



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ**  
**ENSTİTÜSÜ**

**KANSERLİ HASTAYA BAKIM VERENLERİN CİNSİYETİNE GÖRE**  
**BAKIM YÜKÜ VE BAŞ ETME BİÇİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**Nazlı ÖZBEK**

**TEZ DANIŞMANI**

Doç. Dr. Ayşe KILIÇ

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA 2018**

**HİZMETE ÖZEL**

**TEZ KABUL ONAYI**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Başkanlığında  
Nazlı ÖZBEK tarafından hazırlanan  
"Kanserli Hastaya Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre Bakım Yükü ve Baş Etme  
Biçimlerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından  
**ÖY BİRLİĞİ / ÖY ÇOKLUĞU** ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

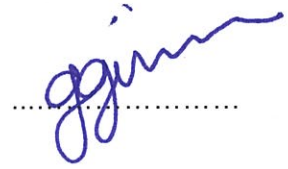
**Başkan** Doç.Dr.Ayten ŞENTÜRK ERENEL  
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü  
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~.



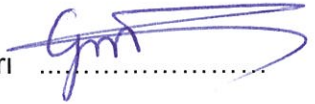
**Danışman/Üye:** Doç.Dr.Ayşe KILIÇ  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın  
Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı  
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~.



**Üye:** Doç.Dr.Gülten GÜVENÇ  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın  
Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı  
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~.



**Üye:** Dr.Öğr.Üyesi Gülten KOÇ  
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Hastalıkları  
Hemşireliği Anabilim Dalı  
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~.



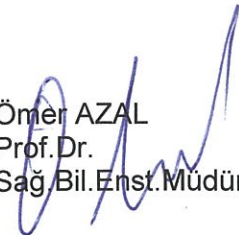
**Üye:** Dr.Öğr.Üyesi Gülşah KÖK  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın  
Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı  
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~.



Tez Savunma Sınavı Tarihi: 16/07/2018

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Ömer AZAL  
Prof.Dr.  
Sağ.Bil.Enst.Müdürü



**HİZMETE ÖZEL**

## BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, • Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Nazlı ÖZBEK

16.07.2018

## KANSERLİ HASTAYA BAKIM VERENLERİN CİNSİYETE GÖRE BAKIM YÜKÜ VE BAŞ ETME BİÇİMLERİNİN BELİRLEMESİ

### ÖZET

**ÖZBEK Nazlı, Kanserli Hastaya Bakım Verenlerin Cinsiyete Göre Bakım Yükü ve Baş Etme Biçimlerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.**

**Amaç:** Bu araştırma kanserli hastaya bakım verenlerin cinsiyete göre bakım yükü ve baş etme biçimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GEAH) Tıbbi Onkoloji Klinik ve Kemoterapi Ünitesinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini Aralık 2017 – Mayıs 2018 tarihleri arasında GEAH Tıbbi Onkoloji Klinik ve Kemoterapi Ünitesine başvuran kanserli hastaya bakım veren 200 hasta yakını oluşturmuştur. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan Hastaya ve Bakım Verene Ait Bilgi Formu, Zarit Bakım Yükü Ölçeği (ZBYÖ) ve Başa Çıkma Stilleri-Kısa Formu (BÇSÖ-KF) ile toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS.21 paket programında değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bakım verenlerin %55'i kadın, %45'i erkektir. Kadınların %46,4'ü hastanın çocuğu; erkeklerin %50'si hastanın eşidir. Kadınların bakım için hastaya daha fazla zaman ayırdığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Kadınlar ve erkeklerin benzer şekilde bakım verirken işle ilgili, maddi, aile içi etkileşimlerde, fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. İşle ilgili, fiziksel ve psikolojik sorunları kadınların erkeklerden daha fazla yaşadığı saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Kadınların cinsiyetin bakım verme durumunu etkilediğini erkeklere göre daha fazla düşündükleri belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Ayrıca kadınların hastalarının kişisel bakımını, beslenmesini, hem ev hem hastane işlerini erkeklere göre daha rahat yapabildiklerini düşündükleri belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Kadınların %48'inin, erkeklerin %40'ının bakım yükünü hafif olarak algıladıkları belirlenmiştir, cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Kadın ve erkeklerin en fazla sorun odaklı baş etme biçimi

kullandıkları belirlenmiştir, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** Kanser hastalarına bakım veren kadın ve erkeklerin bakım verirken işle ilgili, maddi, fiziksel ve psikolojik sorunları kadınların erkeklere göre anlamlı derecede daha fazla yaşadığı belirlenmiştir. Her iki cinsiyetteki bakım verenlerin hafif düzeyde bakım yükü algıladıkları saptanmıştır. Kadın ve erkeklerin en fazla sorun odaklı baş etme biçimi kullandıkları tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım veren, bakım yükü, baş etme biçimleri, cinsiyet, kanser



## ABSTRACT

**ÖZBEK Nazlı, Determination of Care Burden and Coping Styles in Caregivers of Cancer Patients by Gender, University of Health Sciences, Gulhane Institute of Health, Obstetrics and Gynecology Nursing Program, Master's Thesis, Ankara, 2018.**

**Aim:** This study was conducted in order to determine the effect of gender on care burden and coping styles in caregivers of cancer patients and it is designed as descriptive.

**Material and Methods:** The research was carried out in Gulhane Training and Research Hospital (GEAH) Medical Oncology Department Clinic and Chemotherapy Unit. The sample of the research consists of 200 caregivers of cancer patients who applied to GEAH Medical Oncology Department Clinic and Chemotherapy Unit between December 2017 and May 2018. The data was collected by using the Patient and Caregiver Information Form that prepared by the researcher, Zarit Burden Interview and Brief Cope Inventory. The data was evaluated by utilization of the SPSS. 21 package program.

**Results:** To begin with, it is found that 55% of the caregivers are women while 45% of the caregivers are men. 46.4% of the female caregivers are the patient's child and 50% of the male caregivers are the patient's partner. It is determined that women spend more time on patient care ( $p < 0,05$ ). Moreover, it is revealed that women and men experience work-related, economic, physical, psychological and social problems as well as change in family interactions while giving care similarly. In this regard, work-related, economic, physical and psychological problems are found to be more common among women than men ( $p < 0,05$ ). Furthermore, it is determined that women thought that gender affects the condition of care giving than men ( $p < 0,05$ ). It is identified that women thought that they can do patient's personal care, nutrition, home and hospital work better than men ( $p < 0,05$ ). Besides, it is determined that 48% of the women and 40% of the men perceive the care burden as mild, but there is no difference between the genders ( $p > 0,05$ ). It is found out that women and men use the most problem-oriented coping styles, but there is no statistically significant difference between the genders ( $p > 0,05$ ).

**Conclusion:** It is found out that women and men who are the caregivers of cancer patients experience work-related, economic, physical and psychological problems and that these problems are found to be more common among women than men at a significantly. It is determined that both women and men use the most problem-oriented coping styles.

**Keywords:** Cancer, care burden, caregiver, coping styles, gender



## TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında bilgisini, yardımını ve desteğini esirgemeyen, her zaman sabırlı, anlayışlı yaklaşımı ile bana cesaret verip rol model olan çok değerli tez danışman hocam Doç. Dr. Ayşe KILIÇ'a,

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde rolü olan ve GEAH Tıbbi Onkoloji BD. Başkanı Doç. Dr. Nuri KARADURMUŞ'a, verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde yardımlarını aldığım ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim çok değerli Dr. Öğr. Üyesi Fatma BAYRAK'a, GEAH Tıbbi Onkoloji BD. 'da birlikte çalıştığım tüm değerli ekip arkadaşlarıma,

Ayrıca hayatımın her anında ve her alanında yanımda olan aileme, desteği, emeği ve sabırla her zaman yanımda olan sevgili eşim Serkan ÖZBEK'e, son olarak da hayatıma mutluluk ve anlam katan canım kızlarım Doğa ve Derin ÖZBEK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	xi
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Kanser ve Epidemiyolojisi.....	6
2.2. Kanserın Birey ve Aileye Etkileri.....	7
2.3. Bakım Verme ve Bakım Veren Kavramı.....	8
2.4. Bakım Yüğü Kavramı.....	9
2.5. Baş Etme Kavramı.....	13
2.6. Bakım Verme ve Cinsiyetin Rolü.....	17
2.7. Kanserı Hasta Ailesi ve Hemşirelik Bakımı.....	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	23
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri.....	24
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	24
3.6. Veri Toplama Araçları.....	24
3.7. Verilerin Toplanması.....	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi.....	28
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
3.10. Araştırma İle İlgili İzinler ve Etik Onam.....	29
4. BULGULAR.....	30
4.1. Hastaların Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	31

4.2. Bakım Verenlerin Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	34
4.3. Bakım Verenlerin Bakım Vermelerine Yönelik Bulgular.....	38
4.4. Bakım Verenlerin ZBYÖ Ve BÇSÖ-KF Puanlarına Yönelik Bulgular .....	41
5.TARTIŞMA .....	48
5.1. Bakım Verenlerin Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	48
5.2. Bakım Verenlerin Bakım Vermelerine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	52
5.3. Bakım Verenlerin; ZBYÖ Puanlarına ve BÇSÖ-KF Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması.....	56
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	61
6.1.Sonuçlar .....	61
6.2. Öneriler.....	62
KAYNAKLAR .....	64
EKLER.....	72
Ek 1: Veri Toplama Formu .....	72
Ek 2: Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı .....	79
Ek 3: Bakım Verenlerin Bakım Verme Nedeniyle Bazı Alanlarda Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı .....	81
Ek 4: Bakım Verenlerin BÇSÖ-KF Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı .....	83
Ek 5: Klinikten Yazılı İzin .....	84
Ek 6: Etik Kurul İzni .....	85
Ek 7: TÜEK İzni.....	86
Ek 8: Başa Çıkma Stilleri- Kısa Formu Kullanım İzni.....	87
Ek 9: Gönüllü Olur Formu .....	88
ÖZGEÇMİŞ ve İLETİŞİM BİLGİLERİ.....	92

## TABLO LİSTESİ

Tablo 3.6.3.1. Başa Çıkma Stilleri Alt Ölçekleri .....	27
Tablo 4.1.1. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=200)...	31
Tablo 4.1.2. Hastaların Tıbbi Özelliklerinin Dağılımı (n=200).....	32
Tablo 4.2.1. Bakım Verenlerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4.2.2. Bakım Verenlerin Bakım Verme İle İlgili Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	36
Tablo 4.3.1. Bakım Verenlerin Bakım Verme Sürecinde Bazı Alanlarda Sorun Yaşama Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4.3.2. Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre Cinsiyetin Bakım Vermeyi Etkilediğini Düşünme Durumlarına Yönelik İfadelerinin Dağılımı .....	39
Tablo 4.4.1. Bakım Verenlerin ZBYÖ Puan Sınıflandırılmasının Cinsiyete Göre Dağılımı .....	41
Tablo 4.4.2. Bakım Verenlerin BÇSÖ-KF Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı .....	42
Tablo 4.4.3 Cinsiyete Göre ZBYÖ Puan Ortalamaları ve BÇSÖ-KF Alt Grup Puan Ortalamalarının Arasındaki İlişki.....	43
Tablo 4.4.4 Cinsiyete Göre ZBYÖ Puan Sınıflandırılması ile BÇSÖ-KF Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	44
Tablo 4.4.5 Hastaların Bazı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre ZBYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	45

## SİMGELER ve KISALTMALAR

<b>AJCC</b>	American Cancer Joint Commission (Amerikan Kanser Ortak Komisyonu)
<b>BCG</b>	Bacillus Calmette-Guerin (Tüberküloz aşısı)
<b>BÇSÖ-KF</b>	Başa Çıkma Stilleri Ölçeği
<b>CRC</b>	Caregiver Resource Center (Bakım verici kaynak merkezi)
<b>GEAH</b>	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
<b>IARCH</b>	International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu)
<b>KİT</b>	Kemik İliği Transplantasyonu
<b>MÖ</b>	Milattan Önce
<b>PKHT</b>	Periferik Kök Hücre Transplantasyonu
<b>ZBYÖ</b>	Zarıt Bakım Yüğü Ölçeği
<b>Min</b>	Minimum
<b>Max</b>	Maximum
<b>n</b>	Sayı
<b>%</b>	Yüzde
<b><math>\bar{X}</math></b>	Ortalama
<b>SS</b>	Standart sapma

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde kanser, sık görülmesi ve mortalite oranının yüksek olması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (1,2). Kanser yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında yedinci sırada yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde kalp hastalıklarını da geçerek birinci sırada yer almıştır (3).

Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (International Agency for Research on Cancer-IARC) tarafından yayınlanan dünya çapında kanser insidansını, mortalitesini ve prevalansını saptamayı amaçlayan GLOBOCAN 2012 projesi verilerine göre; Dünyada her yıl 14,1 milyon yeni kanser vakası, 8,2 milyon kanser nedeni ölüm ve 32,6 milyon kanser hastasının olduğu belirtilmektedir (3). Türkiye’de ise; 2012 yılında 147 bin yeni kanser vakası olduğu bildirilirken, 2030 yılında bu sayının 253 bine çıkacağı tahmin edilmektedir (4).

Kanser vakalarının her geçen gün artmasına rağmen, günümüzde kanserin hemen hemen doğası anlaşılmış ve tedavisinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Gelişen teknoloji ve tedavi yöntemleri ile kanserli hastaların yaşam süresinin uzaması sağlanmıştır. Kanser tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak genellikle ölüm ile sonuçlanan akut hastalıktan, sıklıkla ev ortamındaki bakıma gereksinim duyan ve uzun süreli tedavi gerektiren kronik bir hastalığa dönüşmüştür. Bu durum sadece tanı konan kişinin değil tüm aile üyelerinin sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Aile üyelerinin bakım sürecine daha aktif katılmalarına, hastaların bakım sorumluluğunu daha fazla üstlenmelerine ve bakım verme rollerinin daha fazla artmasına neden olmaktadır (5).

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Hastaların bakım sürecini herhangi bir ücret almadan üstlenen ve hastanın evdeki yaşam kalitesini yükselten bakım verenler genelde hasta yakınlarıdır. Literatürde hastalara bu şekilde bakım sağlayan yakınları “informal bakım verenler” veya “primer bakım verenler” olarak tanımlanmaktadır (6).

Bakım verme; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer

bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına yol açabilmektedir (5). Özellikle kanserli hastanın bakım ve tedavisinin önemli ve bütünleyici bir parçası olan primer bakım verenlerin gerek hastanede gerekse evde; hastalarının semptomlarını izleme ve kontrolünü sağlama, tıbbi tedavilerinin yapılmasını ve rahatlığını sağlama, problem çözme ve karar verme, emosyonel destek verme, bakımı koordine etme, hastalarının güvenliği ve fonksiyonlarının devamı için çevreyi düzenleme ve uygun araç-gereç donanımını sağlama gibi zor ve karmaşık görevleri bulunmaktadır (7). Bakım verenlerin bu süreçte yaşadığı güçlükler literatürde “bakım yükü” olarak adlandırılmaktadır. Bakım verenlerin güçlükleri artıkça hissettikleri bakım yükleri de artmaktadır. (5).

Bakım yükü; bakım veren aile üyesinin fiziksel, duygusal, sosyal ya da ekonomik anlamda yaşadığı güçlüklerin bütün olarak tanımlanmasıdır. Bakım yükü kavramı objektif yük ve subjektif yük olarak incelenmektedir. *Objektif bakım yükü*; hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, günlük yaşamdaki ve sosyal etkinliklerdeki kısıtlanmalar, ev ortamındaki gerginlik, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi, bakım yükünün gözlemlenebilir yönü olarak ifade edilmektedir. Hastanın hastalığı nedeniyle, bakım veren aile üyesinin doğrudan yaşadığı zorluklar (yardım etme, kontrol etme, sosyal ilişkilerde ve ailede rahatsızlık vb.) veya kendi yaşamı ile ilgili hiç bir şey (hobi, kulüpler, kariyer, iş vb.) yapamaması olarak tanımlanmaktadır. *Subjektif bakım yükü*; hastanın rahatsızlık verici davranışlarıyla ilişkili duygusal sıkıntı ya da hastanın bakımıyla ilgili zorlukların aile üyelerini rahatsız etme düzeyi olarak tanımlanmaktadır (8).

Kanser hastaları bakım ihtiyaçlarının zamanla artış gösterdiği bir gruptur. Bunun sonucu olarak bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları sorunlar da hastalık ilerledikçe artmaktadır. Yapılan çalışmalarda özellikle primer bakım verenlerin bu süreçte hastalarını kaybetme korkusu yaşamaları yanında; sosyal rolleri ile ilgili çatışma, işlerinde olumsuzluklar yaşama, iş durumunda değişiklik, evlilik içi ve aile ilişkilerinde gerginlik, diğer aile bireyleriyle geçirdikleri zamanda azalma, ruhsal açıdan bitkinlik, günlük aktivitelerinde kısıtlılıklar, sıkıntı, bunaltı ve kendi fiziksel

sağlıklarında bozulma gibi değişiklik alanlarda sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir (9). Bakım verenler tüm bu sorunlarla mücadele etmek ve bu stres yaratan zorluklarla çeşitli yöntemlerle baş etmek zorunda kalabilmektedirler (10). Baş etme kişinin hayatta etkisiz kaldığını hissettiği durumlarda, bilişsel ve davranışsal çabalarla bireyin hayattaki etkinliğini kazanmak adına yeni yollar bulma çabasıdır. Her bireyin stres yaratan durumlarla baş etme biçimleri farklıdır ve yaş, cinsiyet, aldıkları destek gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir (11).

Etkili baş etme biçimleri problem çözme ve uyuma yönelik olumlu çözüm yolları üretirken, etkisiz baş etme biçimleri problemin çözümünü daha da zor ve karmaşık hale getirebilmektedir. Bakım verenlerin yaşadıkları çeşitli sıkıntı, stres ve bakım yüküyle baş etmek için etkili ve etkisiz birçok baş etme biçimlerini bir arada kullandıkları da görülmektedir. Yapılan çalışmalarda etkili baş etme biçimlerini kullanamayan bakım verenlerin bakım yüklerinin de arttığı görülmektedir (12,13,14).

Bakım verme, yaşanan bakım yükü ve baş etme biçimleri hem kadını hem erkeği farklı boyutlarda etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda dünya üzerinde hangi ülkede olursa olsun bakım sorumluluğunun sıklıkla kız, eş ya da gelin olmak üzere kadınların üzerinde daha fazla olduğu gösterilmiştir (15,16,17,18). Bakım verenlerle ilgili yapılan çeşitli çalışma sonuçlarına göre; Hsu ve arkadaşlarının çalışmasında (2017) bakım verenlerin %73'ünü, Faronbi ve arkadaşlarının çalışmasında (2018) %85,8'ini, Wittenberg ve arkadaşlarının çalışmasında (2017) %70'ini kadınlar oluşturmaktadır (19,20,21). Ülkemizde yapılan çalışmalarda Yılmaz'ın (2016) kolon kanserli hasta yakınlarının bakım yükünü araştırdığı bir çalışmada bakım verenlerin %66,9'unu, Kahrıman'ın 2014 yılında yaptığı çalışmada %67,5'ini kadınların oluşturduğu belirlenmiştir (22,23). Dünyada ve ülkemizde bakım verme sorumluluğunu daha çok kadınların almasının nedenleri arasında; kadının çocuk, hasta ve yaşlı bakımında yapısında var olan, şefkat, acıma, yardım etme duygusu, erkeklere oranla bakım işini daha iyi yapabilmeleri ve ortaya çıkacak sorunlarla daha iyi başa çıkabileceklerinin düşünülmesi ve bakım verme işinin kadına ait bir görev olması, kadının yapması gereken basit bir iş gibi görülmesinin olabileceği değerlendirilmektedir (24). Tüm bunlar bakım verenin yükünü artırmakta, kadının bakım vermeden dolayı yaşayacağı özgüven duygusunu azaltabilmektedir. Ayrıca

yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre bakım için daha fazla zaman ayırdıkları, iş yaşamlarını devam ettiremeyip işten ayrılmak zorunda kaldıkları ve kendi yaşamlarını sürdürmekte daha fazla zorlanabildikleri görülmektedir (15,25,26,27).

Yapılan çalışmalarda; kadınlara göre daha az oranda bakım veren erkeklerin de bu süreçte birçok zorluk yaşayabildiği, yetersizlik duygusuna kapılabildikleri ve bu durumun onların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (28,29,30,31). Yapılan bir çalışmada, erkek bakım verenlerin sosyal destek kaynaklarından yararlanma oranlarının kadın bakım verenlerden daha düşük olduğu; bir başka çalışma da ise, sosyal destek kaynaklarının zamanla azaldığı belirlenmiştir (32). Ayrıca, erkek bakım verenlerin kadın bakım verenlere göre daha az bakım yükü bildirmelerine rağmen yüksek düzeyde stres yaşadıkları da belirlenmiştir (30,33).

Bakım verenlerin cinsiyete göre bakım yükü, baş etme biçimleri ve bunların birbiriyle ilişkisi bilinirse, bakım verenlerin hastasına verebileceği destek ve bakımı olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Ayrıca bakım yükü ve baş etme biçimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi hemşirelere kanserli bireye ve ailesine vereceği bakımın planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında yol gösterecektir. Bu nedenle kanserli hastaların bakım verenlerinin bakım yüklerinin ve baş etme biçimlerinin belirlenmesinin, bakım verenlerin sağlık durumu ve sorunlarının belirlenmesinin yanında hastanın tedavi ve bakımının etkinliğinde de önemi büyüktür.

Kanser hastalarına bakım verenlerin özelliklerinin bilinmesinin, özellikle cinsiyete göre yaşanan zorlukların ve baş etme biçimlerinin belirlenmesinin hem hasta hem de bakım verenlere verilecek sağlık hizmeti açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde bu konuda çok az çalışmaya rastlanmıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma; kanserli hastaya bakım verenlerin toplumsal cinsiyetin bakım yükü ve baş etme biçimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.



### 1.3. Araştırmanın Soruları

S1 Bakım verenlerin iş, maddi sıkıntı ve aile içi etkileşimlerde değişim yaşamaya yönelik yaşadığı sorunlar cinsiyetlerine göre farklılık göstermekte midir?

S2 Bakım verenlerin bakım verme ile ilgili yaşadıkları fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar cinsiyetlerine göre farklılık göstermekte midir?

S3Bakım verenlerin ZBYÖ puanları cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?

S4 Bakım verenlerin BÇSÖ-KF puanları cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?

S5 Bakım verenlerin cinsiyete göre ZBYÖ puanları ve BÇSÖ-KF puanları arasında ilişki var mıdır?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kanser ve Epidemiyolojisi

Kanser, yüzyıllar öncesinde olduğu gibi günümüzde de en önemli sağlık sorunlarından biridir. Kanseri terimi, tıbbın babası olarak bilinen Yunan fizikçi Hippocrates (MÖ 460-370) tarafından oluşturulmuş. Hippocrates “carcinoma” ve “carcinoma” terimlerini ülser oluşturan ve ülser oluşturmeyen tümörler için kullanmıştır (34).

Hücrelerin normal dokudan farklı olarak kontrolsüz bir şekilde çoğalması olarak bilinen kanser, genel olarak sistemik, genetik ve çevresel olmak üzere üç farklı etkenin birbiri ile etkileşmesi sonucu oluşmaktadır. Normal olmayan şekilde artan ve vücudun diğer bölgelerine yayılan bu hücreler yayılmış oldukları yerde bulunan dokuları ve organları işgal ederek bu bölgelerin yapması gereken görevleri engellemektedirler. Buldukları yerdeki doku ve organları işgal etmekle kalmayıp, daha uzaktaki organlara giderek fonksiyon bozukluklarına yol açabilmektedir. Kanserin türlerine göre hücre denetiminin bozulması süreci değişkenlik göstermektedir ve bu süreç ortalama 15-20 yıl kadar sürebilmektedir. Kanseri, hastalıkları köken olarak aldıkları doku ve organlara göre isimlendirilmekte ve verdikleri belirtilere ve bulgulara göre değişiklik göstermekle birlikte bunların tedavileri de kanserin türüne göre değişmektedir (35).

