



**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KANSER HASTASINA BAKIM VERENLERDE BAKIM YÜKÜ,  
BAŞ ETME VE DUYGUSAL ZEKÂNIN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GÖZDE ÖZDEMİR**

**DANIŞMAN**

**DR. ÖĞR. ÜYESİ AYŞE ÖZKARAMAN**

**2018**



**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KANSER HASTASINA BAKIM VERENLERDE BAKIM YÜKÜ,  
BAŞ ETME VE DUYGUSAL ZEKÂNIN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GÖZDE ÖZDEMİR**

**DANIŞMAN**

**DR. ÖĞR. ÜYESİ AYŞE ÖZKARAMAN**

**2018**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Gözde Özdemir'in Yüksek Lisans olarak hazırladığı "Kanser Hastasına Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Baş Etme ve Duygusal Zekanın İncelenmesi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirerek "KABUL" edilmiştir.

25.09.2018

Üye : PROF.DR. NEDİME KÖŞGEROĞLU



Üye : DOÇ. DR. ÖZLEM ÖRSAL



Üye : DOÇ.DR. ERTUĞRUL ÇOLAK



Üye : DR. ÖĞR.ÜYESİ AYŞE ÖZKARAMAN (DANIŞMAN)

Üye : DR. ÖĞR.ÜYESİ FİLİZ ÖZEL



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 28.09.2018 tarih ve 1191/5911 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ  
Enstitü Müdürü



## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma kanser hastalarına bakım veren bireylerin bakım verme yükü, baş etme tutumu ve duygusal zekâ düzeyini değerlendirmek amacıyla kesitsel olarak planlandı.

**Gereç-yöntem:** Araştırma 01.11.2017-31.02.2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Medikal onkoloji, Hematoloji klinik ve polikliniklerinde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini 18 yaş üzeri, Türkçe okuyup-yazabilen, tanımlanmış psikiyatrik hastalığı olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü 238 bakım veren oluşturdu. Araştırma verileri kişisel veri toplama formu, Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği, Baş Etme Tutumları Değerlendirme Ölçeği, Zarit Bakım Yükü Ölçeği kullanılarak toplandı. Araştırma verileri Spearman Korelasyon analizi, Kruskal Wallis Testi, Dunn's Testi ve Mann Whitney U testleri ile analiz edildi.

**Bulgular:** Araştırmada bakım verenlerin %63'ü kadın, %40.3'ü 20-40 yaş arası olup çoğunluğu lise mezunu (%30.7) ve evlidir (%64.3). Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği toplam medyan puanı 44.97(21.00-82.00); başa çıkma tutumları ölçeği toplam medyan puanı 150.44(60.00-201.00); duygusal zeka ölçeği toplam medyan puanı 160.49±16.81'dir. Bakım verenlerin bakım verme yükü medyan puanı öğrenim düzeyi, aile tipi, gelir durumu, yaşanılan yer ve hastaya uygulanan tedaviye göre; başa çıkma tutumu toplam medyan puanı bakım verenin yaşadığı yer ve kronik hastalık durumu, hastanın hastalık evresine göre; duygusal zekâ toplam medyan puanı öğrenim düzeyi ve yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır ( $p<0.005$ ). Araştırmada bakım verme yükü medyan puanı ile duygusal zekâ medyan puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanırken ( $r=0.240$ ;  $p<0.005$ ); bakım verme yükü ile başa çıkma tutumları medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi ( $p=0.863$ ). Başa çıkma tutumları medyan puanı ile duygusal

zekâ ölçeği duyguların kullanımını alt boyut medyan puanı arasında negatif yönde zayıf ilişki saptandı ( $r=-0.153$ ;  $p=0.018$ ).

**Sonuç:** Bu araştırmada kanser hastasına bakım verenlerde orta düzeyde bakım verme yükü belirlendi. Bakım verenlerin bakım yükü, başa çıkma tutumu ve duygusal zekâ düzeyinin bazı sosyo-demografik faktörlerden etkilendiği belirlendi.

**Anahtar kelimeler:** Kanser, Bakım Veren, Bakım yükü, Başa çıkma tutumu, Duygusal Zekâ, Hemşirelik

## SUMMARY

**Aim:** This research is a cross-sectional study designed to evaluate the care burden, coping status and emotional intelligence of caregivers.

**Material and Metod:** This study was carried out between 01.11.2017-31.02.2018 in the University of Health Sciences Kartal Lütü Kirdar Training and Research Hospital Medical oncology, hematology clinic and policlinics.

The sample of the study consisted of 238 caregivers who were over 18 years, were able to read and write in Turkish, did not have a defined psychiatric disorder, and were volunteers to participate in this research. The data of this research was used by collecting personal data collection form, the Schutte Emotional Intelligence Scale, the Coping Attitudes Scale, and the Burden Interview Scale. Kruskal Wallis test, Dunn's test, Mann Whitney U test, Spearman correlation analysis were used in the analysis of the data.

**Findings:** In this research, 63% of the caregivers are women, 40.3% of them are between 20-40 years old, most of them are high school graduates (30.7%) and married (64.3%). The total median point of caregivers' care burden interview scale is 44.97(21.00-82.00); the total median point of coping attitudes scale is 150.44(60.00-201.00); the total median point of the emotional intelligence scale is 160.49±16.81. The median point of caregivers' burden is statistically different according to the level of education, family type, income status, place of residence and treatment applied to the patient; the median point of coping status is statistically different according to the caregiver's place of residence, the chronic disease status and the phase of patient's disease; and the median point of emotional intelligence is statistically different according to the level of education and place of residence ( $p < 0.005$ ).

In this study, while there was a weak positive relationship between the median point of caregiving burden and the median score of emotional

intelligence;(r=0.240, p<0.005); there was no relation between the median point of caregiving burden and coping attitude (p=0.863).There was a weak negative correlation between the median score of coping attitudes and the subscale of emotional intelligence scale (r=-0.153, p=0.018).

**Result:** In this study, moderate caregiving burden was determined for those caring for cancer patients. It was revealed that caregivers' care burden, coping attitude and emotional intelligence level were influenced by some socio-demographic factors.

**Key words:** Cancer, Caregiver, Caregiving burden, Coping attitudes, Emotional intelligence, Nursing.

# İÇİNDEKİLER TABLOSU

İÇ KAPAK .....	i
KABUL VE ONAY SAYFASI .....	ii
ÖZET .....	iii
SUMMARY .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vii
TABLO DİZİNİ.....	ix
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Kanser .....	5
2.2. Kanser Etiyolojisi .....	5
2.3. Kanserde Tanı Yöntemleri .....	8
2.3.1. Kanserde Tedavi Yöntemleri.....	10
2.3.1.1. Cerrahi tedavi .....	10
2.3.1.2. Radyoterapi .....	10
2.3.1.3. İmmünoterapi .....	10
2.3.1.4. Kemoterapi.....	11
2.4. Kanser Hastasının Bakımı .....	12
2.4.1. Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Özellikleri.....	14
2.4.2. Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler ve Başa Çıkma Tutumları.....	15
2.4.3. Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Duygu Durumu ve Duygusal Zekâ Düzeyi.....	17
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>20</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	20
3.4. Araştırma Verilerinin Toplaması .....	21
3.5.1. Araştırma izni .....	21
3.5.2. Veri toplama araçları .....	22
3.5. Araştırma verilerinin analizi ve değerlendirilmesi.....	23
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>24</b>
4.1. Bakım Verenlerin ve Bakım Verilen Hastaların Özelliklerinin Dağılımı .....	24
4.2. Bakım Verenlerin Bakım Yükü Medyan Puanlarının Dağılımı... ..	27



4.3. Bakım Verenlerin Başa Çıkma Tutumları Medyan Puanlarının Dağılımı .....	31
4.4. Bakım Verenlerin Duygusal Zekâ Medyan Puanlarının Dağılımı .....	35
4.5. Bakım Verenlerin Bakım Yükü, Başa Çıkma Tutumları ve Duygusal Zekâ Medyan Puanları Arasında İlişki .....	37
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>39</b>
5.1. Hastaların ve Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik, Tıbbi Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükünün Tartışılması.....	39
5.2. Bakım Verenlerin Başa Çıkma Tutumlarının Bakım Verenler ve Hastaların Sosyo-Demografik, Tıbbi Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	42
5.3. Bakım Verenlerin Duygusal Zekâ Düzeyinin Sosyo-Demografik, Tıbbi Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	45
5.4. Bakım Verenlerin Bakım Yükü, Başa Çıkma Tutumları Ve Duygusal Zekâ Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	47
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>49</b>
<b>7. KAYNAKLAR DİZİNİ .....</b>	<b>51</b>
<b>8. EKLER DİZİNİ .....</b>	<b>67</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>79</b>

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 4. 1.</b>	Bakım Verilen Hastaların Tıbbi Özelliklerinin Dağılımı.....	<b>26</b>
<b>Tablo 4. 2.</b>	Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	<b>27</b>
<b>Tablo 4.3.</b>	Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Medyan Puanlarının Hastaların Özelliklerine Göre Dağılımı.....	<b>29</b>
<b>Tablo 4.4.</b>	Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Medyan Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	<b>31</b>
<b>Tablo 4.5.</b>	Bakım Verenlerin Başa Çıkma Tutumları Medyan Puanlarının Hastaların Özelliklerine Göre Dağılımı.....	<b>33</b>
<b>Tablo 4.6.</b>	Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Başa Çıkma Tutumları Medyan Puanlarının Dağılımı.....	<b>34</b>
<b>Tablo 4.7.</b>	Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Duygusal Zekâ Medyan Puanlarının Dağılımı.....	<b>36</b>
<b>Tablo 4.8.</b>	Tablo 4.8: Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü, Başa Çıkma Tutumları, Duygusal Zekâ Puan Ortalamalarının Korelasyon Dağılımları .....	<b>38</b>

## **SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ**

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

DNA: Deoksiribonükleik asit

RNA: Ribo nükleik Asit

EBV: Epstein-Barr virüsü

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hücrelerin kontrolsüz bölünmesi ve çoğalması ile ortaya çıkan kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık karşılaşılan ölüm nedenlerindedir (Keskin & Topuzoğlu, 2006; WHO, 2018a). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre erkeklerde en yaygın akciğer, mide, kolorektal, karaciğer ve prostat kanserleri; kadınlarda ise meme, servikal, kolorektal, akciğer ve mide kanserleri görülmektedir (WHO, 2018a). Ülkemizde ise kanser nedenli ölümlerin %31.1'ni solunum sistemi, %8.6'nı mide, %8.1'ni lenfoid ve hematopoetik kötü huylu tümör, %7.3'nü kolon, %6'nı pankreas ve diğer kanserler oluşturmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2018). Kanser tedavisi radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi gibi bir den fazla tedavi seçeneğinin uygulandığı bir süreçtir. Bu süreçte gerek hastalık gerekse tedavilere bağlı hem hastalar hem de bakım verenlerin sağlığı olumsuz etkilenmekte, yaşam kaliteleri düşmektedir (Özkan & Armay, 2007; Elçigil, 2015).

Kanser hastalarının klinik durumlarına göre bakım ihtiyacı değişkenlik göstermektedir. Ülkemizde bu hastaların bakımları profesyonel bakım hizmeti sunan bireyler tarafından formal ve/veya hasta yakınları tarafından informal olarak yürütülmektedir. Bakım verme kavramı sabır, empati ve insancıl olmayı gerektiren bir süreçtir ve bu süreçte hasta yakınlarının ve bakım verenlerin desteklenmesi önerilir (İnci & Erdem, 2008). Araştırmalar bakım veren bireylerin bakım verme süresi, sağlığı algılama durumları ve bakım verilen bireyi kaybetme duygusuyla ilişkili ruhsal erozyona uğradıkları, kendi öz bakımlarını ihmal ettiklerini belirtmektedir (Şahin, Polat & Ergüney, 2009; Yeşil, 2016; Özden, 2016; Alahan, Aylaz & Yetiş, 2015). Şahin, Polat & Ergüney (2009) bakım verenlerin kanser hastasına bakım vermeye başlamadan önce kendi sağlık durumlarını daha iyi algıladıkları, bakım vermeye başladıktan sonra daha kötü algıladıklarını belirtmiştir (Şahin, Polat & Ergüney, 2009). Bakım

verenin kendi ve aile yaşamındaki değişimler ve engeller bakım yükü olarak algılanır. Bakım yükü; yaş, cinsiyet, eğitim ve ekonomik durum, hasta ile yakınlık derecesi, gönüllü olma durumu, hastalığının olup olmaması, baş etme becerileri, inançları, sosyal destek düzeyi ve yaşadığı toplumun özelliklerine göre değişkenlik gösterir (Koralıtan, 2017; Erdem, vd., 2013). Yeşil, Uslusoy & Korkmaz (2016) bakım yükünün fiziksel ve emosyonel yönden mücadele güçlüğüne, sosyal ve mental sağlıkta olumsuz etkilere ve yaşam enerjisinde düşüşe neden olduğunu belirtmiştir (Yeşil, Uslusoy & Korkmaz, 2016).

Bakım verenlerin bakım yükü ve yaşadıkları sorunlarla mücadelede geliştirdikleri başa çıkma tutumları önemlidir. Smeltzer vd. (2010) bakım veren bireylerin fiziksel, emosyonel ve sosyal yaşam becerisine yönelik eğitim almalarını ve sosyalleşmelerini önermektedir (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheer, 2010). Hazırlanan bir rehberde bakım verenlerin yeterli uyuyarak, yediklerine dikkat ederek, yeterli istirahat ederek, spritüel yönünü geliştirerek, haklarını bilerek, duygu ve kaygıları için destek alarak, sınırlarının farkında olarak yaşadıkları güçlüklerle baş edebilecekleri ifade edilmektedir (The cancer care connect bloklet, 2017). Bektaş (2014b) ise bakım verenlerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için yönetim, sınırların belirlenmesi, iletişim, eğitim, destek ve sosyalleşme konularını bilmeleri gerektiğini vurgulamıştır. Yapılan araştırmalar problemlerin çözümünde, stres ve anksiyete ile mücadelede duygusal becerinin önemini vurgulamaktadır (Avşar&Kaşıkçı, 2010; Alici, 2017; Büyükbayram&Gürkan, 2014; Şahin, Güler & Basım, 2009; Landa vd., 2008; Vakola vd., 2002).

Bireyin yaşam mücadelesinde özdenetim, motivasyon, sosyal ilişki yönetiminde duygusal beceri/duygusal zeka düzeyi önemli bir belirleyicidir (Avşar&Kaşıkçı, 2010; Büyükbayram&Gürkan, 2014). Bu kavramı ilk tanımlayan Salovey ve Mayor (1990: 189) duygusal zekâyı, gerek akademik gerekse yaşam boyu insanı insan yapan en önemli kavram olarak belirtir (Salovey & Mayor, 1990). Duygusal zeka hastalar için;

hastalığa yaklaşım, mücadele, iyileşme süreci; bakım verenler için empati, kişilerarası ilişkilerin yönetimi ve sorumluluk bilinci için gerekli bir kavramdır. Son zamanlarda bakım verenlerle ilgili yapılan çalışmalarda duygusal durum, duygusal zekâ kavramlarının ön plana çıktığı görülmektedir (Freshwater & Stickley, 2004; Atilla, Çarıkçı&Erdem, 2013; Atagün vd., 2011; Aydoğan, 2012; Goldenberg vd., 2006; Brown & Schuttle, 2006). Freshwater & Stickley (2004) hasta bakımında duygusal zekâ düzeyinin önemli bir kavram olduğunu ve hastaya sadece fizyolojik bakım odaklı hizmet sunumunun yeterli olmadığını vurgulamıştır (Freshwater & Stickley, 2004). Atilla vd. (2013) ise duygusal zekânın, hasta ve bakım verenlerin memnuniyetini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir (Atilla vd., 2013). Literatürden elde edilen bilgilere göre bakım veren bireyin kendini geliştirmesi, gerekli durumlarda destek alması, güdülenmesi, kendine değer vermesi ve dengeyi sağlayabilmesi için duygusal zekâ düzeyi belirleyici olabilmektedir. Ancak araştırmalarda bu alanda ampirik çalışmaların arttırılması gerektiğini de belirtmektedir (Akerjorder & Severinsson, 2007; Aşan & Özyer, 2003). Elde edilen bilgiler ışığında bu çalışma kanser hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü, başa çıkma tutumu ve duygusal zekâ düzeyine bakım verenin sosyo-demografik özellikleri ile bakım verilen hastanın tıbbi özelliklerinin etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırmanın hipotezleri şu şekilde oluşturulmuştur;

H1: Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile hastaların tıbbi özellikleri bakım verme yükünü etkiler

H2: Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile hastaların tıbbi özellikleri bakım verenlerin başa çıkma tutumlarını etkiler

H3: Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri duygusal zekâ düzeyini etkiler.

### **1.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri bakım verenlerin bakım yükü, başa çıkma tutumu ve duygusal zekâ düzeyi; bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumudur.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kanser

Kanser, anormal hücre büyümesi ve çoğalması ile tanımlanan, birden fazla faktörün rol oynadığı, DNA'da ortaya çıkan mutasyonlardır. Yaş, cinsiyet, ekonomik durum ve toplum ayırt etmeksizin herkesi etkileyen bu hastalık, 2015 yılında 8.8 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur (WHO, 2018a). Kansere Dünya'da ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklarından sonra ikinci sırada gelmektedir (WHO, 2018a; Türkiye İstatistik Kurumu, 2018). Dünya toplumlarının hemen her kesimi bu hastalıktan etkilenmesine rağmen ölümlerinin %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. 2030 yılında 22 milyon yeni vaka oluşumu tahmin edilmektedir (WHO, 2018a). Ülkemizde yılda 163.500 yeni vaka tespit edilirken, günde 450 kişiye kanser tanısı konulmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2016 verilerine göre tüm ölümlerin %19.6'sını kanser oluşturmaktadır. Dünyada ve ülkemizde cinsiyete göre kanser dağılımları incelendiğinde; erkeklerde en sık akciğer ve prostat kanseri; kadınlarda meme kanseri görülmektedir (Siegel, Miller & Jemal, 2016; Türkiye İstatistik Kurumu, 2018).

### 2.2. Kansere Etiyolojisi

Kansere davranışsal, çevresel, biyolojik ve genetik faktörlerin birbiriyle etkileşimi sonucu ortaya çıkar. Bu faktörlerin kontrol altına alınmasıyla kansere önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. Kansere etiyolojisinde değiştirilebilir (beslenme, sigara ve alkol alışkanlığı, enfeksiyonların kontrolü, bağışıklama, sağlık hizmetlerine ulaşım vs.) ve değiştirilemeyen (yaş, cinsiyet, genetik faktörler) faktörler rol oynar.

— **Yaş:** Kansere görülme sıklığı yaş ile doğru orantılıdır. Yaş ile birlikte organizmada meydana gelen moleküler ve bedensel değişiklikler kansere oluşumuyla sonuçlanır (WHO, 2018a). Yaşın ilerlemesi ile birlikte



risk faktörlerinin etkisiyle belli yaş aralığında bazı kanserler daha çok görülür (WHO, 2018a; Altıparmak, 2016).

— **Cinsiyet:** Kadınlarda meme kanseri, erkekler de ise en sık prostat kanseri görülmektedir (Siegel, Miller & Jemal, 2016).

