	4,965	0,001
Ruhsal Sağlık	64,75±20,39	63,13±21,65	47±21,27	33±23,18	62±53,74	4,775	0,001
Sosyal İşlevsellik	54,58±14,39	53,14±17,9	51,88±14,34	41,88±13,75	50±0	0,690	0,600
Ağrı	61,44±28,94	65,5±29,41	46,35±30,49	37,5±16,71	50±70,71	2,401	0,053
Genel Sağlık	59,07±21,98	62,36±21,06	41,88±23,44	46,25±19,31	52,5±53,03	3,969	0,004
Fiziksel Skor	63,69±23,66	66,13±21,69	49,66±27,7	45,63±18,66	53,13±62,76	2,576	0,040
Mental Skor	56,86±18,99	56,61±19,04	44,32±17,98	34,45±21,7	53±48,79	3,116	0,017

*Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı.

Bakım verenlerin hastada metastaz durumuna göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 4.24'te verilmiştir. Hastada metastaz bulunması, bakım verenin hem psikolojik yükünü hem de yaşam kalitesini anlamlı şekilde etkilemektedir. Veriler, metastazlı olan hastalara bakım veren bireylerin, olmayanlara kıyasla çok daha yüksek Zarit bakım yükü puanlarına sahip olduğunu göstermektedir ($p=0,000$). Aynı şekilde, bu grupta duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri de dikkat çekici biçimde artmıştır. Bu sonuçlar, metastaz varlığının bakım sürecini hem duygusal hem de zihinsel olarak daha zorlu hale getirdiğini göstermektedir. Öte yandan, kişisel başarı puanları açısından metastaz varlığı belirleyici olmamıştır; gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,873$). Bu, bakım verenlerin kendilerini yeterli hissetme düzeylerinin, hastalığın evresinden etkilenmediğini düşündürebilir. Yaşam kalitesi alt boyutlarına bakıldığında, fiziksel rol kısıtlaması metastaz bulunan hastaların yakınlarında daha fazladır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,042$). Bununla birlikte, fiziksel fonksiyon puanları istatistiksel olarak farklılık göstermese de metastaz olmayan hastaların yakınları daha yüksek ortalamaya sahiptir. Enerji düzeyi, ruh sağlığı, ağrı, genel sağlık, fiziksel skor ve mental skor açısından metastaz olmayan hasta yakınlarının lehine anlamlı farklar gözlenmiştir ($p<0,05$). Özellikle ruh sağlığı puanları, metastazlı hasta bakımında belirgin şekilde düşmektedir, bu da psikolojik iyi oluşun ciddi biçimde etkilendiğini göstermektedir. Sosyal işlevsellik ve emosyonel durum puanları arasında anlamlı fark olmasa da, metastaz olmayan grupta daha yüksek değerler elde edilmiştir. Sonuç olarak, metastazın varlığı bakım verenin hem yükünü artırmakta hem de yaşam kalitesini birçok boyutta olumsuz etkilemektedir. Bu durum, özellikle ileri evre hasta yakınlarının daha fazla fiziksel ve psikolojik desteğe gereksinim duyduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 4.24. Bakım Verenlerin Hastada Metastaz Durumuna Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Değişkenler	Metastaz		t	p*
	Var	Yok		
	X ± SS	X ± SS		
Zarit Toplam	38,19±20,77	24,05±16,26	4,417	0,000
Duygusal Tükenme	14,89±10,84	9,14±8,62	3,415	0,001
Duyarsızlaşma	5,64±5,36	2,44±3,28	4,365	0,000
Kişisel Başarı	19,23±4,89	19,08±5,81	0,161	0,873
Fiziksel Fonksiyon	70,85±28,94	77,85±26,15	1,442	0,151
Fiziksel Rol Kısıtlama	45,21±42,87	60,48±40,93	2,052	0,042
Emosyonel	43,97±45,63	59,14±43,16	1,926	0,056
Enerji	41,17±25,16	54,09±23,36	3,010	0,003
Ruhsal Sağlık	51,15±24,4	65,51±20,09	3,709	0,000
Sosyal İşlevsellik	53,03±15,4	53,41±16,09	0,135	0,893
Ağrı	52,29±30,41	63,9±29,71	2,167	0,032
Genel Sağlık	50±23,17	60,7±22,73	2,613	0,010
Fiziksel Skor	54,59±25,05	65,73±23,59	2,585	0,011
Mental Skor	47,33±20,66	58,04±18,17	3,143	0,002

*Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı.

Tablo 4.25'te bakım verenlerin hastanın yatağa bağımlılık düzeyine göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı verilmiştir. Hastanın yatağa bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenin bakım yükü, duygusal tükenmişliği ve duyarsızlaşma düzeyi anlamlı şekilde artmaktadır ($p < 0,001$). En yüksek değerler, tamamen bağımlı hastalara bakım verenlerde görülmüştür. Buna karşılık kişisel başarı düzeyleri gruplar arasında farklılık göstermemiştir ($p = 0,638$). Yaşam

kalitesi açısından ise, bağımlılık düzeyi yükseldikçe fiziksel fonksiyon, enerji, ruh sağlığı, ağrı, genel sağlık, fiziksel ve mental skorlar belirgin biçimde düşmektedir. Sosyal işlevsellik ve emosyonel durum farkı ise istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sonuç olarak, hastanın fiziksel bağımlılığı arttıkça bakım verenin hem psikolojik yükü artmakta hem de yaşam kalitesi azalmaktadır.

Tablo 4.25. Bakım Verenlerin Hastanın Yatağa Bağımlılık Düzeyine Göre ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Dağılımı

Değişken	Hastanın Yatağa Bağımlılık Düzeyi			F	p*
	Yerinden rahatlıkla kalkıyor	Yerinden kalkmakta zorlanıyor, desteksiz şekilde yürüyemiyor	Yerinden hiç kalkamıyor		
	X ± SS	X ± SS	X ± SS		
Zarar Toplam	23,04±16,05	42,31±19,14	48,79±14,97	25,678	0,000
Duygusal Tükenme	8,35±8,42	15,97±9,84	23,79±6,94	24,977	0,000
Duyarsızlaşma	2,66±3,8	5,62±5,32	6,5±4,03	9,337	0,000
Kişisel Başarı	19,31±5,67	18,72±5,44	17,93±4,27	0,451	0,638
Fiziksel Fonksiyon	79,31±24,02	66,9±32	64,29±31	3,828	0,024
Fiziksel Rol Kısıtlama	60,89±40,38	38,79±41,5	41,07±49,62	4,001	0,020
Emosyonel	58,75±43,24	39,08±43,71	42,86±51,36	2,665	0,073
Enerji	56,58±21,97	33,62±24,01	29,64±18,86	18,283	0,000
Ruhsal Sağlık	66,02±20,4	48,28±23,9	43,43±17,67	13,124	0,000
Sosyal İşlevsellik	52,08±16,1	57,33±14,98	52,32±13,74	1,284	0,280
Ağrı	64,01±29,24	51,12±33,95	45,89±22,35	3,790	0,025
Genel Sağlık	61,09±21,78	47,24±26,04	47,86±18,26	5,601	0,005
Fiziksel Skor	66,32±21,93	51,01±27,84	49,78±26,63	6,657	0,002
Mental Skor	58,36±18,21	44,58±20,1	42,06±20,36	9,172	0,000

*Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı.