Kanser günümüzde dünyada ve ülkemizde sık görülmesi ve mortalite oranının yüksek olması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında yedinci sırada yer alırken bugün dünyanın birçok ülkesinde kalp hastalıklarını da geçerek birinci sırada yer almaktadır (1,3).

Uluslararası Kanseri Araştırmaları Kurumu (International Agency for Research on Cancer-IARC) tarafından yayınlanan dünya çapında kanseri insidansını, mortalitesini ve prevalansını saptamayı amaçlayan GLOBOCAN 2012 projesi verilerine göre; Dünyada 14,1 milyon yeni kanseri vakası, 8,2 milyon kanseri nedeni ölüm ve 32,6 milyon kanseri hastasının olduğu belirtilmektedir. Türkiye’de ise; 2012 yılında 147 bin yeni kanseri vakası olduğu bildirilirken, 2030 yılında bu sayının 253

bine çıkacağı tahmin edilmektedir. En sık olarak gözlenen ve ölümlü sonuçlanma oranı en yüksek oran kanser çeşitleri; erkeklerde sırasıyla akciğer, karaciğer, mide, kolorektum ve prostat kanseri iken kadınlarda meme, akciğer, kolorektum, serviks ve mide kanseridir (2,3).

## **2.2. Kanserın Birey ve Aileye Etkileri**

Kanser sadece fiziksel bir hastalık değil, yaşam dengelerini psikolojik, sosyal, ekonomik alanlarda da bozan bir hastalıktır. Kanser tanısı alan birey ekonomik gücünü, işini, herhangi bir organını, işlevini ya da yaşamını tümüyle yitirmek olgusuyla karşı karşıyadır ve hastanın yaşam biçimi değişmektedir (36).

Kanserli hastada, tanı aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde çok değişik emosyonel ve davranışsal tepkiler ortaya çıkmaktadır. Her şeye rağmen, birçok hasta ilk kanser tanısı aldığıında kendilerini kötü hissetmekte, bir şok ile karşı karşıya kalmakta, kafaları karışmakta ve birçoğunun bu hastalığa karşı güçlü bir savaş vermeleri gerekmektedir. Hastalar belirsiz bir gelecek korkusu ile hastalıklarının getirdiği stres ile baş edebilmek için kendilerine destek sağlayacak kaynaklara ihtiyaç duymaktadır (37).

Kanser tanısı sadece hasta için değil aynı zaman da ailesi içinde önemli bir etkiye sahiptir. Kanserli hastaya bakım verme, hastalık olayının tümü ile aile üyelerinin günlük yaşamına girmesine ve günlük rutinlerinin bozulmasına neden olmaktadır. Bu nedenle aile üyelerinde rol kaybı ya da rol değişikliği olabilmekte, ailenin dengesi bozulabilmektedir. Hastalık süresince, aile üyelerinin en az hastalar kadar anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşadıkları ve bunların sonucunda immün sistemlerinin bozulması ile fiziksel hastalık risklerinin arttığı belirtilmektedir (24).

Kanser hastalarına bakım veren aile üyeleri sıklıkla kendilerini hazırlıksız hissetmekte, hastalık ve bakımla ilgili yetersiz bilgiye sahip olmakta ve bakım verici rollerini nasıl gerçekleştireceklerini, hastanın ne kadar bakıma ihtiyacı olduğunu ve mevcut kaynakları nasıl kullanacaklarını bilememektedirler. Bu nedenle kendi sağlıklarını ihmal edebilmekte ve yetersiz baş etme tepkileri gösterebilmektedirler (38).

Yapılan çalışmalarda; kanserin birey ve bakım verenleri üzerindeki olumsuz etkilerinin zaman içinde giderek artan sorunlar ortaya çıkardığı, kanserli bireyin ve bakım verenlerinin yaşam şeklini ve beklentilerini kötü yönde etkilediği, yaşamdan doyum almalarını engellediği ve yaşam kalitesini azalttığı belirlenmiştir (9,23,24,39)

### **2.3. Bakım Verme ve Bakım Veren Kavramı**

Bakım verme, basit bir duygusal veya tutumsal tepki olmayıp, çok boyutlu bir kavramdır. Bakım tümüyle eylem şekli ve var olma yolu olarak görülmektedir. Bakım vermeyi 1984'te Roach, "içinde yönetsel, duygusal, bilişsel becerileri kapsayan insan davranışı olarak tanımlarken" Swanson (1991) ise "sorumluluğu hissedilen kişinin beslenmesi, bakılması" olarak tanımlamıştır. Swanson, bakımın beş kategoriden veya süreçten oluştuğunu belirtmiştir. Bunları, hastayı tanıma, hastayla birlikte bir şey yapma, hasta için bir şey yapmak, hastaya fırsat sağlamak ve inancını sürdürmek olarak belirlemiştir (40).

Bakım kavramı bireylerin kültürleri, değerleri, tecrübeleriyle olan ilişkilerinin bir sonucudur ve bu nedenle çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme, büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına yol açabilmektedir. Aile içi bakım verenler kendi sağlıkları ve yaşamları açısından bakıldığında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan güçlükler ve sorunlar yaşamaktadır (41).

Bakım verme formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde incelenmektedir. Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır. Evde formal bakım sağlayanlar daha çok hemşire, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarıdır (42). İnfomal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme; bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir. İnfomal bakım verenler ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlardır (41).

İnformal bakım verenlerin, hastalarının semptomlarını izleme, tıbbi tedavilerinin yapılmasını ve rahatlığını sağlama, problem çözme ve karar verme, emosyonel destek verme, bakımı koordine etme, hastalarının güvenliği ve fonksiyonlarının devamı için çevreyi düzenleme, hasta için uygun araç-gereç donanımını sağlama gibi karmaşık görevleri bulunmaktadır (43).

Hoefman'ın (2011) belirttiğine göre: informal bakım verenler genellikle bunu ücret karşılığında yapmazlar ve gerçekten önemli derecede zamanlarını bakım verme işi için ayırmaktadır. Yani, informal bakım verme bakım verenlerin yaşamında derin etkilere sahiptir. Örneğin; sosyal yaşamını, iş yaşamını, maddi durumunu, boş zaman aktivitelerini, bakım verenin fiziksel ve mental sağlığını etkilemektedir. Bu etkilere rağmen yine de bakım verenler sevdikleri bir kişiye ya da aileden birisine bakım vermeyi sorumlulukları olarak görmekte ve yaşamlarının doğal bir parçası olarak kabul etmektedirler (44).

#### **2.4. Bakım Yükü Kavramı**

Literatürde “yük” kavramı, bakım vericinin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikolojik, fiziksel sıkıntı, sağlık sorunları, ekonomik sorunları, sosyal sorunlar, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisine ait olmadığı duygusunu yaşamak gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde açıklanmıştır (41).

*Objektif yük*; somut olup, fiziksel işler ve bakımın ortaya çıkardığı güçlükler olarak tanımlanır. Bu, bakım verenin tüm işleri (yardım, kontrol, ödemeler vb.), deneyimleri (aile ya da sosyal ilişkilerin bozulması) ve yapamadığı aktivitelerini (hobiler, kariyer, meslek) kapsamaktadır. Diğer bir deyişle objektif yük, bir bireyin diğer bireyin gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve enerji olarak tanımlanmaktadır. Objektif yük boyutları; bakım verilen bireyin ekonomik bağımlılığı, aile rutinlerinin bozulması, davranışlarını yönetmeye çalışma, diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi, sosyal aktivitelerin yapılamaması, çalışma hayatıyla etkilenmesi, uygun bir bakım ortamı bulamama şeklinde sıralanmaktadır (45).

*Subjektif yük* ise, kişinin objektif yüklerle uğraşırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacılar subjektif yükü, bakım verenin içinde

bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkiler olarak tanımlanmıştır. Subjektif yük, bireyin bakıma kişisel yaklaşımıdır ve bakım verme işini yük olarak algılamasıdır. Genellikle hissedilen bu duygular keder, sıkıntı, utanma, suçluk duygusu şeklinde olabilir. Subjektif yükün göstergeleri olan kaygı, stres, suçluluk duygusu gibi tepkiler, bakım verme işinin sonucu olan depresyonun da göstergeleri olarak ifade edilebilir (46).

Yapılan araştırmalar bakım verme sürecinin, uzun süreli bakım gerektiren yakınlarına bakma konusunda birinci derecede sorumlu kişilere, bu durumun yoğun bir fiziksel ve duygusal yük getirdiğini göstermektedir. Bakım verme işinin bakım verene etkileri; fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma, zaman ve özgürlüğün kısıtlanması, işini kaybetme, çalışma şeklini değiştirme veya azaltmaktan kaynaklanan ekonomik güçlükler, bakım veren kişinin eşi, ailesi veya sosyal çevresi ile ilişkilerinde yaşadığı sorunlar olabilmektedir. Bu nedenle kendi sağlık gereksinimlerini erteleyebilir, fiziksel ve emosyonel sağlığı olumsuz olarak etkilenir, stres ve bakım yükü gittikçe artıp sonuçta depresyona varan sorunlar ortaya çıkabilmektedir (47,48).

#### **2.4.1. Bakım Verenin Yükünü Etkileyen Faktörler**

Bakım verme rolü zor, emek ve çaba gerektiren bir deneyimdir. Bu sebeple bakım vermenin bakım verenler üzerinde bazı olumlu ve olumsuz etkileri vardır. Bakım verenlerin yaşadıkları fiziksel, duygusal ve ekonomik güçlükler günlük yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Çünkü bakım verme rolü kişiye fiziksel, ekonomik ve duygusal anlamda yük getirmektedir (49).

Bakım verenlerin tamamının bakım verme güçlüğü yaşamadıkları gibi, güçlük yaşayanların ise, güçlük yaşama düzeyleri birbirinden farklıdır. Bakım verme güçlüğüne etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler;

- Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyi, kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu vb.),
- Hasta ile olan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği,

- Hasta ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi,
- Hastanın bakımına karar verilirken fikirlerinin alınıp alınmaması,
- Bakım verenin hasta bakımı dışında da sorumluluklarının olması,
- Hastaya sadece bir alanda değil, çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, bakım konusunda yardım eden kimsenin olmaması vb.),
- Hasta bireyin, bakım verenin yaşantısına müdahale etmeye çalışması,
- Bağımlılığı olan hasta bireye bakım verme,
- Dar ve orta gelirli ailelerin ekonomik nedenlerle küçük konutlarda oturması ve hastaya ayırabilecekleri bir mekânın olmaması,
- Kentte değişen sosyal yaşam sonucu kırsal kökenli hastalarla aile içi uyumsuzluklar yaşanması,
- Ekonomik zorunluluklardan ya da eğitimleri gereği bakım verenlerin çalışması, bu nedenle hastaya bakacak ya da eşlik edecek bir kişinin evde bulunmamasıdır (43,50).

#### **2.4.2. Bakım Verenlerde Yaşanabilecek Sorunlar**

Bakım veren aile üyesi; bu sorumluluğu almadan önce; bakım verici rolünü nasıl yürüteceğini ve bakıma hangi oranda katılması gerektiğini, uygun kaynaklara nasıl ulaşacağı konularında yetersiz bilgiye sahip olabilmektedir. Bu nedenle kendi sağlık gereksinimlerini erteleyebilmekte, fiziksel ve emosyonel sağlığı olumsuz olarak etkilenebilmekte, stres ve bakım yükü ortaya çıkmakta, sonuçta depresyona varan sorunlar ortaya çıkabilmektedir (51).

Fiziksel sorunlar; bakım verme nedeniyle bakım verenlerde görülen yorgunluk, iştahsızlık, sindirim güçlüğü, konstipasyon, bağışıklık sisteminde değişiklik, uyku problemleri, hipertansiyon, ağrı, kilo alma veya kaybetme gibi fiziksel semptomlardır (52). Karaaslan (2013) tarafından, kanserli hastalara bakım veren aile üyeleri ile yapılan çalışmada bakım verenlerin en yoğun yaşadığı fiziksel



sıkıntılarını; yorgunlukta artma, uykuda ve kişisel bakımda azalma olduğu saptanmıştır (53).

Bakım verenlerde yaşanabilecek emosyonel sorunlar ise; huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, alkol-ilaç kullanımında artış ve problem çözmede güçlük şeklinde belirtilmektedir. Bakım verme süreciyle ilişkili yaşanan stres bakım verenlerde anksiyete, sıkıntı, korku, yalnızlık ve psikosomatik semptomlara neden olabilmektedir. Bakım verenlerde üzüntü, mutsuzluk, öfke, depresyon, anksiyete, yalnızlık, çabuk demoralize olma, bunalma, kriz yaşama, suçluluk, öfke, yıkım ve tükenmişlik gibi duygular sık yaşanmaktadır (54). Karaaslan (2013) tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin en yoğun yaşadığı duygusal/psikolojik sıkıntılar; sıkıntı hissi, ağlama isteği, konuşmak istememe, korku, çaresizlik, ümitsizlik ve güçsüzlük olarak belirlenmiştir (53). Yapılan bir diğer çalışmada kanserli hasta eşlerinin duygusal alanda yaşadığı sorunlardan en sık gözlenen ümitsizlik, anksiyete ve ölüm korkusu olduğu bildirilmiştir (55). Vanderwerker ve arkadaşlarının (2005), ileri evre 200 kanser hastasının yakınlarında psikiyatrik rahatsızlıkları inceledikleri çalışmalarında, kanser tanısı konduktan sonra en az üç bakım verenden birinin psikiyatrik destek almaya ihtiyaç duyduğu, 66 hasta yakınının major depresyon, panik atak, genel anksiyete bozukluğu ve post travmatik stres tanısı aldığı belirlenmiştir (56). Grunfeld ve arkadaşları (2004) meme kanserli hastalara bakım veren 85 olguyla yaptıkları çalışmada; bakım vericilerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin hastalarinkinden daha yüksek olduğunu ve hastalık evresi arttıkça bakım verenin anksiyete ve depresyon düzeyinin de arttığını belirlemişlerdir (54).

Bakım verenlerde yaşanabilecek sosyal sorunlar ise; aile üyelerinden birisinin hastalığı nedeniyle, diğer aile bireylerinin toplumsal etkinlik ve ilişkilerinde olan bozulma ve sosyal yalnızlığın ortaya çıkmasıdır. Karaaslan (2013) tarafından yapılan çalışmada bakım vericilerin sosyal alanda yaşadığı sıkıntılar; komşuluk ilişkilerinde, diğer insanlarla olan ilişkilerinde, gece sosyal aktivitelere katılımlarında, güncel olayları takip etmede ve kültürel aktivitelere katılımlarında azalma olarak belirlenmiştir (53). Karabuğa-Yakar ve Pınar (2013) tarafından yapılan çalışmada hastaya bakım verenlerin tamamı bakım verme sorumlulukları nedeniyle

sağlıklarının olumsuz etkilendiğini; %53,3'ü bireysel sorumluluklarını yerine getiremediklerini, %30'u çalışma hayatında, %15'i aile ilişkilerinde, %45'i evlilik yaşamında sorun yaşadıklarını belirtmiştir (57).

Hastalara bakım verenlerin yaşadıkları ekonomik ve iş ile ilgili sorunlar incelendiğinde; hastalık nedeniyle bakım verenler önceki döneme göre daha az süre çalışmakta, hatta bazen işten ayrılmak zorunda kalabilmektedir. Aile üyelerinin bu dönemde çalışamamaları, hastaneye sık gidip gelme, uzun süre hastanede kalma, hastane masraflarının artması, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması ve kazançta azalma gibi durumlar nedeniyle ekonomik sıkıntılarda artma görülmektedir (58). Karaaslan (2013) tarafından yapılan çalışmada bakım vericilerin ekonomik alanda yaşadığı sıkıntılar; hastane ve tedavi masraflarının çok fazla olması ve diğer insanlardan borç almak zorunda kalma olarak belirlenmiştir (53). Longo ve ark (2006) çalışmasında kanserli hasta yakınlarının %20'sinin başa çıkamayacakları derecede finansal yük yaşadıkları saptanmıştır (59). Grunfeld ve ark (2004) çalışmasında ise terminal dönemin başlangıcında bakım veren hasta yakınlarının %56'sı tam ya da yarı zamanlı bir işte çalışırken, bakım verme sürecinden sonra %27'si emekli olmak durumunda kaldıkları belirlenmiştir (54).

## **2.5. Baş Etme Kavramı**

Baş etme; bireyin kaynaklarını zorlayan, önceki gücünü azaltan, bireysel ve çevresel ihtiyaçlarını yönetmek için harcadığı bilişsel ya da davranışsal çabalarıdır. Ayrıca birey ile çevresi arasında devam eden bilişsel ve davranışsal bir süreç olarak belirtilmiştir. Baş etme etkinliği kişiden kişiye değişebilmekte ve bazı faktörlerden etkilenmektedir. Bunlar, kişinin karşılaştığı stresörlerin sayısı, finansal ve sosyal destek kaynaklarının sayısı, stresör süresi, stresör şiddeti, geçmişteki stresör deneyimleri ve kişilik gibi özelliklerdir (60).

Folkman ve Lazarus (1986) sağlığı ve iyilik halini etkileyen etkenin stres değil, insanların onunla baş etme biçimi olduğu fikrini ortaya atmıştır (61). Bundan sonra da Schwarzer (1996) ile birlikte "baş etme" kavramı bir tepki, tutum, taktik ve davranış anlamında bir çalışma konusu olmuştur (62).

Bireylerin stres yaratıcı etmenler karşısında baş etme biçimleri değişkenlik içermektedir. Bireyin stresöre göre kullandığı mekanizma onun biyolojik ve psikolojik sağlığını ile de ilişkili olup onu etkilemektedir. Doğru baş etme biçimlerinin eksikliğinin, bireyin psikolojik fonksiyonlarına zarar verdiği görülmektedir. Sorun oluşturan durumla baş etme, seçilen yola göre olumlu ya da olumsuz olarak ele alınabilmektedir. Baş etme kavramı, başarılı ya da başarısız uyuma yönelik ya da yönelik olmayan; değişken ya da durağan yöntemlerin tümünü kapsayan bir durum olmaktadır (62).

### 2.5.1. Baş Etme Biçimleri

Stres verici bir olayla veya durumla karşılaşan kişi, bu olay ya da durumla baş etmek için bazı bilişsel ve davranışsal çabalar göstermektedir. Baş etme etkili (olumlu), etkisiz (olumsuz), problem odaklı ve duygusal odaklı olarak sınıflandırılmaktadır (63).

*1. Problem odaklı baş etme:* Stresi oluşturan olay veya durumu değiştirmeyi çalışmaktır. Problem çözme stratejileri; problemi tanımlamayı, alternatif çözümler bulmayı, alternatifleri maliyet ve fayda açısından değerlendirip aralarında seçim yapmayı ve seçilmiş alternatifi uygulamayı gerektirir. Problem odaklı baş etmeyi kullanan insanların, stres yaratan durum esnasında ve sonrasında daha düşük depresyon yaşadıkları belirlenmiştir (64).

*2. Duygusal odaklı baş etme:* Kişinin stresli olay veya durumu değiştiremiyorsa, stresle ilgili duygularını ve tutumlarını değiştirmeye çalışmasıdır. İnsanlar bir problem denetlenemez hale geldiğinde duygu odaklı baş etmeyi kullanmaktadır. Duygu odaklı baş etme mekanizmaları; mantığa bürüme, bastırma, karşıt tepki gösterme, yansıtma, yer değiştirme, gerileme vb. savunma mekanizmaları stres yaratan durumu değiştirmemektedir. Sadece kişinin stresli olayı algılayışını ve onunla ilgili düşüncelerini değiştirmektedir. Duygu odaklı baş etme biçimleri, problemin çözümüne yönelik bir şey yapılmadığında, bireyin problemini geçici olarak çözerek, kişinin psikolojik olarak rahatlamasını sağlamaktadır (64).

*3. İşlevsel olmayan baş etme:* Stres tepkisinin olumsuz nitelik kazanmasına, çözümün zor veya imkânsız olduğu şeklinde kavramsallaştırılmasına ve ruhsal

sıkıntının artmasına neden olduğu bildirilmektedir. Kişinin oluşturacağı yanlış baş etme biçimleri, özellikle de uyuma yönelik olmayan (işlevsel olmayan) biçimler problemin çözümünü daha da zor ve karmaşık hale getirebilmektedir. Bu durumlarda yapılacak daha ileri çabalar da yetersiz kalacak olursa, olay kişilerde psikopatoloji gelişmesine kadar gidebilmektedir (65).

Hangi durumlarda ne tür baş etme biçimleri kullanıldığı ve bunların etkililiği üzerinde durulması gerekmektedir. İnsanlar olumsuz duygularının egemenliği altına girmeye ve bu duyguların problem çözme eylemlerini etkilemesini önlemek için problem odaklı baş etmeyi uygulamaya çalışmaktadır. Bir problem çözülemez hale geldiğinde ise duygu odaklı baş etmeyi kullanmaktadır (66).

Problem odaklı ve duygu odaklı baş etme biçimlerine başvurmanın farklılaşması insanların değişikliği mümkün görüp görmedikleri algısına göre de ortaya çıkmaktadır. Değişiklik mümkün ise problem odaklı, eğer durum kabul etmeyi gerektiriyorsa 'gerilim azaltma' şeklinde duygu odaklı baş etme biçimi kullanıldığı tespit edilmiştir (66).

Günümüzde ise; stresle baş etme biçimlerinin farklı biçimlerde sınıflandırmaları yapılmıştır. Onbaşıoğlu (2004), stresle baş etmek için, stres yaşantısının olumsuz etkilerini bir miktar da olsa azaltabilmek için kullanılabilen ve etkililiğine inanılan bazı yöntemler olduğundan bahsetmektedir. Stres yaşantısını ve stresin yarattığı zararlı etkileri azalttığı öne sürülen bu uygulamalar, stresle baş etmede fiziksel ve zihinsel yöntemler olarak iki grupta incelenebilmektedir. Diğer bir deyişle, stresle baş etmede bedene yönelik yöntem ve uygulamaların yanı sıra zihinsel yöntem ve uygulamalardan bahsedilmektedir (63).

Baltaş ve Baltas (2006) ise, etkili olan üç yöntemin varlığından bahsetmektedir. Bu yöntemler: bedenle ilgili yöntemler, zihinsel yöntemler ve davranışçı yöntemlerdir. Çalışmalar doğrultusunda stres ile baş etme biçimlerini, bedensel baş etme biçimleri (stres tepkilerinin fiziksel etkileriyle baş etmeyi sağlayacak şekilde), davranışsal-duygusal ve zihinsel baş etme biçimleri (problemin çözümüne ilişkin duygusal ya da sorun odaklı olarak duygusal, zihinsel ve davranışsal baş etmeyi içerecek şekilde) ve diğer baş etme biçimleri (etkili olmayan-

pasif-baş etme biçimlerini içerecek şekilde) başlıklarında sınıflandırmak mümkün olmaktadır (67).

### **2.5.2. Kanser ve Baş Etme Biçimleri**

Genellikle kanser hastalığına karşı gösterilen ruhsal tepkilerin altında yatan temel duygu, korkudur. Sıklıkla yaşanan bu korkular ise ölüm, aciz duruma düşme, öz güveni yitirme korkusu, ağrı, terk edilme ve hastalığın yayılacağı korkusudur. Bunun yanı sıra hastalık nedeniyle beden görünümünün değişmesi, bazı organların işlevinin bozulması ya da ameliyatla alınması durumunda bireyin uyum mekanizmasını etkileyerek geleceğe yönelik planlarında değişikliklere neden olmaktadır (68).

Kendi düşünce ve fikirlerini serbestçe başkasına anlatan kanserli hastalar, kanserle daha kolay ve pozitif olarak baş etmektedirler. Aile içi iletişim, aile desteği ve arkadaşlar grubu kanser hastaları için çok önemlidir. Uzun vadeli kanserle baş etme konusunda yapılan bir araştırmada, sosyal desteğin çok etkili olduğu ortaya çıkmıştır (69).