— **Beslenme:** Kanser vakalarının 1/3'ü beslenmeden kaynaklanır. Araştırmalar pişirme yöntemi ve saklama koşulları uygun olmayan besinler ve hazır gıdalarla beslenmenin kanser riskini artırdığını göstermektedir. Ayrıca araştırmalar beslenme ve obezite ile sindirim sistemi, meme ve pankreas kanserleri arasında yakın ilişkiyi vurgulamaktadır (Tekpınar, 2017; Sandhu, 2001; Yıldız & Demir, 2004; Özcanlı, 2014)

— **Sigara:** Küresel bir sorun olan sigara her 3 yetiştikten biri tarafından kullanılmaktadır. Kanser ölümlerinin %30'undan sigara sorumludur ve her yıl 6 milyon kişi tütün nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Sigara ciddi oranlarda kansere neden olan maddeleri içerir. Bu maddeler DNA yapısını bozarak önemli genlerde değişimlere yol açar ve kanser riskini 10 ile 20 kat artırır (Özlü & Bülbül, 2005; Karlıkaya, Öztuna, Solak, Özkan & Örsel, 2006). Sigara ve tütün (nargile, puro ve pipo gibi) kullanımı akciğer kanserinin yanı sıra baş-boyun kanserleri, alt üriner sistem kanserleri, sindirim ve hematolojik kanserlerle de doğrudan ilişkilidir (Renehan, 2008; Monninkhof, 2007; Ozgul, 2011; Arifoğlu, Dadaoğlu, Küçücük, Küçücük & Oral, 2014)

— **Alkol:** Alkol, kansere bağlı mortalite ve yaşam yılı kayıplarında önemli bir risk faktörüdür. Kanserinin yanı sıra kardiyovasküler hastalıklar ve sindirim sistemi hastalıklarında da en sık mortalite nedenidir (Tekpınar, 2017). Alkol, pestisitler ve asetaldehit, N-nitrosamin, arsenik bileşenleri, asbestos gibi bileşikler mutajenik ve karsinojenik maddelerdir ve DNA'nın yapısına zarar verir. Alkol baş-boyun kanserleri, özefagus gibi kanserlerin dışında mesane, rektum ve karaciğer kanserine de neden olmaktadır (Nelson, Jarmay, Rehm, Greenfield, Ray, vd., 2013; Arifoğlu, Dadaoğlu, Küçücük, Küçücük & Oral, 2014).

— **Virüsler:** Tümörlerin yaklaşık %20'sinden virüsler sorumludur. Kansere yol açan DNA ve RNA virüsleri kanser tiplerini belirler. Ayrıca bazı

mikroorganizmalar kanserlerle yakından ilişkilidir. H.pylori ile mide kanseri, EBV ile burkitt lenfoma, Hepatit B,C,D virüsleri ile hepatosellüler karsinom arasındaki ilişki bilinmektedir (Büyükpamukçu, 2007; Küçükoğlu, 2006).

— **Kimyasal ajanlar:** Kimyasal ve biyolojik ajanlarla maruziyet süresi arttıkça kanser riski artmaktadır. Boya sanayisinde çalışanların mesane kanseri, plastik sanayisinde karaciğer, asbestte çalışanlarda mezotelyoma gibi mesleğe bağlı kanserler görülmektedir (Liao, 2006; Arifoğlu, Dadaoğlu, Küçücük, Küçücük & Oral, 2014).

— **Radyasyon:** Elektromanyetik dalgaların ve parçacıkların ortamda hızlı şekilde yayılması ile oluşan enerjiye radyasyon denir. Radyasyonla temas, dokudaki atomların uyarılması, iyonlaştırılması ve molekül yapılarının bozulmasına yol açar. Radyasyonun yapay ve doğal olmak üzere iki çeşidi vardır. Yapay radyasyon icat edilen sistemler, araçlar aracılığıyla elde edilen radyasyon üreten kaynaklardır. Yapay radyasyondan yayılan enerji insanın doku içerisinden geçerek, dokuda bulunan atomların uyarır, iyonlaşması veya moleküler yapılarının bozulması yol açar. Meydana gelen sağlıklı hücrelerin hızla çoğalarak kanser oluşumu sağlayabilir (Kizir & Güveli, 2014; Daşdağ, 2010)

— **Genetik faktörler:** İnsan vücudunda olduğu gibi kanser hücrelerindeki polimorfizm olarak adlandırılan farklılaşmaların nedeni genetik çeşitliliktir. Polimorfizmler alleller olarak ifade edilir ve bazen hastalık riskini artırırken; bazen de hastalık riskini azaltarak koruyucu olabilirler. Kalıtsal olan alleller kanser riskini artırırken; diğerlerinde çevresel risk belirleyici olmaktadır. Kanser tanısı için genler, polimorfizmler ve genetik süreci iyi bilinirse kanser de erken tanılamaya yapılabilir. Vücudumuzda tümör oluşumunu engelleyen genler vardır. Tümör baskılayan genler olarak ifade edilen bu yapılar DNA'da oluşan hatalara müdahale ederek kanser oluşumunu engeller. Genlerin vücutta eksik olması ya da hasarlı olmasıyla DNA hasarı durdurulamaz ve kanserli hücre çoğalması meydana gelir. Bu genlerdeki aksaklıklar ise kalıtsal olduğu

kadar çevresel sürecin etkisine bağlı olabilir (Ekmekçi, Konaç & Önen, 2008).

### 2.3. Kanserde Tanı Yöntemleri

Bireylerde tanısal değerlendirilmenin amacı tümörlü dokunun kaynağını bulmak, odak noktasını belirlemek ve kanser hücresinin özelliğini meydana çıkarmaktır. Bu özellikler hem hastalığın süreci, hem de tedavisi için yol göstericidir. Hastanın genel klinik bulguları ve hemodinamik durumu tanı ve tedavi sürecini belirler. Tanılama anamnez, fizik muayene, tam kan sayımı, biyokimyasal analizler, radyolojik grafiler, biyopsi ve skopi gibi yöntemlerle yapılır (Nursen & Seçginli, 2014; Şen & Aydın, 2014).

— **Anamnez:** Bireylerde ilk ve en önemli aşama hasta hikâyesinin alınmasıdır. Anamnezde hastanın yaş, cinsiyet, medeni durumu, çocuk sayısı ve doğum öyküsü, yaşadığı çevre ve çevre şartları, geçmiş tıbbi öyküsü, alışkanlıkları ve ailesel özellikleri gibi bilgiler ayrıntılı şekilde sorgulanır. Anamnez ile alınan öykü bize bazı kanser türleri için yol göstericidir. Örneğin; kot taşıma işçilerinde silikolize bağlı akciğer kanserlerinin görülmesi (Akgün, 2010). Anamnez alınırken hastayı sağlık kuruluşuna getiren şikâyetlerin ayrıntılı sorgulanması gerekir. Özellikle barsak/mesane alışkanlıklarda değişiklikler, anormal kanama ve yaralar, ele gelen kitle veya sertlikler, hazım problemleri ve nedeni olmayan uzun süreli ses kısıklığı ve öksürük, siğil ve benlerde anormal artışın ayrıntılı incelenmesi gerekir. Bu belirtiler çoğu zaman sağlık profesyoneliyle erken tanıya götüren şikâyetlerdir (Şen & Aydın, 2014).

— **Fizik muayene:** Fizik muayene hasta ile temasın ilk aşamasından başlar. Hasta yürürken, otururken sergilediği pozisyonu, cilt rengi, kilosu, şişlik durumu, ele gelen kitle, saç rengi hatta sklera bile tanı için yol göstericidir. Hastanın vücudunda şişlik, renk değişimleri, solunum örüntüsünde meydana gelen değişimler, barsak hareketleri, bilinç durumu ve pupillalar incelenir (Rodgers, 2008).

— **Tam kan sayımı ve biyokimyasal analizler;** Tam kan sayımı primer tümörler hakkında nadiren bilgi vermesine karşın, sekonder

tümörlerde anahtar rol oynayabilir. Hiperbilirubinemi ve kolestaz enzimlerinde yükselme karaciğer metastazını; erkeklerde ve kadınlarda özellikle menopoz sonrası kan değerlerinde düşüklük gastrointestinal sistem malignitelerini; lökopeni ve trombositopeni bulguları kemik iliği metastazlarında yol gösterici olabilir. Bu nedenle tam kan sayımı bulguları önemlidir (Şen & Aydın, 2014)

— **Biyokimyasal analizler:** Vücut sıvıları ve kanın enzimatik, hormonal, sıvı-elektrolit, immünolojik, biyomoleküler açıdan incelenmesiyle ölçülür. İncelenen materyaller tanı, tedavi sürecinde de takip edilir. Özellikle bazı kanser türlerinin spesifik antijenleri vardır. PSA (prostat spesifik antijeni) testi ile prostat kanseri; CA125 ile over kanseri; AFP (alfo-feto protein) ile hepatosellüler kanserler; CA 15-3 ve CA 27-29 ile meme kanseri; CA 19-9 ile pankreas kanseri; kan ve dokuda AFP,  $\beta$ -HCG, serumda LDH ile germ hücreli tümörlerin analizleri yapılır (Şen & Aydın, 2014).

— **Radyolojik tetkikler:** Kanser tanı ve tedavi sürecinde direk grafi, ultrasonografi, tomografi, manyetik rezonans, pozitron emisyon tomografisinden (PET) yararlanır. Direk grafi kanser teşhisinde ipucudur. Akciğer grafisi akciğerin, mamografi meme kanserinin teşhisinde erken tanı ve tedavide görüntüleme yöntemidir. Ayrıca direk grafi kemik metastazı gibi durumlarda lezyon tespitinde kullanılır. Bilgisayarlı tomografi insan vücudunun anatomisi ve fizyolojisini detaylı gösterirken, manyetik rezonans kanserin evrelendirilmesi ve tedavi sürecinde kullanılır. Ultrasonografi ise organları değerlendirmede ucuz ve güvenilir bir yöntemdir. Özellikle batin, lenfler ve vücudun diğer yumuşak doku bölgelerinde görüntüleme için kullanılır (Şen & Aydın, 2014; Wall, Cook & Cook, 2014). PET hücrenin glukoz kullanımını gösteren bir radyoaktif maddenin difüzyonu ile hücre içine girerek dokuların kanlanması, aktivitesi ve canlılığını belirler. Hastaya damar yolu ile verilen radyoaktif madde kanser hücrelerinde daha fazla tutulur. Böylece PET malign hastalıkların tanımlanması ve tüm vücudun metastatik yönden incelenmesi için önemlidir (Savaş, 2014).

— **Biyopsi:** vücudun doku ya da organlarından incelemek ve tanı koymak amacıyla alınan doku veya hücre parçalarına biyopsi denir. Vücuttan biyopsi çeşitli şekillerde alınabilir. Radyolojik görüntüleme yöntemleri ile ince iğne aspirasyon biyopsisi, tru-cut (kalın iğne) biyopsisi yapılmaktadır. Ayrıca tanılama için kemik iliği aspirasyon ve biyopsisi ve cerrahi biyopsi tekniklerinden de yararlanır (Şen & Aydın, 2014).

— **Endoskopi,** içi boş organların özel kamera ile girilerek görüntülenmesi ve gerektiğinde biyopsinin alındığı bir işlemdir (Savaş, 2014; Şen & Aydın, 2014).

### **2.3.1. Kanserde Tedavi Yöntemleri**

Kanser tedavisi; hastanın yaşına, performansına, tümör hücresinin tipine, tümörün yüküne, evresine göre küratif, kontrol ve palyatif amaçlı uygulanan tedavi yöntemleridir.

#### **2.3.1.1. Cerrahi tedavi**

Kanser hastalarında cerrahi tedavi; tanı koymak, kür elde etmek, kontrol sağlamak ve palyatif amaç için yapılır. Cerrahi tedaviye yaklaşık %90 kanserin tanınması ve evrelendirilmesinde; %60 tedavisinde başvurulur. Cerrahi girişime karar verme sürecinde tümör özellikleri, hasta özellikleri ve çevresel faktörler rol oynar (Akyolcu, 2014; Hasbahçeci & Müslümanoğlu, 2014).

#### **2.3.1.2. Radyoterapi**

Radyoterapi, normal sağlıklı dokuları maksimum seviyede koruyarak tümöre müdahale ederek DNA onarımını yapmak veya tümörlü hücreleri öldürmek amacıyla uygulanır. Üç boyutlu konformal radyoterapi, görüntü odaklı radyoterapi, stereotaktik ve yoğunluk ayarlı radyoterapi olmak üzere çeşitleri vardır (Akyürek, 2012; Karabacak & Uslu, 2014).

#### **2.3.1.3. İmmünoterapi**

Kanser tedavisinde kullanılan immünoterapi, DNA rekombinant teknolojisi ile elde edilen bireyin bağışıklık sisteminin ürünleri ile yapılan

tedavidir. Vücut hücrelerine zarar vermeden kanserli hücreleri hedef alan bir yöntemdir. Vücudun immün sistemi uyarılarak immün yanıt oluşturulması planlanmaktadır. Bu amaçla; aşılar, sitokinler, monoklonal antikolar ve immün sistem destekleyicileri gibi tedaviler uygulanır (Ünlü, 2018).

#### **2.3.1.4. Kemoterapi**

Kemoterapi, sağlıklı vücut hücrelerine zarar vermeden hastaların tümörlü hücrelerinin çoğalması ve gelişmesini durdurmayı hatta yok etmeye planlanmış tedavi yöntemidir. Adjuvan, neoadjuvan, palyatif ve küratif olmak üzere 4 şekilde uygulanır. Bu tedavide biyolojik, sentetik kimyasal veya doğal ajanlar ve hormonlar kullanılır. İlaçlar protein sentezini durdurur, DNA ve RNA sentezini baskılar ve hücrenin hem büyümesini hem de çoğalmasını engeller. Vücutta normal hücreler ve kanser hücreleri arasında kalitatif bakımdan fark olmadığı için antineoplastik ilaçlar patolojik çoğalan kanser hücrelerini yok ederken hızla çoğalan sağlıklı hücrelerini de yok eder. Bu nedenle kemoterapiye bağlı gastrointestinal sistem, hematopoetik sistem, genito-üriner sistem, sinir sisteminde semptomlar görülmektedir. Bu semptomlar;

- İştahsızlık,
- Enfeksiyon,
- Kanama,
- Cilt problemleri,
- Hafıza kaybı,
- Ağrı
- Görme ve işitme problemleri,
- Alopesi,
- Deliryum,
- İmmobilite
- Sindirim sistemi değişiklikleri
- Kan değerlerinde düşme

— Cinsel sorunlardır (Ölmez & Abdullah, 2017; Yıldız, 2014; Karacan & Aksu, 2014).

#### **2.4. Kanser Hastasının Bakımı**

Türk Dil Kurumuna göre bakım; *"bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek"* şeklinde tanımlanır. Birisinin beslenme, giyinme, kişisel ihtiyaçlarını karşılama anlamına gelir (Türk Dil Kurumu, 2018). Bakım veren ise yaşamsal bütünlüğünü bozacak şekilde zihinsel ve fiziksel sorunları olan hastaların bakım rolünü üstlenen kişiye denir (Uğur, 2006). Bakım veren tarafından hasta bireye fiziksel, psikolojik, emosyonel ve maddi destek sağlanır. Bu desteklerle hastanın sağlık hizmetinden faydalanması, rutin sağlık işlemleri (tedavisi, ilaçların alımı, takip ve süreçleri vb.) ve öz bakım gereksinimleri (temizlenme, beslenme, boşaltım, mahremiyet) karşılanırken; maddi ve yönetsel işleri de organize edilir (Toseland, 2001; İnci, 2006; Dinç, 2010; Mollaoğlu, Tuncay & Fertelli, 2011). Bakım tek seferlik bir paylaşım olabileceği gibi uzun süren, aile içi destek ve/veya profesyonel yardım gibi farklı hizmetleri içeren çok yönlü bir yaklaşımda olabilir. (Mollaoğlu, Tuncay & Fertelli, 2011; Tuncay, Mollaoğlu & Fertelli, 2015; İnci, 2006; Cingil, 2003; Toseland, 2001; Koraltan, 2017).

Ülkemizde kanser hastalarına formal ve informal olmak üzere 2 şekilde bakım verilmektedir. Formal bakım; profesyonel meslek grupları (hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, evde bakım yardımcısı) tarafından ev ya da kurumsal ortamda verilen bakımdır. İnfomal bakım ise hasta yakınları tarafından verilen bakımdır. İnfomal bakım verenler genellikle aile üyeleri, komşu, yakın arkadaşlar ve ücret almadan destekleyen üyelerdir. Genellikle temizlik ihtiyaçlarının karşılanması, besleme gibi destekleri kapsayan informal bakım, sık olmamakla birlikte bazen intravenöz ilaç uygulamaları, trakeostomi bakımı gibi ileri düzey beceri gerektiren durumları da içerebilmektedir (İnci, 2006; Erdem, 2005; Toseland, 2001). Kanser süreci çoğunlukla belirsizdir ve hastaların klinik durumlarına göre bakım ihtiyacı değişkenlik gösterir. Bu

sürecin yönetiminde aile üyelerinden oluşan informal bakım vericilerin önemi büyüktür. Aile üyelerinin hastalık bulgularını izleme, tıbbi tedavinin yürütülmesi ve rahatlığı sağlama, psikolojik destek verme, hasta güvenliğini sağlama ve problemler karşısında çözüm odaklı olma gibi görevleri vardır (Yıldız, Dedeli & Pakyüz, 2016; İnci & Erdem, 2008). Bu kadar sorumluluğu bir arada bulunduran "bakım verme" sevgi, merhamet ve sabır ile anlam bulurken, bakım verenlere de sosyal ve psikolojik destek gerektiren bir durum olarak karşımıza çıkabilmektedir (Toseland, 2001; İnci & Erdem, 2008).

Araştırmalarda, bakım verme sürecinin olumsuz etkileri ortaya konularak "bakım yükü" kavramı tanımlanmıştır. Bakım yükü çok boyutlu algılanan bir süreçtir. Yapılan çalışmalarda kronik hastalığı ve desteğe ihtiyacı olan bireylere bakım verenlerin fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve finansal açıdan yük altına girdikleri belirtilmektedir (Yıldız, Dedeli & Pakyüz, 2016; Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz & Özpolat, 2011; Tuncay, Mollaoğlu, & Fertelli, 2015; Tel, Demirkol, Kara & Aydın, 2012; Karahan & İslam, 2013). Özdemir vd. (2017) yaptıkları araştırmada bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamalarının  $36.68 \pm 7.64$  ile yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Özdemir vd., 2017).

Bakım yükü, nesnel ve öznel olmak üzere iki yönlüdür. Nesnel bakım yükü, bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişimleri ve engelleri kapsar. Örneğin bakım yükü ile doğru orantılı görev ve masraflar artar, günlük faaliyetler kısıtlanır, aile arası ilişkiler zayıflar. Öznel yük ise sağlık sorunlarıyla baş etmeye çalışan hastaya bakım verenin yaşam deneyimi, kişisel algısı, hastaya karşı sorumluluk ve kaygılarıyla oluşan olumsuz bir unsurdur. Kısaca destek eksikliği, mutsuzluk ve suçluluk duygularıyla ilgilidir (Koraltan, 2017). Bakım yükünü, bakım verenin yaşı, cinsiyeti, eğitim ve ekonomik durumu, hasta ile yakınlık derecesi, gönüllü olma durumu, hastalığının olup olmaması, baş etme becerileri, inançları, sosyal destek düzeyi ve yaşadığı toplumun özellikleri etkiler (Erdem vd., 2013). Literatür incelendiğinde, uzun süreli bakım verme, kendi aile üyesine



bakma, kendi sağlık durumu, yetersiz sosyal destek alma, zaman ve sosyal kısıtlılık gibi faktörler depresyon, fiziksel sağlıkta bozulma, sosyal izolasyon ve anksiyete ile sonuçlanabilmektedir(Karahan & İslam, 2013; Paek vd., 2018). Bakım yükü, formal ve informal bakım verenlerde farklı algılanmaktadır. İnfomal bakım verenler psikolojik ve fiziksel olarak daha zayıf hissederler. Birinci derece bakım veren bireylerde yaşam tarzında köklü değişimler meydana gelir ve bakım yükü artar. Formal bakım veren bireyler ise bakım yükünü ve etkileyen faktörleri bilir ve buna göre hastaya uygun yaklaşımlarda bulunurlar (Mollaoğlu, Tuncay & Fertelli, 2011).