Tablo 4.26’da bakım veren bireylerin ZBVYÖ, MTÖ alt boyutları (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı) ve SF-36 YKÖ alt boyutları ile toplam skorları arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Bakım verenlerin ZBVYÖ toplam puanı ile MTÖ alt boyutlarından Duygusal Tükenme ($r = ,840$; $p < 0,001$) ve Duyarsızlaşma ($r = ,618$; $p < 0,001$) arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu durum, bakım yükü arttıkça tükenmişlik düzeyinin de arttığını göstermektedir. Öte yandan, Kişisel Başarı alt boyutu ile bakım yükü arasında negatif yönde fakat anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($r = -,124$; $p > 0,05$). Bakım yükü ile SF-36 YKÖ alt boyutları arasında ise genellikle anlamlı ve negatif yönlü ilişkiler gözlemlenmiştir. Örneğin: Enerji düzeyi ($r = -,712$; $p < 0,001$), Ruhsal sağlık ($r = -,724$; $p < 0,001$), Mental sağlık bileşeni (Mental Skor) ($r = -,748$; $p < 0,001$) ve Fiziksel sağlık bileşeni (Fiziksel Skor) ($r = -,698$; $p < 0,001$) ile bakım yükü arasında yüksek düzeyde negatif korelasyonlar bulunmuştur. Bu bulgular, bakım yükü arttıkça bireylerin yaşam kalitelerinin özellikle enerji düzeyi, ruhsal sağlık ve genel fiziksel/mental sağlık bileşenlerinde anlamlı düşüşler yaşadıklarını göstermektedir. Ayrıca tükenmişlik alt boyutları olan Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma, benzer şekilde SF-36 alt boyutlarıyla negatif yönde ve çoğunlukla anlamlı ilişkiler göstermiştir. Özellikle duygusal tükenmişlik, enerji ($r = -,597$), ruh sağlığı ($r = -,596$) ve mental skor ($r = -,614$) ile anlamlı ve güçlü negatif ilişkiler içerisindedir. Sosyal işlevsellik alt boyutu ise bakım yükü ve tükenmişlik düzeyleriyle anlamlı bir ilişki göstermemiştir ($r = ,008$; $p = 0,923$). Bu bulgular, bakım veren bireylerde artan bakım yükü ve tükenmişliğin yaşam kalitesinde önemli düşüslere yol açtığını ortaya koymaktadır. Özellikle psikolojik ve fiziksel sağlığa dair boyutlar bu durumdan daha fazla etkilenmektedir.

Tablo 4.26. Bakım Verenlerin ZBVYÖ, MTÖ ve SF-36 YKÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1	Zarîf Toplam	r	1	,840*	,618*	-0,124	-,516*	-,568*	-,572*	-,712*	-,724*	0,008	-,523*	-,641*	-,698*	-,748*
		p		<0,001	<0,001	0,139	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,923	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
2	Duygusal Tükenme	r	,840*	1	,743*	-0,152	-,392*	-,420*	-,436*	-,597*	-,596*	-0,070	-,458*	-,586*	-,567*	-,614*
		p	<0,001		<0,001	0,070	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,401	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
3	Duyarsızlaşma	r	,618*	,743*	1	-0,150	-,267*	-,300*	-,349*	-,384*	-,438*	-0,036	-,342*	-,443*	-,412*	-,447*
		p	<0,001	<0,001		0,073	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,667	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
4	Kişisel Başarı	r	-0,124	-0,152	-0,150	1	0,030	0,087	0,116	0,028	0,049	0,058	0,073	,222*	0,120	0,100
		p	0,139	0,070	0,073		0,720	0,301	0,165	0,742	0,558	0,488	0,384	0,008	0,151	0,235
5	Fiziksel Fonksiyon	r	-,516*	-,392*	-,267*	0,030	1	,619*	,568*	,396*	,410*	-0,075	,487*	,572*	,825*	,545*
		p	<0,001	<0,001	0,001	0,720		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,371	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
6	Fiziksel Rol Kısıtlama	r	-,568*	-,420*	-,300*	0,087	,619*	1	,832*	,468*	,473*	-0,016	,416*	,449*	,834*	,745*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	0,301	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	0,846	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
7	Emosyonel	r	-,572*	-,436*	-,349*	0,116	,568*	,832*	1	,503*	,517*	-0,091	,412*	,473*	,753*	,848*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	0,165	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	0,277	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
8	Enerji	r	-,712*	-,597*	-,384*	0,028	,396*	,468*	,503*	1	,847*	-0,037	,571*	,618*	,631*	,827*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	0,742	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	0,658	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
9	Ruhsal Sağlık	r	-,724*	-,596*	-,438*	0,049	,410*	,473*	,517*	,847*	1	0,009	,474*	,602*	,604*	,840*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	0,558	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		0,919	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
10	Sosyal İşlevsellik	r	0,008	-0,070	-0,036	0,058	-0,075	-0,016	-0,091	-0,037	0,009	1	0,145	-0,011	0,014	0,138
		p	0,923	0,401	0,667	0,488	0,371	0,846	0,277	0,658	0,919		0,084	0,897	0,865	0,100
11	Ağrı	r	-,523*	-,458*	-,342*	0,073	,487*	,416*	,412*	,571*	,474*	0,145	1	,591*	,759*	,573*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	0,384	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,084		<0,001	<0,001	<0,001
12	Genel Sağlık	r	-,641*	-,586*	-,443*	,222*	,572*	,449*	,473*	,618*	,602*	-0,011	,591*	1	,767*	,627*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	0,008	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,897	<0,001		<0,001	<0,001
13	Fiziksel Skor	r	-,698*	-,567*	-,412*	0,120	,825*	,834*	,753*	,631*	,604*	0,014	,759*	,767*	1	,794*
		p	<0,001	<0,001	<0,001	0,151	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,865	<0,001	<0,001		<0,001
14	Mental Skor	r	-,748*	-,614*	-,447*	0,100	,545*	,745*	,848*	,827*	,840*	0,138	,573*	,627*	,794*	1
		p	<0,001	<0,001	<0,001	0,235	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,100	<0,001	<0,001	<0,001	

*:0,05 düzeyinde anlamlılık. Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, kanser hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü, tükenmişlik ve yaşam kalitesi düzeyleri değerlendirilmiş; çeşitli sosyodemografik, klinik ve bakım sürecine ilişkin değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Bakım verenlerin bakım yükü ve tükenmişlik düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Bulgular, bakım veren bireylerin önemli bir kısmının fiziksel, psikolojik ve sosyal düzeyde çeşitli sorunlarla karşılaştığını ve bu sorunların bakım yükünü artırarak tükenmişlik ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Katılımcıların yaklaşık yarısının bakım sırasında sorun yaşadığını ifade etmesi, bakım sürecinin zorluklarına işaret etmektedir. Bu bireyler, özellikle psikolojik ve fiziksel sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Psikolojik sorunların bu denli yüksek olması, literatürde de vurgulandığı gibi, uzun süreli bakım sürecinin bakım veren bireylerde stres, kaygı ve tükenmişlik gibi ruhsal sorunlara yol açabileceğini desteklemektedir (Cenkçi ve ark., 2024).