Kanserli birey için uyum mekanizmalarının etkilenmesi, geleceğe yönelik planların bozulması ve gücünü yitirmesi hem bireyi hem de ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik gibi birçok alanda olumsuz anlamda etkilemektedir. Bu nedenle yaşamı tehdit eden hastalıklarla baş etme sürecinde sadece hastanın mücadelesi ve psikolojik durumu yeterli olmamaktadır. Bu tür hastalıklar tek bir kişinin hastalığı değil bütün ailenin hastalığı olarak kabul edilmektedir (70).

Kanser, aileler üzerinde, ailelerin karşılıklı iletişimini ve etkileşimi de derin bir şekilde etkilemektedir. Kanser hastalarının hastalıkla baş etme biçimi aynı zamanda, aile iletişiminin kalitesi ve sahip oldukları sosyal desteğe bağlı olmaktadır (71).

Fortune, Smith ve Garvey (2005) yüksek düzeyde stres yaşayan bakım verenlerin stresle baş etmek için etkisiz, düşük düzeyde stres yaşayanların ise etkili baş etme biçimini kullandıklarını tespit etmişlerdir (72). Huang ve ark. (2008) ise şizofrenik bozukluğu olan bireylere bakım veren ailelerin yaşadıkları stres ile baş etmek için ağlama, inkar, kızgınlık, sosyal yaşamdan çekilme, saldırgan davranışlar,

olumlu düşünme, bilgi edinme, arkadaş ve komşu desteği alma, sosyal destek arama gibi baş etme biçimlerini kullandıklarını belirtmektedirler. (73). Hassan ve ark (2011) bakım verenlerin en sık kullandıkları baş etme biçimlerinin kendini sınırlandırma ve olumlu yeniden yorumlama olduğunu belirlemişlerdir (74).

Yapılan bazı çalışmalarda ise yaşça daha büyük, daha iyi eğitilmiş ve erkek bakım verenlerin çoğunlukla problem odaklı bir baş etme biçimi kullandıkları ve stresle baş etmede daha başarılı oldukları belirtilmektedir (75). Bu konuda yapılan bir başka çalışmada ise; yaşı genç olan bakım verenlerin problem odaklı baş etme biçimlerini, yaşlı bakım verenlerin ise duygu odaklı baş etme biçimlerini daha fazla kullandıkları belirtilmektedir. Yaşlı hastalara bakım verenler, hastasına uzun süre bakım veren ve eğitim düzeyi düşük bakım verenlerin baş etme biçimi olarak spiritüel yardım aramayı daha fazla kullandıkları gösterilmiştir. Aynı çalışmada hastasına daha uzun süredir bakım veren, sosyal desteği yetersiz ailelerin baş etmede duyguya odaklı baş etme biçimi kullandıkları da belirtilmektedir (76).

## **2.6. Bakım Verme ve Cinsiyetin Rolü**

Toplumsal cinsiyet kadın ya da erkek olmaya toplumun ya da kültürün yüklediği anlamları ve beklentileri ifade etmektedir. Biyolojik farklılıklardan dolayı değil, kadın ve erkek olarak toplumun bizi nasıl gördüğü, nasıl algıladığı, nasıl düşündüğü ve nasıl davranmamızı beklediği ile ilgili bir kavramdır. Bu nedenle toplumlarda kadın ve erkeğe ayrı ayrı roller tanımlanmıştır. Bu bağlamda kadın toplumsal cinsiyetin uygun gördüğü şekilde ev işleri ve çocuklarla ilgilenmek gibi erkeğe göre ikinci planda kalan işler ile uğraşırken, erkek de daha ön planda olan işlerle ilgilenmektedir. Türk toplumunda toplumsal cinsiyet algısının bir sonucu olarak erkekten evin geçimini sağlaması vb. gibi sorumluluklar beklenirken kadından erkeği ön planda tutan görevler beklenmektedir (77).

Toplumsal cinsiyetin kadın ve erkeğe yüklediği ayrı roller bakım verici rollerinde de geçerlidir. Erkek ve kadınların değişik yaşam deneyimleri ve sosyalizasyon örüntüleri nedeniyle bakıcı rolüne verdikleri cevap farklıdır. Özellikle kadınlar erken yaşlardan itibaren aileye odaklı ve besleyici rolünü oynamaktadır. Kadınlar bakım vermeyi eski sorumluluklarının devamı olarak görürken, dış dünyaya

odaklı sosyalizasyon gösteren erkekler bakım verme gereksinimlerine yabancı olabilmektedir (24).

Bakım verme işi hem kadını hem erkeği etkilemektedir. Ancak yapılan çalışmalarda dünya üzerinde hangi ülkede olursa olsun bakım sorumluluğunun sıklıkla kız, eş ya da gelin olmak üzere kadınların üzerinde daha fazla olduğu gösterilmiştir (15,16,18,47,38,78). Bakım verenlerler ilgili yapılan çeşitli çalışma sonuçlarına göre; Hsu ve arkadaşlarının çalışmasında (2017) bakım verenlerin %73'ünü, Faronbi ve arkadaşlarının çalışmasında (2018) %85,8'ini, Wittenberg ve arkadaşlarının çalışmasında (2017) %70'ini kadınlar oluşturmaktadır (19,20,21). Ülkemizde yapılan çalışmalarda Yılmaz'ın (2016) kolon kanserli hasta yakınlarının bakım yükünü araştırdığı bir çalışmada bakım verenlerin %66,9'unu, Kahrıman'ın 2014 yılında yaptığı çalışmada %67,5'ini, Yıldız'ın 2015 yılında yaptığı çalışmada %58'ini kadınlar oluşturmaktadır (22,23). Dünyada ve ülkemizde bakım verme sorumluluğunun daha çok kadınların almasının nedenleri arasında; kadının çocuk, hasta ve yaşlı bakımında yapısında var olan, şefkat, acıma, yardım etme duygusu, erkeklere oranla bakım işini daha iyi yapabilmeleri ve ortaya çıkacak sorunlarla daha iyi başa çıkabileceklerinin düşünülmesi ve bakım verme işinin kadma ait bir görev olması, kadının yapması gereken basit bir iş gibi görülmesinin olabileceği değerlendirilmektedir (24). Tüm bunlar bakım verenin yükünü artırmakta, kadının bakım vermeden dolayı yaşayacağı özgüven duygusunu azaltabilmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre bakım için daha fazla zaman ayırdıkları, iş yaşamlarını devam ettiremeyip işten ayrılmak zorunda kaldıkları ve kendi yaşamlarını sürdürmekte daha fazla zorlanabildikleri görülmektedir (15,25,26,27).

Yapılan çalışmalarda; kadınlara göre daha az oranda bakım veren erkeklerin de bu süreçte birçok zorluk yaşayabildiği, yetersizlik duygusuna kapılabildikleri ve bu durumun onların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (28,29,30,31). Yapılan bir çalışmada, erkek bakım verenlerin sosyal destek kaynaklarından yararlanma oranlarının kadın bakım verenlerden daha düşük olduğu; bir başka çalışma da ise, sosyal destek kaynaklarının zamanla azaldığı belirlenmiştir

(32). Ayrıca, erkek bakım verenlerin kadın bakım verenlere göre daha az bakım yükü bildirmelerine rağmen yüksek düzeyde stres yaşadıkları belirlenmiştir (30,33).

Kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlerden daha farklı olarak, bakım verdikleri hastaların duygusal gereksinimlerini karşılama çabası içinde oldukları; buna karşın erkeklerin duygusal bakıma dahil olmaktan kaçındıkları bildirilmektedir (57).

Erkek ve kadın sayısının eşit olduğu çalışmalarda, kadınların %58'inin, erkeklerin %42'sine kıyasla, ortalamanın üstünde yük ve depresyon yaşadıkları belirlenmiştir (25,26).

## **2.7. Kanseri Hasta Ailesi ve Hemşirelik Bakımı**

Kanser tanısı, yalnızca hastaların değil, aynı zamanda yakınlarının üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir. Hasta yakınları, hastalar için sosyal ve duygusal desteğin ana kaynağıdır ve kanseri yönetmede önemli bir rol üstlenmektedirler. Hastanede kalış süresinin kısalmasıyla, hastalar çoğu zaman tedavinin yan etkileri de dahil olmak üzere hastalıklarını kendi başlarına yönetmektedirler. Bu nedenle kanserli hasta yakınlarının sorumluluk yükü artmakta ve hasta desteklemedeki rolü daha önemli hale gelmektedir (79).

Bakım verme süreci boyunca hasta yakınları çok fazla fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorun yaşamaktadır. Birçok hasta yakını, hastayı üzmemek için duygularını gizlemekte, hastalık hakkında konuşmaktan kaçınmakta ve öfke, sinirlilik gibi hastanın duygusal tepkileriyle baş etmede zorluk yaşamaktadır. Bunlara ek olarak hasta yakınları ulaştırma ve mali sorunlar, sağlık sistemi, hastane koşulları ve tedaviden kaynaklanan zorluklar da yaşamaktadırlar. Hemşirelerin hasta ailelerine, arkadaşlarına ve diğer yakınlarına verdikleri destek, hasta yakınlarının karşılaştıkları güçlüklerle baş etmelerinde çok önemlidir. Bu nedenle, hemşireler hasta yakınlarının ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmalı ve onları desteklemelidir (79).

Hemşirelik yönetmeliğine göre hasta yakınının güçlendirilmesi hemşirenin görevleri arasındadır. Hasta yakını; psikolojik ve sosyal desteğin en önemli bileşenidir. Bu konuda hemşirelerin önemli görevleri bulunmaktadır (7).



Hemşirelerin bakım verenlere destek sağlayabilmesi, uygun girişimleri planlayabilmesi ve girişimlerin sonuçlarını değerlendirebilmesi için öncelikle bakım yükünü belirleyebilmeleri ve sonrasında gerekli eğitimleri vermeleri gerekmektedir (80).

Hemşirelerin bakım verenlerin stres düzeyini, fiziksel-zihinsel sağlık durumunu değerlendirmeleri ve bakım verenin bildirimlerine karşı duyarlı olmaları gerekmektedir. Bakım verenlerin yaşadığı üzüntüyü, huzursuzluğu, uykusuzluğu, iştahta azalma gibi sorunları açık bir iletişimle konuşması gerekmektedir. Çoğu zaman bakım verenler, başkalarıyla konuşmadan sorunlarının farkına varmayabilmektedir. Böylelikle hemşire, bakım verenin semptomları şiddetlenmeden bireye yardım edebilmektedir (81).

Hemşirelerin bu rollerini yerine getirirken her hasta ve ailesinin kendine özgü olduğunu göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Hasta ve ailesi ile dürüst ve saygıya dayalı, güven duygusu oluşturacak şekilde iyi bir iletişim kurmaları gerekmektedir. Bu aşamada hemşirelerin bakım verenlerin gereksinim duyduklarında gerekli yardım ve rehberlik hizmetlerini nereden ve ne zaman alacakları konusunda yapacağı eğitim, bakım verenin yardım arama çabasını destekleyip ailelere yardımcı olacaktır (82).

Hartford Enstitüsü'nün hazırladığı protokole göre profesyonel olmayan bakım verenlere yönelik hemşirelik yaklaşımları;

- Bakım veren kişilerin bakım vermeye hazır oluşunu artırmak için bilgi ve becerilerin kazandırılması,
- Bakım verenin sorunlarının ve merak ettiği konuların belirlenmesi,
- Bakım verenin gücünün farkına varmasının sağlanması,
- Bakım verenin uygun kaynaklara yönlendirilmesi, ,
- Bakım verenin olası fiziksel ve duygusal sorunlara karşı bilgilendirilmesi,
- Bu sorunları yönetmelerine yardımcı olunmasını kapsamaktadır (81).

Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyini incelediği çalışmasında, hemşirelerin,

bakım verenleri bakım vermeye yönelik olarak bilgi ve teknik açıdan desteklemesi, bakımdaki yaşanan zorluklarla baş etmeleri için psikolojik destek sağlanması, zamanının büyük çoğunluğunu hastası ile birlikte geçiren bakım verenlerin dinlenmesi ve duygusal olarak rahatlayabileceği ortamlar oluşturulması veya bakım verenlere danışmanlık hizmetinin sağlanması gerektiğini belirtmiştir (53).

Yapılan araştırmalar, sürekli olarak, bakım verenlerin bakım görevleriyle ilgili (örneğin, semptom yönetimi) yetersiz bilgi ve becerilere sahip olduğunu, iletişim engeli ve duygusal destek eksikliği yaşadıklarını da bildirmektedir (83,84).

Bakım veren aile üyelerinin sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesinde de hemşirenin rol ve işlevi vardır. Bakım verenlerin destek alabilecekleri kurumlar, sivil toplum örgütleri ve topluluklar hakkında bilgilendirilmesi, kendileri gibi bakım verenlerle bir araya gelebilecekleri kuruluşların varlığı ve bu kuruluşlara yönlendirme yapılması büyük önem taşımaktadır (37).

Tüm bunların yanı sıra hemşirelerin bakım verenlerin iyilik halinin olumsuz etkilenmesini önlemek için bakım verenlerin yaşadıkları sorunlara ilişkin kapsamlı bir eğitim programı hazırlamalı, uygulamalı ve sonuçlarını değerlendirmelidir. Eğer bakım verenin bilgisi artarsa ve onu bekleyen ne olduğunu bilirse stresi azalabilmekte ve görevini daha iyi yapabilmektedir.

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma kanserli hastaya bakım verenlerin cinsiyetine göre bakım yükü ve baş etme biçimlerini değerlendirmek amacıyla yürütülen tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, 20 Aralık 2017 – 30 Mayıs 2018 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GEAH) Tıbbi Onkoloji ve Klinik ve Kemoterapi Ünitesinde gerçekleştirilmiştir.

GEAH Tıbbi Onkoloji Kliniği yatarak ve ayaktan tedavi hizmeti veren bir birimdir. Yatarak 26 yatak, ayaktan ise “kemoterapi ünitesi” olarak 20 koltuk kapasitesi ile hizmet vermektedir.

Tıbbi Onkoloji Kliniği’nde 2016 yılında toplam 190 hasta tedavi ve bakım hizmeti almıştır. Klinikte iki öğretim üyesi doktor, üç yan dal uzmanlık öğrencisi doktor, on dört hemşire, bir diyetisyen ve bir sosyal hizmet uzmanı görev yapmaktadır. Her gün yatan hasta sayısı değişmekle birlikte günlük ortalama 23 hasta yatarak bakım hizmeti almaktadır. Her hastaya bir refakatçi eşlik etmektedir. Tek ya da iki kişilik hasta odalarında kalan refakatçilerin dinlenmesi için bir adet yatağa dönüşen koltuk, kliniğin dışında dinlenme odası bulunmaktadır. Refakatçiler hastalarının bakımına aktif olarak katılmaktadır. Hasta ve yakınlarının psikolojik destek alabilecekleri sosyal hizmet uzmanı bulunmaktadır.

GEAH Onkoloji Kliniğine bağlı “kemoterapi ünitesi” olarak hastaların ayaktan tedavi aldığı 20 koltuk kapasiteli bir birim bulunmaktadır. Bu birimde 1 doktor ve 4 hemşire görev yapmaktadır ve günlük ortalama 30-40 hastaya kemoterapi tedavisi uygulanmaktadır. Kemoterapi ünitesinde hastalar gününbirlik kemoterapi tedavisi alırken refakatçilerin beklenmesi ve dinlenmesi için bir bekleme odası bulunmaktadır.

GEAH Onkoloji Klinik ve Kemoterapi Ünitesinde hasta yakınlarına yönelik herhangi bir uygulama yapılmamaktadır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

**Araştırmanın evrenini;** T.C. Sağlık Bakanlığı GEAH Tıbbi Onkoloji Kliniği ve Kemoterapi Ünitesi'nde yatarak ve ayaktan tedavi hizmeti alan kanserli hastalara primer bakım verenler oluşturmuştur.

Hastane kayıtlarına göre 01.01.2016- 31.12.2016 tarihleri arasında klinikte yatan ve kemoterapi ünitesinde tedavi alan kanserli hasta sayısı GEAH Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde 190 GEAH Tıbbi Onkoloji Kemoterapi Ünitesi'nde 225 olmak üzere toplam 415 kişidir. Bu sayılara tekrarlı yatışlar dahil edilmemiştir.

Araştırmaya dahil edilecek hasta yakınlarının sayısının belirlenmesinde, evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılmıştır.

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{[(d^2 * (N - 1)) + (t^2 * p * q)]}$$

Formülde;

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (Gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (Gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen  $\pm$  örneklem hatasıdır.

N (Uygulamaların yapıldığı hastanedeki bakıma destek veren toplam birey sayısı) = 415

p=0,5, q=0,5, t=1,96, d=0.05  $\pm$  örneklem hatası kabul edilir ise;

$$n = \frac{415 * 1,96^2 * 0,5 * 0,5}{[(0,05^2 * (414 - 1)) + (1,96^2 * 0,5 * 0,5)]}$$

n= 200

### 3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

#### Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- Kanser tanısı konulan hastanın bakımından primer sorumlu kişi olması,
- En az üç aydır bakım veriyor olması
- 18 yaşın üzerinde olması,
- Hasta arasında bir akrabalık bağının bulunması,
- Kanser tanısı almamış olması,
- Halen ya da daha önce geçirilmiş bir psikiyatrik sorunu bulunmaması,
- İletişim sorununun olmaması (dil, görme, işitme),
- Bakım için herhangi bir ücret almaması,
- Kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul etmesi.

### 3.5 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

#### Bağımsız Değişkenler:

*Bakım verenin;* yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, sosyal güvencesi, çalışma durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, evde birlikte yaşadığı kişiler, bakım verdiği kişi ile birlikte yaşama durumu, hasta ile olan yakınlık derecesi durumu gibi bakım vericiye ait değişkenler araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

#### Bağımlı Değişkenler:

Bakım verenlerin Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (ZBYÖ) ve BÇSÖ-KF (Başa Çıkma Stilleri Kısa Formu)'dan aldıkları puan ortalamalarıdır.

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması amacıyla ilgili literatür doğrultusunda belirlenen; “Hastaya ve Bakım Verene Ait Bilgi Formu”, “ZBYÖ” ve “BÇSÖ-KF” kullanılmıştır.

#### 3.6.1. Hastaya ve Bakım Verene Ait Veri Bilgi Formu

Bu form, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilmiştir (53,57,85). Form iki bölümden oluşmaktadır. *Birinci bölümde;* bakım

verilen hastanın yaş, cinsiyet, eğitim durumu, tanısı, hastalığın evresi, aldığı tedavi türleri gibi sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine ait verilere ilişkin 14 soru; *ikinci bölümde*; bakım verene ait yaş, cinsiyet, medeni durumu, çalışma durumu gibi demografik veriler ve hasta ile yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşama durumu, ne kadar süredir bakım verdiği, aile üyelerinden destek görme durumu, bakım verirken yaşadığı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar, bakım vermenin aile ve iş yaşamını etkileme durumu, erkek ya da kadın olmanın bakım vermeyi etkileme durumu gibi verilere ilişkin 34 soru olmak üzere toplam 48 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

### **3.6.2. Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (ZBYÖ)**

Araştırmada bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmek için ZBYÖ kullanılmıştır (Ek 2). Ölçek; Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından, ilgili çalışmalar ve bakıcılar ile bakıcıların klinik deneyimlerinden yararlanılarak 1980 yılında geliştirilmiştir. Ölçekte bakım verene ait; sağlık, sosyal ve kişisel hayat, mali durum, duygusal iyi oluş ve kişilerarası ilişkiler gibi alanları içeren 22 maddelik soru yer almaktadır (86). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Fadime Hatice İnci tarafından 2006 yılında yapılmıştır (43). Bu Dörtlü Likert tipi maddelerinin hepsinin düz ifade edildiği ZBYÖ'nün değerlendirilmesi toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Puan yükseldikçe bakım yükü de artmaktadır. Elde edilen puanlar; (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 88'dir. Ölçeğin orijinal Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,83, Türkçe uyarlamasında 0,95 olarak bulunmuştur (43,86). Bu çalışmada, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak hesaplanmıştır.

### **2.6.3. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu (BÇSÖ-KF)**

Carver ve ark (1989) tarafından geliştirilen ve sonrasında Carver (1997) tarafından güncellenen "Başa Çıkma Stilleri Ölçeğinin" kısa formudur (87,88). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bacanlı ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır (89).

Her maddeye verilecek yanıtlar "bunu hiç yapmıyorum" dan "bunu çok yapıyorum" a kadar uzanan seçeneklerden oluşan bir ölçek üzerinde yapmama

yapma yönünde 1 ile 4 arasında ağırlıklandırılmıştır. Ölçeğin puanlamasında alınan puanın düşüklüğü o boyutun az kullanıldığını, yüksekliği ise o boyutun daha fazla kullanıldığını işaret etmektedir. Her bir alt ölçekten alınabilecek ham puan 2 ile 8 arasında değişmektedir. Toplam 28 maddeden oluşmaktadır ve 14 alt boyutu vardır;

1. *Araçsal sosyal destek kullanımı*: Ne yapılacağı ile ilgili yardım, bilgi ve tavsiye kullanmak/aramak.

2. *Mizahi yaklaşım*: Stres kaynağı hakkında espriler yapmak.

3. *Duygulara odaklanma ve duyguları açığa vurma*: Artan bir şekilde duygusal stresin farkında olmak ve buna eşlik eden duyguları açığa vurma veya deşarj etme eğilimi.

4. *Madde kullanımı*: Stres kaynağından uzaklaşabilmek için alkol ve madde kullanımını arttırmak.

5. *Kabullenme*: Stresli olayın meydana geldiğini ve gerçek olduğunu kabul etmek.

6. *Diğer etkinlikleri bastırma*: Stres kaynağı ile baş etmeye daha fazla konsantre olmak için daha önceden yapılan aktivitelerin bastırılması.

7. *Dine yönelme*: Dini aktivitelerde artış.

8. *Yadsıma*: Stresli olayın gerçekliğini inkâr etmek/kabul etmeme.

9. *Davranışsal olarak ilgiyi kesme*: Stres kaynağının engel olduğu hedefe ulaşmak için çaba sarf etmekten geri durma veya boş verme.

10. *Zihinsel olarak ilgiyi kesme*: Stresörle ilişkili düşüncelerden uzaklaşmak için uyumak gibi dikkat dağıtacak yöntemlerin kullanılması.

11. *Kendini sınırlandırma*: Uygun bir konum sağlayana kadar baş etme çabalarını durdurarak pasif kalmak.

12. *Olumlu yeniden yorumlama ve gelişme*: Durumu gelişim için en uygun şekilde kullanma veya durumu daha pozitif yorumlama/değerlendirme.

13. *Duygusal sosyal destek kullanıma*: Birilerinden duygusal destek veya anlayış bulma.

14. *Planlama*: Stres kaynağına nasıl karşı koyulacağı ile ilgili düşünmek, aktif baş etme çabalarını planlamak.

Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Bu alt ölçeklerden 1, 6, 11, 14 alt ölçeklerin puanlarının toplamı sorun odaklı başa çıkma puanını, 2, 5, 7, 12, 13 alt ölçek puanlarının toplamı duygusal odaklı başa çıkma puanını, 3, 4, 8, 9, 10 alt ölçek puanlarının toplamı ise işlevsel olmayan başa çıkma puanını vermektedir (Tablo 3.6.3.1).