#### **2.4.1. Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Özellikleri**

Kanser gerek hastalık gerekse uygulanan tedaviler nedeniyle ciddi düzeyde bakım vericilerde stres ve anksiyeteye neden olan bir hastalıktır. Birçok kronik hastalığa göre bakım veren bireyi fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden daha fazla etkisi altına alır. Klinik belirtilerinin kompleks olması, kontrol kaybı, yaşamsal kayıplar ve ölüm gibi durumlar bireylerde yaygın anksiyete ile sonuçlanabilir (Yıldız, Dedeli & Pakyüz, 2016; İnci, 2006; Uğur, 2006). Kanser hastasına bakım veren bireylerin yaşı, cinsiyeti, hastayla yakınlık derecesi, eğitim durumu, fizyolojik ve psikolojik özellikleri, motivasyonu, bakım vermede gönüllü olması, hayat beklentisi, inanç gibi özellikleri hastalık ve tedaviyle baş etme sürecini dolayısıyla bakım verme durumunu etkiler (Uğur, 2006).

— **Yaş:** Araştırmalar hastanın ve bakım verenin yaşı küçüldükçe sosyal kayıplarının arttığını bildirmektedir. Bakım veren bireyin genç ve hastanın eşi durumunda olması; sosyal kayıplara ek olarak mesleki sorumluluk, çocuk bakımı gibi diğer konularda güçlüklerle karşılaşmasına yol açmaktadır (Arslantaş & Adana, 2012).

— **Cinsiyet:** Cinsiyet faktörü sağlık için önemli bir değişkendir. Cinsiyetler arasında sağlık problemlerine verilen tepkiler farklılık gösterir. Geleneksel toplum yapısı nedeniyle kadınların sağlık sektöründen yararlanması, sağlık sorunlarıyla başa çıkması ve karşılaştıkları sağlık

riskleriyle mücadele etmesi daha güçtür. Ayrıca kadınların sağlık ihtiyaçlarını öteleyerek aile bireylerine öncelik verdiği de bilinmektedir. Ülkemizde bakım, kültürel özellikler nedeniyle sıklıkla aile üyeleri tarafından ve genellikle kadınlar tarafından verilmektedir. Birçok hastalıkta olduğu gibi kanserde de bakım verenlerin büyük çoğunluğu kadınlardır ve kadınların çoğunluğu hastanın ya eşi ya da kızıdır (Şahin, Polat & Ergüney, 2009). Erkekler ise bakım rolüne acil durumlarda veya eşe destek sağlamak amacıyla katılmaktadır (Çabuk, 2014).

— **Eğitim durumu:** Bazı araştırmalara göre; bakım vericilerin eğitim durumu arttıkça bakım yükü azalırken (Ak, Yavuz, Lapsekili & Türkçapar, 2012); bakım yükü ile eğitim düzeyinin paralel olduğunu savunan çalışmalar da mevcuttur. Bunun nedeni olarak sosyal ve maddi kayıplar gösterilmektedir (Çabuk, 2014; Uğur & Fadıoğlu, 2012).

— **Fizyolojik ve psikolojik özellikler:** Kronik hastalığı olan bakım veren bireylerin bakım yükü sağlığı iyi olan bakım verenlere göre daha fazladır.

#### **2.4.2. Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler ve Başa Çıkma Tutumları**

Bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler, bakım yükünün bakım verenin yaşam kalitesini etkilemesi olarak tanımlanır ve fiziksel, emosyonel, sosyal, ve ekonomik güçlükler olarak tanımlanmaktadır. Bakım verenlerde hazımsızlık, iştah değişimleri, yemek düzeninde bozulma, dikkat ve algılama güçlüğü, kaslarda yorgunluk, halsizlik ve uyku problemleri gibi fiziksel güçlükler görülür (Toseland, 2001; Yıldız, Dedeli & Pakyüz, 2016; Paek vd., 2018; İnci & Erdem, 2008). Toseland (2001) bakım verenlerde bakım vermeyenlere göre kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, artrit gibi fizyolojik değişikliklerin daha fazla olduğunu ve sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıklarını belirtmiştir (Toseland, 2001).

Ailenin sosyal yapısı aileden birinin hasta olmasıyla olumsuz etkilenir. Özellikle kanser sürecinde bağımlılık düzeyi artan hasta ile aile bireyleri arasında ilişkilerde kesintiler görülebilir. Çoğu aile hastalığın ilk dönemlerinde rollerini ve hastaya olan bağımlılık duygusunu devam ettirebilirken hastalık süresi uzadıkça sosyal çöküntü ve tükenmişlik yaşanır. Dumont, Turgeon & Allard (2006)'a göre emosyonel sıkıntı genel popülasyonda %19.2 iken kanser hastalarının aile üyeleri ve bakım verenlerinde %41 ile %62 arasındadır (Dumont, Turgeon & Allard, 2006). Aile üyeleri arasında büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bakım verenlerde stresin daha sık yaşandığı belirtilmektedir. Sarıtaş & Büyükbayram (2016)'ın çalışmasında kanser hastasına bakım verenlerin %57.2 'sinin kadınlar olduğu belirtilmektedir (Sarıtaş & Büyükbayram, 2016). Kadınların hasta bakımına yeterli zaman, enerji ve bakım olanaklarını ayıramaması stresle sonuçlanabilmektedir (Ansari & Qureshi, 2013; İnci, 2006; Şahin, Polat & Ergüney, 2009; Tel, Demirkol, Kara & Aydın, 2012; Muliira, Kizza & Nakitende, 2018; Tuncay, Mollaoğlu & Fertelli, 2015; Sarıtaş & Büyükbayram, 2016).

Bakım verenlerin birçoğu haftada 40 saatten fazla bakım vermekte ve bunun sonucunda iş, gelir ve sosyal kayıplar yaşanabilmektedir. Eğer bakım verenler hastalık kavramını spiritüel olarak olumlu karşılarılarsa baş etme ve yaşam kalitesinde artış görülebilmektedir (Bektaş, 2014; Toseland, 2001; İnci, 2006). Bakım verenin sosyal destek alması yaşam kalitesini artırır. Araştırmalarda özellikle aile üyeleri, arkadaşlardan ve diğer bireylerden alınan sosyal desteğin bakım yükünü azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı vurgulanmaktadır (Tuncay Mollaoğlu & Fertelli, 2015; Dökmen, 2012; Shieh vd., 2012; Karadağ,Parlar&Metin, 2013; Chen, Huang, Yeh, Huang & Chen, 2015; Muliira, Kizza & Nakitende, 2018; İnci & Erdem, 2008). Bakım verenlerin hasta, hastalık ve tedaviye ait bütün süreçleri bilmesi önemlidir. Piervil Odedina & Ellen (2018) bakım verenlerin bilinmezlik duygusunun ortadan kalkması durumunda emosyonel duygu durumunun olumlu yönde etkilendiğini belirtmektedir

(Piervil, Odedina & Ellen, 2018). Uğur (2006) çalışmasında bakım vericilere verilen planlı eğitimin bakım yükünü ve stres düzeyini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalttığını ifade etmiştir. Smeltzer vd. (2010) ise bakım veren bireylerin fiziksel, emosyonel ve sosyal yaşam becerisine yönelik eğitim almalarını ve sosyalleşmelerini önermektedir (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheer, 2010).

Rehberlerde bakım verenlerin yeterli uyuyarak, yediklerine dikkat ederek, yeterli istirahat ederek, spiritüel yönü geliştirerek, haklarını bilerek, duygu ve kaygıları için destek alarak, sınırlarının farkında olarak yaşadığı güçlüklerle baş edebileceklerini ifade edilmektedir (The canccare connect bloklet, 2017). Bektaş (2014a)'a göre bakım verenlerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için yönetim, sınırların belirlenmesi, iletişim, eğitim, destek ve sosyalleşme konularını bilmeleri önemlidir. Bakım verenler bakım yükünü azaltmak için gücü kullanmalı, kuralları belirlemeli; kaynaklar, finansal konular ve geleceğe yönelik planlamalar yapmalıdırlar. Bu sayede hastalık, hasta ve bakım rolü ile baş edebilme düzeyi artmaktadır.

#### **2.4.3. Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Duygu Durumu ve Duygusal Zekâ Düzeyi**

Duygu kelimesi Oxford sözlüğünde "*Kişinin duygularını fark etme, kontrol etme ve ifade etme, kişilerarası ilişkileri mantıklı ve empatik olarak ele alma kapasitesi*" şeklinde tanımlanmıştır (Oxford Dictionary, 2018). Duygu bir hisse ait düşüncelerin biyolojik ve psikolojik uyarılmışlık halidir. İnsanı insan yapan yüzlerce duygu vardır ve bunlar karışımlar, mutasyonlar, nüanslar, çeşitlemelerle anlam kazanır, bazen kelimelerle tanımlanamayabilir (Goleman, 2016). Paul Ekman korku, öfke, üzüntü ve zevk gibi birkaç tane duygunun olduğunu ve yaşam şekilleri, özellikleri farklı olan insanların aynı insani duygulara sahip olduğunu ifade etmiştir. Zekâ ise bireyin düşünme, akıl yürütme, yargılama, ahlak, sezgi, anlayış ve sonuç çıkarma yetisidir. Aynı zamanda zekâ, psikolojik öğrenme isteği, problem çözme ve tecrübe edilen şeylerin uygulanması gibi zihinsel bir

yetenektir. Gelişmiş bilişsel düzey ve duygusal yaşam olanakları, yüksek eğitim düzeyi zekâ gelişimine olanak sağlamaktadır (Türkiye Zeka Vakfı, 2015). İnsanlarda sosyal, sözel, dilsel, matematiksel, içsel, varoluşçu, duygusal gibi zekâ türleri vardır. Araştırmalar duygusal zekâ kavramının hayat başarısı için önemli olduğunu vurgulamaktadır (Sallow & Mayer, 1990).

Duygusal zekâ kavramı ilk defa Salloway ve Mayer (1990) tarafından ortaya konulmuş ve "*Bireyin kendisinin ve başkalarının duygularını anlaması, değerlendirmesi, düzenlemesi ve problem çözme becerisi*" şeklinde tanımlamıştır (Sallow & Mayer, 1990). Goleman (2016) ise duygusal zekâyı kişinin kendi duygularını anlaması, kişinin kendi duygularını yönetmesi, kişinin kendini motive etmesi, duygudaşlık ve sosyal becerileri olarak tanımlamıştır (Goleman, 2016). Duygu durumu bireyin içinde bulunduğu şartlar, karşılaştıkları zorluklar ve olayları algılama özelliğine göre farklılık gösterir. Dolayısıyla duygusal zekâ düzeyi cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ailenin gelir durumu ve yaşanılan ortam gibi sosyo-kültürel özelliklerden etkilenir (Aşan&Özyer, 2003).

Bakım veren bireyler bakım yüküne bağlı emosyonel problemler, iletişim ve davranış değişikliklerini sık deneyimlerler; kaygı, anksiyete, stres, öfke, çaresizlik, inkâr, suçluluk yaşadıkları duygulardan bazılarıdır. Özellikle bakım verenler kanser sürecinde hastalığın türüne, evresine, semptom yüküne, prognozuna, tedavisine göre çeşitli duyguları bir arada yaşayabilmektedir. Bakım verenlerin karşılaştıkları değişik durumların üstesinde gelebilmesi, kendisi ve diğerlerinin duygularını ayırt edebilmesi, takip edebilmesi, duygu ve düşüncelerini yönlendirebilme becerisini kazanabilmesi için duygusal zekâ önemli belirleyici olabilmektedir (Şahin, Güler & Basım, 2009).

Bakım verenlerde duygusal zekâ düzeyi problem odaklı başa çıkmayla ilişkilidir. Yüksek duygusal zekâ düzeyi, duygusal stresi öngörebilmeye ve yönetebilmeye katkı sağlar. Araştırmalar, travma sonrası stres bozukluğuna yüksek duygusal zekâ düzeyinin koruyucu etkisinin olduğunu

(Şahin, Güler, & Basım, 2009); sıkıntılı durumlara bireylerin daha iyi uyum sağladığını ve problemleri çözebildiklerini belirtmiştir (Avşar&Kaşıkçı, 2010; Atilla, 2013; Kokonay, 2013). Bakım verenin kişisel özellikleri duygusal zekâ düzeyini, duygusal zekâ seviyesi ise hastalıkla baş etme ve bakım yükünü olumlu yönde etkilemektedir (Şahin, Güler&Basım, 2009; Goldenberg, vd., 2006). Brown ve Schutte (2006) duygusal zekâ düzeyi yüksek bireylerin daha az yorgunluk, anksiyete, tükenmişlik ve stres yaşadıklarını bildirmiştir (Brown & Schutte, 2006). Croyle&Hunt (1991) bilişsel algının yükselmesiyle sağlık hizmetlerinin daha bilinçli kullanıldığını, uyumun arttığını ve olumsuz duyguların azaldığını ifade etmektedir.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu araştırma kanser hastalarına bakım veren bireylerin bakım verme yükü, başa çıkma tutumu ve duygusal zekâ düzeyini değerlendirmek amacıyla yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Medikal Onkoloji, Hematoloji klinik ve polikliniklerinde 01.11.2017-31.02.2018 tarihleri arasında yapıldı.

1974 yılında temelleri atılan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 1987 yılında 150 yatak kapasitesi ile Devlet Hastanesi olarak açıldı. 1988 yılında eğitim ve araştırma hastanesi olarak çalışmaya devam eden hastane, halen 10 ayrı binada, 706 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Aynı hastanede 15 yıldır kanser hastalarının tanı ve tedavi hizmetleri sürdürülmektedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini 01.11.2017-31.02.2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi medikal onkoloji, hematoloji bilim dallarında takip ve tedavi edilen kanser hastalarının bakım verenleri; örneklemini ise belirtilen evren içerisinde örneklem seçim ölçütlerine uyan bakım verenler bireyler oluşturdu.

*Örneklem seçim ölçütleri;*

- 18 yaş üzeri,
- Türkçe okuyup-yazabilen,
- Tanımlanmış psikiyatrik hastalığı olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bakım veren bireylerdir.

*Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri;* kanser hastasına bakım vermeyen, bakım veren yaşı 18'den küçük olan ve çocuk kanser hastasına bakım veren bireylerdir. Araştırmanın başlangıcında örneklem sayısı ileri evre kanser hastasına bakım verenlerin psikolojik faktörlerinin bakım yüküne etkisinin değerlendirildiği "The influence of psychological factors on the burden of caregivers of patients with advanced cancer: Resiliency and caregiver burden" başlıklı çalışmada Emosyonel Distres Ölçeği ve Algılanan Yeterlilik Düzeyi Ölçeği arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki saptanmıştır (Palacio vd., 2018). En düşük korelasyon katsayısı 0.28 olup, bu iki değişken arasında ilişki olduğu görülmüştür. Güç analizi Pass 11 paket programı kullanılarak, çalışmanın istatistiksel gücü %80, birinci tip hata 0,05 ve ikinci tip hata 0,20 alınarak hesaplanan örnek büyüklüğü en az 97 birey olarak belirlenmiştir. Araştırmada kısa sürede güç analizi sonucuna göre örneklem seçim ölçütlerine uyan 97 bakım verene ulaşılmış olmasına karşın belirtilen tarihler arasında tüm bakım verenlere ulaşılması hedeflenerek örneklem seçim ölçütlerine uyan 238 bakım veren bireye ulaşıldı ve tekrar GPower 3.1 istatistik programında yapılan güç analizinde alpha 0,05 ve n=238 alınarak istatistiksel güç %100 olarak hesaplandı.

### **3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması**

Araştırma verileri araştırmacı tarafından hastanedeki yatan hasta odalarında, kemoterapi ve radyoterapi ünitelerinin bekleme salonlarında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veri toplama araçlarının bakım verenlere ortalama 25 dakikalık sürede uygulanmasıyla toplandı.

#### **3.4.1. Araştırma izni**

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın etik yönden incelemesi ve kurum izni için Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri etik kurulundan 27.11.2017 tarihli yazılı izin (Ek-6); araştırmanın yürütülebilmesi için Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliği'nden 71211201-774.99 sayılı yazılı izin (Ek-7); bakım verenlerden Bakım Veren Bilgilendirme ve Onam formu (Ek-1) doldurularak yazılı izinler alındı.



### 3.4.2. Veri toplama araçları

Araştırmada veri toplama araçları; Kişisel Veri Toplama Formu (Ek-2), Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği (Ek-3), Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (Ek-4), Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (Ek-5)'dir.

— **Kişisel Veri Toplama Formu (Ek-2):** Araştırmacılar tarafından geliştirilen formda bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ve hastalarına ilişkin bilgilerin sorulduğu toplam 21 soru bulunmaktadır.

— **Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği (Ek-3):** Duygusal zekâ duyguları yönetme, kullanma ve farkında olma olarak ifade edilir. Schutte vd. (1998) tarafından geliştirilen, Austin vd (2004) tarafından düzenlenen ve Tatar vd (2011) 'nin Türkçe 'ye uyarlandığı Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği 41 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi, duyguların kullanımı ve duyguların değerlendirilmesi olmak üzere 3 alt boyutu vardır. Ölçekten alınan en yüksek puan 180 olup, puan arttıkça duygusal zekâ düzeyi artmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach- $\alpha$  kat sayısı 0,82; alt boyutlarının ise sırasıyla 0,75, 0,39 ve 0,76'dır (Schutte vd., 1998; Austin, Saklofske, Huang & McKenney, 2004; Tatar, Tok & Saltukoğlu, 2011).

— **Baş Etme Tutumları Değerlendirme Ölçeği (Ek-4):** Baş etme, bireylerde stres ve olumsuz olayların etkenleri, problem çözme ve mücadele etme mekanizmasını ortaya çıkarır ve bireylerin başa çıkma tutumlarını, çabalarını gösterir. Ölçek, Cope tarafından 1989 yılında bireylerin baş etme tutumlarının psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Carver, 1989). Ağargün vd. (2005) tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yapılan ölçeğin, cronbach  $\alpha$  değeri 0.79, alt ölçek puanları ile pozitif yönde ve anlamlıdır. Ölçek 60 sorudan ve 15 alt boyuttan meydana gelmektedir. Bunlar; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, inkâr, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme, diğer

meşguliyetleri bastırma, plan yapmadır. Ölçekten elde edilen puanların yüksek olması başa çıkma tutumunun yüksek olduğunu ifade etmektedir (Ağargün, Beşiroğlu, Kıran, Özer & Kara, 2005).

— **Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (Ek-5):** Zarit vd (1980) tarafından bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmek için Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği geliştirilmiştir. Ülkemizde 2006 yılında İnci&Erdem tarafından Türkçe geçerlilik güvenirliği yapılan ölçek 22 maddeden oluşmaktadır ve cronbach alfa katsayısı 0.90'dır. Likert tipi olan ölçek asla, nadiren, bazen, oldukça sık ya da hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar puanlanmaktadır. Ölçekten en fazla 88 puan elde edilirken, 61-88 puan "ağır bakım yükü"; 41-60 puan "orta düzeyde bakım yükü"; 21-40 puan "hafif bakım yükü"; 0 -20 puan "bakım yükü yok" olarak kabul edilir (İnci, 2006; İnci & Erdem, 2008).

— **Bakım veren bilgilendirme ve onam formu (Ek-1):** Bu form ile kanser hastasına bakım veren bireylere araştırmanın amacı ve uygulama hakkında bilgi verilerek onamları alınmıştır.

### **3.5. Araştırma verilerinin analizi ve değerlendirilmesi**

Verilerin analizi IBM SPSS 21 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) paket programı ile gerçekleştirildi. Çalışmada nitel değişkenler frekans ve yüzde olarak gösterildi. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile araştırıldı. Normal dağılıma uymayan değişkenler medyan, 25 ve 75'inci persentil (Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>) kullanılarak özetlendi. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenlerin ikiden fazla grupta karşılaştırılmaları Kruskal Wallis Testi kullanılarak gerçekleştirildi. Kruskal Wallis Testi sonrasında grupların çoklu karşılaştırılmalarında Dunn's Testi kullanıldı. Normal dağılıma uymayan değişkenlerin ikili gruplardaki karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile incelendi. p<0.05 değeri anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde kanser hastasına bakım verenlere ilişkin bulgular beş başlık altında incelendi;

1. Hastaların ve bakım verenlerin özelliklerinin dağılımı
2. Bakım verenlerin bakım verme yükü medyan puanlarının dağılımı
3. Bakım verenlerin başa çıkma tutumları medyan puanlarının dağılımı
4. Bakım verenlerin duygusal zekâ medyan puanlarının dağılımı
5. Bakım verenlerin bakım verme yükü, başa çıkma tutumları ve duygusal zekâ medyan puanları arasında ilişki.