Araştırmada hasta yakınlarının ZBVYÖ ortalama puanı $29,42 \pm 19,27$ olarak bulunmuştur. Bu durum hasta yakınlarının hafif düzeyde bakım yükü yaşadıklarını göstermektedir. Literatürde yapılan benzer çalışmalarda ortalama puanların genellikle 30-40 aralığında olduğu görülmektedir. Örneğin Akcan ve Aylaz (2024) tarafından yürütülen bir çalışmada bakım verenlerin bakım yükü ortalaması tüm katılımcılarda $31,17 \pm 1,31$ olarak belirlenmiştir. Bakım verenlerin bakım yükünü tespit etmeye çalışan benzer bir çalışmada ise kanser hasta yakınlarının bakım yükü ortalaması $32,5 \pm 18,3$

bulunmuştur (Balcı ve Demir, 2018). Dolayısıyla bu çalışmadan elde edilen sonuçların, literatürdeki diğer çalışmalarla paralellik gösterdiği söylenebilir.

Katılımcıların bakım yükü düzeyleri cinsiyete göre değişkenlik göstermiştir. Kadın bakım verenlerin erkeklere göre daha fazla bakım yükü yaşadığı ortaya çıkmıştır ($p=0,000$). Bu durum, kadınların erkeklere oranla hem fiziksel hem emosyonel olarak bakım verme sürecinde daha etkin ve katılımlı olduklarını, daha fazla sorumluluk aldıklarını bu nedenle daha fazla yük hissettiklerini göstermektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Savaş, 2025; Yakut, 2019).

Çalışmamızda bakım yükü puanlarının katılımcıların eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça bakım yükünün azaldığı görülmüştür. Özellikle üniversite ve üzeri mezunlarında ortalama puan 23,72 iken, okuryazar olmayanlarda bu değer 54,83'e ulaşmıştır. Benzer şekilde, gelir düzeyi arttıkça bakım yükü de anlamlı şekilde azalmaktadır ($p<0,001$). Bu bulgular, bireyin sosyoekonomik düzeyinin bakım yükü üzerinde doğrudan etkili olduğunu göstermektedir. Nitekim Bilgehan ile İnkaya (2021) ve Başdınç (2019) tarafından farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda da sosyoekonomik düzeyin bakım yükünü doğrudan etkilediği tespit edilmiştir. Her iki çalışmada da gelir düzeyi arttıkça bakım yükü puanlarının düştüğü görülmektedir.

Çalışmada katılımcıların duygusal tükenme genel ortalaması $11,38\pm 9,94$, duyarsızlaşma genel ortalaması $3,63\pm 4,41$, kişisel başarı puanı ise $19,06\pm 5,49$ olarak bulunmuştur. MTÖ'ye göre bu değerler bakım verenlerin düşük düzeyde tükenmişlik yaşadıklarını göstermektedir. Ancak kadın katılımcılarda duygusal tükenmenin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,000$). Bu durum, kadınların bakım

sürecinde daha fazla duygusal yıpranma yaşadığını, ortaya koymaktadır. Ülkemizde ve dünyada yapılan benzer çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları tespit edilmiştir. Ayrıca toplumsal cinsiyet algısının etkisi, bakım verme rolünün daha çok kadınlara verilmesinin tükenmişlik, yorgunluk yaşama oranlarının erkeklerden yüksek olduğu rapor edilmiştir (Savaş, 2025; Wong ve Phillips 2023; Villemant ve ark., 2015).

Çalışmamızda bazı klinik özelliklerin bakım veren bireylerde tükenmişliği artırdığı tespit edilmiştir. Yatan hastaya bakım verenlerin ayaktan başvuru yapanlara bakım verenlere göre, metastazı olan hastaya bakım verenlerin olmayana bakım verenlere göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları görülmüştür. Yine aynı şekilde hastanın yatağa bağımlılık düzeyi arttıkça hasta yakınlarının tükenmişlik düzeyi de artmıştır. Bu durum hastanın klinik düzeyinin ağırlaşmasının fiziksel bakımını zorlaştırmasından, daha fazla fiziksel ağrı ve duygusal sorunlarla baş etmeleri gerektirdiğinden bakım verenlerin tükenmişliğini artırdığını göstermektedir (Tok Yıldız Onur ve ark., 2023).

Araştırmaya katılanların SF-36 YKÖ toplam fiziksel sağlık puanı $61,63 \pm 24,59$, mental sağlık puanı ise $54 \pm 19,85$ olarak saptanmıştır. Kadın bakım verenlerin yaşam kalitesi erkeklere kıyasla daha düşüktür. En anlamlı fark fiziksel fonksiyon ($p=0,001$) ve emosyonel rol ($p=0,006$) alt boyutlarında saptanmıştır. Bu bulgular, kadınların hem daha fazla yük hem de daha düşük yaşam kalitesi yaşadığını ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, Koçak ve ark., (2022), tarafından sunulan bulgularla da örtüşmektedir. Çabuk (2024) tarafından yapılan ve palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireylerde yaşam kalitesinin ölçüldüğü çalışmada da bakım verenlerde yaşam kalitesinin kadınlarda anlamlı şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Aynı çalışmada

eđitim seviyesi dűşűk olanlarda, ekonomik durumu kűtű olanlarda, sosyal gűvencesi olmayanlarda, hastanın 1. derece yakını olanlarda, bakım sűrecinde sađlıđı ve aile iliřkileri etkilenenlerde, hastasına gűnlűk bakım verme sűresi fazla olanlarda ve bakım sűrecinde yardım almayanlarda yařam kalitesinin daha dűřűk olduđu gűsterilmiřtir.