**Tablo 3.6.3.1. Başa Çıkma Stilleri Alt Ölçekleri**

<b>Başa Çıkma Stilleri</b>	<b>Alt Ölçekler</b>	<b>Ölçek Madde Numaraları</b>
<b>Sorun odaklı başa çıkma</b>	1.Araçsal sosyal destek kullanma	(15, 26. maddelerin toplamı)
	11.Kendini sınırlandırma	(8, 28. maddelerin toplamı)
	6.Diğer etkinlikleri bırakma	(11, 17. maddelerin toplamı)
	14.Planlama	(16, 22. maddelerin toplamı)
<b>Duygusal odaklı başa çıkma</b>	12.Olumlu yeniden yorumlama	(14,21. maddelerin toplamı)
	7.Dine yönelme	(6, 27. maddelerin toplamı)
	2.Mizahi yaklaşım	(7, 20. maddelerin toplamı)
	13.Duygusal sosyal destek kullanma	(9, 18. maddelerin toplamı)
	5.Kabullenme	(5, 25. maddelerin toplamı)
<b>İşlevsel olmayan başa çıkma</b>	10.Zihinsel olarak ilgiyi kesme	(2, 24. maddelerin toplamı)
	3.Duygulara odaklanma ve duyguları açığa vurma	(1, 13. maddelerin toplamı)
	8.Yadsıma	(3, 23. maddelerin toplamı)
	9.Davranışsal olarak ilgiyi kesme	(4, 10. maddelerin toplamı)
	4.Madde kullanımı	(12, 19. maddelerin toplamı)



Carver'ın çalışmasında BÇSÖ-KF'nin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin elde ettikleri bulgularda, boyutların iç tutarlık katsayılarının 0,50 ile 0,90, Bacanlı ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında 0,39 ile 0,92 aralığında olduğu bulunmuştur (88,89). Ayrıca ölçme aracının iki hafta ara ile yapılan test tekrarına ilişkin korelasyon değerleri de 0,44 ile 0,90 arasında bulunmuştur. Ölçeğe ait tüm faktörlerin açıkladığı varyans %80,37'dir. Bu çalışmada ise BÇSÖ-KF'nin iç tutarlık katsayıları 0,27 ile 0,89 arasında değişmektedir.

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın ön uygulaması; 01 Aralık-20 Aralık tarihleri arasında 20 bakım veren ile yapılmıştır. Veri toplama formlarında gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra formların son şekli verilmiştir. Araştırma verilerinin toplanma işlemi; 20 Aralık – 30 Mayıs tarihleri arasında yapılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Hastalar hakkındaki tıbbi bilgiler hasta dosyalarından alınmıştır. Veriler bakım verenler hasta yanında değilken bekleme odasında toplanmıştır. Görüşme sırasında tanımlayıcı veriler toplandıktan sonra ölçekler bakım verenler tarafından doldurulmuştur. Ön uygulamaya alınan bakım verenler ile tekrar görüşülmüş ve araştırma kapsamına alınmışlardır.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi**

Çalışmada elde edilen bulguların, istatistiksel analizleri için SPSS 21 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, ortanca, frekans, yüzde) kullanılmıştır. Gruplara göre ölçek puanlarının normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasındaki farklılığın test edilmesinde normal dağılım gösterenlerde Bağımsız örneklem t testi ve ANOVA (varyans) analizinden; normal dağılım göstermeyenlerde Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişki düzeyi için Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmış; kesikli değişkenler arasındaki ilişki için ise ki kare testi yapılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılıklarının belirlenmesi için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Sonuçların

değerlendirilmesinde %95 güven aralığı, anlamlılık ise  $p<0,05$  altında olarak alınmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırma yalnızca, GEAH Tıbbi Onkoloji Klinik ve Kemoterapi ünitesinde tedavi ve bakım hizmeti alan kanserli hastalara bakım veren hasta yakınlarına genellenebilir.

### **3.10. Araştırma İle İlgili İzinler ve Etik Onam**

Araştırmanın uygulanabilmesi için; GEAH Tıbbi Onkoloji Kliniği'nden yazılı (Ek 5), GEAH Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır (Ek 6). Etik kurul onayından sonra araştırmanın uygulanabilmesi için GEAH Bilimsel Araştırma Kurumundan (TÜEK) onay alınmıştır (Ek 7).

BÇSÖ-KF kullanılabilmesi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Hasan Bacanlı'dan izin alınmıştır. İzin alınmadığı için ölçek yayınlanamamıştır. (Ek 8).

Hasta yakınlarına, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı açıklanmış, araştırmaya katılmakta özgür oldukları belirtilmiş ve Bilgilendirilmiş İzin Formu okutularak yazılı izinleri alınmıştır (Ek 9). Ayrıca araştırmaya katılan bireylere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda bilgi verilerek gizlilik ve gizliliğin korunması ilkesine uyulmuştur.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan 200 kanserli hastanın primer bakım verenlerinden elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur. Elde edilen bulgular aşağıda yer alan başlıklar altında ele alınmıştır;

### 4.1. Hastaların ve Bakım Verenlerin Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.1.2. Hastaların Tıbbi Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.1.3. Bakım Verenlerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.1.4. Bakım Verenlerin Cinsiyet Göre Bakım Verme İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

### 4.2. Bakım Verenlerin Bakım Verirken Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Bulgular

Tablo 4.2.1. Bakım Verenlerin Cinsiyete Göre Bakım Verme İle İlgili Yaşadığı Sorunların Dağılımı

Tablo 4.2.2. Bakım Verenlerin Cinsiyetin Bakım Vermeyi Etkileme Durumuna Yönelik İfadelerinin Dağılımı

### 4.3. Bakım Verenlerin ZBYÖ ve BÇSÖ-KF Puanlarına Yönelik Bulgular

Tablo 4.3.1. Bakım Verenlerin ZBYÖ Puan Sınıflandırılmasına Göre Dağılımı ve Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.3.2. Bakım Verenlerin BÇSÖ-KF Puan Ortalamalarının ve Alt Ölçeklerinin Dağılımı ve Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.3.3 ZBYÖ Puan Ortalamaları ve BÇSÖ-KF Puan Ortalamalarının Arasındaki İlişki ve Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.4.4 ZBYÖ Puan Sınıflandırılması ile BÇSÖ-KF Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.4.5 Hastaların Bazı Özelliklerinin ve ZBYÖ Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

#### 4.1. Hastaların Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.1.1. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=200)**

Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
≤49	86	30,5
50-59 yaş	53	26,5
60 yaş ve üstü	86	43
<b>Med (min-max)</b>	57(21-93)	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	117	58,5
Erkek	83	41,5
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil	17	8,5
Okuryazar	9	4,5
İlköğretim	86	43,0
Lise	47	23,5
Üniversite	41	18,0
<b>Medeni Durumu</b>		
Evli	162	81,0
Bekar	38	19,0
<b>Aile Tipi</b>		
Yalnız yaşıyor	7	3,5
Çekirdek Aile	164	82,0
Geniş Aile	29	14,5
<b>Toplam</b>	200	100

Tablo 4.1.1.'de araştırma kapsamına alınan bakım verilen hastalara ilişkin sosyo-demografik veriler yer almaktadır. Hastaların ortanca yaşı 57 (21-93) olup, %69,5'i 50 yaş ve üstüdür. Hastaların %58,5'inin kadın, %43'ünün ilköğretim mezunu, %81'inin evli, %82'sinin çekirdek ailede yaşadığı görülmektedir.

**Tablo 4.1.2. Hastaların Tıbbi Özelliklerinin Dağılımı (n=200)**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kanser Türü</b>		
Gastrointestinal Sis. Kan	66	33,0
Meme Kanseri	38	19,0
Hematolojik Kanser	37	18,5
Diğer*	21	10,5
Akciğer Kanseri	19	9,5
Testis Kanseri	13	6,5
Jinekolojik Kanser	6	3,0
<b>Evresi</b>		
1.Evre	11	5,5
2.Evre	27	13,5
3.Evre	72	36,0
4.evre	90	45,0
<b>Tanılanma Süresi</b>		
≤5 ay	89	44,5
6 ay – 11 ay	37	18,5
12 ay – 23 ay	31	15,5
≥24 ay	43	21,5
<b>Metastaz Durumu</b>		
Var	112	56,0
Yok	88	44,0
<b>Tedavi Türleri**</b>		
Kemoterapi	196	98
Radyoterapi	71	35,5
Cerrahi	73	36,5
<b>Tedavi Şekli</b>		
Ayaktan	106	53,0
Yatarak	94	47,0
<b>Hastaneye Geliş Nedeni</b>		
Kemoterapi	135	67,5
Semptomatik Yakınmalar	45	22,0
Cerrahi	3	1,5
Kemik İliği Nakli	17	8,5
<b>Kanser Dışında Hastalık Varlığı</b>		
Var	59	29,5
Yok	141	70,5

\*Diğer: Prostat kan., yumuşak doku kan, cilt kan, dil kan, multiple myelom'u temsil etmektedir.

\*\*Bu soruya birden fazla cevap verildiği için "n" artmış ve yüzdeler "n" üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların tıbbi özelliklerine ilişkin bulguları Tablo 4.1.2'de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hastaların tanılarının ilk üç sırada gastrointestinal sistem kanseri (%33), meme kanseri (%19) ve hematolojik kanserlerin (%18,5) olduğu görülmektedir. Hastaların %45'inin hastalığının 4. evrede olduğu, %44,5'inin tanılarını 5 ay veya önceden aldığı, %56'sının metastazı olduğu ve %98'sinin kemoterapi tedavisi aldığı belirlenmiştir. Bununla birlikte hastaların %53'ünün ayaktan tedavi aldığı, %67,5'inin hastaneye geliş nedeninin kemoterapi olduğu ve %70,5'inin kanser dışında hastalığı yokken, %29,5'inin başka hastalıklarının olduğu görülmektedir.



## 4.2. Bakım Verenlerin Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.2.1. Bakım Verenlerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Özellikler	Kadın (n=110)		Erkek (n=90)		Test	p
	n	%	n	%		
<b>Yaş</b>						
<30 yaş	28	25,5	7	7,8		
30-49 yaş	36	32,7	35	38,9		
50 yaş ve üstü	46	41,8	48	53,3		
<b>Med (min-max)</b>	44 (18-68)		50 (21-68)		2,579 <sup>2</sup>	<b>0,010</b>
<b>Eğitim durumu</b>						
İlköğretim	45	10,9	26	28,9		
Lise	18	16,4	22	24,4	3,528 <sup>1</sup>	0,171
Üniversite	47	42,7	42	46,7		
<b>Medeni durumu</b>						
Evli	80	72,7	73	81,1	1,935 <sup>1</sup>	0,164
Bekar	30	27,3	17	18,9		
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışıyor	35	31,8	56	62,2	18,453 <sup>1</sup>	<b>&lt;0,001</b>
Çalışmıyor	75	68,2	34	37,8		
<b>Sosyal güvence</b>						
Var	90	81,8	86	95,6	8,846 <sup>1</sup>	<b>0,003</b>
Yok	20	18,2	4	50,0		
<b>Algılanan Gelir düzeyi</b>						
Gelir giderden az	34	30,9	26	28,9		
Gelir gidere eşit	52	47,3	45	50,0	0,155 <sup>1</sup>	0,926
Gelir giderden fazla	24	21,8	19	21,1		
<b>Yaşadığı yer</b>						
Köy/Kasaba	6	5,5	9	10,0		
İlçe	28	25,5	16	17,8	2,758 <sup>1</sup>	0,252
İl merkezi	76	69,1	65	72,2		
<b>Hastaya yakınlık derecesi</b>						
Anne	14	12,7	-	-		
Baba	-	-	5	5,6		
Eş	34	30,9	45	50		
Çocuk	51	46,4	29	32,2		
Kardeş	7	6,4	5	5,6		
Akraba	4	3,6	6	6,7		
<b>Evde birlikte yaşadığı kişiler</b>						
Eş ve Çocuklar ile	84	76,4	73	81,2	0,661 <sup>1</sup>	0,416
Diğer*	26	23,6	17	18,9		
<b>Çocuk sayısı</b>						
Yok	32	29,1	12	13,3		
1 - 3	68	64,8	71	78,9	7,763 <sup>1</sup>	<b>0,021</b>
4 ve daha fazla	10	9,1	7	7,8		
<b>Kronik hastalık durumu</b>						
Evet	29	26,4	18	20	1,115 <sup>1</sup>	0,291
Hayır	81	73,6	72	80		

<sup>1</sup>Kikare testi <sup>2</sup>Mann Whitney U testi \*Diğer: Özel sektörü temsil etmektedir.

Tablo 4.2.1’de bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Veriler incelendiğinde; bakım veren kadınların ortanca yaşı 44(18-68), bakım veren erkeklerin 50(21-68)’dir. Erkek bakım verenlerin yaşlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,010$ )

Bakım veren kadınların %42,7’sinin, erkeklerin %46,7’sinin üniversite mezunu, kadınların %72,7’sinin, erkeklerin %81,1’inin evli olduğu belirlenmiştir. Medeni durum ve eğitim düzeylerinde istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kadınların %68,2’sinin çalışmadığı, erkeklerin ise %62,2’sinin çalıştığı belirlenmiştir ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Kadınların %51,8’inin ev hanımı, erkeklerin %31,1’inin emekli, kadınların %81,8’inin, erkeklerin %95,6’sının sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir ve sosyal güvence durumunda cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,03$ ). Buna göre, erkeklerin daha fazla sosyal güvencesi vardır.

Kadınların ve erkeklerin (sırasıyla %47,3, %50) gelir düzeylerini “gelir gidere eşit” olarak tanımladığı, kadınların %69,1’inin, erkeklerin %72,2’sinin il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Gelir durumu ve yaşanılan yerde cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kadınların %46,4’ünün hastaya hastanın çocuğu, %30,9’unun hastanın eşi; erkeklerin %50’sinin hastanın eşi, %32,2’sinin hastanın çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Kadınların %76,4’ü, erkeklerin %81,2’si eş ve çocuklarıyla; kadınların %73,6’sı, erkeklerin %71,1’i bakım verilen hasta ile aynı evde yaşamaktadır ve evde kiminle yaşandığı ve hasta ile aynı evde yaşanıp yaşanmadığı durumunda cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,416$ ).

Kadınların %64,8’inin, erkeklerin %78,9’unun 1-3 çocuğa sahip olduğu belirlenmiş ve erkeklerin daha fazla çocuğa sahip olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,021$ ).



Kadınların %73,6'sının, erkeklerin %80'inin kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir. Kronik hastalık durumunda cinsiyetler arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0,291).

**Tablo 4.2.2. Bakım Verenlerin Bakım Verme İle İlgili Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Özellikler	Kadın (n=110)		Erkek (n=90)		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Bakım verilen kişi ile beraber yaşama durumu</b>						
Evet	81	73,6	64	71,1	0,158	0,219
Hayır	29	26,4	26	28,9		
<b>Hastaya bakım verme süresi</b>						
0-5 ay	47	42,7	41	45,6		
6 ay-11 ay	20	18,2	18	20	0,468	0,926
12 -23 ay	15	13,6	11	12,2		
≥24 ay	28	25,5	20	22,2		
<b>Aile üyelerinden destek görme durumu</b>						
	(n=79)		(n=64)			
Evet	79	71,8	64	71,1	0,012	0,912
Hayır	31	28,2	26	28,9		
<b>Destek alınan süre</b>						
	(n=79)		(n=64)			
Günde 1-3 saat	25	31,6	15	22,7		
Günde 4-6 saat	40	50,6	27	40,9	6,541	<b>0,038</b>
Hafta Sonları	14	17,7	24	36,4		
<b>Destek alınan kişi**</b>						
	(n=79)		(n=64)			
Anne	16	14,5	26	28,9		
Baba	4	3,6	5	5,6		
Kardeş	29	26,4	18	20		
Çocuk	22	20	13	14,4		
Eş	14	12,7	10	11,1		
Akraba	5	4,5	5	5,6		
<b>Hastanın bakımı için ayırdığı süre</b>						
1-6 saat	21	19,1	35	38,9		
7-12 saat	17	15,5	13	14,4	10,047	<b>0,018</b>
13-18 saat	18	16,4	10	11,1		
19-24 saat	54	49,1	32	35,6		

X<sup>2</sup>:Ki kare testi, \*Diğer: Yalnız veya Geniş aileyi temsil etmektedir.

\*\*Bu soruya birden fazla cevap verildiği için “n” artmış ve yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2.2'de bakım verenlerin bakım verme ile ilgili özelliklerine yer verilmiştir. Kadınların %42,7'si, erkeklerin %45,6'sı hastasına 0-5 aydır bakım verirken; kadınların %39,1'i, erkeklerin %34,4'ü bir yılın üzerinde bakım vermektedir. Aralarındaki fark incelendiğinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,219$ ).

Kadınların %71,8'i, erkeklerin %71,1'i bakım verirken aile üyelerinde destek görmektedir. Ki kare testine bakıldığında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p=0,912$ ).

Destek alınan süre incelendiğinde kadınların %50,6'sı, erkeklerin %40,9'u günde 4-6 saat destek almaktadır. Aralarındaki fark incelendiğinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,038$ ) ve kadınların daha fazla yardım aldıkları belirlenmiştir. Destek alınan kişiler incelendiğinde; kadınların %26,4'ü kardeşlerinden, %20'si çocuklarından; erkeklerin %28,9'u annelerinden, %20'si kardeşlerinden destek almaktadır.

Bakım veren kadınların %49,1'i, erkeklerin %35,6'sı gün içinde yaklaşık 19-24 saat hastasına bakım vermek için zaman ayırmaktadır. Cinsiyetler arası ki kare testine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,018$ ). Buna göre, kadınlar hastalarına bakım için daha fazla zaman ayırmaktadır.

### 4.3. Bakım Verenlerin Bakım Vermelerine Yönelik Bulgular

**Tablo 4.3.1. Bakım Verenlerin Bakım Verme Sürecinde Bazı Alanlarda Sorun Yaşama Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı**

Sorun Alanı	Kadın		Erkek		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
İşle ilgili sorun *	27	73	35	52,2	4,256	<b>0,031</b>
Maddi sıkıntı	38	34,5	33	36,7	0,097	0,755
Aile içi etkileşimlerde değişim	54	49,1	51	56,7	1,139	0,286
Fiziksel sorun	85	77,3	55	61,1	6,157	<b>0,013</b>
Psikolojik sorun	87	79,1	50	55,6	12,707	<b>&lt;0,001</b>
Sosyal sorun	79	71,8	60	66,7	0,620	0,431

X<sup>2</sup>:Ki kare testi \*Çalışanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3.1’de bakım verenlerin bakım verme ile ilgili yaşadıkları sorunlara yer verilmiştir. Bakım veren kadınların %73’ü, erkeklerin %52,2’si işle ilgili sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Cinsiyetler arası ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup (p=0,031), bakım verme sürecinde kadınların işleriyle ilgili daha fazla sorun yaşadıkları görülmektedir.

Kadınların %34,5’i, erkeklerin 36,7’si maddi sıkıntı; kadınların %49,1’i, erkeklerin %59,7’si aile içi etkileşimlerde değişim yaşamakta olup, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Kadınların %77,3’ü, erkeklerin %61,1’i fiziksel sorun (p=0,013); kadınların %79,1’i, erkeklerin %55,6’sı psikolojik sorun (p<0,001) yaşadıklarını ifade etmiş olup, bu sorunların kadınların bakım veren erkeklere göre daha fazla oranda yaşadıkları belirlenmiştir.

Bakım veren kadınların %71,8’i, erkeklerin %66,7’si bakım verme süreçlerinde sosyal sorun yaşadıklarını belirtmiş olup, cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,431).

**Tablo 4.3.2. Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre Cinsiyetin Bakım Vermeyi Etkilediğini Düşünme Durumlarına Yönelik İfadelerinin Dağılımı**

Cinsiyetin Bakım Vermeyi Etkilediğini Düşünme Durumu	Kadın (n=110)				Erkek (n=90)				X <sup>2</sup>	p
	Evet		Hayır		Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyetimin bakım vermeyi etkilediğini düşünüyorum	78	70,9	32	29,1	50	55,6	40	44,4	5,065	<b>0,024</b>
<b>Kadın/Erkek olduğum için;*</b>										
Hastanın kişisel bakımını daha rahat yapabiliyorum	89	80,9	21	19,1	43	47,8	47	52,2	24,214	<b>&lt;0,001</b>
Hastanın beslenmesini daha rahat yapabiliyorum	97	88,2	13	11,8	49	54,4	41	45,6	28,585	<b>&lt;0,001</b>
Hem ev işlerini hem hastane işlerini daha rahat yapabiliyorum	88	80	22	20	46	51,1	44	48,9	18,684	<b>&lt;0,001</b>
Hastama psikolojik olarak daha rahat destek olabiliyorum	98	89,1	12	10,9	76	84,4	14	15,6	0,945	0,331
Hastama bakım verirken iş yaşantımı da devam ettirebiliyorum**	37	69,8	16	30,2	56	77,8	16	22,2	1,017	0,313

X<sup>2</sup>:Ki kare testi \* Bu soruya birden fazla cevap verildiği için "n" artmış ve yüzdeler "n" üzerinden hesaplanmıştır. \*\* Çalışanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3.2’de bakım verenlerin cinsiyetin bakım vermeyi etkileme durumuna yönelik ifadelerine yer verilmiştir. İfadeler incelendiğinde; kadınların %70,9’u, erkeklerin %55,6’sı cinsiyetin bakım vermeyi etkilediğini düşünmektedir ve cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,024$ ). Buna göre, kadınlar cinsiyetin bakım verme durumunu anlamlı derecede daha fazla etkilediğini düşünmektedir.

Kadınların %80,9’u hastasının kişisel bakımını, %88,2’si beslenmesini, %80’i hem ev hem hastane işlerini daha rahat yapabildiğini; %89,1’i hastasına daha rahat psikolojik destek verebildiğini, %69,8’i bakım verirken iş yaşantısına devam ettirebildiğini belirtmişlerdir.

Erkeklerin ise; %47,8’si hastasının kişisel bakımını, %54,4’ü beslenmesini, %51,1’i hem ev hem hastane işlerini daha rahat yapabildiğini; %84,4’ü daha rahat psikolojik destek olabildiğini, %77,8’i bakım verirken iş yaşamını devam ettirebildiğini belirtmişlerdir.

Tüm bu ifadeler istatistiksel olarak incelendiğinde; kadınlar anlamlı derecede hastasının kişisel bakımını, beslenmesini, hem ev hem hastane işlerini daha rahat yapabildiklerini düşünmektedir ( $p<0,001$ ). Psikolojik destek olma ve iş yaşamını devam ettirebilmede cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,313$ )

#### 4.4. Bakım Verenlerin ZBYÖ Ve BÇSÖ-KF Puanlarına Yönelik Bulgular

**Tablo 4.4.1. Bakım Verenlerin ZBYÖ Puan Sınıflandırılmasının Cinsiyete Göre Dağılımı**

ZBYÖ Sınıflandırılması (Puan Aralığı)	Kadın (n=110)		Erkek (n=90)		Test	p
Median (Min-Max)	26 (1-61)		24,5 (2-65)		0,574 <sup>1</sup>	0,566
	n	%	n	%		
Yok (0-20)	34	30,9	36	40,0		
Hafif (21-40)	53	48,2	36	40,0	1,933 <sup>2</sup>	0,380
Orta (41-60)	23	20,9	18	20,0		

<sup>1</sup>Mann Whitney U Testi <sup>2</sup>Kikare testi

Tablo 4.4.1’de bakım verenlerin ZBYÖ puan sınıflandırılmasına göre dağılımına yer verilmiştir. Veriler incelendiğinde; kadınların %48,2’si, erkeklerin %40’ı hafif düzeyde bakım yükü yaşamaktadır.

Kadınların ZBYÖ ortanca değeri 26 (1-61), erkeklerin ZBYÖ ortanca değeri 24,5 (2-65)’tir. ZBYÖ puan ortalamalarında cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,580).

**Tablo 4.4.2. Bakım Verenlerin BÇSÖ-KF Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı**

BÇSÖ-KF Alt ölçekleri	Kadın (n=110)		Erkek (n=90)		U	p
	Medyan	Min-Max	Medyan	Min-Max		
Sorun odaklı baş etme	24	11-32	24	(16-32)	-0,143	0,154
Duygusal odaklı baş etme	28	(16-40)	27	(18-37)	-2,71	<b>0,007</b>
İşlevsel olmayan baş etme	18	(12-28)	16	(10-27)	-3,12	<b>0,002</b>

*U: Mann Whitney U*

Tablo 4.4.2.'de bakım verenlerin BÇSÖ-KF alt ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımına yer verilmiştir. Genel puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların ve erkeklerin en fazla sorun odaklı baş etme biçimi kullandıkları belirlenmiştir ancak cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,154$ ).

Duygusal odaklı baş etme genel toplam puan ortalamasında alt ölçeğinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,007$ ). Buna göre kadınlar erkeklere göre daha fazla duygusal odaklı baş etme biçimi kullanmaktadır.

İşlevsel olmayan baş etme genel toplam puan ortalamasında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,002$ ). Buna göre; kadınlar erkeklere göre daha fazla işlevsel olmayan baş etme biçimini kullanmaktadır.