Bu araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizleri gerçekleştirildi ve Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği toplam puan cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,866; Başa Çıkma Tutumları Ölçeği cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,872; Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,774 olarak belirlendi.

### 4.1. Bakım Verenlerin ve Bakım Verilen Hastaların Özelliklerinin Dağılımı

Bu bölümde bakım verenlerin sosyo-demografik ve sağlık durumlarına ilişkin özellikler ile bakım verilen hastaların tıbbi durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1'de kanser hastalarının tıbbi özellikleri ve bakım alma durumuna ilişkin bulguların dağılımı verilmektedir. Araştırma kapsamında yer alan hastalarda akciğer kanseri (%23.5), meme kanseri (%20.1) ve gastrointestinal sistem (GİS) kanserleri (%19.7) diğer kanserlere göre daha fazla olup, hastaların %40.8'i evre II kanserdir. Hastaların çoğunluğuna (%81.6) kemoterapi uygulanırken; yarıdan fazlasının (%51.3) bakımlarına ilişkin ikinci bir bakım desteğini birinci derece aile üyelerinden aldıkları belirlendi. Araştırmada bakım verenlerin %2.5 'nin

Sosyal Güvenlik Kurumundan evde bakım maaşı aldığı, %3.4'ünün bakım verdikleri hastasını sürekli hastane ya da bakım evine bırakma isteğinin olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1: Bakım Verilen Hastaların Tıbbi Özelliklerinin Dağılımı**

Özellikler	n	%
<b>Klinik tanı</b>		
Akciğer kanseri	56	23.5
Meme kanseri	48	20.1
GİS kanseri	47	19.7
Hematolojik kanser	39	16.3
Prostat kanseri	29	12,6
Jinekolojik kanser	16	6.6
Pankreas kanseri	2	0.8
Beyin kanseri	1	0.4
<b>Evre</b>		
Evre 1	46	19.3
Evre 2	97	40.8
Evre 3	55	23.1
Evre 4	40	16.8
<b>Hastalık süresi</b>		
0-6 ay	86	36.1
7 ay-1 yıl	54	22.7
13 ay-3 yıl	71	29.8
4 yıl üzeri	27	11.3
<b>Şu anda uygulanan tedavi</b>		
<b>Evet</b>	226	95
Kemoterapi	194	81.6
Radyoterapi	14	5.9
Kemoterapi+ Radyoterapi	17	7.1
<b>Hayır</b>	12	5.0
<b>Bakım verenlerle iş birliği yapma durumu</b>		
Evet	229	96.2
Hayır	9	3.8
<b>Bakım verenlerle aynı evde yaşama durumu</b>		
Evet	194	81.5
0-6 ay	25	10.5
7 ay-1 yıl	21	8.8
13 ay-3 yıl	12	5.0
4 yıl üzeri	136	57.1
Hayır	44	18.5
<b>İkinci bir bakım veren varlığı</b>		
<b>Var</b>	195	81.9
Eş	45	18.9

Anne-baba	38	16.0
Çocuk	26	10.9
Kardeş	13	5.5
2.derece akraba üyeleri	10	4.2
Ücretli refakatçi	3	1.3
<b>Yok</b>	43	18.3
<b>Bakım verenlerin maddi yardım alma durumu</b>		
Evet	6	2.5
Hayır	232	97.5
<b>Bakım vereninin hastayı bakım evine bırakma arzusu</b>		
Evet	8	3.4
Hayır	230	96.6
<b>Genel Toplam</b>	238	100

Araştırma kapsamında bakım verenlerin %63 'ü kadın; %40.3'ü 21-40 yaş grubunda; %30.7 'si lise mezunu; %64.3 'ü evli; %39.3'ü hastanın çocuğu ve %72.7'nin geliri giderine denktir (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2: Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı**

Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	150	63
Erkek	88	37
<b>Yaş</b>		
18-20 yıl	18	7.6
21-40yıl	96	40.3
41-60yıl	100	42
61yıl ve üzeri	24	10.1
<b>Öğrenim düzeyi</b>		
Okur-yazar	12	5
İlkokul	50	21
Ortaokul	48	20.2
Lise	73	30.7
Üniversite	55	23.1
<b>Medeni durum</b>		
Bekâr	73	30.7
Evli	153	64.3
Boşanmış	9	3.8
Eşi vefat etmiş	3	1.3
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	121	50.8
Hayır	117	49.2

<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	134	56.3
Geniş	95	39.9
Parçalanmış	9	3.8
<b>Hasta ile yakınlık durumu</b>		
Çocuk	93	39.1
Eş	49	20.6
Kardeş	39	16.4
Anne-baba	29	12.2
2.derece akraba üyesi	22	9.2
Görevlendirme	6	2.5
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden fazla	17	7.1
Gelir gidere denk	173	72.7
Gelir giderden düşük	48	20.2
<b>Yaşanılan yer</b>		
İl	208	87.4
İlçe	30	12.6
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
<b>Var</b>	31	13
Kardiyovasküler hastalık	14	5.9
Hipertansiyon	5	2.1
Diyabetes mellitus+hipertansiyon	5	2.1
Herni*	4	1.7
Diyabetes mellitus	2	0.8
Tiroit	1	0.4
<b>Yok</b>	207	87
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Evet	65	27.3
Hayır	173	72.7
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Evet	5	2.1
Hayır	233	97.9
<b>Genel toplam</b>	238	100

\*Servikal disk herni, lomber disk herni

#### **4.2. Bakım Verenlerin Bakım Yükü Medyan Puanlarının Dağılımı**

Araştırmada yer alan bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği toplam puan medyan değeri 46.00 (41.00-49.00)'dir. Bakım verenlerin bakım verme yükü medyan puanlarının sosyo-demografik

özelliklere ve bakım verilen hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.3 ve Tablo 4.4’de verildi.

Araştırma kapsamında Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği medyan puan dağılımları kanserin türü ve evresi, hastalık süresi, bakım verenlerle iş birliği yapma durumu, ikinci bir bakım veren varlığı, bakım verenlerin maddi yardım alma durumu ve bakım verilen hastayı sürekli hastaneye/bakım evine bırakma arzusuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Hastaya şu anda uygulanan tedaviye göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği medyan puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlenirken ( $p<0.001$ ); yapılan ileri analizde herhangi tedavi almayan hastalara göre kemoterapi uygulanan hastaların bakım yükü medyan puanının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3: Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Medyan Puanlarının Hastaların Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Medyan (Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )	p
<b>Klinik tanı</b>		
Akciğer kanseri	47.00(41.00-49.00)	0.170*
Meme kanseri	46.00 (39.25-49.00)	
GİS kanseri	46.00(40.00-49.00)	
Hematolojik kanser	48.00(44.00-50.00)	
Jinekolojik kanser	45.00(40.00-49.50)	
Prostat kanseri	45.00(42.00-48.00)	
Pankreas kanseri	33.00(30.00-33.00)	
Beyin Kanseri	33.00 (30.00-34.00)	
<b>Evre</b>		
Evre 1	45.00 (39.75-48.00)	0.222*
Evre 2	47.00 (42.50-49.00)	
Evre 3	47.00 (42.00-49.00)	
Evre 4	46.00 (42.25- 48.75)	
<b>Hastalık süresi</b>		
0-6 ay	46.50 (40.75-49.00)	0.078*
7 ay-1 yıl	45.00 (39.00-49.00)	
13 ay-3 yıl	46.00 (42.00-49.00)	
4 yıl üzeri	47.00 (45.00-51.00)	

<b>Şu anda uygulanan tedavi</b>		
<b>Alıyor</b>	46.00 (42.00-49.00)	
Kemoterapi	46.00 (42.00-49.00)	<0.001*
Radyoterapi	44.50 (37.00-51.00)	
Kemoterapi+ Radyoterapi	39.00 (34.00-46.00)	
<b>Almıyor</b>	41.00 (28.00-42.00)	
<b>(Almıyor-Kemoterapi)=0.040<sup>-</sup></b>		
<b>Bakım verenlerle iş birliği yapma durumu</b>		
Evet	46.00 (41.50-49.00)	0.864 <sup>+</sup>
Hayır	45.00 (33.50-60.00)	
<b>Bakım verenlerle aynı evde yaşama durumu</b>		
Evet	47.00 (44.00-49.00)	0.789*
0-6 ay	48.00 (43.50-49.50)	
7 ay-1 yıl	48.00 (43.50-50.00)	
13 ay-3 yıl	45.50 (41.25-51.25)	
4 yıl üzeri	47.00 (44.00-49.00)	
Hayır	41.00 (31.50-43.00)	
<b>İkinci bir bakım veren varlığı</b>		
<b>Var</b>	46.00 (42.00-49.00)	0.005*
Eşi	44.00 (36.50-47.00)	
Anne-baba	48.00 (45.00-50.25)	
Çocuğu	43.75 (34.10-47.00)	
Kardeşi	46.00 (42.00-50.00)	
2.derece akraba üyeleri	40.00(36.00-48.00)	
Ücretli refakatçi	39.00 (25.00-55.00)	
Yok	47.00 (41.00-49.00)	
<b>(eş-anne/baba)=0.011<sup>-</sup></b>		
<b>Bakım verenlerin maddi yardım alma durumu</b>		
Evet	38.50 (34.75-43.00)	0.010 <sup>+</sup>
Hayır	46.00 (42.00-49.00)	
<b>Hastayı sürekli hastaneye/bakım evine bırakma arzusu</b>		
Evet	41.50 (39.25-46.75)	0.172 <sup>+</sup>
Hayır	46.00 (42.00-49.00)	

\* Kruskal Wallis Test; <sup>+</sup>Mann Whitney U test; <sup>-</sup>Dunn's Çoklu Karşılaştırma Testi

Araştırmada yer alan bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı medyan puan dağılımlarında cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanma durumu, bakım evine bırakma isteğıne göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Bakım verenlerin öğrenim düzeyi, aile tipi, gelir durumu, yaşadığı yer ve hastayla olan yakınlığına göre bakım verme yüğü



ölçeği medyan puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklı olduğu belirlendi ( $p=0.034$ ;  $p=0.045$ ;  $p<0.001$ , sırasıyla). Yapılan ileri analizde okur-yazarların ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre; üniversite mezunlarının ilkokul mezunlarına göre bakım verme yükü medyan puanı düşüktü. Araştırmada parçalanmış aile tipinin geniş aile tipine göre; ikinci derece akrabaların birinci derece aile üyelerine göre; ücretli refakatçi olanların çocuk, eş, kardeşe göre; anne/babanın çocuk ve eşe göre bakım verme yükü medyan puanın düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4: Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Medyan Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Medyan (Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )	p
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	47.00 (42.00-50.00)	0.057 <sup>+</sup>
Erkek	45.50 (40.00-48.00)	
<b>Yaş</b>		
20 yıl ve altı	47.50 (45.75-51.00)	0,063*
21-40yıl	45.00 (40.00-48.00)	
41-60yıl	46.00 (43.00-50.00)	
61yıl ve üzeri	47.50 (40.00-50.00)	
<b>Öğrenim düzeyi</b>		
Okur-yazar	39.00 (27.25-48.00)	0.034*
İlkokul	48.00 (40.75-50.25)	
Ortaokul	47.50 (45.00-49.75)	
Lise	46.00 (40.00-49.00)	
Üniversite	45.00 (41.00-48.00)	
(Okuryazar- İlkokul)=0.046 <sup>-</sup> ; (Okuryazar-Ortaokul)=0.016 <sup>-</sup> ; (Üniversite-İlkokul)=0.012 <sup>-</sup>		
<b>Medeni durum</b>		
Bekâr	46.00 (41.50-48.00)	0.873*
Evli	46.00 (41.00- 49.00)	
Boşanmış	48.00 (40.50-50.50)	
Eşi vefat etmiş	45.00 (36.00-45.00)	
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	47.00(43.00-49.00)	0.268 <sup>+</sup>
Hayır	45.00(40.50-49.00)	
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	46.00 (40.75-49.00)	0.045*
Geniş	47.00 (43.00-49.00)	

Parçalanmış	40.00 (39.00-47.00)	
(Parçalanmış aile- Geniş aile)=0.032 <sup>~</sup>		
<b>Hasta ile yakınlık durumu</b>		0.001*
Çocuk	47.00 (43.00-49.00)	
Eş	47.00 (43.50-50.00)	
Kardeş	47.00 (42.00-50.00)	
Anne-baba	44.00 (35.00-48.00)	
2.derece akraba üyeleri	39.50 (26.75-48.00)	
Ücretli refakatçi	39.50 (26.75-48.00)	
(Akraba-Eş)=0.002 <sup>~</sup> ; (Akraba-Kardeş)=0.005 <sup>~</sup> ; (Anne/Baba-Çocuk)=0.013 <sup>~</sup> ; (Anne/Baba-Eş)=0.010 <sup>~</sup> ; (Ücretli refakatçi -Çocuk)=0.042 <sup>~</sup> ; (Ücretli refakatçi -Kardeş)=0.045 <sup>~</sup> ; (Ücretli refakatçi -Eş)=0.031 <sup>~</sup> ; (Akraba-Çocuk)=0.002 <sup>~</sup>		
<b>Gelir durumu</b>		0.008*
Gelir giderden fazla	45.00 (30. 50-52. 50)	
Gelir gidere denk	47.00 (43. 00-49. 00)	
Gelir giderden düşük	43.50 (38. 25-48. 00)	
(Gelir giderden düşük-Gelir gidere denk)=0.002 <sup>~</sup>		
<b>Yaşanılan yer</b>		0.021 <sup>+</sup>
İl	47.00 (43.00-49.00)	
İlçe	42.00 (34.75-50.25)	
<b>Kronik hastalık durumu</b>		0.101 <sup>+</sup>
Var	48.00 (42.25-50.25)	
Yok	46.00 (41.00-49.00)	
<b>Hastayı sürekli hastaneye/bakım evine bırakma arzusu</b>		0.172 <sup>+</sup>
Evet	41.50 (39.25-46.75)	
Hayır	46.00 (42.00-49.00)	

\* Kruskal Wallis Test; <sup>+</sup>Mann Whitney U test; <sup>~</sup>Dunn's Çoklu Karşılaştırma Testi

### 4.3. Bakım Verenlerin Başa Çıkma Tutumları Medyan Puanlarının Dağılımı

Araştırmada bakım verenlerin Başa Çıkma Tutumları Ölçeği toplam puan medyan değeri 149.00 (146.00-151.00)'dur. Bakım verenlerin Başa Çıkma Tutumları Ölçeği medyan puanlarının sosyo-demografik özellikler ve bakım verilen hastanın tıbbi özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.5 ve Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Bakım verenlerin başa çıkma tutumları ölçeği medyan puanları kanser türü, hastalık süresi, şu anda uygulanan tedavi, bakım verenlerle iş birliği yapma durumu, bakım verenlerle aynı evde yaşama durumu, ikinci bir bakım veren varlığı, bakım verenlerin maddi yardım alma durumuna göre

istatistiksel olarak anlamlı farklı değil iken ( $p>0,05$ ); evre 2 hastasına bakım verenlerin başa çıkma tutumu medyan puanı, evre 4 hastasına bakım verenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ( $p=0.012$ )(Tablo 4.5).

**Tablo 4.5: Bakım Verenlerin Başa Çıkma Tutumları Medyan Puanlarının Hastaların Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Medyan (Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )	p
<b>Klinik tanı</b>		
Akciğer kanseri	150.00 (148.00-153.00)	0.133*
Meme kanseri	148.00 (145.25-151.00)	
GİS kanseri	148.00 (145.00-150.00)	
Hematolojik kanser	149.00 (146.00-150.00)	
Jinekolojik kanser	149.00 (146.00-151.50)	
Prostat kanseri	148.00 (146.50-151.00)	
Pankreas kanseri	160.50 (160.00-160.50)	
Beyin kanseri	160.00 (155.00-160.00)	
<b>Evre</b>		
Evre 1	148.00(145.00-152.25)	0.015*
Evre 2	148.00 (145.00-150.00)	
Evre 3	149.00 (146.00-152.00)	
Evre 4	150.00(148.25-160.00)	
<b>(Evre 2-Evre 4)=0.012</b>		
<b>Hastalık süresi</b>		
0-6 ay	148.50(145.00-151.00)	0.147*
7 ay-1 yıl	148.00 (146.00-152.25)	
13 ay-3 yıl	148.00(146.00-151.00)	
4 yıl üzeri	150.00 (149.00-157.00)	
<b>Şu anda uygulanan tedavi</b>		
<b>Evet</b>	149.00 (146.00-151.00)	0.324*
Kemoterapi	149.00 (147.00-152.00)	
Radyoterapi	150.00 (146.00-156.00)	
Kemoterapi+ Radyoterapi	163.00(164.00-172.00)	
<b>Yok</b>	144.00(126.50-159.00)	
<b>Bakım verenlerle iş birliği yapma durumu</b>		
Evet	149.00 (146.00-151.00)	0.228 <sup>+</sup>
Hayır	170.00(131.00-182.50)	
<b>Bakım verenlerle aynı evde yaşama durumu</b>		
Evet	148.50 (146.00-151.00)	0.987*
0-6 ay	148.00 (143.50-150.00)	

7 ay-1 yıl	148.00 (146.00-152.00)	
13 ay-3 yıl	148.50 (145.25-159.75)	
4 yıl üzeri	149.00 (147.00-151.00)	
Hayır	150.00 (140.00-159.75)	
<b>İkinci bir bakım veren varlığı</b>		
<b>Var</b>	149.00 (146.00-150.25)	
Eşi	149.00(146.00-156.00)	0.492*
Anne-baba	149.00(147.00-150.00)	
Çocuğu	148.00(146.75-150.00)	
Kardeşi	149.00(147.50-161.50)	
2.derece akraba üyeleri	152.00(135.00-174.50)	
Görevlendirme	151.00 (149.00-151.00)	
<b>Yok</b>	148.00 (145.00-151.00)	
<b>Bakım verenlerin maddi yardım alma durumu</b>		
Evet	155.00 (145.50-173.25)	0.218 <sup>+</sup>
Hayır	149.00 (146.00-151.00)	
<b>Hastayı sürekli hastaneye/bakım evine bırakma arzusu</b>		
Evet	149.50 (130.50-185.00)	0.883 <sup>+</sup>
Hayır	149.00 (146.00-151.00)	

\* Kruskal Wallis Test; <sup>+</sup>Mann Whitney U test; <sup>+</sup>Dunn's Çoklu Karşılaştırma Testi

Araştırma kapsamında bakım verenlerin Başa Çıkma Tutumları Ölçeği medyan puanları cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, hastasını hastane/bakım evine bırakma arzusu, sigara ve alkol kullanma durumu, hasta ile yakınlık derecesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklı değil iken ( $p>0,05$ ); ilçede yaşayanların ilde yaşayanlara göre ( $p=0.023$ ); kronik hastalığı olanların kronik hastalığı olmayanlara göre başa çıkma tutumları ölçeği medyan puanları daha yüksektir ( $p=0.039$ ), (Tablo 4.6).