Ayrıca, alıřmamızda bakım sűrecinde sorun yařayan bireylerin hem bakım yűkű hem tűkenmiřlik hem de yařam kalitesi açısından belirgin olarak olumsuz etkilendiđi gűzlemlenmiřtir. Bu bireylerde fiziksel sađlık skoru 50,86, mental sađlık skoru ise yalnızca 42,97 olarak bulunmuřtur. Bu bulgular, destek sistemlerinin, psikolojik danıřmanlıđın ve bakım koordinasyonunun önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Çalıřmamızda sosyal destek kaynaklarına sahip bireylerin, sahip olmayanlara göre daha iyi yařam kalitesine ve daha dűřűk bakım yűkűne sahip olduđu, ancak bu farkın istatistiksel olarak her zaman anlamlı dűzeyde olmadıđı grűlműřtir. Fiziksel fonksiyon ($p=0,006$) ve genel sađlık ($p=0,009$) açısından anlamlı fark mevcuttur. Bu durum, sosyal desteđin özellikle fiziksel iyi oluř űzerinde etkili olabileceđini göstermektedir. Literatűrde yapılan çalıřmalarda da sosyal destek ve yařam kalitesi arasında bir iliřki olduđu, sosyal desteđin fiziksel stresi azaltmada ve iyi oluřta aracı rol oynayabileceđi, sosyal destek arttıkça bakım yűkűnűn yařam kalitesine olumsuz etkisinin azalabildiđi ortaya konmuřtur (Cenkçi ve ark., 2024; Çamlıca ve Koç, 2022; Lui ve ark., 2024).

Çalıřmamızda kronik hastalıđı olan bakım veren bireylerde bakım yűkű ve tűkenmiřlik dűzeyleri belirgin řekilde daha yűksek bulunmuřtur. Bu bireylerin fiziksel sađlık skoru 48,15 iken, sađlıklı bireylerde bu skor 67,96'dır ($p=0,000$). Benzer řekilde, genel sađlık, ruhsal sađlık ve enerji dűzeyleri de kronik hastalıđı olmayanlara göre dűřűktűr. Bu bulgular, bakım veren bireyin kendi sađlık durumunun, bakım deneyimini

ve yaşam kalitesini doğrudan etkilediğini göstermektedir. Bireyler için kendi sağlığına dair sorunlar yaşarken başkasına bakım verme sorumluluğu ikincil bir yük yaratmaktadır (Lee ve ark., 2019). Benzer şekilde, bakım sürecinde sorun yaşayan bireylerin yaşam kalitesinin anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır. Bu durum, bakım sırasında karşılaşılan engellerin hem psikolojik hem de fiziksel sağlığı olumsuz etkilediğini göstermektedir. Nitekim Kim ve ark., tarafından (2015) yürütülen bir çalışmada da uzun süreli bakım verenlerin zamanla fiziksel sağlıklarının olumsuz etkilendiği ve yaşam kalitelerinin düştüğü rapor edilmiştir.

Çalışmamızdan elde edilen veriler, aynı zamanda eğitim, gelir ve çalışma durumu gibi sosyoekonomik değişkenlerin bakım veren bireylerde bakım yükünü etkilediğini göstermektedir. Düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip bireylerde bakım yükü ve tükenmişlik puanları daha yüksek, yaşam kalitesi puanları ise daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu, sağlık okuryazarlığı ve maddi kaynakların bakım sürecindeki koruyucu rolünü destekler niteliktedir (Geng ve ark., 2018).

Yapılan bu araştırma sonucunda palyatif bakım sürecinde bakım verenlerin bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerinin yaşam kalitelerini anlamlı ve doğrudan şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Bulgular, bakım veren bireylere yönelik psikososyal destek programlarının geliştirilmesi gerekliliğini vurgulayan güncel literatürdeki tez ve makalelerle uyumludur (Ersin ve ark., 2022; Toygar ve Yıldırım, 2020; Shi ve ark, 2025).

Bu çalışmanın bulguları, kanser hastalarına bakım veren bireylerin hem fiziksel hem psikolojik olarak çok yönlü zorluklar yaşadığını, çok boyutlu bir yük ile karşı karşıya olduklarını göstermektedir. Kadın olmak, düşük eğitim ve gelir düzeyi, kronik

hastalık sahibi olmak ve ağır klinik tablolara bakım vermek gibi durumlar, bakım yükünü ve tükenmişliği artırırken yaşam kalitesini düşürmektedir. Sosyal destek, eğitim ve gelir düzeyi ise hastanın klinik durumu ağırlaştıkça koruyucu bir etki sağlamaktadır. Bu tür koruyucu faktörlerin güçlendirilmesi, palyatif bakımda bakım sürecinin kalitesini doğrudan artırabilir (Egici ve ark., 2019; Bulut ve ark., 2023).

Çalışmamızdan elde edilen bu bulgular, sağlık hizmetlerinin planlanması ve bakım verenlere yönelik destek mekanizmalarının geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir. Bakım veren bireylere psikososyal destek sağlanması, bakım becerilerinin artırılmasına yönelik eğitimler verilmesi ve sağlık sisteminde bakım vereni de kapsayan bir yaklaşım geliştirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın başlıca sınırlılıkları şunlardır;

1. Bu çalışma yalnızca Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım ve Medikal Onkoloji birimlerine başvuran kanser hastalarına bakım veren bireylerle sınırlıdır; farklı kurum ve birimlerde farklı sonuçlar elde edilebilir.
2. Veriler öz-bildirim yolu ile toplanmıştır; bu durum sosyal beğenirlik yanlılığına neden olabilir.
3. Araştırmanın kesitsel tasarımı, neden sonuç ilişkisi kurmaya imkan sağlamamaktadır.
4. Sadece bakım veren hasta yakınlarının görüşlerine yer verilmiş; hasta ve sağlık personeli perspektifi dikkate alınmamıştır.
5. Bakım verme sürecinde algı ve deneyim kültürel etkenlerden de etkilenebilmektedir. Bu nedenle bulgular farklı sosyo-kültürel özelliklere sahip gruplara genellenemez.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları kanser hastalarına bakım veren kişilerin çok boyutlu bir bakım yükü ile karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Kadınlar, düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip bireyler ile kronik hastalığı bulunanlar daha fazla bakım yükü ve tükenmişlik yaşamaktadır. Ayrıca bakım yükü ve tükenmişlik yaşayan bakım verenlerin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Uzun süreli bakım vermenin yorgunluk, uykusuzluk ve ağrı gibi fiziksel sağlığa etkileri bulunmaktadır. Sürekli bakımın hasta yakınlarında kendi yaşamını ihmal etme, duygusal tükenmişlik yaşama gibi etkileri ise bakım verenlerin psikolojik sağlığını olumsuz etkilemekte ve kaygı, stres ve çaresizlik duygularının yoğunluğunu artırmaktadır. Bununla birlikte hasta bireylerin yatağa bağımlılık düzeyi ve tanı süresi arttıkça bakım yükü de artmaktadır. Elde edilen bulgular sosyal destek kaynaklarının varlığının ise bakım veren bireyler üzerinde koruyucu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu nedenle palyatif bakım hizmetlerinin planlanması, bakım veren hasta yakınlarına yönelik destek mekanizmalarıyla bütünleşik şekilde yapılması önemlidir. Palyatif bakım alan kanser hastası yakınlarına bakım veren bireylere sunulan psikososyal destek programları ve eğitim programları artırılmalı ve sistematik izlem hizmetleri geliştirilmelidir.