**Tablo 4.4.3 Cinsiyete Göre ZBYÖ Puan Ortalamaları ve BÇSÖ-KF Alt Grup Puan Ortalamalarının Arasındaki İlişki**

	ZBYÖ			
	Kadın (n=110)		Erkek (n=90)	
BÇSÖ-KF	r	p	r	p
Sorun odaklı baş etme	0,009	0,925	0,074	0,485
Duygusal odaklı baş etme	-0,127	0,186	0,251	<b>0,017</b>
İşlevsel olmayan baş etme	0,067	0,490	0,029	0,790

*p: Spearman korelasyon*

Tablo 4.3.3.'te ZBYÖ puan ortalamaları ve BÇSÖ-KF alt gruplarının ortalamaları arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Kadınların ZBYÖ puan ortalaması ile BÇSÖ-KF alt gruplarından sorun odaklı puan baş etme ( $r=0,09$ ;  $p=0,925$ ), işlevsel olmayan baş etme ( $r=0,067$ ;  $p=0,490$ ) ve duygusal odaklı baş etme biçimleri puan ortalamaları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $r=-0,127$ ;  $p=0,490$ ).

Erkeklerin ZBYÖ puan ortalaması ile BÇSÖ-KF alt gruplarından sorun odaklı baş etme puan ortalaması ( $r=0,074$ ;  $p=0,485$ ) ve işlevsel olmayan baş etme biçimleri puan ortalamaları ( $r=0,029$ ;  $p=0,790$ ) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Duygusal odaklı baş etme puan ortalaması ile ZBYÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde yüksek ( $r=0,251$ ;  $p=0,017$ ) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,251$ ;  $p=0,017$ ). Buna göre; duygusal odaklı baş etme biçimi kullanan erkekler daha fazla bakım yükü yaşamaktadır.



**Tablo 4.4.4 Cinsiyete Göre ZBYÖ Puan Sınıflandırılması ile BÇSÖ-KF Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

ZBYÖ Sınıflandırılması (Puan Aralığı)	BÇSÖ-KF			
	Kadın (n=110)		Erkek (n=90)	
	Median	Min-max	Median	Min-max
<b>Yok (0-20)</b>	69,5	52-97	65	51-81
<b>Hafif (21-40)</b>	71	55-89	70	48-83
<b>Orta (41-60)</b>	69	61-92	68	57-95
<b>Test</b>	2,137		0,687	
<b>p</b>	0,344		0,709	

Z: Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.4.4'te cinsiyete göre ZBYÖ puan sınıflandırılması ile BÇSÖ-KF puan ortalamaları arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Buna göre; hafif düzeyde bakım yükü algılayan kadın (p=0,344) ve erkeklerin (p=0,709) daha fazla baş etme biçimi kullandıkları belirlenmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4.4.5 Hastaların Bazı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre ZBYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Özellikler	Kadın (n=110)		Erkek (n=90)	
	Median	Min-max	Median	Min-max
<b>Hastanın Cinsiyeti</b>				
Kadın	26,76 <sup>#</sup>	±13,6	28	7-65
Erkek	29,59 <sup>#</sup>	±14,0	21	2-45
<b>Test</b>		1,064 <sup>1</sup>		1,164 <sup>2</sup>
<b>p</b>		0,290		0,244
<b>Hastanın Yaşı</b>				
≤49	25	1-53	20,5	11-40
50-59	32	4-54	32	7-57
60 yaş ve üstü	26	6-61	26	2-65
<b>Test</b>		0,255 <sup>3</sup>		4,902 <sup>3</sup>
<b>p</b>		0,880		0,086
<b>Hastanın Tanısı</b>				
Gastrointestinal Sis. Kan	29	6-61	26	7-65
Meme Kanseri	29,5	12-49	19	11-41
Hematolojik Kanser	24	9-41	40	19-45
Diğer*	34	9-53	33,5	23-57
Akciğer Kanseri	29	4-59	20	2-51
Testis Kanseri	24	1-45	-	-
Jinekolojik Kanser	19	7-21	-	-
<b>Test</b>		8,342 <sup>3</sup>		9,967 <sup>3</sup>
<b>p</b>		0,214		0,076
<b>Tanılanma Süresi</b>				
≤5 ay	27	1-49	21	7-65
6 ay – 11 ay	25,5	4-59	26	10-44
12 ay – 23 ay	26,5	7-61	32	2-57
≥24 ay	29,5	14-53	29	12-41
<b>Test</b>		0,778 <sup>3</sup>		3,050 <sup>3</sup>
<b>p</b>		0,855		0,384
<b>Evresi</b>				
1.evre	25,40 <sup>#</sup>	±19,8	32	19-45
2.evre	30,43 <sup>#</sup>	±14,5	28	8-57
3.evre	23,29 <sup>#</sup>	±11,6	20	7-51
4.evre	31,66 <sup>#</sup>	±13,8	29	2-65
<b>Test</b>		3,019 <sup>4</sup>		6,557 <sup>3</sup>
<b>p</b>		<b>0,033</b>		0,087
<b>Metastaz Durumu</b>				
Var	31,95 <sup>#</sup>	±13,5	27,5	7-65
Yok	23,28 <sup>#</sup>	±12,9	22	2-57
<b>Test</b>		3,378 <sup>1</sup>		1,222 <sup>2</sup>
<b>p</b>		<b>&lt;0,001</b>		0,222
<b>Hastanın Tedavi Şekli</b>				
Ayaktan	28,39 <sup>#</sup>	±14,5	20,5	2-49
Yatarak	28,26 <sup>#</sup>	±13,3	32	11-65
<b>Test</b>		0,050 <sup>1</sup>		2,665 <sup>2</sup>
<b>p</b>		0,960		<b>0,008</b>

**Tablo 4.4.5 Hastaların Bazı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre ZBYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)**

<b>Hastaneye Geliş Nedeni</b>				
Kemoterapi	26	1-59	22	2-51
Semptomatik Yakınmalar	36	12-61	33	11-65
Cerrahi	-	-	26	16-26
Kemik İliği Nakli	15	7-40	-	-
<b>Test</b>		5,325 <sup>3</sup>		9,372 <sup>3</sup>
<b>p</b>		<b>0,021</b>		<b>0,009</b>
<b>Kanser Dışında Hastalık Varlığı</b>				
Var	30	11-61	28	11-65
Yok	26	1-54	23	2-57
<b>Test</b>		0,634 <sup>2</sup>		1,551 <sup>2</sup>
<b>p</b>		0,526		0,121

<sup>1</sup>Student t testi, <sup>2</sup>Mann Whitney U testi, <sup>3</sup>Kruskal Wallis testi, <sup>4</sup>Anova testi

\*Diğer: Prostat kan., yumuşak doku kan, cilt kan, dil kan, multiple myelom'u temsil etmektedir.

#Normal dağılıma uyduğu için ort ( $\bar{X}$ ). SS alınmıştır.

Tablo 4.4.5'te hastaların bazı özellikleri ile bakım verenlerin cinsiyetine göre ZBYÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Veriler incelendiğinde kadınların erkek hastaya bakım verirken (ort. 29,59±14,0) ve erkek hastaların kadın hastalara bakım verirken yaşadıkları (med. 28) bakım yükü daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Kadın ve erkek bakım verenlerin 50-59 yaş aralığındaki hastalara bakım verirken daha fazla bakım yükü yaşadıkları belirlenmiştir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Kadın ve erkek bakım verenlerin diğer hastalık grubundaki hastalara bakım verirken daha fazla bakım yükü yaşadıkları belirlenmiştir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Kadın bakım verenlerin bakım verdikleri hastalarının tanı konma süresinin  $\geq 24$  ay olması, erkek bakım verenlerin hastalarına tanı konma süresinin 12-23 ay olmasının bakım yüklerini arttırdığı belirlenmiştir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Kadın bakım verenlerin 4. Evredeki hastalara bakım verirken daha fazla yük yaşadıkları belirlenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,033).

Erkek bakım verenlerin en çok 1. evredeki hastalara bakım verirken zorlandıkları belirlenmiştir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ( $p>0,05$ ).

Kadın ve erkek bakım verenlerin bakım verdikleri hastalarının metastazının olmasının bakım yükünü arttırdığı belirlenmiştir ve kadın bakım verenlerin metastazı olan hastaya bakım verirken daha fazla yük yaşadıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Kadın bakım verenlerin hastanın ayaktan ya da yatarak tedavi alırken yaşadığı bakım yükü benzer olarak belirlenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Erkek bakım verenlerin ise yatarak tedavi alan hastalara bakım verirken daha çok bakım yükü yaşadıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,008$ ).

Kadın ve erkek bakım verenlerin semptomatik yakınmalarla hastaneye gelen hastalara bakım verirken daha fazla yük yaşadıkları belirlenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Kadın ve erkek bakım verenlerin kanser dışında hastalığı olan hastalara bakım verirken daha fazla yük yaşadıkları belirlenmiştir ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ):

## 5.TARTIŞMA

Günümüzde kanser tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ile genellikle ölümlerle sonuçlanan akut hastalıktan çok sıklıkla ev ortamında bakıma gereksinim duyan ve uzun süreli tedavi gerektiren kronik bir hastalığa dönüşmüştür. Bu durum aile üyelerinin bakım sürecine daha aktif katılmalarına, hastaların bakım sorumluluğunu daha fazla üstlenmelerine, bakım verme rollerinin ve bu süreçte yaşadıkları sorunların daha fazla artmasına neden olmaktadır (5, 7).

Yapılan çalışmalarda özellikle primer bakım verenlerin bu süreçte hastalarını kaybetme korkusu yaşama yanında; sosyal rolleri ile ilgili çatışma, işlerinde olumsuzluklar yaşanması, iş durumunda değişiklik, evlilik içi ve aile ilişkilerinde gerginlik, diğer aile bireyleriyle geçirdikleri zamanın azalması, ruhsal açıdan bitkinlik, günlük aktivitelerinde kısıtlılıklar, sıkıntı, bunaltı ve kendi fiziksel sağlıklarında bozulma gibi değişiklik alanlarda sorunlar yaşadığı bildirilmektedir (9,16,17,24,47). Bakım verenler tüm bu sorunlarla mücadele etmek ve bu stres yaratan zorluklarla çeşitli yöntemlerle baş etmek zorunda kalabilmektedirler (90). Bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar, bakım yükleri ve bu sorunlarla baş etme biçimleri cinsiyetlerinden de etkilenmektedir. Bu çalışmada kanserli hastaya bakım verenlerde toplumsal cinsiyetin bakım yükü ve başa etme biçimlerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Bu bölümde araştırma sonuçlarından elde edilen bulgular literatür doğrultusunda dört ana başlıkta tartışılmıştır.

5.1. Bakım verenlerin özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

5.2. Bakım verenlerin bakım vermelerine yönelik bulguların tartışılması

5.3. Bakım verenlerin; ZBYÖ ve BÇSÖ-KF puanlarına yönelik bulguların tartışılması

### 5.1. Bakım Verenlerin Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Gerek kronik hastalıklar gerekse kanser hastalarına bakım verenlerin büyük oranda kadınların olduğu çeşitli araştırma sonuçlarında gösterilmiştir (15,16,18,19,23,24,47). Ullrich ve arkadaşlarının (2017) ileri evre kanser hastalarına

bakım verenler ile yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %55'ini; Lambert ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmalarında bakım verenlerin %67,6'nı kadınlar oluşturmaktadır (90,91). Yılmaz'ın (2016) kolon kanserli hastalara bakım verenler ile yaptığı çalışmada bakım verenlerin %66'9'unu, Yıldız ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %58'ini kadınlar oluşturmaktadır (22,39). Çalışmamızda da diğer çalışmalarla benzer şekilde bakım verenlerin yarısından fazlasının kadın (%55) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.1). Literatür incelendiğinde dünyada ve ülkemizde benzer olarak bakım verme sorumluluğunun daha çok kadınların olmasının nedenleri arasında; kadının çocuk, hasta ve yaşlı bakımında yapısında var olan, şefkat, acıma, yardım etme duygusu, erkeklere oranla bakım işini daha iyi yapabilmeleri ve ortaya çıkacak sorunlarla daha iyi başa çıkabileceklerinin düşünülmesi ve bakım verme işinin kadına ait bir görev olması, kadının yapması gereken basit bir iş gibi görülmesinin olabileceği dikkati çekmektedir (23). Bu çalışmadan elde edilen bakım verme işlevini daha çok kadınların üstlendiğini gösteren sonuç, toplumsal ya da aile içinde kadına atfedilen sorumlulukların bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Literatürlerde bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olmasına rağmen erkek bakım verenlerin oranı az değildir ve bu oran gün geçtikçe artmaktadır (17,92). Germain ve arkadaşlarının (2017) kanser hastalarına bakım verenler ile yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %44,8'inin; Vahidi ve arkadaşlarının (2016) meme kanserli hastalara bakım verenler ile yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %51,3'ünün, Johansen ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %50'sinin erkek olduğu saptanmıştır (93,94,95). Bizim çalışmamızda da benzer olarak bakım verenlerin %45'inin erkek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1). Erkek bakım verenlerin sayısının artmasının, daha çok eşlerin birbirine bakım vermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin yaş ortalamasının kadınlarda  $43,03 \pm 13,2$ , erkeklerde  $48,06 \pm 11,1$  ve çoğunluğun 50 yaş üstü olduğu saptanmıştır ve erkeklerin yaşının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,010$ ) (Tablo 4.2.1). Benzer şekilde; Lozano ve arkadaşlarının (2017) bakım verenler ile yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yaş ortalaması kadınlarda 57,9, erkeklerde 62,8 olarak saptanmıştır (16).

Bu çalışmada kadınların %68,2'sinin çalışmadığı, erkeklerin ise %62,2'sinin çalıştığı belirlenmiştir ve istatistiksel olarak erkeklerin daha fazla çalıştığı bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.2.1). Akpınar'ın (2009) Alzheimer hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmasında kadınların %82,50'sinin, Eby'nin (2017) çalışmasında %47,7'sinin, Washington'un çalışmasında %43,2'sinin çalışmadığı saptanmıştır (15,96,97). Çalışmamızın sonuçları yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda bakım verenlerin yaş ortalamasının yüksek olması ve bakım verenlerin kadın ve çoğunlukla ev hanımı olmasının bu sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesi incelendiğinde; kadınların daha çok çocuklarına (%46,4) ve eşlerine (%30,9); erkeklerin daha çok (%50) eşlerine ve sonra çocuklarına (%32,2) baktığı saptanmıştır (Tablo 4.2.2). Lozano ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde bakım veren kadınların çoğunluğunun (%46,4) çocuklarına, erkeklerin çoğunluğunu (%55,1) eşlerine bakım verdiği belirlenmiştir (16). Bu durumun çocuklarına bakma sorumluluğunun birinci derecede kadınların üstlenmesinden ve çekirdek ailede yaşamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda kanserli hasta ile bakım verenlerin aynı evde yaşama durumunun kadın (%73,6) ve erkeklerde (%71,1) benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.2). Johansen ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bakım verenlerin %84'ünün bakım verdikleri kanser hastasıyla birlikte yaşadığı saptanmıştır (95). Yıldızeli'nin (2017) geriatri kanser hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmasında bakım verenlerin %68'inin, Küçükgüçlü'nün (2008) çalışmasında %63,9'unun, Öner'in (2012) çalışmasında %62'sinin bakım verdiği hasta ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir (37,47,98). Bu durumun bakım verenlerin hastalarının daha çok birinci derece yakınlarının (eş, çocuk, anne vb) olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin bakım verme süreleri incelendiğinde, kadınların (%42,7) ve erkeklerin (%45,6) benzer olarak 5 aydır hastalarına bakım verdiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Benzer şekilde Uğur'un (2006) çalışmasında bakım verenlerin %34'ünün, Şahin ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında %48,4'inin, Karaaslan'ın çalışmasında (2013) %42'sinin hastasına 0-6 ay, Softa ve

arkadaşlarının (2016) çalışmasında bakım verenlerin %66'sının 1-3 yıl, Yıldız'ın (2015) çalışmasında %52'sinin bir yıldan az bakım verdiği saptanmıştır (9,39,53,85,99). Yapılan çalışmalarda bakım süresinin değiştiği görülmekte ve bu durumun bakım verilen bireylerin/hastaların özellikleri, hastalık tanısı, evresi ve tedavisi gibi durumlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin bakım verme yükü üzerinde olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (37,100,101). Yeh ve arkadaşları (2009) sosyal destek varlığının bakım verenlerde önemli etkiler oluşturduğunu belirtmektedirler. Aile desteği ile bakım verenlerin kendilerine daha çok zaman ayırabileceklerini, enerjik olacaklarını ve genel sağlık hallerinin devam edeceğini belirtmişlerdir (100). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Kabataş Yıldız'ın (2015) çalışmasında bakım verenlerin %55,8'i, Yıldız'ın çalışmasında (2015) %64'ü, Berber'in (2014) çalışmasında %55'i, Koç'un (2012) çalışmasında %44,7'i bakım verirken aile üyelerinden destek görmektedir (39,102,103,104). Bizim çalışmamızda ise bakım verirken aile üyelerinden destek durumunun kadınlarda %71,8, erkeklerde %68,9 olarak saptanmıştır (Tablo 4.2.2). Destek alınan süreler incelendiğinde; çalışmamızda kadın (%51,3) ve erkeklerin (%41,8) günde 4-6 saat destek aldığı belirlenmiştir ve kadınların destek aldıkları sürenin daha fazla olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,039$ ) (Tablo 4.2.2). Kadınların (%26,4) en çok destek aldığı kişi kardeşleri, erkeklerin (%28,9) ise anneleridir (Tablo 4.2.2). Farklı olarak, Uğur'un (2006) ve Kaynar'ın (2016) çalışmalarında en çok destek alınan kişi bakım verenlerin çocuklarıdır (85,105). Bu durumun; Türk toplumunda ailenin önemli sosyal kurum olmasından ve ihtiyaç durumunda aile dayanışmasının gerçekleşmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin hastalarına bakım için günlük ayırdıkları süreler incelendiğinde; kadınların çoğunun (%49,1) 19-24 saat, erkeklerin çoğunun (%38,9) 1-6 saat vakit ayırdıkları görülmektedir (Tablo 4.2.3). Kadınların günlük bakım için erkeklere göre daha fazla zaman ayırdıkları istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p=0,018$ ) (Tablo 4.2.3). Chua ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında bakım verenlerin %76,9'u 12 saat ve üstü bakım için zaman harcadıkları belirlenmiştir (106). Yıldızeli'nin (2015) çalışmasında da bakım verenler %58'i



günlük hastasına 0-8 saat kadar bakım vermektedir (98). Yapılan çalışmalarda kadın ve erkeğin hastalarına bakım vermede ayırdıkları süreler incelendiğinde; benzer şekilde kadınların bakım için erkeklerden daha fazla vakit ayırdıkları görülmektedir (107,108). Çalışmamız ve diğer çalışma sonuçları doğrultusunda, kanser hastalarına bakım verirken her iki cinsin de uzun süreler harcadığı, ancak bu sürenin kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu dikkati çekmektedir.

## **5.2. Bakım Verenlerin Bakım Vermelerine Yönelik Bulguların Tartışılması**

Bakım vermenin bakım verenlere birçok yük ve sorumluluk getirdiği bilinmektedir. Bununla birlikte bakım verenlerin iş yaşamı, maddi durumları ve aile içi etkileşimlerinde değişim ayrıca; fiziksel, psikolojik, sosyal alanlarda sorunlar yaşadıkları çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (37,50,55,58,85,98).

Bakım verenlerin bakım verirken yaşadıkları ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarına göre bakım verenlerinin çoğunun bu süreçte iş saatlerinde azalma, iş değiştirmek durumunda kalma hatta işi bırakma gibi çeşitli sorunlar yaşadığı görülmektedir (9,15,27,37). İşle ilgili hangi sorunların yaşandığı incelendiğinde; Grunfeld'in (2004) çalışmasında bakım verenlerin %69'unun, Karabuğa-Yakar'ın çalışmasında (2009) %30'unun, Ovayolu'nun (2015) çalışmasında %10'unun, Toptaş'ın (2013) çalışmasında %16,9'unun iş hayatında değişiklik yaşadığı belirlenmiştir (54,57,109,110). Vahidi'nin (2016) çalışmasında bakım verenlerin %13,3'ünün bakım verdiği için işini kaybettiği, Grunfeld ve arkadaşlarının çalışmasında bakım verenlerin %69'unun bakım verdiği için işten ayrıldığı ya da emekli olduğu, Mosher'in (2013) çalışmasında %45'inin iş saatlerinin azaldığı belirlenmiştir (54,58,94). Bizim çalışmamızda da literatürle benzer olarak, çalışan kadınların %73'ünün, çalışan erkeklerin %52'sinin bakım verdiği için işle ilgili sorun yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.3.1). Çalışmamızda işle ilgili yaşanan sorunlar incelendiğinde; kadınların %7,9'unun, erkeklerin % 19,4'ünün işten ayrıldıkları, yine kadınların %55,3 ve erkeklerin %29,9'unun iş saatlerinde azalma yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.3.2). Çalışan kadınların erkeklere göre daha fazla işle ilgili sorun yaşamasının istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür (p=0,031) (Tablo 4.3.1). Bakım verenlerin gerek kadın gerekse erkek olsun, hastalarına bakmak

zorunda kaldıklarında işlerini değiştirmek, daha az işe gitmek hatta işlerini bırakmak durumunda kaldıkları dikkati çekmektedir. Bu durumun onların maddi sorun yaşamalarına yol açabileceği gibi sosyal ortamlardan uzaklaşmalarını da beraberinde getirebileceği, sonuçta bakım verenleri olumsuz yönde etkileyebileceği değerlendirilmektedir.