Bakım verenlerin öğrenim düzeyine göre başa çıkma tutumları medyan puanları incelendiğinde ise ortaokul ve üniversite mezunlarının ilkokul mezunlarına göre Başa Çıkma Tutumları Ölçeği medyan puanlarının düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6: Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Başa Çıkma Tutumları Medyan Puanlarının Dağılımı**

Özellikler	Medyan (Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )	p
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	148.50 (146. 00-151. 00)	0.711 <sup>+</sup>
Erkek	149.00 (146. 00-151. 00)	
<b>Yaş grupları</b>		
20 yaş ve altı	148.50 (147. 00-149. 25)	0.149*
21-40	148.00 (144. 25-150. 75)	
41-60	149.00 (147. 00-151. 75)	
61 yıl ve üzeri	149.00 (145. 00-170. 75)	
<b>Öğrenim düzeyi</b>		
Okur-yazar	148.50 (124. 00-152. 00)	0.028*
İlkokul	150.00 (147. 00-169. 50)	
Ortaokul	148.00 (146. 00-149. 50)	
Lise	149.00 (147. 00-152. 50)	
Üniversite	148.00 (145. 00-150. 00)	
(Ortaokul-İlkokul)=0.010 <sup>-</sup> ; (Üniversite-İlkokul)= 0.010 <sup>-</sup>		
<b>Medeni durum</b>		
Bekâr	149.00 (146. 00-150. 50)	0.562*
Evli	149.00 (146. 00-152. 00)	
Boşanmış	149.00 (142.00-157.00)	
Eşi vefat etmiş	151.00 (148.00-151.00)	
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	149.00 (146. 50-151. 00)	0.374 <sup>+</sup>
Çalışmıyor	148.00 (145. 00-151. 50)	
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	148.00 (146. 00-151. 00)	0.158*
Geniş	149.00 (147. 00-151. 00)	
Parçalanmış aile	149.00 (145. 00-164. 00)	
<b>Hasta ile yakınlık durumu</b>		
Çocuk	148.00 (145. 00-150. 00)	0.209*
Eş	149.00 (147. 50-163. 50)	
Kardeş	149.00 (146. 00-151. 00)	
Anne-baba	149.00 (146. 50-153. 00)	
2.derece akraba üyeleri	149.00 (129. 25-154. 00)	
Görevlendirme	153.50 (119. 25-169. 75)	
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden fazla	147.00 (133. 00-159. 50)	0.149*
Gelir gidere denk	149.00 (146. 00-150. 50)	
Gelir giderden düşük	150.00 (145. 50-162. 00)	
<b>Yaşanılan yer</b>		
İl	148.00 (146. 00-151. 00)	0.023 <sup>+</sup>
İlçe	151.50 (146. 50-171. 00)	
<b>Kronik hastalık durumu</b>		
Var	150.00 (147. 00-153. 00)	0.039 <sup>+</sup>

Yok	148.00 (146. 00-151. 00)	
<b>Sigara kullanımı</b>		
Evet	149. 00 (146. 00-157. 00)	0.547 <sup>+</sup>
Hayır	148. 00 (146. 00-151. 00)	
<b>Alkol kullanımı</b>		
Evet	129. 00 (125. 50-167. 50)	0.360 <sup>+</sup>
Hayır	149. 00 (146. 00-151. 00)	
<b>Hastayı sürekli hastaneye/bakım evine bırakma arzusu</b>		
Evet	149.50 (130. 50-185. 00)	0.883 <sup>+</sup>
Hayır	149.00 (146. 00-151. 00)	
<b>Genel toplam</b>	150.44 (60. 00-201. 00)	

\* Kruskal Wallis Test; <sup>+</sup>Mann Whitney U test; <sup>+</sup>Dunn's Çoklu Karşılaştırma testi

#### 4.4. Bakım Verenlerin Duygusal Zekâ Medyan Puanlarının Dağılımı

Araştırma kapsamında bakım verenlerin Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği medyan değeri 138.00 (132.00-143.00) olarak belirlendi. Bakım verenlerin Schutte Duygusal Zekâ medyan puan dağılımlarının cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çalışma durumu, aile tipi, kronik hastalık varlığı, alkol kullanma durumu ve hastayı hastane/bakım evine bırakma arzusuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı değil iken ( $p>0.05$ ); öğrenim düzeyi, gelir durumu, yaşanan yer, sigara kullanma durumu ve hasta ile yakınlık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.7). Bakım verenlerin öğrenim düzeylerine göre Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği medyan puanları incelendiğinde; okur-yazarların ortaokul ve üniversite mezunlarına göre; ilkokul mezunlarının ortaokul ve üniversite mezunlarına göre duygusal zekâ medyan puanlarının düşük olduğu belirlendi. Ayrıca ilde yaşayan bakım verenlerin ilçede yaşayanlara göre; geliri giderine denk olanların geliri giderinden düşük ve geliri giderinden fazla olanlara göre duygusal zekâ medyan puanları yüksekti ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7: Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Duygusal Zekâ Medyan Puanlarının Dağılımı**

Özellikler	Medyan (Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )	p
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	163.00 (151. 75-172. 00)	0,327 <sup>+</sup>
Erkek	164.00 (153. 00-173. 75)	
<b>Yaş grupları</b>		
20 yıl ve altı	160.00 (153. 75-172. 25)	0.614*
21-40yıl	164.00 (152. 00-172. 75)	
41-60yıl	163.00 (152. 00-174. 75)	
61 yıl ve üzeri	157.00 (147. 25-168. 00)	
<b>Öğrenim düzeyi</b>		
Okur-yazar	149.00 (140. 25-166. 75)	0.015*
İlkokul	157.00 (147.00-169. 00)	
Ortaokul	165.00 (155.00-177. 25)	
Lise	161.00 (152.00-172. 50)	
Üniversite	166.00 (154.00-176. 00)	
(okuryazar-üniversite)= 0.014 <sup>+</sup> ; (okuryazar-ortaokul)= 0.015 <sup>+</sup> ; (ilkokul-üniversite)= 0.015 <sup>+</sup> ; (ilkokul-ortaokul)= 0.017 <sup>+</sup>		
<b>Medeni durum</b>		
Bekâr	163.00 (154. 00-174. 00)	0.706*
Evli	163.00 (151. 50-171. 00)	
Boşanmış	162.00 (144. 00-170. 50)	
Eşi vefat etmiş	165.00 (134. 00-165. 00)	
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	165.00 (153. 50-173. 50)	0.079 <sup>+</sup>
Çalışmıyor	158.00 (149. 50-170. 50)	
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	162.50 (151. 75-172. 00)	0.163*
Geniş	165.00 (154. 00-175. 00)	
Parçalanmış aile	154.00 (132. 00-167. 50)	
<b>Hasta ile yakınlık durumu</b>		
Çocuk	165.00 (154. 50-175. 50)	0.028*
Eş	166.00 (152. 00-178. 50)	
Kardeş	163.00 (150. 00-173. 00)	
Anne-baba	163.00 (152. 00-168. 00)	
2.derece akraba üyeleri	154.00 (141. 00-165. 75)	
Görevlendirme	146.50 (131. 75-159. 00)	
(Akraba-Eş)=0.035 <sup>+</sup> ; (Akraba-Çocuk)=0.009 <sup>+</sup> ; (Görevlendirme-Eş)=0.034 <sup>+</sup> ; (Görevlendirme-Çocuk)= 0.019 <sup>+</sup>		
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden fazla	154.00 (131. 50-164. 50)	<0.001*
Gelir gidere denk	166.00 (154. 00-174. 00)	
Gelir giderden düşük	154.00 (141. 00-166. 50)	
(gelir giderden fazla-gelir gidere denk)=0.002 <sup>+</sup> ; (gelir giderden düşük-gelir gidere denk)<0.001 <sup>+</sup>		
<b>Yaşanılan yer</b>		
İl	164.50 (154. 00-173. 75)	<0.001 <sup>+</sup>

İlçe	152.00 (136. 75-162. 25)	
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
Evet	166.50 (154. 75-177. 25)	0.290 <sup>+</sup>
Hayır	163.00 (152. 00-171. 75)	
<b>Sigara kullanımı</b>		
Evet	157.00 (141. 00-171. 00)	0.026 <sup>+</sup>
Hayır	164.00 (153. 50-172. 50)	
<b>Alkol kullanımı</b>		
Evet	150.00 (134. 00-163. 00 )	0.101 <sup>+</sup>
Hayır	163.00 ( 152. 00-172. 00)	
<b>Hastayı hastaneye/bakım evine bırakma arzusu</b>		
Evet	153.50 (145. 00-173. 25)	0.405 <sup>+</sup>
Hayır	163.00 (152. 00-172. 00)	

\* Kruskal Wallis Test; <sup>+</sup>Mann Whitney U test; <sup>+</sup>Dunn's Çoklu Karşılaştırma Testi

#### 4.5. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü, Başa Çıkma Tutumları ve Duygusal Zekâ Medyan Puanları Arasında İlişki

Bu bölümde bakım verenlerin bakım verme yükü, başa çıkma tutumları ve duygusal zeka medyan puanlarının korelasyon dağılımları verildi (Tablo 4.8). Zarit Bakım Yükü Ölçeği medyan puanı ile Schutte Duygusal Zekâ Ölçeğinin toplam medyan puanı, iyimserlik, duyguların kullanımı ve duyguların değerlendirilmesi alt boyut medyan puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf ilişki saptandı ( $p < 0.005$ ) (Tablo 4.8). Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği toplam medyan puanı ile Zarit Bakım Yükü Ölçeği medyan puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı ilişki saptanmadı ( $p = 0.863$ ). Başa Çıkma Tutumları Ölçeği toplam medyan puanı ile Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği toplam medyan puanı, iyimserlik ve duyguların değerlendirilmesi alt boyut medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken ( $p > 0.005$ ); duyguların kullanımı medyan puanı arasında negatif yönde zayıf ilişki belirlendi ( $r = -0.153$ ;  $p = 0.018$ ), (Tablo 4.8).



**Tablo 4.8: Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yüğü, Başı Çıkma Tutumları, Duygusal Zekâ Puan Ortalamalarının Korelasyon Dağılımları**

(r;p)	1	2	3	4	5
<b>1</b>					
<b>2</b>	0.871; <0.001				
<b>3</b>	0.325; <0.001	0.046; 0.484			
<b>4</b>	0.879; <0.001	0.713; <0.001	0.237; <0.001		
<b>5</b>	-0.048; 0.464	-0.013; 0.841	-0.153; 0.018	-0.049; 0.452	
<b>6</b>	0.240; <0.001	0.169; 0.009	0.206; <0.001	0.200; 0.002	0.011; 0.863

<sup>1</sup>Schuttle Duygusal Zekâ Ölçeği Toplam Puanı; <sup>2</sup>İyimserlik alt boyut puanı; <sup>3</sup>Duyguların Kullanımı Puanı; <sup>4</sup>Duyguların Değerlendirilmesi Puanı; <sup>5</sup>Başı Çıkma Ölçeği Toplam Puanı; <sup>6</sup>Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Toplam Puanı

## 5. TARTIŞMA

Kronik hastalıklar arasında sık rastlanan kanser; hastaların yaşamsal faaliyetlerini etkilediği gibi kendilerine bakmakla yükümlü olan, bakımlarıyla ilgilenmek isteyen aile bireylerini ve yakın çevrelerini de fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkilemektedir. Bu araştırmada kanser hastasına bakım verenlerin bakım verme yükü, başa çıkma tutumları ve duygusal zekâ düzeyi değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonuçları hastaların ve bakım verenlerin özellikleri ile bakım verme yükü, başa çıkma tutumu ve duygusal zekâ düzeyi toplam puanları arasındaki ilişkinin incelendiği dört başlık altında tartışılmıştır.

### 5.1. Hastaların ve Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik, Tıbbi Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükünün Tartışılması

Araştırmamızda bakım verenlerin %40.3'ü 21-40 yaş arası, %42'si 41-60 yaş arasındadır. Bektaş (2014b) 'ın çalışmasında kemoterapi uygulanan hastalara bakım verenlerin yaş ortalaması 42; Orak & Sezgin (2015)'in çalışmasında radyoterapi uygulanan hastaların bakım verenlerin yaş ortalaması 37'dir. Yaşlı onkolojisi hastasına bakım verenlerle yapılan başka bir çalışmada ise bakım verenlerin yaş ortalaması 51'dir (Akyar, Korkmaz & Atakul, 2017). Bu durum ülkemizde kanser hastasına informal bakım verenlerin çoğunlukla erişkin nüfustan oluştuğunu göstermektedir.

Çalışma kapsamında bakım verenlerin %63'ü kadındır. Ülkemizde kronik sağlık sorunları nedeniyle bakım verenlerin çoğunluğu kadınlardan oluşurken (Tuncay, Mollaoğlu & Fertelli, 2015; Karahan & İslam, 2013; İnci & Erdem, 2008; Alahan, Aylaz & Yetiş, 2015; Koç, Sağlam & Çınarlı, 2016; Orak & Sezgin, 2015; Yakar & Pınar, 2013; Karaaslan, 2013; Tel vd., 2012); bu durum diğer dünya ülkelerinde de farklı olmadığı belirlenmiştir (Muliira, Kizza & Nakitende, 2018; Ukpong, 2012; Shieh et al., 2012). Dünya genelinde yıllardır ev işlerinin düzenlenmesi, çocuk bakımı gibi görevlerin yanı sıra hasta bakımını da sosyo-kültürel faktörlerin etkisiyle kadınların üstlendiği görülmektedir.

Yapılan bir çalışmada bakım verenler hastayla yakınlık derecesine göre sıralandığında %41'ini eşler, %4'ünü çocukları oluşturmaktadır (Yıldız vd., 2016). Tuncay vd. (2015) bakım verenlerin %42'sinin hastanın çocukları, %24.7'sinin eşlerden oluştuğunu belirtmiştir. Flashkerud, Carter & Lee (2000)'a göre kanser hastasına bakım verenlerin %70-80'ini eşler, %20'sini çocuklar ve %10'unu da arkadaşlar ve diğer yakınlar oluşturmaktadır. Başka bir çalışmada da %55.6 ile en çok bakım verenlerin çocuklardan oluştuğu belirlenmiştir (Şahin, Polat & Ergüney, 2009). Çalışmamızda ise bakım verenlerin birinci sırada çocukları ikinci sırada eşlerinin olduğu, ücret karşılığı informal bakım veren bireylerin sayılarının ise sınırlı olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda bakım verenlerin bakım verme yükü 46.00 medyan değeri ile orta düzeydedir. Koç vd. (2016)'nın çalışmasında araştırma sonucumuzla benzer şekilde kanser hastasına bakım verenlerin orta düzeyde bakım verme yükü (medyan=55.6) bildirilmiştir (Koç, Sağlam & Çınarlı, 2016). Başka bir çalışmada ise 65 yaş üzeri kanser hastalarında bakım verme yükü medyan değeri 30.7 (Sağlam vd., 2016); Orak & Sezgin (2015)'nin çalışmasında kanser hastasına bakım verenlerin bakım verme yükü medyan değeri 39.02 ile hafif düzeydedir. Çalışma sonucumuzun bu iki çalışma sonucundan farklı olmasının nedeni olarak hastanın özellikleri ile bakım verenin sosyo-demografik özelliklerinin etkisinin olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda bakım verme yükü ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre okur-yazar bireylerde; ilkokul mezunlarına göre üniversite mezunlarında daha düşüktür. Yeşil vd. (2016)'nın çalışmasında öğrenim düzeyinin bakım verme yükünü etkilemediği belirtilirken; Özden vd. (2016) üniversite mezunlarında bakım verme yükünün arttığını bildirmiştir (Yeşil, Uslusoy & Korkmaz, 2016; Özden, Karagözoğlu, Güler & Bülbüloğlu, 2016). Araştırmamızda gelir durumu düşük olanların geliri giderine denk olanlara göre bakım verme yükü daha düşüktür. Yıldız & Ekinci (2017)'nin çalışmasında ise geliri giderinden fazla olanların bakım

verme yükü, gelir-gider durumu denk ve gelir-gider durumu düşük olanlardan yüksektir (Yıldız & Ekinci, 2017). Gülpak&Kocaöz (2014)'ın çalışmasında gelir durumunu orta, kötü ve çok kötü bildirenlerin bakım verme yükü gelir durumunu iyi bildirenlere göre daha fazladır (Gülpak & Kocaöz, 2014). Diğer araştırmalar da ise gelir durumu düşük olanların bakım yükü daha yüksektir (Özden vd., 2016; Alahan, Aylaz & Yetiş, 2015). Bu farklı sonuçlar geliri iyi olan bireylerin refah düzeylerinin geliri giderinden az olanlara göre daha iyi olması nedeniyle bakım verme sürecinde refah durumlarının etkilenmesinden kaynaklanabileceği gibi geliri giderine denk ve geliri giderinden düşük olan bireylerin hastalık sürecinde, geliri yüksek olan bireylere göre bakıma daha fazla katılmalarına, çaba harcamalarına ve bakım verme yükünü daha fazla hissetmelerine yol açabileceği düşünülmüştür.

Özden vd. (2016) çalışmasında çekirdek aile üyelerinin bakım verme yükünün daha fazla olduğunu ifade ederken; araştırmamızda geniş aile üyelerinin bakım verme yükü daha fazladır. Koç vd. (2016) bakım verenlerin bakım yükünü incelediğinde; akrabaların ve ücret karşılığı bakım veren refakatçilerin bakım yükü puanı eş, çocuk, kardeş, anne/baba gibi bakım veren aile üyelerine göre daha düşük olduğunu belirlemiştir (Koç vd, 2016). Literatürle benzer sonuçların saptandığı araştırmamızda da ikinci derece akraba ve ücretli karşılığı informal bakım veren bireylerin eş, kardeş ve çocuk bakım verenlere göre bakım verme yükü daha düşüktür.

Araştırmamızda kemoterapi uygulanan hastalara bakım verenlerin herhangi tedavi alamayan hastaların bakım verenlerine göre bakım yükü yüksek iken; Koç vd. (2016)'nin, Bektaş vd. (2014b)'nin, Şahin, Polat& Ergüney (2009)'nin çalışmalarında da kemoterapi uygulanan hastaların bakım yükü fazladır. Öksüz vd. (2013)'in çalışmasında 3 kür ve daha fazla kemoterapi uygulanan hastaların bakım verenlerinin 3 kürden daha az kemoterapi alan hastaların bakım verenlerin bakım yüklerinden daha fazla olduğunu belirlemiştir. Bu durumun kemoterapinin diğer tedavi

yöntemlerine göre daha fazla yan etkiye ve bakıma yol açmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Araştırmamızda hastalığın türüne ve evresine göre bakım yükünde fark belirlenmemiştir. Diğer araştırmalarda ise hastalık süresi uzadıkça ve evre 4 hastalığı olan bireylere bakım verme yükünün arttığı vurgulanmıştır (Özdemir vd., 2017; Koç, Sağlam & Çınarlı, 2016;). Bu durum hastalığın evresi ilerledikçe bakım ihtiyacının artmasıyla açıklanmaktadır.

## **5.2. Bakım Verenlerin Başa Çıkma Tutumlarının Bakım Verenler ve Hastaların Sosyo-Demografik, Tıbbi Özelliklerine Göre İncelenmesi**

Araştırmamızda bakım verenlerin başa çıkma tutum puanları cinsiyete göre farklı değildir. Kaya vd., (2015) formal bakım verenler ile yaptığı çalışmada kadınların başa çıkma tutum puanlarını daha yüksek belirlemiştir (Kaya vd., 2015). Başka bir çalışmada başa çıkma tutumlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği; kadınların daha çok duygu odaklı, erkeklerin problem odaklı başa çıkma tutumunu kullandıkları ifade edilmiştir (Soderstrom vd., 2000). Erman (2016)'ın çalışmasında ise erkeklerde boyun eğici ve çaresiz davranışlar; kadınlarda iyimserlik, sosyal destek arama gibi başa çıkma tutumları yüksektir. Yıldızeli (2017)'nin çalışmasında da erkeklerin davranışsal olarak boş verme alt boyut puanları kadınlara göre daha yüksektir. Saygı (2012) ise çalışmasında pediatrik kanser hastalarına bakım veren kadınların erkeklere göre daha fazla psiko-sosyal güçlüklerle karşılaştıklarını ve çaresizlik, yalnızlık, güçsüzlük duygularının psikososyal güçsüzlükte etkili olduğunu bildirmiştir. Toptaş (2013)'da kadın bakım verenlerin kendilerinden beklenen rolü içselleştirdiklerini, başka bir seçenek, yardım alma ya da sorumlulukları paylaşmayı bilmeme sonucunda yük duygularının arttığını, yaşam kalitelerinin azaldığını belirtmiştir. Yapılan bu çalışmalara karşın çalışma sonucumuzla benzerlik gösteren Gafvels&Wandell (2007) cinsiyetler arasında başa çıkma tutumları arasında fark olmadığını belirtmektedir (Gafvels & Wandell, 2007). Karaaslan (2013)'in çalışmasında da cinsiyetin

bakım veren stresi üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir. Literatür değerlendirildiğinde çoğunlukla cinsiyete göre başa çıkma tutumlarında farklılıklar gözlenmiştir. Bu duruma daha çok hastanın kız çocuğu olma, annesi olma gibi bakım veren-hasta ilişkisinin etkisinin olabileceği, ayrıca primer bakım verenin dışında bakıma yardım eden kişinin varlığının etkisinin de olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda bakım verenlerin medeni durumları baş etme tutumlarını etkilememiştir. Erman (2016)'nın çalışmasında evli bakım verenlerin başa çıkma tutum puanları daha yüksektir. Papastavrou (2012)'nin çalışmasında ise evli olan bakım verenlerin dışarıdan sosyal destek arama ihtiyacı hissetmediği, hastalıklarla ilgili problemin aile içerisinde çözüldüğü ve başa çıkma tutumlarının yüksek olduğu ifade edilmiştir (Papastavrou, 2012). Araştırma sonucumuzun literatürden farklı olmasının nedeni olarak hastaların yarısından fazlasının ikinci bir bakım verenin olmasından kaynaklanabileceği, bakım süreciyle ilgili başa çıkmada bu durumun etkili olabileceği söylenebilir.