Araştırma sonuçları değerlendirilerek kanser hastalarına bakım veren bireylerin desteklenmesi amacıyla çeşitli öneriler geliştirilmiştir. Öncelikle sağlık kuruluşları bünyesinde bakım verenlere yönelik destek birimlerinin sayısı artırılıp daha sistematik hale getirilerek, psikolojik danışmanlık ve terapi hizmetleri sunulması faydalı olacaktır. Bu kapsamda düzenlenen psikoeğitim programları çeşitlendirilebilir. Bilinçli

farkındalık, hobi çalışmaları, müzik ve sanat terapisinin hasta yakınlarının bakım yükü, tükenmişlik ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar artırılabilir. Bakım veren bireylere yönelik semptom yönetimi, öz bakım ve iletişim becerileri gibi konularda eğitim programları düzenli olarak planlanarak uygulanmalıdır. Kronik rahatsızlığı olan hasta yakınlarının bireysel sağlık takibi yapılarak fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklarının korunması desteklenerek bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerinin azalması, yaşam kalitelerinin artırılması sağlanabilir. Ayrıca bakım verenlerin sosyal destek sistemleri (aile, komşu, arkadaş grupları) güçlendirilmeli ve sosyal hizmet uzmanları aracılığıyla bakım sürecine dahil edilmelidir. Bakım veren kadın hasta yakınları için özel olarak hazırlanan destek programları güçlendirilmeli, bakım yükünü azaltmaya yönelik çalışmalar kamusal politikalar haline getirilmelidir. Bakım veren bireylerin çabalarının toplum ve sağlık profesyonelleri tarafından görülmesi, takdir edilmesi, motivasyonu artırır. “Bakım veren günü”, teşekkür mektupları gibi sembolik uygulamalar yapılması hasta yakınlarına moral sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Akbulut Şahin, E., 2019. Hasta Yakını Olmanın Getirdiği Güçlükler Ve Dini Başa Çıkma (Palyatif Bakım Servisi Onkoloji Hasta Yakınları). (Yüksek Lisans Tezi), İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı, İzmir.
- Akcan, H. ve Aylaz, R., 2024. Palyatif bakım hastalarında bakım vericilerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 16(1): 89–96.
- Altaş, H. 2020. Ölüm olgusu ve hasta yakınlarında ölüme ilişkin tutumlar. *Ekev Akademi Dergisi*, 24 (82): 139-150.
- Anonim, 2021. Aile. TDK, <https://sozluk.gov.tr/> (05.02.2025).
- Anonim, 2025. Kanser bilgi formu. Dünya Sağlık Örgütü, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (10. 01. 2025).
- Arcan, A. 2024. Kanserli Hastaların Kanser Gereksinimleri Ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne.
- Atamer, B. ve Polat, Ü., 2020. Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım verenlerin bakım yükü ve karşılanmamış bakım gereksinimleri, *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2): 38-47.
- Aydemir, Ö., 2023. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesi, Bakım Yükü Ve Tükenmişlikle İlişkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Balcı, A. ve Demir, Y., 2018. Kanser hastalarına bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9 (2): 105–112.
- Batbaş Sertdemir, C., Yakar, B. ve Pirinççi, E., 2021. Palyatif bakım ve hospis. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2): 136-143.
- Başdınç, Ş. E., 2019. Palyatif Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü Ve Psikososyal Gereksinimleri (Yüksek lisans tezi), İstanbul Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Bilgehan, T. ve İnkaya, B., 2021. Palyatif hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1): 51-58.
- Bilgin Kılıç, Ö., 2024. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Sosyal Hizmet Ve Maneviyat Açısından Değerlendirilmesi Üzerine Nitel Bir Araştırma. (Yüksek Lisans Tezi) Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, İstanbul.

- Brighton, L. J. ve Bristowe, K., 2016. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life, *Postgraduate Medical Journal*, 92: 466-470.
- Bulut, H., Bozkurt, C. ve Demirkol Sakar, D., 2023. Palyatif bakım hastalarına bakım veren bireylerin bakım yüklerinin yaşam kaliteleri üzerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3): 1086–1096.
- Canım, F., 2020. Palyatif Bakım Ünitesinde Hastası Olan Ailelerin Psiko-Sosyal Sorunları ve İhtiyaçları. (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Cenkçi, Ş., Çivgin, U. ve Yorulmaz, E., 2024. The role of perceived social support on stress, anxiety, depression and care burden levels of caregivers of cancer patients: A Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC) example. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 25(11): 3865–3876.
- Ceylan Gür, S., 2018. Kanserli Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa.
- Choi, Y. S., Hwang, S. W., Hwang, I. C., Lee, Y. J., Kim, Y. S., Kim, H. M., Youn, C. H., Ahn, H. Y. ve Koh, S. J., 2016. Factors associated with quality of life among family caregivers of terminally ill cancer patients. *Psychooncology*, 25(2): 217-224.
- Çabuk, S., 2024. Palyatif Bakım Alan Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Yaşam Kalitelerinin Umut Düzeylerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Palyatif Bakım Anabilim Dalı, Tokat.
- Çamlıca, T. ve Koç, Z., 2024. Loneliness, Social Support Level, Quality of Life and Symptom Management Among Turkish Oncology Patients. *Omega – Journal of Death and Dying*, 89(4): 1345–1365.
- Çelik, A. ve Mertoğlu, S., 2023. Palyatif bakımda hasta merkezli bakım yetkinliği. *Forbes Journal of Medicine*, 5(2): 95–101.
- Çetin, Ö., 2018. Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Manisa.
- Çınar, Z. ve Bulut, S., 2024. Tükenmişlik modellerine ait genel bir değerlendirme. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 8(15): 25–35.
- Duman, Ö., 2020. Hasta Yakınlarının Palyatif Bakıma İlişkin Görüşlerinin Bakım Verici Yüküne Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Samsun.
- Duyar, M., 2024. Palyatif Bakım Servisinde Farklı Tanılarla Yatan Hastalarda Bası Yarası Sıklığı ve Mortalite Riskinin Belirlenmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