Bakım verenlerin işle ilgili sorun yaşama yanında bu süreçte birçok maddi sorun yaşadıkları da yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (58,59,111). Öner'in (2012) çalışmasında bakım verenlerin %12,6'sının, Yıldızeli'nin (2015) çalışmasında %42'sinin, Karaaslan'ın (2013) çalışmasında %64,7'sinin maddi sorun yaşadığı saptanmıştır (37,53,98). Karaaslan'ın çalışmasında en çok yaşanan maddi sorunun (%64,9) tedavi masraflarını karşılayamamak olduğu belirlenmiştir (53). Bu çalışmada da kadınların (%34,5) ve erkeklerin (%36,7) benzer olarak maddi sorun yaşadıkları (Tablo 4.3.1), en sık yaşanan maddi sorunun ise kadınlarda (%40,9) ve erkelerde (%54,5) gıda alışverişi yapamamak olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Bu durumun bakım verenlerin işlerini bırakmak zorunda kalma, uzun süre çalışmama/evde kalma, gelirden azalma, giderlerde artma gibi birçok nedenler ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin bakım verirken aile içi etkileşimlerinde de değişimler yaşanmaktadır. Karaaslan'ın (2013) çalışmasında bakım verenlerin %42'sinin, Karabuğa'nın (2009) çalışmasında %15'inin aile içi etkileşimlerde değişim yaşadığı belirlenmiştir (53,57). Bu değişimlerin içeriği incelendiğinde; Karaaslan'ın (2013) çalışmasında bakım verenlerin %63,4'ünün, Karabuğa-Yakar'ın (2009) çalışmasında %56'sının ailesine vakit ayıramadığı belirlenmiştir (53,57). Bizim çalışmamızda sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Kadınların %49,1'inin, erkeklerin %56,7'sinin aile etkileşimlerinde değişim yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.3.1). En sık yaşanan değişimin kadınlarda (%39,1) ve erkelerde (%40) benzer olduğu ve her iki cinsiyetin de çocuklarına vakit ayıramadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Bakım verenlerin bakım verirken en fazla hastaya zaman ayırması, tedavi ve kontrol için sürekli hastaneye gidilmesi vb nedenler ile bakım verenlerin ailesine zaman ayırmasının olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin bakım verirken fiziksel sorun yaşadıklarını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (39,112,113). Karaaslan'ın (2013) çalışmasında bakım verenlerin %69,3'ünün, Öner'in çalışmasında (2012) %45,9'unun fiziksel sorun yaşadıkları saptanmıştır (47,53). Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin en sık yaşadığı fiziksel sorunlar incelendiğinde; en fazla yorgunluk; Karaaslan'ın (2013) çalışmasında %64,7, Yeşil'in (2016) çalışmasında %85, daha sonra uyku bozukluğu; Karaaslan'ın çalışmasında (2013) %34, Karabulut'un (2013) çalışmasında %88,7, Flakerud'un (2000) çalışmasında %82 olduğu belirlenmiştir (53,112,113,114). Bu çalışmada da kadınların %77,3'ünün, erkeklerin %66,1'inin fiziksel sorun yaşadığı ve kadınların fiziksel sorunları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla yaşadığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.1). Yaşanan fiziksel sorunlar arasında birinci sırada kadınlarda (%69) ve erkeklerde (%51,1) yorgunluk; ikinci en sık kadınlarda (%67,3) ve erkeklerde (%47,8) uyku bozukluğu olduğu saptanmıştır. Kadınların bu sorunları daha fazla yaşadığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.3). Fiziksel sorunların bakım veren her bireyi olumsuz yönde etkilediği görülmekle birlikte kadınların bu sorunları daha fazla yaşamalarının nedenlerinin; kadınların bakım verme işi için daha fazla zaman ayırması, ev işleri ile ilgilenmek durumunda kalması, daha az dinlenmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bakım vermenin bakım verenlerde iş, maddi durum, aile içi etkileşimde değişme, fiziksel sorun oluşturma yanında psikolojik sorunlar yarattığı görülmüştür (112,113,114,115). Ülkemizde kanser hastalarına bakım verenlerle ilgili yapılan çalışmalarda psikolojik sorun yaşama oranının %41,5- %70,7 arasında değiştiği belirlenmiştir (37,53,98). Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin en sık yaşadıkları psikolojik sorunlar incelendiğinde; Karaaslan'ın (2013) çalışmasında en sık, sıkıntı hissi (%50,7), ağlama isteği (%50) yaşadıkları; Yeşil'in (2016) çalışmasında en sık, sıkıntı hissi (%45,20) ve korku (48,30) yaşadıkları saptanmıştır (53,112). Bizim çalışmamızda da kadınların %79,1'inin, erkeklerin %55,6'sının psikolojik sıkıntı yaşadığı ve kadınların bu sıkıntıları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla yaşadığı saptanmıştır ( $p<0,01$ ) (Tablo 4.3.1). En sık yaşanan psikolojik sorunların kadınlarda sıkıntı hissi (%65,4) ve ağlama isteği (61,8); erkeklerde çaresizlik (%46,7) ve sıkıntı hissi (%44,4) olduğu belirlenmiştir. Bu

sorunların da yine kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla yaşandığı gözlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.3). Çalışmamız ve literatür doğrultusunda bakım verirken psikolojik sorunların fazla yaşanmasının nedenlerinin; kanserin ölümü çağrıştıran kronik bir hastalık olarak algılanması, bakım verenlerin çoğunluğunun hasta eşi ya da annesi olması, hastayı kaybetme ve yalnız kalma düşüncesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Erkek bakım verenlerin daha az psikolojik sorun yaşama nedeninin; bakım verdikleri kişiden psikolojik olarak uzak durma mekanizması geliştirmelerinden ve bakım verirken üstlendikleri rollerin güçlüklerini çok az ifade edebilmelerinden ve görüşmeler sırasında daha az konuşmayı tercih ederek bakıma ilişkin açıklamalar yaparken daha dikkatli davranmalarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin bakım verme sürecinde sosyal sorunlar yaşadıkları yapılan birçok çalışmada görülmektedir (84,151,153). Karaaslan'ın (2013) çalışmasında bakım verenlerin %60,7'sinin, Yıldızeli'nin (2015) çalışmasında %56'sının, Toptaş'ın çalışmasında %34,9'unun sosyal sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (55,98,110). Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin en sık yaşadıkları sosyal sorunlar incelendiğinde; Karaaslan'ın (2013) çalışmasında en sık komşuluk ilişkilerinde (%56,7) ve diğer insanlarla ilişkilerde (%44,0) azalma yaşadığı, Yeşil'in (2016) çalışmasında bakım verenlerin çevredeki insanlarla olan ilişkisinin azaldığı (%53) saptanmıştır (53,112). Bu çalışma sonuçlarına göre de literatürle benzer olarak; kadınların %71,8'inin, erkeklerin %61,1'inin sosyal sorun yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). En sık yaşanan sosyal sorunların da; kadınlarda (%66,3) ve erkeklerde (%78,8) benzer olup kültürel ve sosyal etkinliklere katılamama olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.4). Kadınların daha fazla sosyal sorun yaşamalarına neden olan etmenlerden birisinin diğer bölümlerde olduğu gibi, kadınların bakım verme rolünden dolayı kendilerini sosyal hayatta erkeklere oranla daha fazla kısıtlamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sağlık personeli tarafından kanserli bireyin değerlendirildiği her fırsatta bakım verenlerin de değerlendirilmesi, hem hasta hem de bakım verenin ihtiyaçlarının karşılanmasında uygun yönlendirmelerin yapılması, yardım alabilecekleri sosyal kaynaklar konusunda bilgilendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların toplumsal cinsiyet algılarının onların bakım verme sürecine etkisi konusunda ne düşündüklerini belirlemek amacıyla “cinsiyetinizin bakım vermenizi etkilediğini düşünüyor musunuz ?” ve “kadın ya da erkek olmanız hastanızın kişisel bakım, beslenme, hem ev hem hastane işlerini yapabileme, psikolojik olarak destekleme, iş yaşantısını devam ettirebilme koşulunda etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?” şeklinde sorular yöneltilmiştir. Kadınların %70,9’unun, erkeklerin %55,6’sının cinsiyetin bakım vermeyi etkilediğini düşündüğü saptanmıştır. Kadınlar erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bu etkilenmeyi düşünmektedir ( $p<0,024$ ) (Tablo 4.3.5). Kadınların çoğunluğunun hastasının kişisel bakımını, beslenmesini, hem ev hem hastane işlerini “kadın oldukları için” erkeklerden daha iyi yapabildiklerini düşündükleri dikkat çekicidir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.5). Ayrıca aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da, kadınların hastalarına cinsiyetlerinden dolayı daha iyi psikolojik destek olduklarını düşündükleri, erkeklerin de bakım verirken iş yaşantılarına kadınlardan daha fazla devam edebildiklerini düşündükleri önemli sonuçlardan diğerleridir (Tablo 4.3.5). Bu sonuçların nedeninin; kadınların toplum içerisinde yüklendikleri sorumlulukların daha çok anne, ev işlerini yapma, duygusal destek verme şeklinde iken erkeklerin de daha çok iş hayatına yönelik olmasından kaynaklandığı ve her iki cinsin de bu rolleri benimsemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

### **5.3. Bakım Verenlerin; ZBYÖ Puanlarına ve BÇSÖ-KF Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması**

Kanserli hastaya bakım verme, bakım veren bireylerin günlük yaşantısının değişmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla kanser yalnız tanıyı alan kişinin sorunu olmaktan çok bakım veren aile üyelerini ilgilendiren bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bakım verenler konusunda yapılan araştırmalarda, bakım vermenin, uzun süreli bakım gerektiren yakınlarının bakımından primer sorumlu kişilerin bakım yükü hissetmelerine neden olduğunu göstermiştir (9,17).

Çalışmamızda kadınların hafif (%48,2) düzeyde; erkeklerin de benzer şekilde hafif (%40) düzeyde bakım yükü yaşadıkları ve cinsiyetin bakım verme yüklerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir. Ancak istatistiksel olarak anlamlı

olmasa da kadın bakım verenlerin bakım yükü puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.1). Bizim çalışmamıza benzer olarak birçok çalışmada cinsiyetler arasında bakım yükünün istatistiksel olarak farklı olmadığı belirlenmiştir (37,112,116,117,118). Bu sonuçtan farklı olarak kadınların bakım yükünü erkeklerden daha fazla yaşadığını bulan araştırmalar da mevcuttur (17,98, 119). Bu sonuçlara göre kanserli hastaya bakım vermenin her iki cinsiyet için de yük getirdiği ancak gerek bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olmasından, gerekse toplumsal cinsiyetin kadınlara yüklediği sorumluluklardan dolayı bakım yükünün kadınlar tarafından daha fazla algılandığı düşünülmektedir. Hemşirelerin hastayı değerlendirirken bakım verenleri de cinsiyeti ve bireysel özelliklerine göre değerlendirmeleri ve yaşadıkları sorunları belirleyerek uygun hemşirelik girişimleriyle desteklemeleri önerilmektedir.

Bakım verme sürecinde bakım verenler birçok stres faktörüyle karşı karşıya kalmaktadır. Bu stres verici olayların olumsuz etkilerinin en az düzeye indirilmesi ya da tamamen yok edilmesi, etkin baş etme biçimlerinin kullanılması ile olabilmektedir (120).

Kanserli hastaya bakım verenler ile yapılan çalışmalarda baş etme biçimlerinin değişik alt boyutlarının tercih edildiği tespit edilmiştir (121,122). Yıldızeli'nin (2015) çalışmasında bakım verenlerin baş etme biçimi alt boyutlarından; en çok "araçsal sosyal destek kullanımı", "duygusal sosyal destek kullanımı" ve "planlamayı" kullandıkları belirlenmiştir (98). Han ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hem kadın hem erkek bakım verenlerin en çok "işlevsel olmayan baş etme" biçimini kullandıkları, Litzelman'ın (2018) ve Costas-Munis'in (2012) çalışmalarında ise bakım verenlerin en fazla "duygusal odaklı baş etme" biçimi kullandıkları belirlenmiştir (122,123,124). Bizim çalışmamızda da kadınların ve erkeklerin en fazla "sorun odaklı baş etme" biçimi kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Ayrıca kadınların erkeklere göre daha fazla oranda "duygusal odaklı baş etme" ( $p=0,007$ ), "işlevsel olmayan baş etme" ( $p=0,002$ ), "dine yönelme" ( $p<0,001$ ), "kendini sınırlama" ( $p=0,036$ ), "zihinsel olarak ilgiyi kesme" ( $p=0,016$ ) alt ölçeklerini kullandıkları bulunmuştur (Tablo 4.2.2). Yapılan çalışmalarda da kadınların erkeklere göre daha duygusal ve hassas oldukları, duygusal odaklı baş

etme biçimlerini daha fazla kullandıkları; bu nedenle, kadınlarda duygusal yük hissetme riskinin erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (15,53). Bakım verenlerin baş etme biçimi cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Tüm bu bulgular ışığında sağlık personelinin bakım verenlerin cinsiyetine göre kullandıkları baş etme biçimlerini bilmeleri ve etkili baş etme biçimlerini kullanılmalarını sağlamak için yol gösterici olmalarının gerekli olduğu değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda ZBYÖ ve BÇSÖ-KF alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların ZBYÖ puan ortalaması ile BÇSÖ-KF alt gruplarından sorun odaklı baş etme, işlevsel olmayan baş etme ve duygusal odaklı baş etme puan ortalamaları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.3.3). İstatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamış olmakla birlikte, duygusal odaklı baş etme biçimi kullanan kadınların bakım yükü daha azdır. Bunun kadınların duygusal odaklı baş etme biçiminin alt gruplarından en fazla dine yönelme, ardından olumlu yeniden yorumlama ve kabullenme biçimlerini kullanmalarından kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Erkeklerin ZBYÖ puan ortalaması ile BÇSÖ-KF alt gruplarından sorun odaklı baş etme ve işlevsel olmayan baş etme biçimleri puan ortalamaları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Duygusal odaklı baş etme puan ortalaması ile ZBYÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde yüksek bir ilişki bulunmuştur ( $r= 0,251$ ;  $p=0,017$ ). Buna göre; duygusal odaklı baş etme biçimi kullanan erkekler daha fazla bakım yükü yaşamaktadır (Tablo 4.3.3). Sonuçta erkeklerin duygusal odaklı baş etme biçimlerinin bakım yüklerini azaltması yerine artırmasının toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda da bakım yükü ve baş etme biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ve etkili baş etme biçimleri kullanıldığında bakım yükünün azaldığı bulunmuştur (20,118,125,126). Bu çalışmada bakım yükü ve baş etme biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.3). İstatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da bakım veren kadın ve erkeklerin en fazla sorun odaklı baş etme biçimleri kullandıkları için bakım yüklerini hafif düzeyde algıladıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunluğunun hastaya bakım verdiğinden beri fiziksel, psikolojik, maddi sorunlar ve sosyal yaşantısında değişiklikler yaşadığına bir önceki bölümde değinilmişti. Bu nedenle; bakım verenlerin bakım verme rolü nedeniyle yaşadıkları güçlükleri yönetmelerinin yeterli düzeyde olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların cinsiyetleri ile kadın ve erkek bakım verenlerin ZBYÖ puanları karşılaştırılmış, cinsiyetin bakım yükünü etkilemediği bulunmuştur ( $p>0,05$ )(Tablo 4.4.5). Yapılan benzer bir çalışmada da cinsiyetin bakım yükünü etkilemediği görülmüştür (85).

Çalışmamızda 50-59 yaş aralığında olan hastalara bakım veren kadın ve erkeklerin ZBVYÖ puan ortalaması diğer yaş gruplarında yer alanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak, hastanın yaşına göre ZBVYÖ puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4.5). Yapılan benzer bir çalışmada da hasta yaşının bakım yükünü etkilemediği görülmüştür (23).

Çalışmamızda hastaların tanılarının kadın ve erkek bakım verenlerin bakım yükünü etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4.5). Yapılan benzer çalışmalarda da hastaların tanısının bakım yükünü etkilemediği görülmüştür (57,104).

Çalışmamızda bakım verilen hastaya tanı konma süresinin kadın ve erkek bakım verenlerin bakım yüklerini etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4.5). Yapılan benzer çalışmalarda da tanı süresinin bakım yükünü etkilemediği belirlenmiştir (57,104).

Çalışmamızda erkek bakım verenlerin bakım yüklerini bakım verdikleri hastanın evresinin etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4.5). Kadın bakım verenlerde ise hastası 4.evrede olanların bakım yüklerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir ( $p=0,033$ ) (Tablo 4.4.5). Benzer olarak Karabulutlu'nun çalışmasında da 4. evrede olan hastalara bakım verenlerin daha fazla bakım yükü yaşadıkları belirlenmiştir (113).



Çalışmamızda kadın bakım verenlerin hastalarının tedavi şekliinden etkilenmediği ancak erkek bakım verenlerde hastası yatarak tedavi alanlarda bakım yüklerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir ( $p=0,008$ ) (Tablo 4.4.5).

Çalışmamızda kadın ve erkek bakım verenlerin semptomatik yakınmalarla hastaneye gelen hastalara bakım verirken daha fazla yük yaşadıkları belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Farklı olarak Karabuğa-Yakar'ın çalışmasında hastaların hastaneye geliş nedenine göre bakım verenlerin yüklerinin etkilenmediği görülmüştür (57).





## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

Kanserli hastaya bakım verenlerin cinsiyetine göre bakım yükü ve baş etme biçimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada;

- Bakım verenlerin %55'inin kadın, %45'i erkek olup, kadınların yaş ortalaması  $43,03 \pm 13,2$ , erkeklerin ise  $48,06 \pm 11,1$ 'dir.

- Kadınların %68,2'si çalışmazken, erkeklerin %62,2'si çalışmaktadır.

- Bakım veren kadınların %46,4'ü hastanın çocuğu, %30,9'u hastanın eşi; erkeklerin %50'si hastanın eşi, %32,2'si hastanın çocuğudur.

- Kadınların %42,7'si, erkeklerin %45,6'sı hastasına 0-5 aydır; kadınların %39,1'i, erkeklerin %34,4'ü bir yıldan daha uzun süredir bakım vermektedir.

- Kadınların %53'ü, erkeklerin %41,8'i günde 4-6 saat kadar bakım için destek almaktadır ve bu desteği kadınlar daha çok kardeş (%26,4) ve çocuklarından (%20), erkekler ise anne (%28,9) ve kardeşlerinden (%20) almaktadır.

- Bakım veren kadınların %49,1'i, erkeklerin %35,6'sı gün içinde yaklaşık 19-24 saat hastasına bakım vermek için zaman ayırmaktadır.

- Bakım veren çalışan kadınların %73'ü, erkeklerin %52,2'si işle ilgili sorun yaşamaktadır

- Kadınların %34,5'i, erkeklerin %36,7'si maddi sıkıntı yaşamaktadır.

- Kadınların %49,1'i, erkeklerin %59,7'si aile içi etkileşimlerde değişim yaşamaktadır.

- Kadınlar (%77,3) erkeklerden (%61,1) daha fazla fiziksel sorun yaşamaktadırlar.

- Kadınlar (%79,1) erkeklerden (%55,6) daha fazla psikolojik sorun yaşamaktadır.

•Bakım veren kadınların %71,8'i, erkeklerin %66,7'si bakım verme süreçlerinde sosyal sorun yaşamaktadırlar.

•Kadınların (%70,9) erkeklere (%55,6) göre cinsiyetin bakım verme durumunu etkilediğini daha fazla düşünmektedirler. Kadınların %80,9'u hastasının kişisel bakımını, %88,2'si beslenmesini, %80'i hem ev hem hastane işlerini daha rahat yapabildiğini; %89,1'i hastasına daha rahat psikolojik destek verebildiğini, %69,8'i bakım verirken iş yaşantısını devam ettirebildiğini ifade etmiştir. Erkeklerin ise; %47,8'si hastasının kişisel bakımını, %54,4'ü beslenmesini, %51,1'i hem ev hem hastane işlerini daha rahat yapabildiğini; %84,4'ü daha rahat psikolojik destek olabildiğini, %77,8'i bakım verirken iş yaşamını devam ettirebildiğini ifade etmiştir.

•Kadın (%48,2) ve erkekler (%40) benzer olarak hafif düzeyde bakım yükü yaşamaktadırlar. Kadın bakım verenlerin bakım yükü puanlarının erkeklerden daha yüksek olmasına rağmen cinsiyetin bakım verme yüklerini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir.

•Kadınların ve erkeklerin en fazla "sorun odaklı baş etme" biçimi kullandıkları belirlenmiştir.

• Kadınların ZBYÖ puan ortalaması ve BÇSÖ-KF alt grupları puan ortalamaları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

• Erkeklerin ZBYÖ puan ortalaması ile BÇSÖ-KF alt gruplarından sorun odaklı baş etme ve işlevsel olmayan baş etme biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. ZBYÖ ve duygusal odaklı baş etme puan ortalaması arasında pozitif yönde yüksek ilişki bulunmuştur. Buna göre; duygusal odaklı baş etme biçimi kullanan erkeklerin daha fazla bakım yükü yaşadığı belirlenmiştir.

• Çalışmamız sonucunda kadınların daha fazla bakım yükü yaşadıklarını düşündükleri ama her iki cinsiyetin bakım yüklerinin benzer olduğu bulunmuştur.

## 6.2. Öneriler

Kanserli hastalara iyi bir bakımın sağlanabilmesi için bakım verenlerin de fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik gereksinimlerinin değerlendirilerek

desteklenmesi önerilmektedir. Böylece, bakım veren bireylerin zihinsel ve duygusal ihtiyaçları arasında denge kurulması kendilerinin yaşadığı stres düzeyini azaltarak, yaşam kalitelerini de artırılabilirliği öngörülmektedir.

- Kanser hastasına bakım verenlerin bakım yükü başta olmak üzere cinsiyete göre yaşadıkları sorunları göz ardı edilmemesi,

- Kadın ve erkek bakım verenlerin yaşadıkları sorunların ve yaşama düzeylerinin farklı oldukları unutulmamalı ve bu doğrultuda hasta ve bakım verenlerine uygun hemşirelik bakımı uygulanması,

- Kanserli bireyin değerlendirildiği her fırsatta bakım verenlerin de değerlendirilmesi, hem hasta hem de bakım verenin cinsiyetlerine göre ihtiyaçlarının karşılanmasında uygun yönlendirmelerin yapılması, yardım alabilecekleri sosyal kaynaklar konusunda bilgilendirilmesi,

- Bakım verenlerin baş etme biçimlerinin cinsiyete göre farklı olabileceği bilinerek belirli aralıklarla değerlendirilmesi,

- Etkili-etkisiz baş etme biçimlerinin bilinmesi ve bakım verenlerin problemi hafifletip, duygusal sıkıntıyı azaltan etkili baş etme biçimlerini kullanmasını sağlamak için yol gösterici olunması,

- Bakım verenlerin cinsiyetlerine ve yaşadıkları zorluklara göre danışmanlık hizmetinin planlanması ve sağlanması,

- Cinsiyete özgü bakım yükü ve baş etme biçimlerinin derinlemesine incelendiği araştırmaların planlanması ve yürütülmesi önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

1. Siegel, L. R., Kimberly, D. M., Ahmedin, J. (2017). Cancer Statistics. *Ca Cancer J Clin*, 67: 7–30 doi: 10.3322/caac.21387
2. Ma, X., Yu, H. (2006). Cancer Epidemiology: Global Burden of Cancer. *Yale Journal of Biology and Medicine* 79 pp.85-94.
3. IARC (The International Agency for Research on Cancer/Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı) (2017) GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. <http://gco.iarc.fr/today/data/pdf/fact-sheets/cancers/cancer-fact-sheets-29.pdf>  
(Erişim tarihi: 08.10.2017)
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı. Özkan, S., (Ed) s:79-80
5. Orak, O., Sezgin, S. (2015). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1):33-39
6. Karahan, A., Güven, S. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım, *Türk Geriatri Dergisi*, 5 (4):155–159.
7. Terakye, G., (2011). Hasta ve Akrabaları ile Etkileşim, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 4: 78–82.
8. Webb, C., Pfeiffer, M., Mueser, M., Gladis, M., Mensch, E., DeGirolamo, J., et al. (1998). Burden and Well-being of Caregivers for the Severely Mentally Ill, The Role of Coping Style and Social Support, *Schizophr Res*, 34: 169-180.
9. Şahin, Z., Polat, H., Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12: 2
10. Yu, H., Li, L., Liu, C., Huang, W., Zhou, J., Fu, W., et al. (2017). Factors Associated with the Quality of Life of Family Caregivers for Leukemia Patients in China, *Health and Quality of Life Outcomes*. 15: 55, doi: 10.1186/s12955-017-0628-6
11. Lazarus, R.S., Folkman, S., Gruen, R.J., DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status and Psychological Symptoms, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
12. Ağargün, M. Y. Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A., Kara, H. (2005). Cope (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin bir Ön Çalışma, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 221–226
13. Mccann, T. V., Lubman, D., Clark, E. (2011). First-Time Primary Caregivers' Experience of Caring For Young Adults With First-Episode Psychosis, *Schizophrenia Bulletin*, 37(2),381-388 doi:10.1093/schbul/sbp085
14. Loughland, C. M., Lawrence, G., Allen, J., Hunter, M., Lewin, T. J., et. all. (2009). Aggression and Trauma Experiences Among Carer-Relatives of People with Psychosis, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(12), 1031-1040 doi: 10.1007/s00127-009-0025-5
15. Washington, T. K., Kenneth, C. P., Demiris, G., Oliver, P.D. (2015). Unique Characteristics of Informal Hospice Cancer Caregiving, *Support Care Cancer*, 23(7): 2121-2128 doi:10.1007/s00520-014-2570-z.