Araştırmamızda bakım verenlerin öğrenim düzeyi bakım verenlerin başa çıkma tutumlarını etkilemektedir. Ortaokul mezunu ve üniversite mezunu bakım verenlerin ilkokul mezunlarına göre başa çıkma tutum puanları daha düşüktür. Erman (2016)'ın çalışmasında üniversite mezunu bakım verenlerde çaresizlik ve boyun eğici yaklaşımlar düşük iken, lise mezunlarında iyimser yaklaşım, ilkokul mezunlarında boyun eğici yaklaşımın yüksek olduğu belirlenmiştir. Dicle (2017)'nin çalışmasında ise bakım veren bireyin eğitim düzeyi arttıkça başa çıkma tutum puanlarının arttığı belirtilmektedir (Dicle, 2017). Literatüre göre eğitim seviyesi azaldıkça başa çıkmada etkisiz (duygu odaklı) yaklaşımların daha fazla kullanıldığı belirtilmektedir (Erman, 2016; Dicle 2017). Çalışma sonucumuzun literatürden farklı olmasının nedeni olarak toplam puan verilmesinden kaynaklanabileceği, eğitim düzeyine göre ölçeğin alt boyutlarından alınan puanların değişebileceği düşünülerek yapılacak

araştırmalarda eğitim düzeyine göre başa çıkma tutumları alt boyut puanlarının değerlendirilmesini önerebiliriz.

Araştırmamızda gelir düzeyine göre başa çıkma tutumları toplam puanları arasında farklılık saptanmazken, Yıldızelinin (2017) alışmasında gelir düzeyi düşük olan bakım verenlerin sorun odaklı başa çıkma tutumları daha yüksektir. Başka bir çalışmada ise gelir durumu yüksek olan bakım verenlerin başa çıkma tutumlarının yüksek olduğu ifade edilmiştir (Erman, 2016). Dicle (2017)'nin çalışmasında da bakım ihtiyacı olan hastaların aile üyelerinin başa çıkma tutumlarına gelir düzeyinin etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde gelir durumu ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Bu nedenle daha fazla çalışmanın yapılmasını önerebiliriz.

Araştırmamızda kronik hastalığı olan bakım verenlerin, kronik hastalığı olmayanlara göre başa çıkma tutumları puan ortalaması daha yüksektir. Bu konuda yapılan çalışmaların sınırlı olmasına karşın kronik hastalığı olan bireylerin duyu kaybı, önsezi ve kontrol kaybı, mortalitenin artması, önemli rollerin ve arkadaşlığın kaybı, seksüel yetenek kaybı, geleceğin belirsizliği, yaşamın anlam ve amacının kaybı ve prosedür gibi kaygıları daha sık yaşadıkları belirtilmektedir (zdemir & Taşcı, 2013). Bu nedenlerle araştırmamızda bu kayıpları önceden deneyimlediği düşünülen kronik hastalığı olan bakım verenlerin baş etme tutumlarının da yüksek olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamızda evre 2 kanser hastasına bakım verenlerin evre 4 kanser hastasına bakım verenlere göre başa çıkma tutum puanları düşüktür. Kaya vd. (2015) formal bakım veren hemşirelik ğrencilerinin hastalığın türüne göre başa çıkma tutumunun değiştiğini ifade etmektedir. Araştırma sonucumuzun aksine Saygı (2012)'in çalışmasında tedaviye bağlı yan etkilerin yoğunluğu arttıka bakım verenlerin yaşadığı psiko-sosyal güçlüklerin arttığı belirtilirken, bakımdan algılanan yeterlilik düzeyi

ile bakım verenlerin yaşadıkları psikososyal güçlükler arasında negatif yönlü ilişkinin olduğu vurgulanmaktadır.

### **5.3. Bakım Verenlerin Duygusal Zekâ Düzeyinin Sosyo-Demografik, Tıbbi Özelliklerine Göre İncelenmesi**

Yapılan araştırmalar incelendiğinde informal bakım verenlerin duygusal zekâ durumunu değerlendiren çalışmalara rastlanmamakla birlikte formal bakım veren hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin örneklemini oluşturduğu çalışmalar mevcuttur (Avşar & Kaşıkçı, 2010; Onay, 2011; Sevindik, Uncu & Dağ, 2012; Büyükbayram&Gürkan, 2014; Deshpande & Joseph, 2009). Bu nedenle tartışmanın bu bölümü formal bakım verenler ve bakım verenler dışındaki çalışmaların sonuçlarıyla sınırlandırılmıştır.

Araştırma kapsamında bakım verenlerin duygusal zekâ medyan değeri maksimum 180 üzerinden 138'dir. Araştırmamızda kullanılan duygusal zekâ ölçeğinin kullanıldığı başka bir araştırmada çoğunluğu lisans mezunu hemşirelerin duygusal zeka ortalama puanı 146,30'dur (Okumuş & Uğur, 2017). Erigüç, Eriş & Kabalcıoğlu (2014)'in çalışmasında lisans düzeyinde eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin duygusal zekâ düzeylerinin düşük olduğu belirlenirken, Büyükbayram&Gürkan (2014)'in çalışmasında hemşirelerin duygusal zekâ ortalamaları orta düzeyin üstündedir (Büyükbayram & Gürkan, 2014). Atilla vd (2013)'in araştırmasında sağlık çalışanlarının kendi duygularını değerlendirme boyutundan yüksek puan almalarına karşın kendi duygularını yönetebilme alt boyut puanın düşük olduğu belirlenmiştir (Atilla vd., 2013). Onay (2011)'in çalışmasında ise hemşirelerin büyük çoğunluğunun kendi duygularının farkında olmadığını, duyguları yönetmede başarılı olamadıkları, motivasyonlarının düşük olduğu, empati ve sosyal becerilerde yetersiz oldukları saptanmıştır. Araştırma sonucumuzun en az lise mezunu olan bakım verenlerle yapılan çalışma sonuçlarından düşük ve farklıdır. Bu duruma bakım veren hasta yakınlarının eğitim düzeyinin katkısı olabileceği düşünülmüştür.



Araştırmada bakım veren okur-yazarların ortaokul ve üniversite mezunlarına göre; ilkokul mezunlarının ortaokul ve üniversite mezunlarına göre duygusal zekâ puanları düşüktür. Araştırma sonucumuzla benzer olan Tatar vd. (2011)'in çalışmasında öğrenim düzeyi arttıkça duygusal zekâ düzeyinin arttığı saptanmıştır (Tatar, Tok & Saltukoğlu, 2011). Avşar & Kaşıkçı (2010) ise hemşirelik bölümü öğrencilerinin duygusal zekâ puan ortalamalarını sınıflara göre incelemiş ve 2.sınıfların 4.sınıflara göre duygusal zekâ puanlarının düşük olduğunu, vurgulamıştır. Başka bir çalışmada ise sağlık yüksek okulu öğrencilerinden birinci sınıfların duygusal zekâ puanı dördüncü sınıflara göre düşük bulunmuştur (Sevindik, Uncu & Dağ, 2012). Literatürde belirtildiği gibi eğitimin duygusal zekâ düzeyine olumlu katkısı vardır.

Araştırmamızda cinsiyete göre duygusal zekâ düzeyinde fark saptanmamıştır. Sevindik, Uncu & Dağ (2012)'in çalışmasında sağlık yüksekokulu öğrencileri arasında kadınların erkeklere göre duygusal zekâ puanları yüksektir. Kokanay (2013)'in çalışmasında kadın akademisyenlerin duygusal zekâ alt boyutlarından pozitif duygusal yönetim ve empatik duyarlılık faktörlerinin erkeklere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada da sağlık yöneticileri arasında başhemşire ve başhemşire yardımcılarının duyguların değerlendirilmesinden yüksek puan aldıkları belirtilirken bu durumun hepsinin kadın cinsiyette olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (Aslan & Özata, 2008). Örneklemi bakım verenler dışında ki bireylerin oluşturduğu bazı araştırmalarda ise kadınların duygusal zekâ düzeyinin erkeklere göre yüksek olduğu ifade edilmektedir (Tatar, Tok & Saltukoğlu, 2011; Schuttle, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar & Rooke, 2007; Vay, Alonso & Viswesvaran, 2005; Salovey & Mayor, 1990; İkiz & Totan, 2012). Aslan & Özata (2006) "bu durumun nedeni olarak kadınların biyolojik olarak donanımlı olmaları ve duygulara daha fazla önem vermelerinden geçtiğini" belirtmektedir. Araştırmamızla benzerlik gösteren bazı araştırmalarda ise cinsiyete göre duygusal zekâ düzeyinde değişiklik

olmadığı belirtilirken (Aslan & Özata, 2008; Okumuş & Uğur, 2017; Girgin, 2009; Özbiçer & Atıcı, 2018); Tambağ vd., (2014)'nın çalışmasında erkek öğrencilerin duygusal zekâ puanları yüksektir (Tambağ, Kaykunoğlu, Gündüz & Demir, 2014).

Araştırmamızda geliri giderine denk olanların geliri giderinden düşük ve geliri giderinden fazla olanlara göre duygusal zekâ puan ortalamaları yüksektir. Formal bakım veren bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada orta ve yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip bakım vericilerin duygusal zekâ puanının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tambağ, Kaykunoğlu, Gündüz & Demir, 2014). Oysa Yılmaz&Özkan (2011)'in çalışmasında geliri giderinden az olan öğrencilerin duygusal zekâ puanlarının geliri giderine denk ve fazla olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca araştırmamızda olduğu gibi yapılan bazı araştırmalarda da bakım verenlerin medeni durumlarına göre duygusal zekâ puanları arasında fark saptanmamıştır (Delice & Günbeyi, 2013; Okumuş & Uğur, 2017; Uzuner, 2012; Altıok vd., 2015).

Özetle duygusal zekâ öğrenim durumu, gelir durumu, cinsiyet gibi bazı sosyo-demografik faktörlerden etkilenen, zaman içerisinde geliştirilebilen bir kavramdır.

#### **5.4. Bakım Verenlerin Bakım Yükü, Başa Çıkma Tutumları ve Duygusal Zekâ Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Araştırmamızda duygusal zekâ düzeyi toplam puanı, iyimserlik alt boyut puanı, duyguların kullanımı alt boyut puanı ve duyguların değerlendirilmesi alt boyut puanları arttıkça bakım verenlerin bakım yükü toplam puanının arttığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda bireylerin duygusal zekâ düzeyi arttıkça problem çözme yeteneklerinin arttığı (Karabulutlu, Yılmaz & Yurttaş, 2011); duygusal zekâ düzeyi yüksek olan hemşirelerin bakım vermektan doyum aldıkları belirtilmiştir (Büyükbayram & Gürkan, 2014). Okumuş&Uğur (2017) ise duygusal zekanın bakım davranışları üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Atilla vd. (2013)'in çalışmasında kendi duygularını değerlendirmekte iyi olan, duygularını

düzenleyebilen sağlık çalışanları tarafından verilen hizmetten hasta memnuniyetinin yüksek olduğu bildirilmiştir.

Araştırmamızda bakım verenlerin duygusal zekâ ölçeği toplam puanı ile başa çıkma tutumları toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen duyguların kullanımı puanı arttıça başa çıkma tutumunun azaldığı belirlenmiştir. Literatürde duygusal zekâ düzeyi yüksek olan bireylerin kendi duygularını ve başkalarının duygularını anlayabildikleri, kendilerini motive edebildikleri, kendi ilerinde ve ilişkilerinde duygularını doğru yönetebildikleri ifade edilmektedir. Deshpande vd. (2009) formal bakım veren hemşirelerin duygusal zekâ puanı ile etik davranışları arasında anlamlı ilişkinin olduğunu, hemşirelerin etik karar verme becerilerinde duygusal zekâ düzeyinin etkisini belirtmiştir. Deshpande vd. (2009) hemşirelerin duygusal enerjilerinin yüksek olmasının hastalarla iyi etkileşimle sonuçlandığını; kendine güvenen, dürüst, öz-bakımını yapabilen, güçlüklerle baş edebilen bireylerin hasta bakımında etik karar verdiklerini bildirmiştir. Özellikle kanser bakım sürecinde yaşanan fiziksel, psiko-sosyal ve ekonomik problemler karşısında daha güçlü ve etkin bakım verenler olabilmesi için bireylerin duygularını tanımlayabilmesi, kontrol edebilmesi, empati kurabilmesi ve sosyal beceriler geliştirilebilmesi gerekir. Aksi halde bakım verenlerde psiko-sosyal sorunlar ve bakım ilişkili konularda etkisiz yönetim gözlenebilir. Bu nedenlerle hemşirelerin bakım verenlerin becerilerini değerlendirmesi ve bakım verenleri duygusal, sosyal yönden desteklemeleri gerekebilir.

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler 5 alt başlıkta verilmiştir;

### **6.1. Bakım verenlerin bakım verme yüküne ilişkin sonuçlar**

Hastaların tıbbi özellikleri ile bakım verenlerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre bakım verme yükü farklıdır;

- Parçalanmış aile üyelerine göre geniş aile üyelerinin bakım verme yükü daha yüksektir.
- Gelir gidere denk olanların geliri giderinden yüksek ve düşük olanlara göre bakım verme yükü daha yüksektir.
- Hematolojik kanser hastasına bakım verenlerin bakım verme yükü daha yüksektir.

### **6.2. Bakım verenlerin başa çıkma tutumlarına ilişkin sonuçlar**

Hastaların tıbbi özellikleri ve bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerine göre bakım verenlerin başa çıkma tutumları;

- İlçede yaşayan bakım verenlerin ilde yaşayanlara göre başa çıkma tutum puanı yüksektir.
- Kronik hastalığı olan bakım verenlerin kronik hastalığı olmayanlara göre başa çıkma tutum puanı daha yüksektir.
- Ortaokul ve üniversite mezunlarının ilkokul mezunlarına göre başa çıkma tutum puanı daha düşüktür.
- Evre 4 hastalığı olan bireye bakım verenin başa çıkma tutum puanı evre 2 hastalığı olan bireye bakım verenin puanından yüksektir.

### **6.3. Bakım verenlerin duygusal zekâ düzeyine ilişkin sonuçlar**

Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerine göre duygusal zekâ düzeyi;

- Üniversite mezunlarının okuryazarlara ve ilkokul mezunlarına göre, ortaokul mezunlarının okur-yazarlara ve ilkokul mezunlarına göre duygusal zekâ puanı daha yüksektir.
- Gelir giderine denk olan bakım verenlerin duygusal zekâ puanı geliri giderinden yüksek ve geliri giderinden düşük olanlardan daha yüksektir.
- İlde yaşayanların ilçede yaşayanlara göre duygusal zekâ puanı daha yüksektir.
- Sigara kullanmayan bakım verenlerin, sigara kullanan bakım verenlere göre duygusal zekâ puanı daha yüksektir.

#### **6.4. Bakım verenlerin bakım yükü, baş etme tutumu ve duygusal zekâ düzeyi ilişkisine ait sonuçlar**

- Bakım verenlerin duygusal zekâ puanı ile bakım verme yükü puanı arasında pozitif yönde zayıf ilişki,
- Bakım verenlerin başa çıkma tutumları puanı ile duygusal zekâ ölçeği duyguların kullanımı alt boyut puanı arasında negatif yönde zayıf ilişki vardır.
- Bakım verenlerin bakım verme yükü puanı ve başa çıkma tutumları puanı arasında anlamlı ilişki yoktur.

#### **6.5. Öneriler**

Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlara göre hemşirelerin tüm bakım verenlerin yanı sıra geniş aile üyelerine, hematolojik kanser hastasına bakım verenlere, ilde yaşayanlara, daha önce uzun süreli hastalık deneyimi olmayan bireylere hastalıkla baş etmelerinde destekleyici rollerini kullanmaları; bakım verenlerin duygularını ifade etmelerine olanak sağlamaları önerilir.

## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ

- Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, A. Ö., Kara, H. (2005). *COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6(1):221-226.
- Ak, M., Yavuz, K. F., Lapsekili, N., Türkçapar, M. K. (2012). *Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi*. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 25(1):330-337.
- Akerjorder, K., & Severinsson, E. (2007). *Emotional intelligence: a review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives*. Journal Clinical Nursing, 16(8):1405-16.
- Akgün, M. (2010). *Silikozis*. Klinik Gelişim, 23(4):34-37.
- Akyar, İ., Korkmaz, F., Atakul, E. (2017). *Yaşlı onkoloji hastalarına bakım veren bireylerin yaşamında oluşan değişikliklerin belirlenmesi*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(3): 158-167.
- Akyolcu, N. (2014). *Onkoloji Hastasında Cerrahi Tedavi ve Bakım*. (Can, G.). *Onkoloji Hemşireliği* içinde, (s. 119). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Akyürek, S. (2012). *Radyoterapide güncel gelişmeler*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 65(1):33-39.
- Alahan, N. A., Aylaz, R., & Yetiş, G. (2015). *Kronik hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin bakım verme yükü*. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2):1-5.
- Alici, İ. Y. (2017). *Duyusal zeka ve alt boyutlarının ilişki yönetimi üzerine etkisi: ampirik bir uygulama*. Örgütsel Davranış Araştırma Dergisi, 2(1):70-89.

## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

Altıparmak, M. H. (2016). *Cerrahpaşa İç Hastalıkları*. (s;15-55). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri.

Altıok, M. Yılmaz, M. Özer, S. Nacar, H. Yaman, Z. Sungur, M, A. (2015). *Klinisyen hemşirelerde duygusal zekâ: Nitel ve nicel verilerle Mersin örneği*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(2):48-58.

Ansari, B., & Qureshi, S. S. (2013). *Stress and coping in caregivers of cancer patients*. *İnterdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 4(11):558-563.

Arifoğlu , A., Dadaoğlu, N., Küçüçük, S., Küçüçük , S., & Oral, E. N. (2014). *Kanser Epidemiyolojisi*. (Can, G.). *Onkoloji Hemşireliği* içinde (s. 19-28). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Arslantaş, H., & Adana, F. (2012). *Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler*. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13:8-15.

Aslan, Ş., & Özata , M. (2008). *Duygusal zeka ve tükenmişlik arasındaki ilişkilerin araştırılması: sağlık çalışanları örneği*. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 30: 77-97.

Aşan, Ö., & Özyer, K. (2003). *Duygusal zekaya etki eden demografik faktörlerin saptanmasına yönelik ampirik bir çalışma*. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 1(21):151-167.

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

Atilla, G. Ç., Çarıkcı, İ. H., Erdem, R. (2013). *Hastanelerde duygusal zeka-hasta memnuniyeti ilişkisi: Isparta il merkezi örneği*. *İİBF Dergisi*, 15(1):101-119.

## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Austin, E., Saklofske, D., Huang, S., & McKenney, D. (2004). *Measurement of trait emotional intelligence: testing and cross-validating a modified version of Schutte et al.'s(1998) measure*. *Pers Indiv Differ*, 36(3):555-62.
- Avşar, G., Kaşıkçı, M. (2010). *Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde duygusal zeka düzeyi*. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1):1-6.
- Aydoğan, Ü. D. (2012). *Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi*. *Türk Aile Hekim Dergisi*, 16(2):55-60.
- Bektaş, H. (2014a). *Kanser Sürecinde Aileye Yaklaşım*. (Can, G.). *Onkoloji Hemşireliği* içinde (s. 933-939). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Bektaş, N. (2014b). *Ayaktan kemoterapi alan hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım yükleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki*, Yüksek Lisans Tezi, (s 9-20), Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
- Brown, R. F., & Schutte, N. S. (2006). *Direct and indirect relationships between emotional intelligence and subjective fatigue in university students*. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6):585-593.
- Büyükbayram, A., & Gürkan, A. (2014). *Hemşirelerin iş doyumunda duygusal zekanın rolü*. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(1):41-48.
- Büyükpamukçu, M. (2007). *Çocukluk çağı kanserlerinde epidemiyoloji*. *Journal Curr Pediatr*, 5(4):1-8.
- Carver, C. S. (1989). *Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2):267-283.



## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Chen, H. M., Huang, M. F., Yeh, Y. C., Huang, W. H., & Chen, C. S. (2015). *Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia*. The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society, 15(1):20-25.
- Cingil, D. (2003). Aile içi bakım vericileri eğitmenin bağımlı yaşlıların evde bakım, Yüksek Lisans Tezi, (s 19-29), Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Croyle, R. T., Hunt, J. (1991). *Coping with health threat: social influence processes in reactions to medical test results*. Journal of Personality and Social Psychology, 60(3):382-389.
- Çabuk, M. (2014). Psikoeğitimin şizofreni ailelerinin yük algılarına olan etkisi, Yüksek Lisans Tezi, (s 22-24), Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Daşdağ, S. (2010). *İyonlaştırıcı radyasyonlar ve kanser*. Dicle Tıp Dergisi, 2(37):177-185.
- Delice, M., Günbeyi M. (2013). *Duygusal zekâ ve liderlik ilişkisinin incelenmesi: polis teşkilatı örneği*. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 27(1):209-239.
- Deshpande, S., Joseph, J. (2009). *Impact of emotional intelligence, ethical climate, and behavior of peers on ethical behavior of nurses*. Journal of Business Ethics, 85:403-10.
- Dicle, A. N. (2017). *Otistik çocuğa sahip ebeveynlerin başa çıkma tutumları ile duygu kontrol durumları arasındaki ilişki*. Social Sciences Studies Journal, 3(6): 955-965.
- Dinç, L. (2010). *The concept of caring and its's moral component*. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 1(1):74-82.

- Dökmen, Z. (2012). *Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 3(1):3-38.
- Dumont, S., Turgeon, J., & Allard, P. (2006). *Caring for a loved one with advanced cancer: determinants of psychological distress in family caregivers*. J Palliat Med, 9:912-921.
- Ekmekçi, A., Konaç, E. H., & Önen, İ. (2008). *Gen polimorfizmi ve kansere yatkınlık*. Marmara Medical Journal, 21(3):282-295.
- Elçigil, A. (2015). *Sağkalanların Gereksinimleri ve Yaşadıkları Sorunlar*. (Can, G.). *Onkoloji Hemşireliği içinde*, (s. 957-966). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Erdem, E., Korkmaz, Z., Tosun, Ö., Avcı, Ö., Uslu, N., & Bayat, M. (2013). *Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin bakım yükü*. Sağlık Bilimleri Dergisi, 22(2):150-157.
- Erdem, M. (2005). *Yaşlıya bakım verme*. Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences, 8(3): 101-106.
- Erigüç, G. Eriş, H., Kabalcıoğlu, F. (2014). *Emotional intelligence and communication skills of nursing students: example of Harran University school of health*. International Online Journal of Educational Sciences, 6(2):398-412.
- Erman, Y. (2016). *Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, (s 26-56), İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Flaskerud, J. H., Carter, P. A., Lee, P.(2000). *Distressing emotions in female caregivers of people with AIDS, age-related dementias, and advanced-stage cancers*. Perspect Psychiatr Care, 36(4):121-30
- Freshwater, D., & Stickley, T. (2004). *The heart of the art: emotional intelligence in nurse education*. Nurs Inquiry, 11(2):91-8.

## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Gafvels, C., Wandell, P, E. (2007). *Coping strategies in immigrant men and women with type 2 diabetes*. Diabetes Research and Clinical Practice, 76(2):269-278.
- Girgin, G. (2009). *Üniversite öğrencilerinde duygusal zekânın bazı değişkenler açısından incelenmesi*. KKTC Milli Eğitim Dergisi, 3(1):1-12.
- Goldenberg, J., Matheson, K., Mantler, j., & et al. (2006). *The assessment of emotional intelligence: a comparison of performance-based and self-report methodologies*. Journal of Personality Assessment, 86(1):33-45.
- Goleman, D. (2016). *Duygusal zeka neden IQ 'dan daha önemlidir?* (s 50-150; s 169-250). İstanbul, Varlık Yayınları A.Ş.
- Gülpak, M., Kocaöz, S. (2014). *The care burden and the affecting factors of individuals receiving hemodialysis treatment*. TAF Prev Med Bull, 13(2):99-108
- Hasbahçeci, M., & Müslümanoğlu, M. (2014). *Genel cerrahi-güncel uygulamalar. (Can, G.). Onkoloji Hemşireliği içinde, (s. 111)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- IBM Corp. Released. (2012). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- İkiz, E., & Totan, T. (2012). *Üniversite öğrencilerinde öz-duyarlık ve duygusal zekânın incelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14(1):51-71.
- İnci, F. H. (2006). *Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği, Yüksek Lisans Tezi, (s 9-13), Pamukkale Üniversitesi, Denizli*.

## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

- İnci, F. H., & Erdem, M. (2008). *Bakım verme yükü ölçeği 'nin Türkçe 'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4):85-95.
- Karaaslan, A. (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Karabacak, Ü., Uslu, Y. (2014). Onkoloji hastasına radyoterapi ve bakım. (Can, G.) *Onkoloji Hemşireliği içinde*, (s.155-158). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Karabulutlu, Y. E., Yılmaz, S., Yurttaş, A. (2011). *Öğrencilerin duygusal zekâ düzeyleri ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki*. Journal of Psychiatric Nursing, 2(2):75-79.
- Karacan, Y., & Aksu, S. (2014). *Hematopoietik kök hücre nakli ile ilişkili komplikasyonlar ve yönetimi*. (Can, G.). *Onkoloji Hemşireliği içinde*, (s. 229-239). İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi.
- Karadağ, E., Parlar, K., & Metin, Ö. (2013). *Relationship between fatigue and social support in hemodialysis patients*. Nursing and Health Sciences, 15: 164-171.
- Karahan, A. Y., & İslam, S. (2013). *Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(1):1-7.
- Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, A. Z., Özkan, M., & Örsel, O. (2006). *Tütün kontrolü*. Toraks Dergisi, 7(1): 51-64.
- Kaya, Y., Derince, D., Açıkgoz, A., Baydemir, C. (2015). *Hemşirelik öğrencilerinde başa çıkma tutumları*. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(3):30-38.

## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Keskin, C., & Topuzoğlu, A. (2006). *Sağlığın tanımı: başağıkma*. Journal of İstanbul Kùltùr University, 4(3):47-49.
- Kizir, A., & Güveli, M. E. (2014). *Radyoterapinin ilkeleri*. (Can,G.) *Onkoloji Hemşireliği içinde* (s.133-145). İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi.
- 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, 1(1):1-18.
- Kokonay, G. (2013). *Akademisyenlerde duygusal zeka faktörlerinin tükenmişlik faktörleri ile ilişkisine yönelik bir araştırma:Kocaeli Üniversitesi Örneği*. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(15):121-144.
- Koraltan. (2017). *Eve bağımlı hastalara bakım verenlerin genel sağlık algısı ile kişilk özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, (s 4-9), Doğuş Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Küçükoğlu, R. Y. (2006). *Virus and malignancy*. Türkiye Klinikleri J Int Med SCİ, 2(13):55-64.
- Landa, J., Zarfa, E., Martos, M., & vd. (2008). *The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: a questionnaire survey*. Int J Nurs Study, 45(6):888-901.
- Liao, J. B. (2006). *Viruses and human cancer*. Yale J Biol Med., 79:115-122.
- Mollaoğlu, M., Tuncay, F. Ö., & Fertelli, T. K. (2011). *Care burden of care givers of stroke patients and related factors*. DEUHYO ED, 4(3):125-130.
- Monninkhof, E. M. (2007). *Physical activity and breast cancer: a systematic review*. *Epidemiology Journal*, 18(1):137-157.

## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Muliira, J. K., Kizza, I. B., & Nakitende, G. (2018). *Roles of family caregivers and perceived burden when caring for hospitalized adult cancer patients*. *Cancer Nurs j*, 1(1):1-10.
- Nelson, D. J., Jarmay, D. W., Rehm, J., Greenfield, T. K., Ray, G., et al. (2013). *Alcohol-Attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States*. *American Journal of Public Health*, 103(4): 641-648.
- Nursen, O. N., & Seçginli, S. (2014). *Kanserde tarama ve erken tanı*. (Can, G.). *Onkoloji Hemşireliği içinde*, (s. 41). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Onay, M. (2011). *Çalışanın sahip olduğu duygusal zekasının ve duygusal emeğinin, görev performansı ve bağlamsal performans üzerindeki etkisi*. *Ege Akademik Bakış*, 11(4):587-600.
- Okumuş, D, Ç. Uğur, E. (2017). *Hemşirelerin duygusal zekâ düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi*. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2):104-109.
- Orak, O. S., & Sezgin, S. (2015). *Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi*. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1):33-39.
- Oxford Dictionary. (2018). *English Oxford Living Dictionaries*. Oxford UnivercityPress:<https://en.oxforddictionaries.com/definition/emotion> (Erişim tarihi;15.03.2018)
- Ozgul, N. T. (2011). *Prevalance of obesity among women in Turkey: Analysis of KETEM data*. *Asian Pacific Cancer Prev.*, 12(1):2401-2404.
- Ölmez, Ö. F., & Abdullah, S. (2017). *Kanserde palyatif tedaviler: Palyatif Kemoterapi Uygulamaları*. *Türkiye Klinikleri Medikal Onkoloji Dergisi*, 10(3): 261-6.

## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Öksüz, E., Barış, N., Arslan, F., Ateş, M, A. (2013). *Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri*. *Anatol J Clin Investig*, 7(1):24-30.
- Özbiçer, S. M., & Atıcı, M. (2018). *Üniversite öğrencilerinin duygusal zeka düzeyleri ile romantik ilişki doyumları: Nicel bir çalışma*. *Journal of Human Sciences*, 15(1):265-279.
- Özcanlı, K. (2014). *Beslenme ve kanser*. (Can, G.). *Onkoloji Hemşireliği içinde*, (s. 293). İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi.
- Özdemir, Ü. Taşçı, S. (2013). *Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım*. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1):57-72.
- Özdemir, Ü., Taşçı, S., Kartın, P., Çürük, G. N., Nemli, A., & Karaca, H. (2017). *Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım verenlerin yükü*. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1):49-61.
- Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Güler, N., Bülbüloğlu, S. (2016). *Evde enteral tüple beslenen hastaların beslenmeye ilişkin yaşadığı sorunlar ve yakınlarının bakım yükü*. *DEUHFED*, 9(4):134-141.
- Özkan, S., Armay, Z. (2007). *Psiko-onkoloji*. (s 150-200). İstanbul, Form Reklam Hizmetleri.
- Özlü, T., & Bülbül, Y. (2005). *Smoking and lung cancer*. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 53(2):200-209.
- Palacio, C., Krikorian, A., & Joaquín J.T. (2018). *The influence of psychological factors on the burden of caregivers of patients with advanced cancer: Resiliency and caregiver burden*. *Palliative and Supportive Care*, 16(1): 269-277.

## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Papastavrou, E., Efsthathiou, G., Charalambous, A., vd. (2012). *Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: Quantative systematic rewiw of comparative studies*. Journal of Advenced Nursing, 67(6):1191-1205.
- Paek, M. S., Nightingale, C. L., Tooze, J. A., Milliron, B. J., Weaver, K. E., & Sterba, K. R. (2018). *Contextual and stress process factors associated with head and neck cancer caregivers' physical and psychological well-being*. Eur J Cancer Care, 27(2):1-10.
- Piervil, E., Odedina, F., & Ellen, M. (2018). *The role and influence of prostate cancer caregivers across the care continuum*. Sage Journals, 1(1):1-9.
- Renehan, A. T. (2008). *Body-mass index and incidence of cancer: A systematic review and meta-analysis of prospective observational studies*. Lancet, 371(1):569-578.
- Rodgers, G. M. (2008). *Cancer- and chemotherapy-induced anemia*. J Natl Compr Canc Netw, 6(1);536.
- Sağlam, Z., Koç, Z., Çınarlı Tuba, & Korkmaz, M. (2016). *Altmışbeş yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2):40-60.
- Salovey, P., & Mayor, J. D. (1990). *Emotional intelligence. Imagination, cognition and personality*. Sage Journals, 9(1):185-211.
- Sandhu, M. S. (2001). *Systematic review of the prospective cohort studies on meat consumption and colorectal cancer risk: A meta-analytical approach*. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev., 10(1):439-46.
- Sarıtaş, S. Ç., & Büyükbayram, Z. (2016). *Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(2):141-150.



## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Savaş, R. (2014). *Akciğer Kanserinde PET/BT*. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Türk Radyoloji Seminerleri, 2(1):326-339.
- Saygı, A. (2012). Kanserli çocukların primer bakım vericilerinin yaşadıkları psikososyal güçlükler ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Sevindik, F., Uncu, F., Dağ, G. D. (2012). *Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin duygusal zekâ düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi*. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 26(1):21-26.
- Schutte, N., Malouff, J., Hall, L., Haggerty, D., Cooper, J., Golden, C., & et al. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Pers Individ Differ*, 25(2):167-77.
- Schuttle, N., Malouff, J., Thorsteinsson, E., Bhullar, N., & Rooke, S. (2007). *A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health*. *Pers Individ Differ*, 42(6):921-33.
- Shieh, S. C., Tung, H. S., & Liang, S. Y. (2012). *Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer*. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3):223-231.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2016). *Cancer Statistics*. *Cancer J Clin*, 66(1):7-30.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheer, K. H. (2010). *Brunner & Suddarth' s textbook of medical- surgical nursing*. Lippincott Williams&Wilkins, p 38-51.

## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Şahin, N. H., Güler, M., & Basım, H. N. (2009). *A tipi kişilik örüntüsünde bilişsel ve duygusal zekanın stresle başa çıkma ve stres belirtileri ile ilişkisi*. Türk Psikiyatri Dergisi, 20(3):243-254.
- Şahin, Z. A., Polat, H., & Ergüney, S. (2009). *Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2):2.
- Soderstrom, M., Dolbier, C., Leiferman, J., Steinhardt, M. (2000). *The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness*. Journal of Behavioral Medicine, 23(3):311-28.
- Şen, F., & Aydın, A. (2014). *Kanserde tanı, sınıflandırma ve evrelendirme*. (Can, G.). *Onkoloji Hemşireliği içinde* (s. 73-91). İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi.
- Tambağ, H., Kaykunoğlu, M., Gündüz, Z., & Demir, Y. (2014). *Hemşirelik öğrencilerinin duygusal zeka düzeyi*. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 11(1):41-46.
- Tatar, A., Tok, S., & Saltukoğlu, G. (2011). *Gözden geçirilmiş schutte duygusal zeka ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi*. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 21(4):325-38.
- Tekpınar, H. (2017). *Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları*, Uzmanlık Tezi, (s 7-15), Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Antalya,
- Tel, H., Demirkol, D., Kara, S., & Aydın, D. (2012). *KOAH 'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi*. Turk Toraks Derg, 13(1):87-92.
- Toseland. (2001). *Health education groups for caregivers in an HMO*. J Clin Psychol Apr; 57(4):551-70.

## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Toptaş, S. (2013). Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Tuncay, F. Ö., Mollaoğlu, M., & Fertelli, T. K. (2015). *Kronik hastalığı olan bireye bakım verebilerde bakım yükü ve sosyal destek düzeyi*. Davranış Bilimleri Dergisi, 8(1):5-10.
- Türk Dil Kurumu 2018. <http://www.tdk.gov.tr/> (Erişim Tarihi:15.03.2018).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2016). *Kanser istatistikleri*. [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) (Erişim Tarihi:15.03.2018).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). Ölüm nedeni istatistikleri. *Ölüm Nedeni İstatistikleri*, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr). (Erişim tarihi: 06.03.2018)
- Uğur, Ö. (2006). Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir.
- Uğur, Ö., & Fadıoğlu, Z. Ç. (2012). *Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi*. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 1(2): 53-58.
- Ukpong, D. (2012). *Şizofreni hastalarına bakım veren nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: pozitif ve negatif semptomların rolü*. Türk Psikiyatri Dergisi, 23(1):40-45.
- Uzuner, A. (2012). Yönetici hemşirelerde duygusal zekâ ve boyun eğici davranışların incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ünlü, M. (2018). *Akciğer kanseri evrelemesinde pet ve kemik sintigrafisi*. [http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mse2-ppt.pdf/2\\_mustafa\\_unlu\\_word.pdf](http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mse2-ppt.pdf/2_mustafa_unlu_word.pdf) (Erişim tarihi:01.03.2018)

## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Vakola, M., Tsaousis, J., Nikolaou, J., & Maria, V. (2002). *Emotional intelligence in the workplace*. The International Journal of Organizational Analysis, 10(4): 327-342.
- Vay, R. D., Alonso, A., & Viswesvaran, C. (2005). *Group differences in emotional intelligence scores: theoretical and practical implications*. Pers Individ Differ, 38(3):689-700.
- Wall, C. R., Cook, C. R., & Cook, J. L. (2014). *Diagnostic sensitivity of radiography, ultrasonography, and magnetic resonance imaging for detecting shoulder osteochondrosis/osteochondritis in dogs*. Vet Radiol Ultrasound, 56(1):3-11.
- WHO. (2018a). 10 facts about cancer. <http://www.who.int/cancer/en/> (Erişim tarihi:06.03.2018)
- WHO. (2018b). Cancer prevention. [http://www.who.int/cancer/prevention/en.](http://www.who.int/cancer/prevention/en/) (Erişim Tarihi: 02.03.2018).
- The cancer care connect bloklet. (2017). *Caregiving for Your Loved One With Cancer*. <http://www.cancercare.org/> (Erişim tarihi: 21.04.2018)
- Türkiye Zeka Vakfı. (2015). *Zeka Nedir?* [https://www.tzv.org.tr/#/zeka/iq\\_nedir](https://www.tzv.org.tr/#/zeka/iq_nedir) (Erişim Tarihi: 25.04. 2018).
- Yakar, K. 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.
- Yeşil, T., Uslusoy, E. Ç., Korkmaz, M. (2016). *Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(4):54-66.

## 7. KAYNAKÇA DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Yıldız, E., Dedeli, Ö., & Pakyüz, S. Ç. (2016). *Evaluation of care burden and quality of life among family caregivers of patients with cancer*. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 13(3): 216-225.
- Yıldız, İ. (2014). *Sitotoksik kemoterapi prensipleri*. (Can, G.). *Onkoloji Hemşireliği içinde*, (s. 169-190). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Yıldız, Ö., & Demir, G. (2004). *Kanser ve beslenme*. (s. 45-57). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme Sempozyumu.
- Yıldızeli, F. (2017). *Geriatri kanser hastasına bakım verenlerin Yorgunluk düzeyi ve baş etme tutumlarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Yılmaz, E., Özkan, S. (2011). *Hemşirelik öğrencilerinin duygusal zekâ düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi*. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1):39-52.

## **8. EKLER**

### **KANSER HASTASINA BAKIM VEREN BİREYLER İÇİN ONAM FORMU (EK-1)**

Sizi Yrd. Doç. Dr. Ayşe Özkaraman danışmanlığında Öğr. Gör. Gözde ÖZDEMİR tarafından yürütülen "Kanser Hastasına Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Baş Etme ve Duygusal Zeka 'nın İncelenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmaya katılmanız durumunda size verilen veri toplama formları yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından uygulanacaktır. Tarafınızdan verilen bilgiler bizde saklı kalıp sadece bilimsel amaçlı kongre, sempozyum ve makale yazımında kullanılacaktır. Çalışmaya katılımınız tamamen isteğinize bağlı olup istediğiniz zaman çekilme hakkınız vardır. Bu çalışma hakkında bilgiye Gözde ÖZDEMİR adlı kişiden 05074955350 nolu telefondan ulaşabilirsiniz. Soru ve görüşlerinizi iletebilirsiniz.

**Bakım Veren**

**Araştırmacı**

**Gözde ÖZDEMİR**

## KİŞİSEL VERİ TOPLAMA FORMU (EK-2)

### I. Kişisel Özellikler

1.Cinsiyeti:

( ) Kadın ( ) Erkek

2.Yaşı.....

( ) 20 yaş ve altı ( ) 20-40 ( ) 40-60 ( ) 60 ve üzeri

3. Öğrenim Düzeyi:

( ) okur-yazar ( ) ilkokul ( ) ortaokul ( ) lise ( )  
üniversite

4. Medeni Durum:

( ) Hiç evlenmemiş ( ) Resmi Evli ( ) Resmi Olmayan Evlilik

( ) Boşanmış ( ) Eşi Ölmüş ( ) Ayrı yaşıyor

5. Mesleği

( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

6. Aile Tipi:

( ) Çekirdek ( ) Geniş ( ) Diğer (parçalanmış vs.)

7. Hasta ile Yakınlık Dereceniz

( ) eş ( ) çocuk ( ) anne-baba

( ) kardeş ( ) akraba ( ) bakıcı ( ) görevlendirme

8. Gelir durumunuz:

( ) Gelir giderden fazla ( ) Gelir gidere denk ( ) Gelir giderden düşük

9.Yaşadığınız Yer;

( ) İl ( ) İlçe ( ) Köy ( )

Diğer.....

10. Herhangi fiziksel ya da ruhsal hastalığınız var mı?

( ) Var (belirtiniz.....) ( ) Yok

11. Her hangi bir alışkanlığınız var mı?

Sigara: ( ) Var ( ) Yok Alkol: ( ) Var ( ) Yok

Diğer: Var (Belirtiniz.....) ( ) Yok

## II. Bakım Verilen Hastanın Özellikleri

1. Klinik tanısı: .....

2. Klinik evresi: .....

3. Hastanızın tanısı nedir?

Solid organ tümörü (belirtiniz.....)

Hematolojik kanser(belirtiniz.....)

4. Hastanıza kanser tanısı ne zaman konuldu?.....)

( ) 0-6 ay ( ) 6 ay-1 yıl ( ) 1-3 yıl 4 ( ) 4 yıl üzeri

5. Hastanız şu anda bir tedavi alıyor mu?

Evet (belirtiniz:.....) Hayır

6. Hastanıza bakım verirken hastanızla işbirliği yapabiliyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

7. Hastanızla birlikte mi yaşıyorsunuz?

( ) Evet (.....süredir birlikte yaşıyoruz) ( ) Hayır

8. Hastanıza sizden başka bakım veren var mı?

( ) Var (Belirtiniz.....) ( ) yok

9. Hastanızın bakımına yönelik maddi yardım alıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

10. Hastanızı hastane ya da bakım evine sürekli bırakma isteğiniz var mı?

( ) Var ( ) Yok



## SCHUTTE DUYGUSAL ZEKÂ ÖLÇEĞİ (EK-3)

Aşağıda çeşitli durumlara ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Lütfen ifadeyi okuduktan sonra size uyma derecesini sağ taraftaki kutucuklardan birini işaretleyerek belirtiniz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Kişisel sorunlarımı başkaları ile ne zaman paylaşacağımı bilirim.					
2.	Bir sorunla karşılaştığım zaman benzer durumları hatırlar ve üstesinden gelebilirim.					
3.	Genellikle yeni bir şey denerken başarısız olacağımı düşünürüm.					
4.	Bir sorunu çözmeye çalışırken ruh halimden etkilenmem.					
5.	Diğer insanlar bana kolaylıkla güvenirler.					
6.	Diğer insanların beden dili, yüz ifadesi gibi sözel olmayan mesajlarını anlamakta zorlanırım.					
7.	Yaşamımdaki bazı önemli olaylar neyin önemli neyin önemsiz olduğunu yeniden değerlendirmeme yol açtı.					
8.	Bazen konuştuğum kimsenin ciddi mi olduğunu yoksa şaka mı yaptığını anlayamam.					
9.	Ruh halim değiştiğinde yeni olasılıkları görürüm.					
10.	Duygularımın yaşam kalitem üzerinde etkisi yoktur.					
11.	Hissettiğim duyguların farkında olurum.					
12.	Genellikle iyi şeyler olmasını beklemem.					
13.	Bir sorunu çözmeye çalışırken mümkün olduğunca duygusallıktan kaçınırım.					
14.	Duygularımı gizli tutmayı tercih ederim.					
15.	Güzel duygular hissettiğimde bunu nasıl sonlandıracağımı bilirim.					
16.	Başkalarının hoşlanabileceği etkinlikler düzenleyebilirim.					
17.	Sosyal yaşamda neler olup bittiğini sıklıkla yanlış anlarım.					
18.	Beni mutlu edecek uğraşlar bulmaya çalışırım.					
19.	Başkalarına gönderdiğim beden dili, yüz ifadesi gibi sözsüz mesajların farkındayım.					
20.	Başkaları üzerinde bıraktığım etkiyle pek ilgilenmem.					
21.	Ruh halim iyiyken sorunların üstesinden gelmek benim için daha kolaydır.					
22.	İnsanların yüz ifadelerini bazen doğru anlayamam.					
23.	Yeni fikirler üretmem gerektiğinde duygularım işimi kolaylaştırır.					
24.	Genellikle duygularımın niçin değiştiğini bilmem.					
25.	Ruh halimin iyi olması yeni fikirler üretmeme yardımcı olmaz.					

26.	Genellikle duygularımı kontrol etmekte zorlanırım.					
27.	Hissettiğim duyguların farkındayım.					
28.	İnsanlar bana, benimle konuşmanın zor olduğunu söylerler.					
29.	Üstlendiğim görevlerden iyi sonuçlar alacağımı hayal ederek kendimi güdülerim.					
30.	İyi bir şeyler yaptıklarında insanlara iltifat ederim.					
31.	Diğer insanların gönderdiği sözel olmayan mesajların farkına varırım.					
32.	Bir kişi bana hayatındaki önemli bir olaydan bahsettiğinde ben de aynısını yaşamış gibi olurum.					
33.	Duygularımda ne zaman bir değişiklik olsa aklıma yeni fikirler gelir.					
34.	Sorunları çözüm biçimim üzerinde duygularımın etkisi yoktur.					
35.	Bir zorlukla karşılaştığım zaman umutsuzluğa kapılırım çünkü başarısız olacağıma inanırım.					
36.	Diğer insanların kendilerini nasıl hissettiklerini sadece onlara bakarak anlayabilirim.					
37.	İnsanlar üzgünken onlara yardım ederek daha iyi hissetmelerini sağlarım.					
38.	İyimser olmak sorunlar ile baş etmeye devam edebilmem için bana yardımcı oluyor.					
39.	Kişinin ses tonundan kendini nasıl hissettiğini anlamakta zorlanırım.					
40.	İnsanların kendilerini neden iyi ya da kötü hissettiklerini anlamak benim için zordur.					
41.	Yakın arkadaşlıklar kurmakta zorlanırım.					

## BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ(COPE)

### (EK-4)

Seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışınız. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanınız:

1=Asla böyle bir şey yapmam

2=Çok az böyle yaparım

3=Orta derecede böyle yaparım

4=Çoğunlukla böyle yaparım

	1	2	3	4
1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.				
2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.				
3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.				
4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.				
5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.				
6.Kendi kendime "böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını" söylerim.				
7.Allah 'a tevekkül eder, O 'na dayanırım.				
8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.				
9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.				
10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.				
11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.				
12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.				
14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.				
15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.				
16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.				
17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.				
18.Allah 'ın yardımını umarım.				
19.Bir eylem planı yaparım.				
20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.				
21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.				

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.				
23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.				
24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.				
25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.				
26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.				
27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.				
28.Duygularımı dışarı vururum.				
29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.				
30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.				
31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.				
32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.				
33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.				
34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.				
35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.				
36.Sorunla ilgili saka yaparım.				
37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.				
38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.				
39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.				
40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.				
41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.				
42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.				
43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.				
44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.				
45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.				
46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.				
47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.				
48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımın bir huzur bulmaya çalışırım.				
49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.				
50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.				
51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.				
52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.				
53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.				

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.				
56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.				
57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.				
58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.				
59.Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.				
60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.				

## ZARİT BAKIM VERME YÜK ÖLÇEĞİ (EK-5)

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin: Asla, nadiren, ara sıra, oldukça sık, neredeyse her zaman şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça Sık	Neredeyse Her Zaman
1.Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?					
2.Yakınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?					
3. Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?					
4. Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?					
5. Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?					
6. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?					
7. Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?					
8. Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?					
9. Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?					
10. Yakınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?					
11. Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?					
12. Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?					
13. Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?					
14. Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder					

**T.C. BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU**

Kurulumuz Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Perfüzyon Teknikleri Programında tam zamanlı olarak görev yapmakta olan Öğretim Görevlisi Gözde ÖZDEMİR'in "Kanser hastasına bakım verenlerde bakım yükü, baş etme ve duygusal zekanın incelenmesi" başlıklı araştırması Etik Kurulumuzca uygun görülmüştür.

**ETİK KURUL ÜYELERİ**

ÜYE  
Prof.Dr. İbrahim ERCAN

ÜYE  
Prof.Dr. Halil TUNALI

ÜYE  
Prof.Dr. İsmet Artun ÖNCEL

ÜYE  
Prof.Dr. Münevver GÖKYİĞİT

ÜYE  
Prof.Dr. Yıldız ATAMER

ÜYE  
Prof.Dr. Musa Üstün GÜLDAĞ

ÜYE  
Prof.Dr. Zafer ÖZSOY

ÜYE  
Prof.Dr. Firdevs ŞENEL

BAŞKAN  
Prof.Dr. Burak Ömür ÇAKIR



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL İL  
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
02/02/2018 12:12 - 71211201 - 774 99 - E.13516



İVEDİ

Sayı : 71211201-774.99  
Konu : Bilimsel Araştırma  
(Gözde ÖZDEMİR)

**BEYKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**

(Yazı İşleri Müdürlüğü)

Ayazağa Mahallesi, Hadım Koruyolu Cd. No:19, 34398 Sarıyer/İstanbul

Üniversiteniz Ameliyathane Hizmetleri Programı'nda öğretim görevlisi olarak görev yapan Gözde ÖZDEMİRin, Yrd. Doç. Dr. Ayşe ÖZKARAMAN danışmanlığında “Kanser Hastasına Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Baş Etme ve Duygusal Zekanın İncelenmesi” başlıklı çalışmada kullanacağı anketi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama talebi Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuzca değerlendirilmiş olup, 01/02/2018 tarihli komisyon toplantısında alınan kararla çalışmanın Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Kliniği ile Kemoterapi Ünitesinde Hemşire Fikriye IŞIK ve Bircan NAS sorumluluğunda yapılması uygun görülmüştür. Söz konusu çalışmanın onay tarihinden itibaren 3 (üç) ayda tamamlanması ve çalışmanın bitiminde bir nüshasının tarafımıza gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.

Yrd. Doç. Dr. Engin Ersin ŞİMŞEK  
İstanbul Kamu Hastaneleri Hizmetleri  
Başkanı

Başbüyük Mah. Atatürk Cad. No:1 Maltepe/İSTANBUL

Faks No:02164150005

e-Posta:cansu.alkoc@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.iagb.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 86d2f0fc-d4b7-46f6-a0a5-d94e2b8363fd kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Cansu ALKOÇ

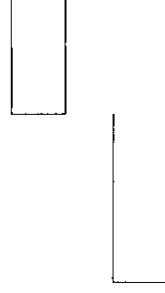
Unvan:FİRMA

Telefon No:(0216) 4212626-(1331)



## 9. GÖZDE ÖZDEMİR

### ÖĞRETİM GÖREVLİSİ



**E-Posta Adresi** : ozdemir.gozde.90@outlook.com  
**Telefon (İş)** : 2124441455-5358  
**Telefon (Cep)** : 2124441455  
**Faks** :  
**Adres** : Büyükçekmece İstanbul

### Öğrenim Bilgisi

Yüksek Lisans  
2017

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ/HEMŞİRELİK (YL) (TEZLİ)

Tez adı: KANSER HASTASINA BAKIM VERENLERDE BAKIM YÜKÜ, BAŞ ETME VE DUYGUSAL ZEKANIN İNCELENMESİ Tez Danışmanı:(AYŞE ÖZKARAMAN)

Lisans  
2010  
2013

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
ESKİŞEHİR SAĞLIK YÜKSEKOKULU/HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

### Görevler

ÖĞRETİM GÖREVLİSİ  
2014

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ/MESLEK YÜKSEKOKULU)

### İdari Görevler

Bölüm Bşk.  
2015

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ/MESLEK YÜKSEKOKULU/TIBBİ  
HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ/PERFÜZYON TEKNİKLERİ

Bölüm Bşk.  
2014-2015

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ/MESLEK YÜKSEKOKULU/TIBBİ  
HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ/AMELİYATHANE  
HİZMETLERİ PR. (TAM BURLU)

## **B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler :**

1. YÜKSEL KAÇAN CEVRİYE, Arslan Ebru, Aydoğan Özge, Yaldir Zuhale, ÖRSAL ÖZLEM, AYDINOĞLU NEJLA, Cındaş Pakize, ÖZDEMİR GÖZDE (2017). THE DETERMINATION ON THE NURSES'S KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOURS ON THE BREAST CANCER AND THE SELF-BREAST EXAMINATION. International Public Health Conference, 141-141. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3889500)
2. YÜKSEL KAÇAN CEVRİYE, ARSLAN EBRU,AYDOĞAN ÖZGE,YALDIR ZUHAL,ÖRSAL ÖZLEM,AYDINOĞLU NEJLA,CİNDAŞ PAKİZE,ÖZDEMİR GÖZDE (2017). The Determination on the Nurses 'Knowledge, Attitude and Behaviourson the Breast Cancer and the Self-Breast Examination'. 4th Annual Public Health Conference (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3569334)
3. ARSLAN EBRU, YÜKSEL KAÇAN CEVRİYE, AYDOĞAN ÖZGE,YALDIR ZUHAL,ÖZDEMİR GÖZDE,DURU PINAR,ÖRSAL ÖZLEM (2016). Effects of education on women 's knowledge about breast self-examination and breast cancer. 9 th European Public Health Conference, 26(1) (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:3432117)
4. AYDOĞAN ÖZGE, YALDIR ZUHAL, ÖZDEMİR GÖZDE, ARSLAN EBRU,YÜKSEL KAÇAN CEVRİYE,DURU PINAR,ÖRSAL ÖZLEM (2016). The effect of simulation information on self-directed learning, problem solving in Nursing Education. European Public Health (EPH) Conference, 26(1) (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:3432041)
5. YALDIR ZUHAL, ÖZDEMİR GÖZDE, ARSLAN EBRU,YÜKSEL KAÇAN CEVRİYE,AYDOĞAN ÖZGE,ÖRSAL ÖZLEM,DURU PINAR (2016). Primary school students in the incidence of hypertension and tachycardia and related factors.. 9 th European Public Health (EPH) Conference, 26(1) (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:3432111)

## **E. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan**

1. ÖZDEMİR GÖZDE (2016). Çocuklarda Obezite Farkındalığı. 15.Ulusal Öğrenci Kongresi, Doi: 0160 (/)(Yayın No:2809673)

## **Diğer Yayınlar**

1. ARSLAN EBRU,YÜKSEL KAÇAN CEVRİYE,AYDOĞAN ÖZGE,YALDIR ZUHAL,ÖZDEMİR GÖZDE,DURU PINAR,ÖRSAL ÖZLEM (2016). Effects of education on women's knowledge about breast self-examination and breast cancer.. EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 26(1), 1-517. (Uluslararası) (Hakemli) (MAKALE Özet) (Yayın No: 3432131)
2. AYDOĞAN ÖZGE,YALDIR ZUHAL,ÖZDEMİR GÖZDE,ARSLAN EBRU,YÜKSEL KAÇAN CEVRİYE,DURU PINAR,ÖRSAL ÖZLEM (2016). The effect of simulation information on (Uluslararası) (Hakemli) (MAKALE Özet) (Yayın No: 3432133)
3. YALDIR ZUHAL,ÖZDEMİR GÖZDE,ARSLAN EBRU,YÜKSEL KAÇAN CEVRİYE,AYDOĞAN ÖZGE,ÖRSAL ÖZLEM,DURU PINAR (2016). Primary school students in the incidence of hypertension and tachycardia and related factors.. EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC

## **Teknik Not, Vaka Takdimi, Araştırma notu vb.**

1. Özet, ARSLAN EBRU,YÜKSEL KAÇAN CEVRİYE,AYDOĞAN ÖZGE,YALDIR ZUHAL,ÖZDEMİR GÖZDE,DURU PINAR,ÖRSAL ÖZLEM (2016). Effects of education on women's knowledge about breast self-examination and breast cancer.. EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 26(1), 1-517. (Yayın No: 3432131)
2. Özet, AYDOĞAN ÖZGE,YALDIR ZUHAL,ÖZDEMİR GÖZDE,ARSLAN EBRU,YÜKSEL KAÇAN CEVRİYE,DURU PINAR,ÖRSAL ÖZLEM (2016). The effect of simulation information on self-directed learning, problem solving in Nursing Education. EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 26(1) (Yayın No: 3432133)
3. Özet, YALDIR ZUHAL,ÖZDEMİR GÖZDE,ARSLAN EBRU,YÜKSEL KAÇAN CEVRİYE,AYDOĞAN ÖZGE,ÖRSAL ÖZLEM,DURU PINAR (2016). Primary school students in the incidence of hypertension and tachycardia and related factors.. EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 26(1), 1-517. (Yayın No: 3432127)

## **Üniversite Dışı Deneyim**

2013-2015 **HEMŞİRE** özel pendik bölge hastanesi, KALP DAMAR CERRAHİSİ  
YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİ, (Hastane)

## **Sertifika**

1. 4th Annual Public Health Conference, Conference Proceedings, THAILAND, 2017, Sertifika, 05.07.2017 -07.07.2017 (Uluslararası)
2. 9th European Public Health Conference 'All for Health, Health for All', 'All for Health, Health for All', Vienna, Sertifika, 09.11.2016 -12.11.2016 (Uluslararası)
3. 15.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Hemşirelik ve Teknoloji, Eskişehir, Sertifika, 28.04.2016 - 29.04.2016 (Ulusal)
4. I.Uluslararası Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Sempozyumu, Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing, Fundamentals of Nursing Department and International Nursing
5. CPR EĞİTİMİ, SAĞLIK PERSONELİ İÇİN TEMEL YAŞAM DESTEĞİ, PENDİK BÖLGE HASTANESİ, Sertifika, 01.01.2013 -08.01.2013 (Ulusal)
6. Kadın Sağlığı ve Korunma Yöntemleri, Kadın Sağlığı ve Korunma Yöntemleri, ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ, Sertifika, 01.02.2012 -01.04.2012 (Ulusal)
7. AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ YABANCI DİLLER YÜKSEKOKULU ZORUNLU YABANCI DİL (İNGİLİZCE) YETERLİLİK BAŞARI BELGESİ, YABANCI DİL (İNGİLİZCE) YETERLİLİK BAŞARI