- Egici, M. T., Can, M., Toprak, D., Öztürk, G. Z., Esen, E. S., Özen, B. ve Sürekci, N., 2019. Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(2): 123–131.
- Ekici Kocakafa, G., 2019. Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Ekiz, M., 2021. Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Bakıma Hazır Olma Düzeyleri ve Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Nevşehir.
- Ersin, A., Çadırcı, F. ve Kılıç Dedeoğlu, H., 2022. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalara bakım veren bireylerin mental iyi oluş durumları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 61(3): 379–386.
- Ersoy, S., Özkahraman Koç, Ş. ve Özcan, F., 2023. Palyatif Bakım Hastalarında Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. In: Karakurt, P. (ed.), *Sağlık Bilimleri Araştırmaları: Hemşirelik & Ebelik-III*. Özgür Yayınları, s. 1-10.
- Esen, M., 2024. Ruhsal ve zihinsel engelli bireylere bakım hizmeti veren aile üyelerinin tükenmişlik seviyelerinin karşılaştırılması. (Yüksek lisans tezi), İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, İstanbul.
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L. ve Bray, F., 2024. Global Cancer Observatory: Cancer Today (GLOBOCAN 2022 estimates for 36 cancers in 185 countries). International Agency for Research on Cancer, <https://www.iarc.who.int/> (05.01.2025).
- Geng, H. M., Chuang, D. M., Yang, F., Yang, Y., Liu, W. M., Liu, L. H., ve Tian, H. M., 2018. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97: (39), 11863.
- Görgün-Baran, A. 2008. Yaşlılıkta sosyalleşme ve yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1(2): 86-97.
- Gürbüz. M., Yaşar, H. ve Çay Şenler, F. 2020. Palyatif bakımda iletişim, *Türkiye Klinikleri*, 1: 27-32.
- Hui, D., Hannon, B. L., Zimmermann, C., Bruera, E. 2018. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA Cancer J Clin*, 68(5): 356-376.
- İlhan, H., 2018. Palyatif Bakım Hastalarının Bakıcılarında Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyal Yaşamları Üzerindeki Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Tokat.

- İnci, F. H. ve Erdem M., 2006. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4): 85-95.
- Kangalgil Balta, G., Derdiyok Öztekin, E. B., Kazak Bengisun, Z., 2024. Palyatif bakım hastalarına bakım veren bireylerin yalnızlık deneyimleri, *Sosyal Sağlık Dergisi*, 4(2): 2-14.
- Karaçam, Z., ve Boz, İ., 2017. Sosyal destek algısı ve tükenmişlik ilişkisi: Hasta yakını örneği. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(3): 211–218.
- Karakartal, D., 2017. Tedavi sürecindeki kanserli hastaya bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların incelenmesi, *Uluslararası Beşeri Bilimler Ve Eğitim Dergisi*, 3(2): 96-109.
- Karakaya, C., 2020. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Karabük Örneği.(Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Karakaya, C. ve Işıkhani, V., 2020. Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31 (4): 1437-1458.
- Kayan, M. R., 2023. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Sağlık Anksiyetesi İlişkisinin Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Çorum.
- Kavşur, Z. ve Sevimli, E., 2020. Türkiye'deki palyatif bakım hizmetlerinin bazı gelişmiş ülkeler ile karşılaştırılması, *USBAD Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 2(4): 715-730.
- Kim, Y., Carver, C. S., Shaffer, K. M., Gansler, T. ve Cannady, R. S., 2015. Cancer caregiving predicts physical impairments: Roles of earlier caregiving stress and being a spousal caregiver. *Cancer*, 121(2): 302–310.
- Koçak, N., Şenel, G., Oğuz, G., Karaca, Ş. ve Gökse, F. 2022. Quality of life and burden in family caregivers of patients with advanced cancer receiving specialized palliative care. *Indian Journal of Cancer*, 59(2): 187–193.
- Koşan Yurtseven, İ., 2018. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin, Bakım Yükü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Krug, K., Miksch, A., Peters-Klimm, F., Engeser, P. ve Szecsenyi, J., 2016. Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study, *BMC Palliative Care*, 15:4.
- Lee, G. B., Chao, Y. F. C., Yiin, J. J., Chao, Y. F., ve Chiang, H. Y., 2019. Relationship between disease knowledge and caregiving burden in Parkinson's disease family caregivers, *PLOS ONE*, 14: (5).

- Leow. M., Chan. S. ve Chan. M.. 2015. A pilot randomized, controlled trial of the effectiveness of a psychoeducational intervention on family caregivers of patients with advanced cancer, *Oncol Nurs Forum*, 42 (2): 63-72.
- Llop-Medina, L., Ródenas-Rigla, F., Gallego-Valadés, A., ve Garcés-Ferrer, J., 2024. Factorial structure of quality of life, satisfaction with caregiving and caregiver burden in palliative care: A systematic review. *Nursing Open*, 11(2): 1002067.
- Liu, Z., Liu, Y., Ma, H. ve Li, X. 2024. Mediating effect of social support on the relationships between caregiver burden and quality of life among family caregivers of cancer patients in palliative care units. *BMC Palliative Care*, 23(1): 16.
- Madenoglu Kıvanç, M. 2017. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri, *HSP*, 4(2):132-135.
- Maslach, C. ve Jackson, S. E., 1981. The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behaviour*, 2: 99-113.
- Mauranges, A., 2018. Symptômes et caractéristiques du burn out [Symptoms and characteristics of burnout]. *Soins*, 63 (830): 28-32.
- Montgomery, K. E., Sawin, K. J., ve Hendricks-Ferguson, V., 2017. Communication during palliative care and end of life: Perceptions of experienced pediatric oncology nurses. *Cancer Nursing*, 40 (2): 47–57.
- Nezami, M. A., 2024. Palyatif Bakım Alan Hastaların Yakınlarının Bakım Yüklerinin, Bakıma Hazır Oluşluk Düzeylerinin ve Toplumsal Cinsiyet Algılarının İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum.
- Öksüzöğlü, S., 2018. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Depresyon ve Tükenmişlik Durumunun Bakım Süresiyle Olan İlişkisi. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.
- Özçelik, H. ve Ekiz, M. (2024). Palyatif bakım alan hasta yakınlarının bakıma hazır olma düzeyleri ve bakım yüklerinin belirlenmesi, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 11(3): 341-349.
- Perpiñá-Galvañ. J., Orts-Beneito, N., Fernández-Alcántara, M., García-Sanjuán, S., García-Caro, M. P. ve Cabañero-Martínez, MJ., 2019. Level of burden and health-related quality of life in caregivers of palliative care patients, *Int J Environ Res Public Health*, 16(23):4806.
- Pınar, Rukiye., 1995. Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: yaşam kalitesi- bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi, *Hemşirelik Bülteni*, 9 (38): 85-95.
- Pop. R.S., Cojan Minzat. B.O., Ursu. C.P., Ursu. Ş. ve Puia. A., 2024. decrease in primary caregivers' quality of life during the care of a relative with palliative care needs: a prospective longitudinal study, *Cancers (Basel)*, 16(21): 3570.
- Savaş, K., 2025. Palyatif Bakım Alan Hastaların İnfomal Bakım Veren Aile Üyelerinin Toplumsal Cinsiyet Algısı Bağlamında Bakım Yüklerinin Değerlendirilmesi

- (Yüksek lisans tezi), Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kadın ve Aile Çalışmaları Anabilim Dalı, Tekirdağ.
- Saygılı, M., ve Çelik, Y., 2020. Kanser tanılı hastalarda palyatif bakım hizmetlerinin etkisinin değerlendirilmesi: Semptom düzeyi ve bakım memnuniyeti açısından bir karşılaştırma, 32(2): 61–71.
- Schumacher, K., Kuffner, R., Mallmann, T. ve Ziegler, K., 2021. Gender-specific problems and needs of family caregivers during specialist inpatient palliative care: A qualitative study. *Journal of Palliative Medicine*, 24(2): 243–250.
- Seller Afşar, K., 2024. Palyatif Bakım Hastalarında Semptom Şiddeti İle Bakım Vericilerin Bakım Vermeye Hazır Oluşluk ve Stres Düzeyi Arasındaki İlişki. (Yüksek Lisans Tezi), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas.
- Shi, J. M., Yoo, J., Wang, Z., Rodriguez, V., Karkar, R. ve Saha, R., 2025. *Balancing caregiving and self-care: Exploring mental health needs of Alzheimer's and dementia caregivers*.
- Sucuoğlu B. ve Kuloğlu N., 1996. Özürlü Çocuklarla Çalışan Öğretmenlerde Tükenmişliğin Değerlendirilmesi, *Ankara Türk Psikoloji Dergisi*, 11(36): 44-60.
- Tok Yıldız Onur, A., Avcı, İ. ve Yıldız, F., 2023. The evaluation of the burden and burnout levels of the caregivers of the in patients in palliative care. *Cumhuriyet Medical Journal*, 45(3): 91–102.
- Topçu, M., 2024. Palyatif Bakım Hastalarına Uygulanan Yatak Banyosunun Satürasyon, Ağrı Düzeyi Ve Uyku Kalitesine Etkisi. (Yüksek lisans tezi), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Topkaya, Ö., 2018. Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Toptaş Kılıç, S. ve Öz, F., 2019. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin sorunları, yaşam kalitesi ve müdahaleler, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6 (3): 195-203.
- Tuna, M. ve Olgun, N., 2010. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17(1): 41-52.
- Toygar, İ. ve Yıldırım, Y., 2021. Bakım vericilerin destek ihtiyacını değerlendirme aracının Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(1): 114–119.
- Wenzel, J., Lillis, S., Wagner, J. ve Wright, A., 2019. Caregivers in home palliative care: Gender, psychological aspects, and patient's functional status as main predictors for their quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(5): 814–822.

- Wittenberg, E. 2018. Communicating with patients and families around difficult topics in cancer care using the comfort communication curriculum. *Semin Oncol Nurs*, 34(3): 264–273.
- Von Blanckenburg, P. ve Leppin, N., 2018. Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(5): 389–395.
- Wong, A. D., ve Phillips, S. P., 2023. Gender disparities in end of life care: A scoping review. *Palliative Medicine*, 37(8): 1234–1245.
- Verbeek-Oudijk, D., de Boer, A., ve Woittiez, I., 2019. Differences in care use between of men and women: The role of publicly financed and informal care at home. *Journal Aging and Long-Term Care*, 2(2): 37–50.
- Villemant, C., Leconte, P., Gilbert, E. ve Reynaud, M. (2015). Gender differences in caregiver burden and its determinants in family members of terminally ill cancer patients. *Palliative ve Supportive Care*, 13(3): 929–937.
- Yıldırım, B., 2020. Sosyal hizmet uygulamasında Bowen’ın aile sistemleri yaklaşımı. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 20 (47): 287-312.
- Yıldırım, M. H. ve İçerli, L., 2010. Tükenmişlik sendromu: Maslach ve Kopenhag tükenmişlik ölçeklerinin karşılaştırmalı analizi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2(1): 123–136.
- Yıldız, E., Dedeli, Ö., Çınar Pakyüz, S., 2016. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 13 (3): 216-225.
- Yılmaz, E., 2014. Serbest Muhasebeci Mali Müşavirlerin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri ile İşe Bağlılık Düzeyleri Arasındaki İlişki: Samsun İlinde Bir Araştırma. *Muhasebe ve Vergi Uygulamaları Dergisi*, 3 (1): 49-70.
- Yılmaz, N. 2022. Birinci Basamak Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Sağlayan Kişilerde Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
- Yılmaz, O., ve Öztürk, A. 2019. *Palyatif bakım kapsamında psikoterapiler ve uygulamaları. Akdeniz Tıp Dergisi*, 5(1): 7–14.
- Zarit, S. H., Reeve, K. E., ve Bach-Peterson, J., 1980. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6): 649–655.
- Zhang, Y., Liu, Y., Wen, H., Wang, X. ve Lyu, Y., 2023. Caregiver burden among family caregivers of patients with advanced cancer in a palliative context: A mixed-method study. *BMC Palliative Care*, 22 (1): 7751-7764.

EKLER

EK 1. HASTA BİLGİ FORMU

1. Hastanın cinsiyeti; () Erkek () Kadın
2. Hastanın yaşı;
3. Hastanın eğitim durumu;

() Okuryazar değil	() Okuryazar	() İlkokul
() Ortaokul	() Lise	() Üniversite ve üzeri
4. Hastanın yaşadığı yer; () İl merkezi () İlçe () Kasaba, belde veya köy
5. Hastanın başvuru durumu; () Ayaktan başvuran hasta () Yatan hasta
6. Hastanın şu an Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi'nde başvurduğu veya yattığı birim;

() Palyatif Bakım Birimi	() Acil Servis Birimi	() Medikal Onkoloji Birimi
---------------------------	------------------------	-----------------------------
7. Hastanın tanısı;
8. Hastanın tanı alma süresi;

() 6 aydan az	() 6 ay-1 yıl	() 1-5 yıl	() 6-10 yıl	() 10 yıldan fazla
----------------	----------------	-------------	--------------	---------------------
9. Hastada metastaz var mı? () Var () Yok
10. Hastanın yatağa bağımlılık düzeyi nedir?

() Yerinden rahatlıkla kalkıyor	() Yerinden kalkmakta zorlanıyor, desteksiz bir şekilde yürüyemiyor.	() Yerinden hiç kalkamıyor.
----------------------------------	---	------------------------------
11. Hasta yardımsız şekilde kişisel ihtiyaçlarını giderebiliyor mu?

Yemek () Evet () Hayır	Tuvalet () Evet () Hayır
Giyinme () Evet () Hayır	Banyo () Evet () Hayır

EK 2. BAKIM VEREN BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz; () Erkek () Kadın
2. Yaşınız;
3. Medeni durumunuz; () Bekar () Evli () Dul / boşanmış
4. Çocuğunuz var mı? () Var () Yok
5. Eğitim durumunuz; () Okuyazar değil () Okuyazar () İlkokul () Ortaokul
() Lise () Üniversite ve üzeri
6. Mesleğiniz;
7. Çalışma durumunuz; () Evet () Hayır
8. Sosyal güvenceniz; () Var () Yok
9. Aylık geliriniz;
() 15.000 TL ve altı () 15.000 TL – 30.000 TL arası () 30.000 TL ve üzeri
10. Size göre ekonomik durumunuz nasıl? () İyi () Orta () Kötü
11. Kronik bir hastalığınız var mı? () Var () Yok
12. Ne kadar zamandır hastanın bakımını üstleniyorsunuz?
() 1 aydan az () 1 ay ile 6 ay arası () 6 ay ile 1 yıl arası () 1 yıldan uzun
süredir:yıl
13. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?
14. Hastanın bakımı için günün kaç saatini ona ayırıyorsunuz?saat.
15. Hastaya verdiğiniz bakım nedeniyle maddi kazancınız var mı? () Evet () Hayır
16. Ailenizde hastaya bakım veren sizden başka birisi var mı? () Var () Yok
17. Çevrenizde üzüldüğünüzü, yorulduğunuzu, yetersiz kaldığınızı düşündüğünüz
durumlarda size destek olan kişiler var mı? (Varsa yakınlık durumunu belirtiniz.)
() Var (Yakınlık durumunuz:.....) () Yok
18. Hastaya bakım vermektten dolayı herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?
() Evet: Belirtiniz; Fiziksel () Psikolojik () Sosyal ()
Diğer:..... () Hayır

EK 3. 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.

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

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

EK 4. MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

0. Kesinlikle katılmıyorum
 1. Katılmıyorum
 2. Ne katılıyorum ne de katılmıyorum
 3. Katılıyorum
 4. Tamamen katılıyorum

Aşağıdaki ifadelere katılma durumunuzu belirtiniz.

	0	1	2	3	4
1.Hasta bakımından soğuduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4
2.Hasta baktığım günün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.	0	1	2	3	4
3.Sabah kalktığımda bir gün daha hasta bakımını kaldıramayacağımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
4.Baktığım hastanın ne hissettiğini hemen anlarım.	0	1	2	3	4
5.Baktığım hastaya o sanki insan değilmiş gibi davrandığımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
6.Bütün gün hasta bakmak benim için gerçekten yıpratıcı.	0	1	2	3	4
7.Baktığım hastanın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	0	1	2	3	4
8.Hasta bakmaktan tükendiğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4
9.Hasta bakarak insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	0	1	2	3	4
10.Hasta bakmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.	0	1	2	3	4
11.Hasta bakmanın beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.	0	1	2	3	4
12.Çok şeyler yapabilecek güçteyim.	0	1	2	3	4
13.Hasta bakmanın beni kısıtladığımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
14.Hasta bakma konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
15.Baktığım hastaya ne olduğu umurumda değil.	0	1	2	3	4
16.Doğrudan doğruya bir hastayla ilgilenmek bende stres yaratıyor.	0	1	2	3	4
17.Baktığım hastayla aramda rahat bir hava yaratırım.	0	1	2	3	4
18.Baktığım hastayla ilgilendikten sonra kendimi canlanmış hissedirim.	0	1	2	3	4
19.Hasta bakma konusunda başarılıyım.	0	1	2	3	4
20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4
21.Hasta bakımındaki duygusal sorunlara soğukkanlılıkla yaklaşıyorum.	0	1	2	3	4
22.Baktığım hastanın bazı problemlerini ben yapmışım gibi davrandığımı hissediyorum.	0	1	2	3	4

EK 5. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır.

Her soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

Soruyu nasıl yanıtlayacağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun yanıtı işaretleyin ve sorunun sol tarafındaki boşluğa bir açıklama yapın.

1. Genel olarak sağlığınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda, şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

Sağlığınız ve Günlük Aktiviteler

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa ne kadar engelliyor? (Her sütunda size uygun rakamı işaretleyiniz)

Aktiviteleriniz	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a) Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b) Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi orta/hafif aktivitelerde	1	2	3
c) Paket veya çanta taşırken	1	2	3
d) Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e) Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f) Eğilirken çömelirken	1	2	3
g) Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h) Bir kaç yüz metre yürürken	1	2	3
i) Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
j) Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamlardan birini yuvarlak içine alarak yanıtınızı işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b) İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c) İş ve aktivitelerinizi zahmetsiz/kolay olanlarla sınırladınız mı?		
d) İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)		

5. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerin herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamlardan birini yuvarlak içine alarak yanıtınızı işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b) İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c) İş ve aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatlimi yaptınız?		

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (sadece bir rakamı işaretleyiniz).

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (sadece bir rakamı işaretleyiniz).

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (sadece bir rakamı işaretleyiniz).

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

Duyularınız

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her ifade için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

10.

Geçen ay boyunca	Ne kadar süre					
	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a) Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b) Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c) Hiç bir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d) Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e) Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f) Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g) Çok yorgun/bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h) Mutlu muydunuz?	1	2	3	4	5	6
i) Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j) Sağlığınız akraba / arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

Genel Olarak Sağlığınız

11. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a) Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim					
b) Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım					
c) Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum					
d) Sağlığım mükemmel					

EK 6. ETİK KURUL ONAY RAPORU

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	OTURUM NO	KARAR SAYISI
30.01.2024	02	01-65

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkan Vekili Prof. Dr. Mehmet Serkan UMUZDAŞ Başkanlığında toplandı.

KARAR 02.20- Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün 27.12.2023 tarih ve 378202 sayılı yazısı görüldü.

Aşağıda bilgileri yer alan araştırmacıların yapmak istediği uygulamaların ve kullanacağı veri toplama araçlarının etik açıdan uygunluğuna oy birliği ile karar verildi.

CALISMANIN TÜRÜ	Yüksek Lisans Tezi
BAŞLIK	Palyatif Bakım Alan Kansere Hasta Yakınlarının Bakım Yüku ve Tükenmişlik Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki
TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ/ YAZARI	Doç. Dr. Rıza ÇİTİL Betül ÇAM (Palyatif Bakım Araştırma Dalı)
RAPORTÖR GÖRÜŞÜ	OLUMLU

EK 7. KURUM İZİN YAZISI

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-21979232-020-419022
Konu : Çalışma İzni

04.04.2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06.02.2024 Tarihli, 395167 sayılı yazı.

Enstitünüz Palyatif Bakım Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Betül ÇAM'ın, Doç. Dr. Rıza ÇITIL danışmanlığında hazırlamış olduğu "Palyatif Bakım Alan Kanser Hasta Yakınlarının Bakım Yükü ve Tükenmişlik Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tez çalışması kapsamında Hastanemiz Palyatif Bakım, Acil Servis ve Medikal Onkoloji Birimlerinde ayakta veya yatarak tedavi alan kanser hastası yakınları ile araştırma yapma talebi Merkez Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Merkez Müdürü

ÖZGEÇMİŞ