16. Lozano, M., Garcı́a-Calvente, M., Calle-Romero, J., Macho'n-Sobrado, M., Larrañaga-Padilla, I. (2017). Health-Related Quality of Life in Spanish Informal Caregivers: Gender Differences and Support received, *Qual Life Res*, doi: 10.1007/s11136-017-1678-2
17. Kim, Y., Baker, F., Spillers, R. L. (2007). Cancer Caregivers' Quality of Life: Effects of Gender Relationship and Appraisal, *J Pain Symptom Manage*, 34: 294-304 doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.11.012
18. Fu, F., Zhao, H., Tong, F., Chi, I. (2017). A Systematic Review of Psychosocial Interventions to Cancer Caregivers, *Front, Psychol*, 8:834. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00834
19. Hsu, T., Loscalzo, M., Ramani, R., Forman, S., Poppsewell, L., Clark, K., et all (2017). Are Disagreements in Caregiver and Patient Assessment of Patient Health Associated with Increased Caregiver Burden in Caregivers of Older Adults with Cancer? *The Oncologist*, 22: 1–9
20. Faronbi, J. O. (2018). Correlate of Burden and Coping Ability of Caregivers of Older Adults with Chronic Illness in Nigeria, *Scand J Caring Sci*, 1-9 doi: 10.1111/scs.12572
21. Wittenberg, E., Borneman, T., Koczywas, M., Del Ferraro, C., Ferrell, B., (2017). Cancer Communication and Family Caregiver Quality of Life, *Behav Sci*, 7, 12 doi:10.3390/bs7010012
22. Yılmaz, G. (2016). Kolon Kanserli Hasta Yakınlarmın Bakım Yükünün Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul
23. Kahriman, F. (2014). Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki, Ege Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir
24. Atagün, M., Balaban, Ö., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3):513-552
25. Yee, J. L., Schulz, R. (2000). Gender Differences in Psychiatric Morbidity Among Family Caregivers: A Review and Analysis. *The Gerontologist*, 40, 147–164 doi:10.3390/jpm5040406
26. Pinquart, M., Sörensen, S., (2006). Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-Analysis, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, vol. 61b, no. 1 p33–p45
27. Sharma, N., Chakrabarti, S., Grover, S. (2016). Gender Differences in Caregiving Among Family – Caregivers of People with Mental Illnesses, *World J Psychiatr*, March, 22 6(1): 7-17 doi: 10.5498/wjp.v6.i1.7
28. Grov, E. K., Dahl, A. A., Moum, T., Foss, S. D. (2005). Anxiety, Depression, and Quality of Life in Caregivers of Patients with Cancer in Late Palliative Phase, *Annals of Oncology*, 16: 1185-1191
29. Haley, W. E., Roth, D. L., Howard, G., Safford, M. (2010). “Caregiver Strain and Estimated Risk for Stroke and Coronary Heart Disease Among Spouse Caregivers: Differential Effects by Race and Sex.” *Stroke* Vol. 41 no. 2 Jan pp. 331-336 doi:10.1161/STROKEAHA.109.568279.
30. Robinson, C., Bottorff, J. L., Pesut B., Oliffe J.L., Tomlinson J. (2014). The Male Face of Caregiving: A Scoping Review of Men Caring for a Person with Dementia, *American Journal of Men’s health*, vol. 8(5) 409–426 doi: 10.1177/1557988313519671



31. Zhu, P., Fu, F., Wang, B., Lin, J., Wang, Y., Fang, N., Wang, D. (2014). Quality of Life of Male Spouse Caregivers for Breast Cancer Patients in China, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, vol 15 doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.10.4181>
32. Sun, F., Roff, L., Klemmack, D., Burgio, D. (2008). The Influences of Gender and Religiousness on Alzheimer Disease Caregivers' Use of Informal Support and Formal Services, *Journal of Aging and Health*, 20, 937-953 doi:10.1177/0898264308324652
33. Oliffe, J. L., Han, C. (2014). Beyond Workers' Compensation: Men's Mental Health In and Out of Work, *American Journal of Men's Health*, 8, 45-53 doi: 10.1177/1557988313490786
34. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1.html>
- (Erişim tarihi: 07.04.2018)
35. Aliustaoğlu, M. (2009). Temel Kanser Fizyopatolojisi, *Klinik Gelişim*, 22(3): 46-9
36. Naughton, M. J., Weaver, K. E. (2014). Physical and Mental Health Among Cancer Survivors: Considerations for Long-Term Care and Quality of Life, *N. C. Med. J.* 75, 283–286
37. Öner, İ. Ö. (2012). Onkoloji Hastalarına Bakımverenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi, Fırat Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ
38. Given, B., Wyatt, G., Given, C., Gift, A., Sherwood, P., Devoss, D., Rahbar, M. (2005). Burden and Depression Among Caregivers of Patients With Cancer at the End-Of-Life, *Oncol Nurs Forum*, 31(6): 1105–1117.
39. Yıldız, E. (2015). Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Celal Bayar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Manisa
40. Altıok, H. Ö., Şengün, F., Üstün, B. (2011). Bakım: Kavram Analizi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(3): 137-140
41. Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, P., Takeuchi, R. (2000). Caregiver Burden and Burnout, *Postgraduate Medicine*, 108(7):119-123
42. Williams, P. A., Peckham, A., Kuluski, K., Montgomery, R., Morton, F., Watkins, J. (2010). Formal and Informal Care For Older Persons: Assessing the Balance in Ontario, Toronto, University of Toronto, 126.
43. İnci, F., Erdem, H. (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4): 85-95
44. Hoefman, R. J., Exel, V., Redekop, W. K., Brouwer, W. B. F. (2011). A New Test of The Construct Validity of The CarerQol Instrument: Measuring The Impact of Informal Care Giving, *Quality of Life Research*, 20, 875–887 doi: 10.1007/s11136-010-9829-8
45. Lidell, E. (2002). Family Support-A Burden to Patient And Caregiver. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1: 149–152
46. Hoffmann, R. L., Mitchell, A. M. (1998). Caregiver Burden: Historical Development, *Nurs Forum*, 33:5-11

47. Küçükgüçlü, Ö., Esen, A., Yener, G. (2009). Bakım Verenlerin Yükü Envanteri'nin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, *Journal Of Neurological Sciences*, 26:(1) 18 060-073
48. Montgomery, R., Kwak, J. (2008). Tcare: Tailored Caregiver Assessment and Referral: An Evidence-Based Model to Target Services For Caregivers, *American Journal of Nursing*, 108 ( 9): 54-57
49. Urizar, A. C., Maldonado, J. G., Castillo, C. M. (2009). Quality Of Life in Caregivers of Patients With Schizophrenia: A Literature Review. *Health and Quality Life Outcomes*, 7(84), 1-5 doi:10.1186/1477-7525-7-84
50. Schulz, R., Sherwood, R. P. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *Am J Nurs*, September 108 (9 suppl): 23–27 doi:10.1097/01.naj.0000336406.45248.4c
51. Gaston–Johansson, F., Lachica, E., Fall-Dickson, J. M., Kennedy, M. J. (2004). Psychological Distress, Fatigue, Burden of Care, and Quality of Life in Primary Caregivers of Patients With Breast Cancer Undergoing Autologous Bone Marrow Transplantation, *Oncology Nursing Forum*, vol: 31(6):1161-1169
52. Bergström, A. L., Eriksson, G., Koch, V. L., Tham, K. (2011). Combine Life Satisfaction of Persons With Stroke and Their Caregivers: Associations With Caregiver Burden And The Impact of Stroke, *Health and Quality of life Outcomes*, 11(9) <http://www.hqlo.com/content/9/1/1>
53. Karaaslan, A. (2013). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi, Ankara üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
54. Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., et all. (2004). Family Caregiver Burden: Results of A Longitudinal Study of Breast Cancer Patients and Their Principal Caregivers, *CMAJ*, 170 (12):1795-1800 doi:10.1503/cmaj.1031205
55. Babaoğlu, E., Öz, F. (2003). Terminal Dönem Kanser Hastalarına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 24-33
56. Vanderwerker, L. C., Laff, R. E., Kadan-Lottick, N. S., Mccoll, S., Prigerson, H. C. (2005). Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use Among Caregivers of Advanced Cancer Patients, *J Clin Oncol*, 23(28):6899-6907
57. Karabuğa-Yakar, H., Pınar, R. (2013). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(2), 1-16
58. Mosher, C. E., Champion, V. L., Azzoli, C. G., Hanna, N., Jalal, S. I., Fakiris, A. J. (2013). Economic and Social Changes Among Distressed Family Caregivers of Lung Cancer Patients, *Support Care Cancer*, 21(3): 819-826 doi:10.1007/s00520-012-1585-6.
59. Longo, C. J., Fitch, M., Deber, R. B., Williams, A. P. (2006). Financial and Family Burden Associated With Cancer Treatment in Ontario, Canada, *Support Care Cancer*, 14(11):1077-1085 doi: 10.1007/s00520-006-0088-8
60. Litman, J. (2006). The COPE Inventory: Dimensionality and Relationships With Approach- and Avoidance-Motives and Positive and Negative Traits Personality and Individual Differences 41 273–284 doi:10.1016/j.paid.2005.11.032

61. Lazarus, R. S., Folkman, S., (1986). Cognitive Theories of Stress and The Issue of Circularity. In M. H. Appley and R. Trumbull (Eds), Dynamics of Stress. Physiological, Psychological, and Social Perspectives, pp. 63–80, New York: Plenum
62. Koleck, M., Mazaux J. M., Rasclé, N., Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Psychosocial Factors and Coping Strategies As Predictors of Chronic Evolution and Quality of Life in Patients With Low Back Pain: A Prospective Study, *Eur J Pain*, 10: 1–11
63. Onbaşıoğlu, M. (2004). Stresle Baş Etmede Zihinsel Yöntemler, *Türk Psikoloji Bülteni*, 10(34-35), 103-127
64. Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A., Kara, H. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 221–226
65. Kaya, N., Bolol, N., Ülgen, S., İşçi, Ç., Özen, S., Akgün, G. (2017). Kanserli Bireyin Bakımından Sorumlu Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler, *Clin Exp Health Sci*, doi:10.5152/clinexphhealthsci.2017.422
66. Özarslan, Z., Fıstıkçı, N., Keyvan, A., Uğurad, Z. I., Saygılı, S. (2013). Depresyon Hastalarının Stres ile Başa Çıkma Stratejileri, *Marmara Medical Journal*, 26:130-5 doi: 10.5472/mmj.2013.02692.2
67. Baltaş, A., Baltaş, Z. (2006). Stres ve Başa Çıkma Yolları, İstanbul: Remzi Kitabevi
68. Çam, O., Gümüş, B. A. (2006). “Meme Kanserli Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3) s. 53 – 54
69. Zucca, A. C., et al. (2010). “Life is Precious and I’m Making The Best of it: Coping Strategies of Long-Term Cancer Survivors”, Centre For Health Research & Psycho-Oncology (Cherp), Cancer Council NSW, University of Newcastle & Hunter Medical Research Institute, Newcastle, Australia, *Psycho-Oncology* 19: 1268–1276 p. 1273
70. Peykerli, G. (2003). “Ölümcül Hastalıklara Psikolojik Yaklaşım”, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 25 (4) Özel Eki
71. Mariska, H., et al. (2011). “Psychological Distress in Women At Risk For Hereditary Breast Cancer: The Role of Family Communication and Perceived Social Support”, *Psycho-Oncology* 20: 1317–1323, s. 1321.
72. Fortune, D., Smith, V. J., Garvey, K. (2005). Perceptions of Psychosis, Coping, Appraisals, and Psychological Distress in The Relatives of Patients With Schizophrenia: An Exploration Using Self-Regulation Theory, *Clinical Psychology*, Volume 44, Issue 3, September page 319-331
73. Huang, X., Sun, F., Yen, W., Fu, C. (2008). The Coping Experiences of Carers Who Live With Someone Who Has Schizophrenia, *Journal of Clinical Nursing*, Volume 17, Issue 6, pages 817-826
74. Hassan, W. A. N., Mohamed, I. I., Elnaser, A., Sayed, N. E. (2011). Burden and Coping Strategies in Caregivers Of Schizophrenic Patients, *Journal of American Science*, 7(5), 802-811
75. Rammohan, A., Kiran, R., Subbakrishna D. K. (2002). Burden and Coping in Caregivers of Persons With Schizophrenia *Indian Journal Of Psychiatry*, 44(3)220-227
- Schizophrenia: Results of The Biomed I Study, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(9), 413-419.

77. Pehlivan, V. P. (2017). Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Kuramsal Yaklaşımlar: Bir Literatür Taraması, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 31 Bahar/1 s.497-521
78. Jeong, A., An, J. Y. (2017). The Moderating Role of Social Support on Depression and Anxiety For Gastric Cancer Patients and Their Family Caregivers, *Cancer and Social Support*, December 28, 1-9 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189808>
79. Sercekus, P., Besen, B. D., Gunusen P. N., Edeer, D. A. (2014). Experiences of Family Caregivers of Cancer Patients Receiving Chemotherapy, *Asian Pac J Cancer Prev*, 15 (12), 5063-5069, doi: <http://dx.doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.12.5063>
80. Özer, S. (2010). Kalp Yetersizliğinde Aile/Bakım Verici Yükü, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, s 3-7 doi: 10.55443/khd.2010.001
81. Aksu, A. (2014). Kanser Tanısı Konmuş Çocuk Yakınlarının Bakım Yüklerinin Belirlenmesi, Haliç Üniversitesi, Yüksek lisans tezi, İstanbul
82. Çavdar, İ. (2011). Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı, *Türk Onkoloji Dergisi* 26: 142-147 doi: 10.5505/tjoncol.2011.442
83. Schumacher, K. L., Koresawa, S., West, C., et al. (2002). Putting Cancer Pain Management Regimens into Practice at Home, *J Pain Symptom Manage*, 23: 369-82.
84. Molassiotis, A., Wilson, B., Blair, S., et al. (2011). Unmet Supportive Care Needs, Psychological Well-Being and Quality of Life in Patients Living With Multiple Myeloma and Their Partners. *Psychooncology*, 20: 88-97 doi: 10.1002/pon.1710
85. Uğur, Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, Doktora tezi, Ege üniversitesi, İzmir
86. Zarit, S. H., Zarit, J. M. (1990). The Memory and Behavior Problems Checklist and The Burden Interview, University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center
87. Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach, *J Pers Soc Psychol*, 56:267-283.
88. Carver, C. S. (1997). You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider The Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92-100.
89. Bacanlı, H., Sürücü, M., İlan. T. (2013). Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun (BÇSÖ-KF) Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 13(1) Kış 81-96
90. Lambert, S. D., Girgis. A., Descallar, J., Levesque, V. L., Jones, B. (2017). Trajectories of Mental and Physical Functioning Among Spouse Caregivers of Cancer Survivors Over The First Five Years Following The Diagnosis. *Patient Education and Counseling*, 100, 1213-1221 <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.031>
- 91. Ullrich, A., Ascherfeld, L., Marx, G., Bokemeyer, C., Bergelt, C., Oechsle, K. (2017). Quality of Life, Psychological Burden, Needs, And Satisfaction During Specialized Inpatient Palliative Care in**

Family Caregivers of Advanced Cancer Patients, *BMC Palliative Care*, 16: 31 doi: 10.1186/s12904-017-0206-z

92. Sutherland, N., Ward-Griffin, C., McWilliam, C., Stajduhar, K. (2017). Structural Impact on Gendered Expectations and Exemptions For Family Caregivers in Hospice Palliative Home Care, *Nursing Inquiry*, 24 e12157 doi: 10.1111/nin.12157

93. Germain, V., Dabakuyo-Yonli, S. T., Marilier, S., Putot, A., Bengrine-Lefevre, L. (2017). Management of Elderly Patients Suffering From Cancer: Assessment of Perceived Burden And of Quality of Life of Primary Caregivers, *Journal of Geriatric Oncology*, 8, 220–228 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgo.2016.12.001>

94. Vahidi, M., Mahdavi, N., Asghari, E., Ebrahimi, H., Eivazi, J., Hosseinzadeh M., et al. (2016). Other Side Of Breast Cancer: Factors Associated With Caregiver Burden, *Asian Nursing Research* 10 201-206 <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2016.06.002>

95. Johansen, S., Cvancarova, M., Ruland, C. (2017). The Effect of Cancer Patients' and Their Family Caregivers' Physical and Emotional Symptoms On Caregiver Burden, *Cancer Nursing*, vol. 00, no. 0, doi: 10.1097/NCC.0000000000000493

96. Akpınar, B. (2009). Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir

97. Eby, D. W., Molnar, L. J., Kostyniuk, L. P., St. Louis, R. M., Zanier, N. (2017). Characteristics of Informal Caregivers Who Provide Transportation Assistance to Older Adults, *Plos One*, September 20 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184085>

98. Yıldızeli, F. (2017). Geriatri Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Yorgunluk Düzeyi ve Baş Etme Tutumlarının Değerlendirilmesi, Gaziantep Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep

99. Softa, K. H., Çelik, A., Başbilen, H. (2016). Kemoterapi Alan Hasta Yakınlarında Depresyon, *Kastamonu Sağlık Akademisi Dergisi*, Cilt:1 Sayı: 1

100. Yeh, P., Wierengam, E., Yuan, S. (2009). Influences Of Psychological Well-Being, Quality of Caregiver-Patient Relationship, and Family Support on The Health of Family Caregivers For Cancer Patients in Taiwan, *Asian Nursing Research*, December, vol 3,no 4

101. Scherbing, M. (2002). Effect of Caregiver Perception of Preparedness on Burden in An Oncology Population, *ONF*, Vol 29, No 6 doi: 10.1188/02.ONF.E70-E76

102. Kabataş, Y. M. (2015). Kanserli Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki, Yüksel Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi. Erzurum

103. Berber, K. (2014). Akciğer Kanserli Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Sorunları Arasındaki İlişki, Atatürk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum

104. Koç, Z., Sağlam, Z., Çınarlı, T. (2016). Kanser Tanısı Almış Olan Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ile Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1

105. Kaynar, Ö. G. (2016). Kolorektal Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir

106. Chua C. K. T., Wu, J. T., Wong, Y. Y., Qu, L., Tan, Y. Y., Neo P. S. H., Pang G. S. (2016). Caregiving And its Resulting Effects—The Care Study to Evaluate The Effects of Caregiving on Caregivers of Patients With Advanced Cancer in Singapore, *Cancers*, 8, 105 doi:10.3390/cancers8110105
107. Scerri, C. (2014). The Curvy Side Of Dementia: The Impact of Gender on Prevalence and Caregiving, *Journal of The Malta College of Pharmacy Practice*, Issue 20, Summer
108. Chappell, N. L., Dujela. C., Smith, A. (2015). Caregiver Well-Being: Intersections of Relationship and Gender, *Research on Aging*, Vol. 37(6) 623–645, doi: 10.1177/0164027514549258
109. Ovayolu, Ö., Ovayolu, N., Aytaç, S., Serçe, S., Sevinç, A. (2014). Pain in Cancer Patients: Pain Assessment by Patients and Family Caregivers and Problems Experienced by Caregivers, *Support Care Cancer*, doi: 10.1007/s00520-014-2540-5
110. Toptaş, S. (2013). Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi, Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
111. Girgis, A., Lambert, S., Johnson, C., Waller, A., Currow, D. (2013). Physical, Psychosocial, Relationship, and Economic Burden of Caring For People With Cancer: A Review. *Journal of Oncology Practice*, Vol. 9, Issue 4
112. Yeşil, T., Uslusoy, Ç. E., Korkmaz, M. (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, *GÜSBĐ 5(4): 54-66*
113. Karabulutlu, Y. E., Akyıl, R., Karaman, S., Karaca, M. (2013). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Psikolojik Sorunlarının İncelenmesi, *Türk Onkoloji Dergisi 28(1):1-9* doi: 10.5505/tjoncol.2013.807
114. Flakerud, J. R., Cater, P. A., Lee, P. (2000). Distressing Emotions in Female Caregivers of People With AIDS, Age-Related Dementias, and Advanced-Stage Cancers, *Perspect Psychiatr Care*, Oct-Dec, 36(4):121-30
115. Polat, Ü. (2011). İleri Evre Kanser Hastalarında Semptom Yönetiminde Bakım Verenlerin Rollerini ve Destek Gereksinimleri, *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(4):193-198 doi: 10.5505/tjoncol.2011.461
116. Papastavrou, E., Tsangari, H., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S. Sourtzi, P. (2009). Gender Issues in Caring For Demented Relatives, *Hsj – Health Science Journal ® 1 Volume 3, Issue Psycho-Oncology 19: 1013–1025* doi: 10.1002/pon.1670
117. Gratao, A. C. M., Vendruscolo, T. R. M., Talmelli, L. F., Figueiredo, L. C., Santos, J. L. F., Rodrigues, R. A. P. (2012). Burden and The Emotional Distress in Caregivers of Elderly Individuals, *Text Context Nursing, Florianópolis*, Apr-Jun 21(2): 304-12
118. Ustaalioglu, Ö. B., Acar, E., Caliskan, M. (2017). The Predictive Factors For Perceived Social Support Among Cancer Patients And Caregiver Burden of Their Family Caregivers in Turkish Population, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1358370>
119. Yılmaz, B. E. (2017). Nörolojik Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Veren Yüğü ile Stresle Başa Çıkma Biçimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(3):145–149 doi: 10.14744/phd.2017.77699

120. Baumstarck, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Auquier, P., Leroy, T., Boyer, L. (2017). Assessment of Coping: A New French Four Factor Structure Of The Brief COPE Inventory, *Health and Quality of Life Outcomes*, 15:8 doi: 10.1186/s12955-016-0581-9
121. Malak, T. A., Dicle, A. (2008). Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü ve Etkileyen Faktörler, *Türk Nöroşirürji Dergisi*. Cilt: 18, Sayı: 2, 118-121
122. Han, Y., Hu, D., Liu, Y., Lu, C., Luo, Z., Zhao, J., Lopez, V., Mao, J. (2014). Coping Styles and Social Support Among Depressed Chinese Family Caregivers of Patients With Esophageal Cancer, *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 571e577, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.07.002>
123. Litzelman, K., Kent, E. E., Rowland, J. H. (2018). Interrelationships Between Health Behaviors and Coping Strategies Among İnformal Caregivers of Cancer Survivors, *Health Education & Behavior*, Vol. 45(1) 90–100, doi: 10.1177/1090198117705164
124. Costas-Munis, R. (2012). Hispanic Adolescents Coping With Parental Cancer, *Support Care Cancer*, 20:413–417 doi: 10.1007/s00520-011-1283-9
125. Huang, M. F., Huang, W. H., Su, Y. C., Hou, S. Y., et al. (2015). Coping Strategy and Caregiver Burden Among Caregivers of Patients With Dementia, *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 30:694–8.
126. Kumar, R., Kaur, S. (2015). Burden and Coping Strategies in Caregivers of Stroke Survivors. *J Neurol Neurosci*, doi: 10.21767/2171-6625.s10005

## EKLER

### Ek 1: Veri Toplama Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma; kanserli hastaya bakım verirken kadın ve erkek olarak yaşanan güçlüklerin ve baş etme durumunu belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu formu doldurmak yaklaşık 15 -20 dakikanızı alacaktır. Lütfen size en yakın olan seçeneği işaretleyiniz. Vereceğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. İsim belirtmenize gerek yoktur. İçten ve dürüst cevap vermeniz, güvenilir sonuçlar elde etme açısından önemlidir. Ankete katıldığımız için teşekkür ederiz.

#### Bölüm 1: Hastanın Tanımlayıcı Özellikleri

1) Doğum tarihi:

2) Cinsiyeti:  Kadın  Erkek

3) Eğitim durumu:  Okuryazar değil  Okuryazar  İlkokul-Ortaokul  
 Lise  Üniversite  Lisansüstü

4) Medeni durumu:  Evli  Bekar

5) Birlikte yaşadığı kişiler:  Yalnız  Çekirdek aile  Geniş aile

6) Tanısı:  Meme kanseri  Gastrointestinal sis. kanseri  
 Jinekolojik kanser  Hematolojik kanser  
 Akciğer kanseri  Testis Kanseri  Diğer (... ..)

7) Evresi:  1.evre  2.evre  3.evre  4.evre

8) Tanılanma süresi:  < 6 ay  6 ay – 1 yıl  1-2 yıl  ≥2 yıl

9) Metastaz (Yayılma) durumu:  Var  Yok

10) Aldığı tedavi türleri:  Kemoterapi  Radyoterapi  Cerrahi

11) Kaç kür kemoterapi aldı:  < 6 kür  ≥ 6 kür

12) Hastanın tedavi şekli:  Ayaktan  Yatarak

13) Hastaneye geliş nedeni:  Kemoterapi  Semptomatik yakınmalar  
 Radyoterapi  Cerrahi  Kemik İliği Nakli

14) Hastanın başka bir hastalığı olma durumu:

Evet  Hayır

Evet, ise; nedir? .....



## Bölüm 2: Bakım Vericinin Tanımlayıcı Özellikleri

- 1) Doğum tarihiniz:
- 2) Cinsiyetiniz  Kadın  Erkek
- 3) Medeni durumunuz:  Evli  Bekar
- 4) Eğitim durumunuz:  Okuryazar değil  Okuryazar  İlkokul-Ortaokul  
 Lise  Üniversite  Lisansüstü
- 5) Çalışma durumunuz:  Yarı zamanlı  Tam zamanlı  Çalışmıyorum
- 6) Mesleğiniz/İşiniz:  Memur  İşçi  Serbest Meslek  
 Emekli  Ev Hanımı  Diğer .....
- 7) Sosyal güvence durumunuz:  Var  Yok
- 8) Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız:  Gelir giderden az  
 Gelir gidere eşit  
 Gelir giderden fazla
- 9) Yaşadığınız yer:  Köy/Kasaba  İlçe  İl merkezi
- 10) Hastaya yakınlık dereceniz:  Anne  Baba  Eş  Çocuk  Kardeş  
 Akraba  Arkadaş  Diğer (.....)
- 11) Kaç çocuğunuz var:  Yok,  1  2  3  4 ve daha fazla
- 12) Evde birlikte yaşadığınız bireyler:  Yalnız  Eşim ile  Eş ve çocuklarım ile  
 Çocuklarım ile  Diğer (.....)
- 13) Bakım verdiğiniz kişi ile aynı evde mi yaşıyorsunuz? :  
 Evet  Hayır
- 14) Hastanıza bakım verme süreniz:  0-6 ay  6 ay- 1 yıl  1-2 yıl  ≥ 2 yıl
- 15) Hastanıza günlük ortalama bakım verme süreniz:  
 1-6 saat  7-12 saat  13-18 saat  19-24 saat
- 16) Daha önce başka bir hastaya bakım verdiniz mi? :  
 Evet  Hayır
- 17) Bakım verirken aile üyelerinden destek görüyor musunuz? :  
 Evet  Hayır  
 Evet, ise; Kimden destek görüyorsunuz? .....

18) Ne kadar süre destek alıyorsunuz?  Günde 1- 3 saat  Günde 4-6 saat  Hafta sonları

19) Kronik bir hastalığınız var mı? :  Var  Yok

20) Sigara kullanma durumunuz :  Evet  Hayır

21) Evet, ise; hastanıza bakım verdiğinizden bu yana sigara kullanma durumunuz arttı mı?

Evet  Hayır

22) Alkol kullanma durumunuz:  Evet  Hayır

23) Evet, ise; hastanıza bakım verdiğinizden bu yana alkol kullanma durumunuz arttı mı?

Evet  Hayır

24) Hastanıza bakım verdiğinizden bu yana iş/çalışma hayatınızda bir değişiklik oldu mu?

Hayır

Evet, ise; yaşadığımız sorunlara ( X ) işareti koyunuz.

<b>İşten atılma</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>İşten ayrılma</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>İş saatlerinin azalması</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>Diğer</b>	...	

25) Hastanıza bakım verdiğinizden bu yana maddi sıkıntılarınız oldu mu?

Hayır,

Evet, ise; yaşadığımız sorunlara ( X ) işareti koyunuz.

<b>Ev kirası ödeyememe</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>Gıda alışverişi yapamama</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>Tedavileri karşılayamama</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>Diğer</b>	...	

26) Hastanıza bakım verdiğinizden bu yana aile içi etkileşimlerinizde bir değişiklik oldu mu?

Hayır

Evet, ise; yaşadığımız sorunlara ( X ) işareti koyunuz

<b>Çocuklarıma ayırdığım zaman azaldı</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>Eşime ayırdığım zaman azaldı</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>Eşimle kavgalarımız arttı</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>Eşimle ayrıldık</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>Cinsel yaşamım olumsuz yönde etkilendi</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>Diğer</b>	...	

27) Hastaya bakım verdiğinizden beri fiziksel düzeyde sorun/sorunlar yaşadınız mı?

- Hayır
- Evet, ise; fiziksel düzeyde yaşadığınız sorunlara (X) işareti koyunuz.

<b>Yorgunluk</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>		Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>İştah Değişimi</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>		Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Boşaltım Şekli</b>	İshal <input type="checkbox"/>	Kabızlık <input type="checkbox"/>	İdrarda değişim <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Uyku Değişimi</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>		Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Dikkat Değişimi</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>		Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Kişisel Bakımda Değişim</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>		Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Diğer</b>	...			

28) Hastaya bakım verdiğinizden beri psikolojik sorunlar yaşadınız mı?

- Hayır,
- Evet, ise; psikolojik düzeyde yaşadığınız sorunlara ( X ) işareti koyunuz.

<b>Ağlama İsteği (sık sık)</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Gülme isteği (Uygunsuz durumlarda)</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Çaresizlik</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Konuşmak istememe</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Aşırı konuşmak isteme</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Sıkıntı hissi</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Güçsüzlük</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Ümitsizlik</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Korku</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Diğer</b>	.....		

29) Bakım verdiğiniz kişi ile ilgilendiğinizden beri sosyal yaşantınızda değişiklik oldu mu?

- Hayır
- Evet, ise; sosyal düzeyde yaşadığımız sorunlara ( X ) işareti koyunuz.

<b>Güncel olayların takibinde</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Komşuluk ilişkilerinde ( gün, gezme, çaylar vb.)</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Çevredeki diğer insanlarla olan ilişkiler</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>
<b>Kültürel ve sosyal aktivitelere katılım (sinema, tiyatro vb.)</b>	Azalma <input type="checkbox"/>	Artma <input type="checkbox"/>	Değişim olmadı <input type="checkbox"/>

30) Hastanıza bakım verirken karşılaştığınız başka güçlükler var mıdır?

- Evet  Hayır

31) Evet, ise; nelerdir?

.....

32) (Kadın iseniz cevap veriniz)

Kadın olmanızın hastanıza bakım vermenizde olumlu ya da olumsuz etkileri olduğunu düşünüyor musunuz?

- Hayır
- Evet

<b>KADIN OLDUĞUM İÇİN;</b>	<b>Evet katılıyorum</b>	<b>Hayır katılmıyorum</b>
Hastamın kişisel bakımını (temizlik, banyo vb) daha rahat yapabiliyorum		
Hastamın beslenmesini (yemek yapma, yedirme vb) daha rahat yapabiliyorum		
Hem ev işlerimi yapıp hem de hastama daha rahat bakabiliyorum		
Hastamın hastane işlerini daha rahat yapabiliyorum		
Hastama psikolojik olarak daha rahat destek olabiliyorum		
Hastama bakım verirken iş yaşantımı da devam ettirebiliyorum		

33) (Erkek iseniz cevap veriniz)

Erkek olmanızın hastanıza bakım vermenizde olumlu ya da olumsuz etkileri olduğunu düşünüyor musunuz?

- Hayır
- Evet

<b>ERKEK OLDUĞUM İÇİN;</b>	<b>Evet Katılıyorum</b>	<b>Hayır katılmıyorum</b>
Hastamın kişisel bakımını (temizlik, banyo vb) yapmakta <b>zorlanıyorum</b>		
Hastamın beslenmesini (yemek yapma, yedirme vb) daha rahat yapabiliyorum		
Hem ev işlerimi yapıp hem de hastama daha rahat bakabiliyorum		
Hastamın hastane işlerini daha rahat yapabiliyorum		
Hastama psikolojik olarak daha rahat destek olabiliyorum		
Hastama bakım verirken iş yaşantımı da devam ettirebiliyorum		

34) Bakım verdiğiniz süre içinde;

- Hastanıza ne kadar vakit ayırıyorsunuz? ..... (Saat olarak)
- Ev işlerine ne kadar vakit ayırıyorsunuz? .....(Saat olarak)
- Kendinize ne kadar vakit ayırıyorsunuz? .....(Saat olarak)
- Diğer aile üyelerine ne kadar vakit ayırıyorsunuz?.....(Saat olarak)
- İşinize ne kadar vakit ayırıyorsunuz? ..... (Saat olarak)

## Ek 2: Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

<b>Açıklama:</b> Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları “ <b>hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman</b> ” olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Size en yakın olan seçeneği işaretleyiniz.					
	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Oldukça sık</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12. Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					

<b>15.</b> Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
<b>16.</b> Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
<b>17.</b> Yakınızın hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
<b>18.</b> Yakınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
<b>19.</b> Yakınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
<b>20.</b> Yakınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
<b>21.</b> Yakınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
<b>22.</b> Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					

**Ek 3: Bakım Verenlerin Bakım Verme Nedeniyle Bazı Alanlarda Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı**

Sorun Alanı	Kadın				Erkek				X <sup>2</sup>	p
	Evet		Hayır		Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>İşle ilgili sorun yaşama* **</b>										
İşten ayrılma	3	7,9	35	92,1	13	19,4	54	80,6	2,486	0,115
İş saatlerinin azalması	21	55,3	17	44,7	20	29,9	47	70,1	6,579	<b>0,010</b>
Diğer	3	7,9	-	-	2	5,2	-	-		
<b>Maddî sıkıntı yaşama*</b>										
Ev kirasını ödeyememe	6	13,6	38	86,4	9	27,3	24	72,7	2,235	0,135
Gıda alışverişi yapamama	18	40,9	26	59,1	18	54,5	15	45,5	1,409	0,235
Tedavileri karşılayamama	14	31,8	30	68,2	8	24,2	25	75,8	0,530	0,466
Diğer	2	1,8	-	-	1	1,1	-	-		
<b>Aile içi etkileşimlerde değişim yaşama*</b>										
Çocuklarına ayrılan zamanın azalması	43	39,1	67	60,9	36	40	54	60	0,017	0,896
Eşe ayrılan zamanın azalması	28	25,5	82	74,5	16	17,8	74	82,2	1,700	0,192
Eş ile kavgaların artması	7	6,4	103	93,6	9	10	81	90	0,889	0,346
Cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi	31	28,2	79	71,8	31	34,4	59	65,6	0,908	0,341
Diğer	2	1,8	-	-	-	-	-	-		
<b>Fiziksel sorunlar*</b>										
Yorgunluk	76	69	34	30,9	46	51,1	44	48,9	6,726	<b>0,009</b>
İştah değişimi	49	45,5	61	55,5	17	18,8	73	81,1	14,737	<b>&lt;0,001</b>
Boşaltım Şekli	28	25,5	82	74,5	6	6,7	84	93,3	12,383	<b>&lt;0,001</b>
Uyku değişimi	74	67,3	36	32,7	43	47,8	47	52,2	7,749	<b>0,005</b>
Dikkat değişimi	59	53,7	51	46,4	37	41,1	53	58,9	3,111	0,078
Kişisel bakımda değişim	54	49,1	56	50,9	31	34,5	59	65,6	4,345	<b>0,037</b>
Diğer	2	1,8	-	-	-	-	-	-		



### Bakım Verenlerin Bakım Verme Nedeniyle Bazı Alanlarda Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı (Devam)

<b>Psikolojik sorunlar *</b>										
Ağlama isteği (sık sık)	68	61,8	42	38,2	32	35,5	58	64,4	13,657	<0,001
Gülme isteği (uygunsuz)	29	26,3	81	73,6	15	16,6	75	83,3	2,712	0,100
Çaresizlik	65	59,1	45	40,9	42	46,7	48	53,3	5,639	<b>0,018</b>
Konuşmak istememe	66	60	44	40	26	28,9	64	71,1	19,288	<0,001
Aşırı konuşmak isteme	24	21,8	86	78,2	13	14,5	77	85,6	1,785	0,182
Sıkıntı hissi	72	65,4	38	34,5	40	44,4	50	55,6	7,975	<b>0,005</b>
Güçsüzlük	62	56,3	48	43,6	24	26,7	66	73,3	17,811	<0,001
Ümitsizlik	64	55,4	49	44,5	27	30,0	63	70	13,017	<0,001
Korku	69	62,7	41	37,3	29	32,2	61	67,8	18,432	<0,001
<b>Sosyal sorunlar*</b>										
Güncel olayları takip etme	65	59,0	45	40,9	49	54,4	41	45,6	0,436	0,509
Komşuluk ilişkileri	65	59,0	45	40,9	48	53,3	42	46,7	0,668	0,414
Çevredeki insanlarda ilişki	61	55,4	49	44,5	46	51,1	44	48,9	0,375	0,540
Kültürel ve sosyal etkinliklere katılım	74	66,3	36	32,7	53	78,8	37	41,1	1,501	0,220

\*Bu soruya birden fazla cevap verildiği için "n" artmış ve yüzdeler "n" üzerinden hesaplanmıştır.  $X^2$ : Ki kare testi \*\*Çalışanlar üzerinden hesaplanmıştır.

**Ek 4: Bakım Verenlerin BÇSÖ-KF Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı**

BÇSÖ-KF Alt ölçekleri	Kadın (n=110)		Erkek (n=90)		U	p
	Medyan	Min-Max	Medyan	Min-Max		
<b>Sorun odaklı baş etme (Genel Toplam)</b>	24	11-32	24	(16-32)	0,143 <sup>2</sup>	0,154
Araçsal sosyal destek kullanma	7,000	(2-8)	6,000	(3-8)	1,429 <sup>2</sup>	0,153
Kendini sınırlandırma	5,000	(2-8)	5,000	(2-8)	2,091 <sup>2</sup>	<b>0,036</b>
Diğer etkinlikleri bırakma	6,000	(3-8)	6,000	(3-8)	0,641 <sup>2</sup>	0,521
Planlama	7,000	(2-8)	6,000	(4-8)	0,353 <sup>2</sup>	0,724
<b>Duygusal odaklı baş etme (Genel toplam)</b>	28	(16-40)	27	(18-37)	-2,71	<b>0,007</b>
Olumlu yeniden yorumlama	6,000	(2-8)	6,000	(2-8)	1,376 <sup>2</sup>	0,169
Dine yönelme	8,000	(2-8)	7,000	(2-8)	4,253 <sup>2</sup>	<b>&lt;000,1</b>
Mizahi yaklaşım	4,000	(2-8)	4,000	(2-8)	0,459 <sup>2</sup>	0,646
Duygusal sosyal destek kullanımı	5,000	(2-8)	5,000	(2-7)	1,341 <sup>2</sup>	0,180
Kabullenme	6,000	(2-8)	6,000	(2-8)	1,185 <sup>2</sup>	0,236
<b>İşlevsel olmayan baş etme (Genel toplam)</b>	18	(12-28)	16	(10-27)	-3,12 <sup>2</sup>	<b>0,002</b>
Zihinsel olarak ilgiyi kesme	5,000	(2-8)	4,000	(2-8)	2,410 <sup>2</sup>	<b>0,016</b>
Duygulara odaklanma ve ortaya koyma	4,000	(2-8)	4,000	(2-8)	1,933 <sup>2</sup>	0,053
Yadsıma	3,000	(2-8)	3,000	(2-8)	0,580 <sup>2</sup>	0,562
Davranışsal olarak ilgiyi kesme	2,000	(2-8)	2,000	(2-7)	0,939 <sup>2</sup>	0,348
Madde kullanımı	2,000	(2-8)	2,000	(2-8)	1,473 <sup>2</sup>	0,141

U: Mann Whitney U

**Ek 5: Klinikten Yazılı İzin**

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU FORNES

T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

TARİH  
02/11/17

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK  
KURULU BAŞKANLIĞINA

Sorumlu araştırmacısı Nazlı OZBEK olan "Kanserli Hastaya Bakım Verenlerde Toplumsal Cinsiyetin Bakım Yükü ve Baş Etme Durumuna Etkisi" isimli tez çalışmasının veri toplama aşaması Anabilim Dalımızda/Kliniğimizde yapılacaktır.

Saygılarımla

Doç. Dr. Nuri KARADURMUŞ  
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Tıbbi Onkoloji Kl. Eğt. Ve İd. Sor.

## Ek 6: Etik Kurul İzni



**T.C.**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 19 ARALIK 2017 SALI  
TOPLANTI NO : 2017/2  
PROJE NO : 17/1 (Değerlendirilme Tarihi: 21.11.2017)  
KARAR NO : 17/1-4

Üniversitemiz Hemşirelik Yüksekokulu Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Ayşe KILIÇ'ın sorumlu araştırmacı olduğu ve Nazlı ÖZBEK'in yüksek lisans tezi olan, 17/1 kayıt numaralı, "**Kanserli Hastaya Bakım Verenlerde Toplumsal Cinsiyetin Bakım Yükü ve Baş Etme Durumuna Etkisi**" başlıklı proje önerisi araştırmının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

**BAŞKAN**

**ÜYE**

**ÜYE**

Ahmet COŞAR  
Prof. Dr.

Mükerrem SAFALI  
Prof. Dr.

Ayhan KILIÇ  
Prof. Dr.

**ÜYE**

**ÜYE**

**ÜYE**

**ÜYE**

Alper GÖZÜBÜYÜK  
Prof. Dr.

Levent KENAR  
Prof. Dr.

Cumhur SİPAHI  
Prof. Dr.

Cumhur AYDIN  
Prof. Dr.

**ÜYE**

**ÜYE**

**ÜYE**

Cemal Nuri ERÇİN  
Prof. Dr.

Kazım Emre KARAŞAHİN  
Prof. Dr.

Murat ÇELİK  
Doç. Dr.

**ÜYE**

**ÜYE**

**ÜYE**

Bülent PİŞKİN  
Doç. Dr.

Ceyhan ALTUN  
Doç. Dr.

Dilek YILDIZ  
Doç. Dr.

## Ek 7: TÜEK İzni



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
GÜLLHANE SAĞLIK UYGULAMA ARAŞTIRMA MERKEZİ  
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)  
KARAR DFFTERİ



KARAR TARİHİ :25.01.2018  
KARAR NO:01

### 25.01.2018 TARİHLİ 01. KURUL KARARININ DEVAMIDIR

8. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliğinin 05.01.2018 tarihli, SAYI: 75252626.799-1-418 sayılı ve "Emine İYİĞÜN-Araştırma İzni" konulu Prof.Dr. Emine İYİĞÜN'ün "Ayaktan Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Kansere Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi" başlıklı akademik çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
9. GEAH İbibi Onkoloji Kliniğinde görev yapmakta olan Hem. Nazlı ÖZBEK'in 05.01.2018 tarihli, SAYI:50687469-604.02-1.02.203 sayılı "Yüksek Lisans Tez Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "Kanserli Hastaya Bakım Verenlerde Toplumsal Cinsiyetin Bakım Yükü ve Baş Etme Durumuna Etkisi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
10. GEAH Başhekim Yardımcısı olarak görev yapan Uzm. Dr. Nihal DÜRMAZ'ın 08.01.2018 tarihli, SAYI:50687469-000-526 sayılı "Nihal DÜRMAZ- Araştırma İzni" konulu dilekçesi ve "Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı ve Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuklarda Sağlık Hizmet Sunumunda Klinik Etik İlkeleri ve Onam (Rıza) Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
11. GEAH Göğüs Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan Hem. Sevdâ ATCI'nın 08.01.2018 tarihli, SAYI:50687469-929-1.260 sayılı "Akademik Araştırma" konulu dilekçesi ve "İlaç Uygulamalarında İnfüzyon Pompası Cihazlarının Kullanımı ve Güvenliği Konusunda Hemşirelerinin Yaşadığı Sorunların İncelenmesi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
12. GEAH Genel Cerrahi Kliniğinde görev yapmakta olan Hem. Pervin GÖKAY'ın 08.01.2018 tarihli, SAYI:50687469-929-253 sayılı "Doktora Tez Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "Abdominal Cerrahi Geçirecek Diyabetli Hastalarda Perioperatif Glisemi Takip Protokolünün Hastaların Glisemi Sonuçlarına Etkisi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
13. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliğinin 09.01.2018 tarihli, SAYI: 75252626.604.01.02-1-417 sayılı ve "Doç.Dr.Tülay BAŞAK-Araştırma İzni" konulu Doç.Dr. Tülay BAŞAK'ın "Alt Ekstremitte Varis Tanısı Konulan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı bireysel araştırma projesi çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.

**Ek 8: Başa Çıkma Stilleri- Kısa Formu Kullanım İzni**

10.07.2018

Gmail - Fwd: BÇSÖ-KF



Nazlı Özbek &lt;nazlimudoga@gmail.com&gt;

**Fwd: BÇSÖ-KF**

1 mesaj

Hasan Bacanlı <hasan.bacanlı@gmail.com>  
Alıcı: nazlimudoga@gmail.com

17 Ağustos 2017 20:42

Hasan BACANLI, Ph.D.  
GSM: 532-485 78 98

- >
- > Ölçeği akademik amaçlarla kullanmanızda bir sakınca yoktur. Ancak ölçeği yayınlamayınız ve sonuçlardan beni haberdar ediniz. Çünkü isattistiksel olarak iyi olmakla beraber geliştirilmesi gereken hususlar olduğunu düşünüyorum.
- > İyi çalışmalar
- > Hasan BACANLI, Ph.D.
- >
- >
- >

 cope-ölçek\_yalin.doc  
70K

## Ek 9: Gönüllü Olur Formu

### SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ “GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR” İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Kanserli Hastaya Bakım Verenlerde Toplumsal Cinsiyetin Bakım Yükü ve Baş Etme Durumuna Etkisi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Doç. Dr. Ayşe KILIÇ:

Diğer Araştırmacıların Adı: Nazlı ÖZBEK

Destekleyici (varsa):

“Kanserli Hastaya Bakım Verenlerde Toplumsal Cinsiyetin Bakım Yükü ve Baş Etme Durumuna Etkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni yakınınızda kanser hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalında, Hemşire Nazlı Özbek’in sorumluluğu altındadır.

#### **Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

•Araştırmanın amacı: Bu çalışmada; kanserli hastaya bakım verenlerde toplumsal cinsiyetin bakım yükü ve baş etme durumuna etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

•Tek merkezde yapılmak üzere planlanan bu çalışmaya kriterlere uyan 100-200 hasta yakınının katılması planlanmıştır.

#### **Bu çalışmaya katılmalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

**Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?**

- Çalışma yüz yüze görüşme yöntemiyle anket doldurularak yapılacaktır.
- Araştırmanın süresi 15 – 20 dk ‘dır.
- Araştırma süresince katılımcılardan veri toplamak amacıyla tedavi protokolü harici bir laboratuvar tetkiki veya test yapılmayacaktır.

**Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?**

Yok.

**Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

Bakım verenlerin özelliklerinin bilinmesi; özellikle cinsiyete dayalı yaşanan zorlukların ve başa çıkma tutumlarının belirlenmesi, günlük yaşama yönünden risk altındaki grubun belirlenmesi, destek gruplarının bu özelliklere göre oluşturulması, götürülecek hizmetin planlanmasında kaynakların saptanması, sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi açısından önemlidir

**Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

**Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Çalışma hemşireniz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarımızla ilgili bilgi istemeye hakkımız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

**Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : NAZLI

GÖREVİ : ÖZBEK

TELEFON : 05355148556



(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Tıbbi Onkoloji Anabilim dalında, Hemşire Nazlı ÖZBEK tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Hemşire Nazlı ÖZBEK’i Tıbbi Onkoloji AD 03123044165’ten arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hemşire

Adı soyadı, unvanı: Hemşire Nazlı ÖZBEK

Adres: GEAH Tıbbi Onkoloji AD 2.kat

Tel: 03123044165

İmza:

Tarih:

## ÖZGEÇMİŞ ve İLETİŞİM BİLGİLERİ

### **İ- Bireysel Bilgiler**

Adı-Soyadı: Nazlı ÖZBEK

Doğum yeri ve tarihi: Fatih- 18.01.1989

Uyruğu: T.C

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: Ankara GEAH Tıbbi Onkoloji Kliniği –

Tel :05355148556 e-mail: nazlimudoga@gmail.com

Yabancı dili: İngilizce

### **İİ- Eğitimi**

2007-2011 Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu

2003-2007 Samsun Anadolu Lisesi

1996-2003 Ticaret ve Sanayi Odası İlköğretim Okulu

1995-1996 Abdullahpaşa İlkokulu

### **III- Ünvanları**

Hemşire

### **IV- Mesleki Deneyimi**

2011-2012GATA Haydarpaşa Askeri Hastanesi

2012-(...) Gülhane eğitim ve Araştırma Hastanesi

### **V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar**

Türk Onkoloji Hemşireliği Derneği

Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği