



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PALYATİF BAKIM HASTALARININ BAKICILARINDA
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN SOSYAL
YAŞAMLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Hazırlayan
Hatice İLHAN

Acil Tıp Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ESEN

TOKAT – 2018



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PALYATİF BAKIM HASTALARININ BAKICILARINDA
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN SOSYAL
YAŞAMLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Hazırlayan
Hatice İLHAN

Acil Tıp Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ESEN

TOKAT – 2018

**PALYATİF BAKIM HASTALARININ BAKICILARINDA
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN SOSYAL
YAŞAMLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Tezin Kabul Ediliş Tarihi: / /

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

İmzası

Başkan :

Üye :

Üye :

Üye :

Üye :

Bu tez, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun/...../..... tarih vesayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü:

Mühür

İmza

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlara atıf yaptığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

20/06/2018
Hatice İLHAN

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitiminin boyunca her konuda bilgi ve tecrübelerini paylaşarak bana yol gösteren, beni sabır ve anlayışla karşılayan, değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ESEN' e,

Hayatım boyunca tüm sıkıntılara ortak olan ve sürekli yanımda olduklarını hissettiren, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen değerli aileme,

Çalışma süresince tüm desteği ile yanımda olan hayat arkadaşım, sevgili eşim Volkan İLHAN' a,

Varlığıyla bana daima mutluluk veren, yaşama sevincim, oğlum Emir Kaan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hatice İLHAN

Haziran - 2018

ÖZET

PALYATİF BAKIM HASTALARININ BAKICILARINDA TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN SOSYAL YAŞAMLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Giriş ve Amaç: Palyatif kanser hastası yaşamı tehdit eden, prognozu belli olmayan, ileri düzey ve ağrı başta olmak üzere daha birçok semptomu yoğun bir şekilde deneyimleyen, psikososyal, fiziksel, spiritüel alanlarda gereksinimi olan bir hasta popülasyonudur. Bireylerin yaşadığı bu problemler ve karşılanmayan gereksinimler, palyatif dönem kanser hastasının fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Çalışmamız palyatif bakım hastalarına primer olarak sürekli bakım hizmeti sunan hasta yakınları veya bakıcılarında tükenmişlik ve tükenmişliğin sosyal yaşamları üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmanın evren ve örneklemini Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı ve Palyatif Bakım Merkezi'ne başvuran 200 kanserli hastanın yakını oluşturmuştur. Veriler, hasta yakınlarına yönelik “Sosyodemografik Veri Formu”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği”, “Cope Ölçeği” ve “ SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” ile toplanmıştır. Veriler SPSS programında tanımlayıcı istatistikler ile analiz edilmiştir. Alınan skorlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hasta yakınlarının %58'inin kadın, % 74,5'inin evli, %39,5'inin ilkokul mezunu, %65,5'inin çalışmayan, %70'inin sağlık güvencesi olduğu, %54,5'inin gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir. Duyarsızlaşma ($p<0,001$) ve yaş ($p=0,004$) ile duygusal tükenme arasında pozitif yönlü ilişki, yaş ile kişisel başarı arasında ($p=0,046$) negatif yönlü ilişki belirlenmiştir. Araştırma sonuçları, palyatif bakım alan kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin algıladıkları bakım yükünün yüksek olduğu, hastaya bakım sunarken yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiği, tükenmişliklerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin de düşük düzeyde olduğunu göstermiştir.

Sonuçlar: Çalışmamızın sonuçları birlikte değerlendirildiğinde; tükenmişlik ve sosyal destek arasında ilişki olduğu söylenebilir. Kültürel değerlerimize sahip çıkmamız sonucunda mental/psikolojik sağlık sorunlarını en aza indirebileceğimiz ortaya çıkmaktadır. Kanseri hasta yakınlarının çevresinden aldığı sosyal destek sonucunda tükenmişlik düzeyinin azalacağı ve yaşam standartlarının düzeleceğini öngörmek mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Hasta Yakınları, Tükenmişlik, Kanseri



ABSTRACT

EFFECTS ON THE SOCIAL LIFE OF BALANCED LEVELS IN CARE OF PALLIATIVE CARE PATIENTS

Background and Purpose: A palliative cancer patient is a patient population that is life threatening, has a poor prognosis, is advanced and needs more psychosocial, physical, and spiritual areas to experience many more symptoms, especially pain. These problems and the unmet needs of the individual have an adverse effect on the functional status and quality of life of the palliative cancer patient. Our study was conducted as a descriptive study to determine the effect of burnout and burnout on the social lives of relatives or carers who provide continuous care service as primary to palliative care patients.

Material and Methods: The sample of the study was close to that of 200 cancer patients who applied to Tokat Gaziosmanpaşa University Medical Faculty Emergency Medicine Department and Palliative Care Center. The data were collected with "Sociodemographic Survey Form", "Maslach Burnout Scale", "Cope Scale" and "SF-36 Quality of Life Scale" for the relatives of the patients. The data were analyzed with descriptive statistics in the SPSS program. Pearson correlation analysis was used to evaluate the relationship between the scores.

Results: Patient of the caregivers were women 58 %, married 74,5 %, graduates of primary school 39,5 %, nonworking 65,5 %; had health security 70%, equal income and expenses 54,5 %. There was a positive relationship between depersonalization ($p < 0.001$) and age ($p = 0.004$) with emotional exhaustion, and negative correlation between age and personal achievement ($p = 0.046$). The results of the study showed that family caregivers who received palliative care had a higher burden of care perceived by their cancer caregiver, had a negative impact on their lives while providing care to the patient, increased burnout and lower quality of life.

Conclusions: When the results of our study are evaluated together; it can be said that there is relationship between burnout and social support. As a result of our cultural values, we are

able to reduce mental / psychological health problems the most. It may be possible to anticipate that the level of burnout and the standard of living will improve as a result of social support from the environment of cancer patients.

KeyWords: Palliative Care, Patient Relations, Burnout, Cancer



İÇİNDEKİLER

	<u>sayfa</u>
ETİK SÖZLEŞME	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VII
TABLolar LİSTESİ	XI
ŞEKİLLER LİSTESİ	XIV
KISALTMALAR LİSTESİ	XV
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. KANSER	4
2.1.1. Kanserin Tanımı	4
2.1.2. Kanserin Epidemiyolojisi	5
2.1.3. Kanserde Evreleme	8
2.1.4. Kanserin Etiyolojisi	9
2.1.5. Kanserin Belirti ve Bulguları	11
2.1.6. Kanserde Tanı	13
2.1.7. Kanserden Korunma	15
2.1.8. Kanserde Tedavi Yöntemleri	15
2.2. PALYATİF BAKIM	18
2.2.1. Palyatif Bakımın Tanımı	18
2.2.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi	19
2.2.3. Palyatif Bakımın Amacı	20

2.2.4. Palyatif Bakımın Hedefleri	21
2.2.5. Palyatif Bakımın Bileşenleri	22
2.2.6. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar	24
2.2.7. Palyatif Bakımda Ekip	24
2.2.8. Kapsamlı Palyatif Bakım Hizmeti	26
2.2.9. Palyatif Bakımın Uygulanmasında Yaşanan Engeller ve Etik Sorunlar	26
2.2.10. Dünyada Palyatif Bakım	28
2.2.11. Türkiyede Palyatif Bakım	30
2.3. TÜKENMİŞLİK	32
2.3.1. Tükenmişliğin Tanımı	32
2.3.2. Tükenmişliğin Boyutları	32
2.3.3. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler	33
2.3.4. Tükenmişliğin Belirtileri	34
2.3.5. Tükenmişlik Sendromuyla Başa Çıkma Yöntemleri	34
2.3.6. Tükenmişliğin Bakım Verenlerde Değerlendirilmesi	36
2.3.7. Tükenmişlikle İlgili Kullanılan Ölçekler	40
3. MATERYAL VE METOT	43
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	43
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	43
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	43
3.4. ARAŞTIRMAYA ALINMA KRİTERLERİ	43
3.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	44

3.5.1. Bağımlı Değişken	44
3.5.2. Bağımsız Değişken	44
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	44
3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1)	44
3.6.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory –MBI) (Ek-2)	45
3.6.3. Başa Çıkma Ölçeği (COPE) (Ek-3)	47
3.6.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-4)	48
3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	49
3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	49
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	49
4. BULGULAR	50
4.1. HASTA YAKINLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	50
4.2. HASTA YAKINLARI İÇİN MASLACH ÖLÇEĞİ KARŞILAŞTIRMALARI	56
4.3. HASTA YAKINLARI İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KARŞILAŞTIRMALARI	58
4.4. HASTA YAKINLARI İÇİN COPE ÖLÇEĞİ KARŞILAŞTIRMALARI	63
5. TARTIŞMA	79
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	87
7. KAYNAKLAR	90
8. EKLER	107
EK - 1: Sosyodemografik Veri Formu	107

EK - 2: Maslach Tükenmişlik Ölçeği	108
EK - 3: Başa Çıkma (COPE) Ölçeği	109
EK - 4: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	114
9. ÖZGEÇMİŞ	117



TABLOLAR LİSTESİ

		<u>Sayfa</u>
Tablo 2.1.	TNM Sınıflama Sistemi	9
Tablo 2.2.	Örgütsel Düzeyde Tükenmişlikle Başa Çıkma Yolları	35
Tablo 2.3.	Bireysel Düzeyde Tükenmişlikle Başa Çıkma Yolları	36
Tablo 2.4.	Maslach Tükenmişlik Envanteri'nin puanlaması	46
Tablo 4.1.	Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımları	50
Tablo 4.2.	Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri	55
Tablo 4.3.	Maslach ile Duygusal Tükenme Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	56
Tablo 4.4.	Maslach ile Duyarsızlaşma Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	56
Tablo 4.5.	Maslach ile Kişisel Başarı Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	57
Tablo 4.6.	Maslach ile Yaş Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	57
Tablo 4.7.	Yaşam kalitesi(SF-36) ile Yaş Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	58
Tablo 4.8.	Yaşam kalitesi(SF-36) ile Fiziksel Fonksiyon Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	58
Tablo 4.9.	Yaşam kalitesi(SF-36) ile Fiziksel Rol Güçlüğü Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	59
Tablo 4.10.	Yaşam kalitesi(SF-36) ile Emosyonel Rol Güçlüğü Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	60
Tablo 4.11.	Yaşam kalitesi(SF-36) ile Enerji-Canlılık-Vitalite Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	60
Tablo 4.12.	Yaşam kalitesi(SF-36) ile Ruhsal Sağlık Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	61
Tablo 4.13.	Yaşam kalitesi(SF-36) ile Sosyal İşlevsellik Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	61

Tablo 4.14.	Yaşam kalitesi(SF-36) ile Ağrı Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	62
Tablo 4.15.	Yaşam kalitesi(SF-36) ile Genel Sağlık Algısı Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	62
Tablo 4.16.	Başa çıkma (cope) ile Dini Olarak Başa Çıkma Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	63
Tablo 4.17.	Başa çıkma (cope) ile Yaş Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	64
Tablo 4.18.	Başa çıkma (cope) ile Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	65
Tablo 4.19.	Başa çıkma (cope) ile Zihinsel Boşverme Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	66
Tablo 4.20.	Başa çıkma (cope) ile Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	67
Tablo 4.21.	Başa çıkma (cope) ile Yararlı Sosyal Destek Kullanımı Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	68
Tablo 4.22.	Başa çıkma (cope) ile Aktif Başa Çıkma Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	69
Tablo 4.23.	Başa çıkma (cope) ile İnkâr Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	70
Tablo 4.24.	Başa çıkma (cope) ile Şakaya Vurma Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	71
Tablo 4.25.	Başa çıkma (cope) ile Davranışsal İlişki Kesme Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	72
Tablo 4.26.	Başa çıkma (cope) ile Geri Durma Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	73
Tablo 4.27.	Başa çıkma (cope) ile Duygusal Sosyal Destek Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	74
Tablo 4.28.	Başa çıkma (cope) ile Madde Kullanımı Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	75
Tablo 4.29.	Başa çıkma (cope) ile Kabullenme Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	76

Tablo 4.30.	Başa çıkma (cope) ile Diğer Meşguliyetleri Bastırma Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	77
Tablo 4.31.	Başa çıkma (cope) ile Plan Yapma Toplam Skoru Arasındaki Korelasyon Düzeyleri ve p Değerleri	78



ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1. ICD-10 Ana Tanı Gruplarına Göre Ölüm Nedenleri Dağılımı	6
Şekil 2.2. Tüm Kanselerde Yaşa Standardize İnsidans Hızlarının Cinsiyete Göre 2010-2014 Yılları Arasındaki Dağılımı	6
Şekil 2.3. Erkeklerde En Sık Görülen Kanselerin Toplam Sayısı ve Yüzde Dağılımları	7
Şekil 2.4. Kadınlarda En Sık Görülen Kanselerin Toplam Sayısı ve Yüzde Dağılımları	8
Şekil 2.5. Amerikan Kansere Birliği'nin Tarama Testleri İçin Önerisi	14
Şekil 2.6. Palyatif Bakım ile Küratif Tedavinin Entegrasyonu	21
Şekil 2.7. Palyatif Bakım Ekibi	25
Şekil 2.8. Maslach'ın Tükenmişlik Modeli	33
Şekil 4.1. Hasta Yakınlarının Yaşa Göre Dağılımları	50
Şekil 4.2. Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımları	51
Şekil 4.3. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre Dağılımları	51
Şekil 4.4. Hasta Yakınlarının Gelir Durumuna Göre Dağılımları	52
Şekil 4.5. Hasta Yakınlarının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımları	52
Şekil 4.6. Hasta Yakınlarının Mesleki Durumuna Göre Dağılımları	53
Şekil 4.7. Hasta Yakınlarının Hastalık Durumuna Göre Dağılımları	53
Şekil 4.8. Hasta Yakınlarının İlaç Kullanımına Göre Dağılımları	54

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ (WHO) : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

DNA: Deoksiribo Nükleik Asit

TNM : Tümör Evreleme Sistemi (Tümör Nodül Metastaz)

HPV : İnsan Papilloma Virüsü (Human Papilloma Virüsü)

AIDS: Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

RCC: Böbrek Kanseri-Tümörü (Renal Cell Carcinom)

HCC: Karaciğer Kanseri (Hepatosellüler Karsinom)

LAP: Lenf Bezi Büyümesi (Lenfadenopati)

ACS: Amerika Kanser Birliği (American Cancer Society)

KİT: Kemik İliği Transplantasyonu

HKHN: Hematopoetik Kök Hücre Nakli

ASCO: Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu (American Society of Clinical Oncology)

NCI: Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute)

WPCA: Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance)

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

1.GİRİŞ

Kanser; birçok belirtinin bir arada görüldüğü, uzun süreli tedavi gerektiren, bakımı sadece hastanede sınırlı olmayan evde de özenli bir bakıma gereksinim duyulan tüm dünyada mortalite ve morbidite açısından önde gelen kronik sağlık sorunlarından biridir (Atagün ve ark., 2011; Al-Jauissy, 2010).

Kanser gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de giderek artan önemli bir sağlık sorunudur. Yirminci yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında yedinci ve sekizinci sıralarda yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Çivi, Kutlu ve Çelik, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2030 yılı tahminlerine göre; dünyada 12 milyon kişide kansere bağlı ölüm görüleceği ve kanserin, hastalıklara bağlı ölümler arasında birinci sırada yer alacağı öngörülmektedir (<http://www.int/entity/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007>).

Türkiye’de kanser insidansı 2002 yılında, yüz binde 133,5 iken, 2014 yılında bu oran 210,2 ye yükselmiştir. 2014 yılında en sık görülen beş kanser türüne bakıldığında, yüz binde 52.5 insidans hızı ile en sık trakea, bronş ve akciğer kanseri görülmektedir. İkinci sırada meme yüz binde (43), üçüncü sırada prostat yüz binde (32.9), dördüncü sırada kolorektal yüz binde (22.8) ve beşinci sırada tiroid yüz binde (20.7) kanserleri gelmektedir. Türkiye’de 2016 yılında gerçekleşen ölümlerin %39,8’i Dolaşım Sistemi Hastalıkları, %19,71’ini ise Neoplazmlar oluşturmaktadır. Ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımında, kanserler ikinci sıradadır (Bora Başara ve ark., 2017).

Son yıllarda kanser tedavi stratejilerindeki büyük gelişmeler, kanserli bireylerin yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Bu gelişmelerle günümüzde ileri evre, prognozu belirli olmayan ve ağrı başta olmak üzere birçok semptomu yoğun bir şekilde deneyimleyen bir kanser hasta popülasyonu oluşmuştur. Yaşam şansı uzamış olmasına rağmen, hastalık sürecinde fonksiyonel yeterlilikleri ve yaşam kaliteleri azalan bu hasta grubu için özel bir

bakım gereksinimi ortaya çıkmıştır (Glare, 2005). Spesifik uzmanlık gerektiren, insan onuruna saygı felsefesi taşıyan ve bireylerin yaşam kalitelerinin artırılmasını amaçlayan bu bakım türüne palyatif bakım denmektedir (Özçelik, 2011).

Palyatif dönem kanser hastaları ağrı başta olmak üzere daha birçok farklı semptomu yoğun bir şekilde deneyimleyen, psikososyal, spiritüel ve fiziksel gereksinimleri üst düzeyde olan bir hasta grubudur. Ayrıca bu dönemde aile ve üyelerinin yaşadığı sıkıntı düzeyi daha da artmakta ve bu durum aile düzenini yoğun bir şekilde etkilemektedir. Bu dönemde aile üyelerinin kanser hastasının bakım rolünü üstlenmesi aile ve üyelerine ek sorumlulukları da beraberinde getirmektedir (Lokeve, Liv ve Szeto, 2003).

Kanser tanısı konan kişilerin sayısının artması, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak hastaların hayatta kalma sürelerinin uzaması yanı sıra sağlık sistemindeki yetersizlikler kanserli hastaların aile üyelerinin bakım sürecine daha aktif katılmalarına ve hastaların bakım sorumluluğunu daha fazla üstlenmelerine yol açmaktadır (Kingrungröte ve Cohen, 2006; Karabuğa-Yakar ve Pınar, 2013).

Yapılan bir çalışmada; kanser hastası yakınlarına bakım veren aile üyelerinin yüksek düzeyde stres altında olduklarını, depresyon ve diğer sağlık sorunları açısından artan bir risk taşıdıklarını ve mortalite oranlarının arttığını bildirmişlerdir (McMillan, Small, Weitzner, 2005). Yapılan bir başka çalışmada kronik hastalığı olan yakınlarına bakım veren aile üyelerinin fiziksel ve mental sağlıklarının tehdit altında olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada hasta yakınlarının içinde buldukları stresli durumla başa çıkma yöntemlerini kullanmalarının, hasta ve yakını arasındaki ilişkiyi etkilediği gösterilmiştir (Myaskovsky, Dew ve Switzer, 2005).

Kronik hastalığa sahip olan hasta yakınlarında özellikle de bu hastalara bakım verenlerde tükenmişlik sıklıkla izlenmektedir. Psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi kronik olarak seyreden hastalıklarda da bakım vericilerin bu durumdan etkilenmeme ihtimali olmamakla birlikte, bakım hizmeti sağlayan kişilerde tükenmişlik oranları da bir hayli yüksek olmaktadır (Duygun, 2001).

Hasta bakımı sağlayan bireylerde tükenmişlik ise, ailede hasta olan bir aile üyesi ile birlikte yaşıyor olma nedeni ile aile üyelerinin gündelik hayatlarında karşılarına çıkan güçlükler, yaşamlarına etki eden problemler ve negatif olay ve durumlar gibi hastalığın aile

üzerinde yapmış olduğu etkileri ifade etmek maksadı ile kullanılmaktadır (Yılmaz, 2003). Bireylerin yaşadığı problemler ve karşılanmayan gereksinimler, palyatif dönem kanser hastasının ve yakınlarının fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir, tükenmişliğe neden olmaktadır.

Araştırma palyatif bakım hastalarının bakıcılarında tükenmişlik ve tükenmişliğin sosyal yaşamları üzerine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.KANSER

2.1.1.Kanserin Tanımı

Latince “cancer” Yunancada “carcinos” sözcüklerinden kaynağını alan, yengeç anlamına gelen kanseri Hipokrat; yavaş gelişen, iyileşmeyen yaralara carcinos ve maligne, kötü seyirli olanlara da carsinoma deyimini kullanmıştır (Akdemir ve Bilal, 2005; Akyolcu, 2002).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kanseri, bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmasıyla beliren kötü urlar olarak tanımlamıştır. Genel anlamda ise kanser vücudumuzun çeşitli bölgelerindeki hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan 100'den fazla hastalık grubudur. Çok çeşitli kanser tipleri olmasına rağmen, hepsi anormal hücrelerin kontrol dışı çoğalması ile başlar. Tedavi edilmez ise ciddi rahatsızlıklara, hatta ölüme dahi neden olabilir (<http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/4-kanser-nedir.html>).

Kanser hücre çekirdeğinin hastalığıdır. Kanser, DNA (Deoksiribo nükleik asit)'daki sıralamalarda meydana gelebilecek değişiklikler sonucu çekirdekdeki genetik sistemin bir bölümünün değişime uğraması sonucu hücrelerin kontrolsüz bir biçimde çoğalmasıyla ortaya çıkan bir hastalıktır (Eti Aslan ve Olgun, 2010; Longo, 2004). Bu çoğalma sırasında kanser hücresinde normal hücrelerden yapısal olarak farklılıklar çıktığı gibi işlevleri açısından da farklılıklar çıkabilir. Bazen hücre normalde yaptığı işlevleri yapmazken, bazen de normalde olmayan bazı yeni işlevleri yapmaya başlayabilir. Anormal şekilde çoğalmaya başlayan bu hücreler buldukları yerdeki doku ve organları işgal ederek bazen uzaktaki organlara kadar yayılırlar ve bu organların işlevlerini yapmalarına engel olurlar. Kanserler köken aldıkları doku ve organlara göre isim alırlar (Berkarda, 2002; Kutluk ve Kars, 1994).

Kanserin cinsine göre belirti, bulgu ve sağaltımları da değişmektedir. Bulguları sindirim sisteminde; konstipasyon, diyare, bulantı-kusma, karında asit, ağız kuruluğu, üriner sistemde; hematüri, inkontinans, kardiyovasküler sistemde; anemi, pıhtılaşma bozuklukları, solunum sisteminde; dispne, plevral efüzyon, solunum yolu enfeksiyonu, öksürük, hemoptizi, ciltte; kaşıntı, ülserasyon, sarılık, nörolojik sistemde; ağrı, kuvvet kaybı, disfazi bunlardan birkaçıdır (Akdemir ve Birol, 2005).

2.1.2. Kanserin Epidemiyolojisi

Kanser, dünya genelinde giderek artan bir sağlık problemidir ve toplumlarda önemli bir sosyoekonomik yüke, bireylerde de maddi ve manevi kayıp ve zorluklara yol açmaktadır. Yeni yayımlanan dünya kanser istatistiklerine göre; ölüm nedenleri arasında kanser ilk sırada yer almaktadır. Dünya’da toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur. Kanserde benzer seyir devam ettiği takdirde 2030 yılına gelindiğinde yıllık 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması, yani 2008 verilerine göre yeni vakalarda %75 artış olması beklenmektedir. Önümüzdeki yıllarda gelişecek olan kanser olgularının önemli bir kısmının az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkması beklenmektedir (<http://globocan.iarc.fr>).

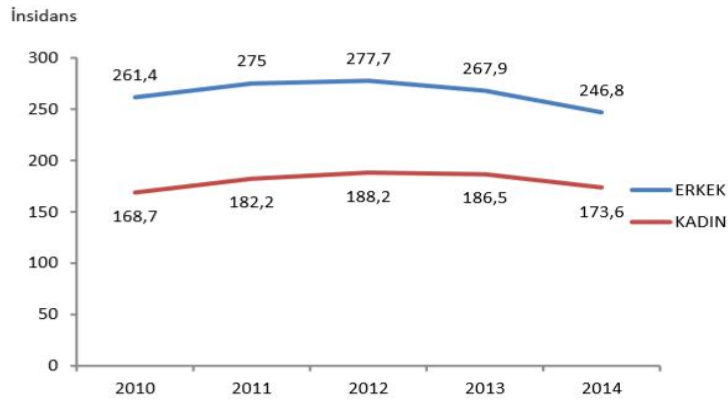
Ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen ikinci ölüm sebebi kanserdir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>)(Şekil2.1). Kanser tüm ölümlerin yaklaşık %20’sini oluşturmaktadır. Türkiye’de yılda 163.500 civarında yeni kanser vakası teşhis edilmektedir. Ülkemizde bir günde yaklaşık 450 kişinin kanser teşhisi aldığı söylenebilir (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/8635,kanser-istatistikleridocx.docx?0>).



Şekil 2.1. ICD-10 Ana Tanı Gruplarına Göre Ölüm Nedenleri Dağılımı

(Kaynak: TÜİK ölüm nedeni istatistikleri, 2016).

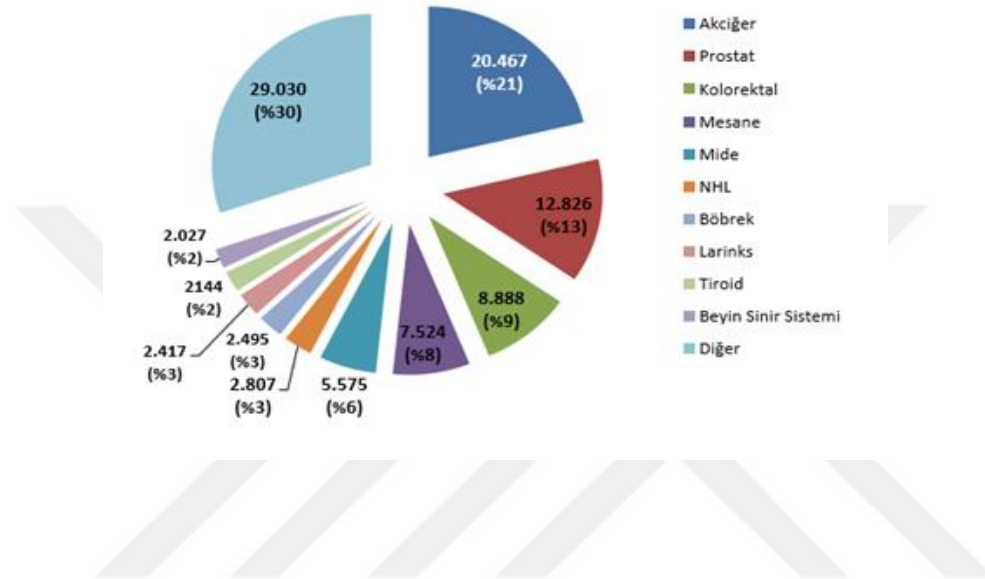
Ülkemizde ki en son resmi rakamlar değerlendirildiğinde bir yıl içerisinde yaklaşık 96.200 erkek ve 67.200 kadının kanser teşhisi aldığı tahmin edilmektedir. Son veriler değerlendirildiğinde; kanser sıklığında herhangi bir artış ya da azalış olmadığı söylenebilir (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Tüm Kanserler Yaşa Standardize İnsidans Hızlarının Cinsiyete Göre 2010-2014 Yılları Arasındaki Dağılımı (Her 100 bin kişide yıllık teşhis edilen kanser sayısı)

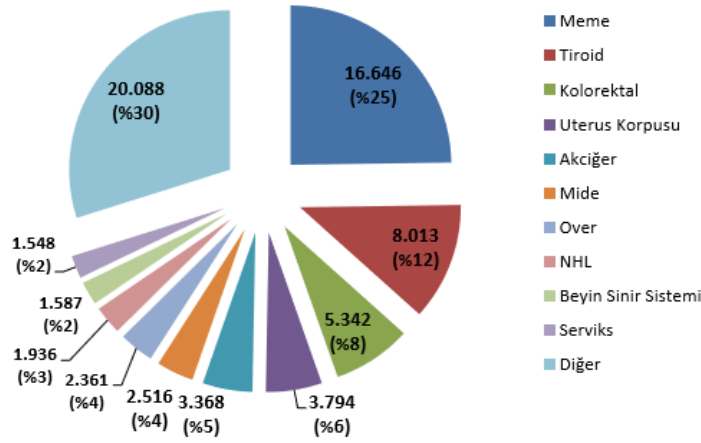
(Kaynak: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/8635,kanser-istatistikleridocx.docx?0>)

Erkeklerde en sık görülen kanserler akciğer ve prostat kanseridir. Erkeklerde tütüne bağlı kanserler önemini korumaya devam etmektedir (Şekil 2.3). Erkeklerde tütün ve tütün ürünlerine bağlı olarak gelişen 27.700 civarında vaka olduğu tahmin edilmektedir (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/8635,kanser-istatistikleridocx.docx?0>).



Şekil 2.3. Erkeklerde En Sık Görülen Kanserlerin Toplam Sayısı ve Yüzde Dağılımları (Kaynak: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/8635,kanser-istatistikleridocx.docx?0>)

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (Şekil 2.4). Tanı konulan her 4 kadın kanserinden 1'i meme kanseridir. Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5'i 50-69 yaş arasında olduğu, %40,4 ünün ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir.



Şekil 2.4. Kadınlarda En Sık Görülen Kanserlerin Toplam Sayısı ve Yüzde Dağılımları

(Kaynak: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/8635,kanser-istatistikleridocx.docx?0>)

2.1.3. Kanserde Evreleme

Tümör saptandığında evrelendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Evrelendirme hastalığın boyutlarının tanımlanmasına, uygulanacak tedavinin planlanmasına, hastalığın prognozunun belirlenmesine ve değişik tedavi yaklaşımlarının karşılaştırılmasına yardımcı olmaktadır.

Kanserin evrelendirilmesi konusunda yaygın olarak kabul edilen Amerikan Kanser Birliğinin “Tümör Nodül Metastaz (TNM)” sınıflama sistemidir; “T” birincil tümörün boyutları, “N” bölgesel lenf düğümü tutulumu ve “M”metastaz varlığı veya yokluğunu ifade eder (Eti Aslan, Olgun, Uzun ve Uslu, 2014; Compton ve ark., 2013).

Tablo 2.1. TNM Sınıflama Sistemi ve Evrelendirme

Primer Tümör (T)	
T0	Hiç primer tümör kanıtı olmayan
Tis	Karsinoma in situ
T1, T2, T3, T4	Artan boyut ve/veya primer tümörün lokal yayılımı
Tx	Primer tümörü değerlendirilemeyen (bunun kullanımı asgari olmalıdır)
Bölgesel Lenf Nodları (N)	
N0	Lenf nodu tutulumu yok
N1, N2, N3	Artan sayıda veya bölgesel lenf nodu tutulumunun durumu
N2	Dört ya da daha fazla lenf noduna metastaz
NX	Bölgesel lenf nodu değerlendirilemeyen (kullanımı asgari olmalıdır)
Uzak Metastaz (M)	
M0	Uzak metastaz yok
M1	Uzak metastaz var

(Kaynak: Compton ve ark., 2013).

2.1.4. Kanser Etiyolojisi

Kanserin etiyolojisinde birden fazla etken rol oynamaktadır (Akdemir, 2003; Oral, 1997). İnsanlardaki kanserlerin 1/3'ünde nedenler bilinmemekte ve çoğu kanserlerin ortaya çıkışında çevresel faktörlerin rolü olduğu düşünülmektedir. Ayrıca genetik faktörlerinde kanser oluşumunda rol oynadığı bilinmektedir (Akdemir, 2003; Derman, 2002; Kutluk ve Kars, 1994). Genel olarak kanser etiyolojisinde yer alan nedenler bazı alt gruplar altında incelendiğinde;

2.1.4.1. Enfeksiyöz Ajanlar: Malign dönüşümün fizyopatolojisi belli olmamakla beraber; çeşitli enfeksiyöz ajanlar kanser gelişimine zemin hazırlarlar. Helicobacter pylori ile mide kanseri, Epstein- Barr virüsü ile Burkitt lenfoması, Hepatit B virüsü ile hepatosellüler karsinom ve insan papilloma virüsü (HPV) 16 ve 18 ile servikal kanser arasındaki ilişki özgün bir enfeksiyonla kanser ilişkisine örneklerdir (Desch, 2001).

2.1.4.2. Fiziksel Faktörler: Bu grup içindeki etkenler arasında iyonize radyasyon, X ışınları (röntgen), noniyonize radyasyon (solar), güneşteki ultraviyole (mor ötesi ışınlar), radyoaktif

etkenler (alfa, beta, gama ışınları), hipertermi, kronik iritasyon ya da inflamasyon ve tütün kullanımı sayılabilir (Akdemir, 2003; Derman, 2002; Desch, 2001; Fadiloğlu, 2003; Kutluk ve Kars, 1994).

2.1.4.3. Sigara ve Kimyasal Faktörler: Çevresel faktörler arasında kanserle ilişkisi en iyi bilinen sigara akciğer, larenks, farenks, özefagus, mesane, pankreas, renal hücreli kanser, anal kanser, meme, over, endometriyum ve serviks kanseri etiyojisinde yer almaktadır ve kanserden ölümlerin %30'unu oluşturmaktadır (Akdemir ve Birol, 2004; Taş ve Aydın, 2000; Koşar ve Öztürk, 2004). Birçok çalışma ortamında kokansorejen olan kimyasal maddeler bulunmaktadır. Aromatikler ve aminler (hidrokarbonlar), anilin boyası, pestisitler ve formaldehitler, arsenik, asbest, benzen, kadmium, kronium, nikel, çinko, berilyum ve polivinil klorid, rafine edilmemiş parafin yağı, mazot, krom, kobalt, hardal gazı, katran, kurum gibi kimyasal maddele kanserojenler arasında sayılabilir. Bu maddeler tek başlarına ya da bir kaç birlikte kansere neden olabilirler (Akdemir ve Birol, 2004).

2.1.4.4. Alkol: Çok miktarda ve uzun süreli alkol kullanımı ağız, trakea ve özefagus kanseri riskini arttırmaktadır (Akdemir ve Birol, 2004).

2.1.4.5. Cinsel Sağlık ve Doğurganlık: Serviks kanseri riski evli kadınlarda, erken evlenenlerde, birden fazla erkekle ilişkisi olanlarda, sık ve erken cinsel ilişkisi olanlarda artmaktadır. Meme kanseri riski; geç evlenmiş, geç doğum yapmış veya hiç doğum yapmamış kadınlarda daha fazladır. Erken menarş, geç menapoz ve ovulasyonsuz menstürel dönemin sıklığı meme kanseri riskini arttırmaktadır (Akdemir ve Birol, 2004).

2.1.4.6. Genetik ve Ailesel Özellikler: Birçok kanser tipinin ailesel özelliğinin olduğu gösterilmiştir. Bu durumun; genetik yapı, aynı çevreyi paylaşma, yaşam biçimi gibi ortak faktörlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Anormal kromozom; fazla kromozom, kromozom lokalizasyonunda değişiklik ile kanser arasında ilişki olduğu bilinmektedir (Akdemir ve Birol, 2004).

2.1.4.7. Beslenme Faktörü: Beslenme ile kanser ilişkisinde; besinlerdeki mitotoksinler, doğal karsinojen maddeler, besinlere uygulanan işlemler ve tüketilen besinin içeriği ve miktarı rol oynamaktadır (Akdemir ve Birol, 2004). İkinci derecedeki kanıtlar, diyetteki yağın, kolon, prostat ve meme kanserlerinin gelişiminde rol oynadığını göstermektedir. Sindirim sistemi kanserleri belirli beslenme alışkanlıkları ile ilişkilidir. Besinlerin ızgara,

közleme, turşu yapımı gibi işlemler sırasında hazırlanmasına bağlı oluşan nitroze bikarbonatın da kanser oluşumunda etkili olduğu bildirilmektedir (Desch, 2001).

2.1.4.8. Hormonal Faktörler: Meme, prostat ve uterus, kanserinin endojen hormon düzeyine bağlı olarak büyüdüğü, menarş sonrası uzun süreli oral kontraseptif kullanılması meme ve endometrium kanseri riskini arttırdığı, östrojen replasman tedavisinin hepatoselüler ve meme kanseri riskini hafif düzeyde arttırdığı, over ve endometrial kanserlerde de bir düşmeye neden olduğu, hamilelik sayısının artmasının meme, endometrium ve over kanseri riskini azalttığı bilinmektedir (Akdemir ve Birol, 2004).

2.1.4.9. İmmünolojik Faktörler: İmmün sistemin kalıtsal ya da edinsel nedenlerle baskılanması, örneğin transplantasyon ve Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) hastalarında, bağışıklık sisteminin zayıf olduğu çocukluk veya yaşlılık döneminde, otoimmün hastalıklarda; örneğin romatoid artrit'te kanser riski artmaktadır (Akdemir ve Birol, 2004).

2.1.5. Kanser Belirti ve Bulguları

Kanser vücuttaki herhangi bir organı veya dokuyu etkileyebileceği için belirti ve bulguları da çeşitlilik gösterir. Hastalık belirtileri tutulan organa ve yayılımına göre değişiklik göstermektedir. Bu belirti ve bulgular genel olarak şunlardır:

2.1.5.1. Açıklanamayan Kilo Kaybı: İştah ve kilo kaybı kanser hastalarında sık görülür. Altı aylık sürede vücut ağırlığının %10'undan daha fazla kilo kaybı kanser için anlamlıdır. Kilo kaybı özellikle mide, pankreas, karaciğer, akciğer, özofagus kanserlerinde ilk bulgu olarak ortaya çıkabilir. Kanser hücrelerden salgılanan sitokinler protein katabolizmasını artırarak kaşeksiye neden olurlar (Yıldırım, 2015).

2.1.5.2. Ateş: Ateş kanser hastalarında sık rastlanan bir semptomdur. Nedeni bilinmeyen ateş etiyojisinde malignite önemli yer tutar (Bleeker-Rovers, Vos ve Kleijn, 2007). Malignitelerden lenfoma, lösemi, Renal Cell Karsinom (RCC) ve hepatosellüler karsinom (HCC)'de ateş daha sık görülür. Genellikle tümör hücrelerinden salgılanan sitokinlere bağlı veya tümör hücrelerine karşı gelişen immün yanıt neticesinde ortaya çıkar.

2.1.5.3. Halsizlik: Halsizlik kanser hastalarında en sık rastlanan semptomdur. Kanser hastalarının yaklaşık üçte birinde hastalık anında, tedavi esnasında ve tedavi sonrasında halsizlik şikayeti mevcuttur (Bower, Ganz ve Desmond, 2000; Servaes, Verhagen ve Bleijenberg, 2002). Kanser hastalarında halsizlik nedenleri arasında kansere bağlı anemi, katabolik sürece sekonder kas kaybı, sistemik inflamatuvar yanıt, kanser hücrelerinde salınan sitokinler ve hormon değişiklikleri gibi nedenler rol oynar (Morrow, Andrews ve Hickok, 2002).

2.1.5.4. Ağrı: Kemik ve testis kanserleri gibi bazı kanser türlerinde ilk bulgu olabilmesine karşılık genellikle ilerlemiş hastalığa ait semptomdur. Hastalık başlangıcı ve tedavi esnasında ağrı sıklığı %33-59 arasında mevcutken ilerlemiş hastalıkta bu oran %64-74 arasında değişmektedir (Goudas, Bloch ve Gialeli-Goudas, 2005).

2.1.5.5. Vücudun Herhangi Bir Yerinde Şişlik: Vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkan şişlikler kanser için uyarıcı olabilir. Servikal, axiller, supraklavikular veya inguinal bölgede ortaya çıkan lenfadenopati (LAP)'ler özellikle hematolojik maligniteler için uyarıcı olmalıdır. Erişkin dönemde bir cm'den büyük, ağrılı, sert, çevre dokuya fiske LAP'lar malignite açısından özellikle kuşkuludur (Ferrer, 1998).

Memede ele gelen kitle meme kanserinin ilk bulgusu olabilir. Doğurganlık çağındaki kadınlarda memede tespit edilen kitlelerin %90'ı benign karakterde olmasına rağmen erken meme kanseri teşhisi açısından memede ele gelen tüm kitleler malignite yönünden araştırılmalıdır (Morrow, 2000; Klein, 2005; Elmore, Barton ve Mocerri, 1998).

2.1.5.6. Kanama: Kanama bir çok kanser türünde erken veya geç dönemde ortaya çıkabilir. Akciğer kanserinde hemoptizi, kolorektal kanserlerde dışkılama değişiklikleri ve kanlı dışkılama, mesane kanserinde hematüri, serviks kanserinde vaginal kanama hastalığın ilk bulgusu olabilir (Yıldırım, 2015).

2.1.5.7. Dışkılama ve İdrar Yapma Alışkanlığında Değişiklik: Birkaç haftadan uzun süren kabızlık, dışkı kalibrasyonunda incelleme, dışkıda kan görülmesi kolorektal kanserler ilk semptomları olarak ortaya çıkabilir (Yıldırım, 2015).

2.1.5.8. Yutma Güçlüğü, Ses kısıklığı: Yutma güçlüğü özofagus kanseri için, ses kısıklığı larenks kanseri için ilk semptomlar olabilir (Yıldırım, 2015). Bunların yanı sıra boğazda şişlik, ağrı, takılma hissi, gıdaları geriye kaçıışı gibi semptomlarda görülebilir.

2.1.5.9. Siğil ve Benlerde Değişiklik: Var olan bende boyut, şekil veya renk değişikliği cilt kanserleri için ilk semptomlar olabilir (Yıldırım, 2015).

2.1.6. Kanserde Tanı

Kanserde tanı; fonksiyonel ve fizyolojik değişikliklerin teşhisi ve test sonuçlarının değerlendirilmesinden oluşmaktadır. Tanısal testlerin hedefi; tümör varlığının ve içeriğinin teşhisi, hastalığın muhtemel yayılma durumunun saptanması, organ ve sistemler ile ilgili fonksiyonların değerlendirilmesi, tümörün evre ve derecesini saptamaya yönelik analizler için hücre ve dokuların incelenmesini içerir. Bu süreçlerde; öykü ve fizik inceleme, biyokimyasal testler, tümör belirleyicileri, radyolojik incelemeler, endoskopik çalışmalar, biyopsi ve histopatolojik incelemelerden yararlanılmaktadır (Smith ve ark., 2013; Eti Aslan ve ark., 2014). Amerikan Kanseri Birliği (ACS)'nin Tarama Testleri İçin önerileri şekil 2.5'de verilmiştir.

Test	Cinsiyet	Yaş	Sıklık
Sigmoidoskopi	E-K	>50	İki negatif muayeneden sonra her 3-5 yılda bir
Dışkıda gizli kan	E-K	>50	Her yıl
Rektal tuşe	E-K	>40	Her yıl
PAP test	K	18 yaşına gelmiş seksüel olarak aktif her kadın	Her yıl (3 yıl ya da daha fazla arda (-) sonuç verirse, hekim kararına göre seyrek yapılabilir.
Pelvik muayene	K	18 yaşına gelmiş seksüel olarak aktif her kadın	Her yıl (3 yıl ya da daha fazla arda (-) sonuç verirse, hekim kararına göre seyrek yapılabilir.
Endometrial biyopsi	K	İnfertilite, obesite, nonovulatuvar sıklısı olanlar, östrojen kullanımı öyküsü olan riskli gruplar	Her yıl
Meme (KKM muayenesi)	K	>20	Her ay
Meme fizik muayenesi	K	20-40 >40	Her 3 yılda Her yıl
Mamografi	K	35-49 >50	Bir kez kontrol Her yıl
Genel sağlık kontrolü	E-K	>20	Her 3 yılda bir
Kanser Check-up (Troid, testis, prostat, ovaryum, lenf ganglionları, ağız ve cilt kanserleri araştırmaları dahil)	E-K	>40	Her yıl

Şekil 2.5. ACS'nin Tarama Testleri İçin Önerisi (Kaynak: Akdemir ve Birol, 2004)

2.1.7. Kanserden Korunma

Birçok kanser türü korunma ile önlenabilir. Kanserden korunma; primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç aşamada incelenebilir.

2.1.7.1. Birincil Önleme: Teknolojik ve bilişsel olarak iki temel etkinliği içerir. Bilişsel etkinlikler hemşirenin temel sorumluluğu olan sağlık eğitimini içerirler. Kanserde sağlık eğitimi, özellikle kanserle ilgili olduğu düşünülen risk etmenlerini ve bu etmenlerle karşılaşmayı azaltma ya da önlemeyi içermelidir.

2.1.7.2. İkincil Önleme: Bilinen kanser kontrol girişimleri ikincil önleme anlayışı içinde yer alır. İkincil önleme morbidite ve mortaliteyi azaltacak erken tanı ve tedavi etkinliklerinde yoğunlaşır.

2.1.7.3. Üçüncül Önleme: Kanserli hastaların sakatlıklarını azaltmak ve rehabilitasyonlarını sağlamak üçüncül düzeyde önlemeyi oluşturur. Örneğin, hastaları eğiterek ve düzenli izleyerek komplikasyonlar önlenir (Akdemir ve Bilal, 2005; Eti Aslan ve Olgun, 2010; Fadiloğlu, 2003; Kutluk ve Kars, 1994).

2.1.8. Kanserde Tedavi Yöntemleri

Günümüzde kanser tedavisi için birçok yöntem ve seçenek kullanılmaktadır. Bunlar kanser cerrahisi, kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi, hormonal tedavi ve hematopoietik kök hücre nakli olup kanser teşhisi konmuş olan hastaların bireysel özellikleri ve hastalık durumu dikkate alındığında söz konusu tedavi yöntemlerinden birveya birkaçına yer verilebilmektedir (Eti Aslan ve ark. 2014; <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-tedavisi/38-kanser-tedavisi.html>).

2.1.8.1. Kanser Cerrahisi: Kanserli doku ya da organın çıkarılmasında kullanılan tedavi yöntemi olup, özellikle kanserin lokalize olduğu hastalarda iyileştirici olabilmektedir.

Cerrahi; primer tedavi amaçlı yapılmasının yanı sıra tanısal, palyatif veya rehabilitasyon amaçlıda yapılabilmektedir (Eti Aslan ve ark., 2014).

2.1.8.2. Radyoterapi : Normal hücelere en az zarar verecek şekilde tümörlü hücrelerin yok edilmesidir. Radyasyon tedavisi; ana tedavi, kombine tedavi, profilaktik ve palyatif tedavi amacıyla uygulanmaktadır (Eti Aslan ve ark., 2014).

2.1.8.3. İmmünoterapi: Tümörlerin yok edilmesi amacıyla immün sistemi kullanan bir tedavi şeklidir. Kanserin oluşum ve gelişim dönemlerine bakıldığında, bağışıklık sistemi esasında sürekli olarak kanser hücrelerini saptayarak ortadan kaldırmakta ancak; çeşitli etkenler nedeniyle tümör hücrelerinin mutasyona uğraması ile kanser oluşum süreci devam etmektedir (Çokmert ve ark., 2016). Bu tedavinin temelinde; onarım, değiştirme, uyarma, kanser hücrelerine karşı vücudun doğal immün yanıtının artırılması vardır. Etki mekanizmalarına göre; konakçının bağışıklık mekanizmasını onaran, arttıran ya da değiştiren, doğrudan anti-tümör etki yapan maddeler ve başka biyolojik etkileri olan (tümörün metastaz yapabilmesini engelleme, metastaz sonrası yaşamını sürdürmesi, hücre farklılaşmasını geliştirme ya da neoplastik gelişimi engelleme) biyolojik ajanlardır (Eti Aslan ve ark., 2014). Kemoterapiye göre daha az toksik, kolay tolere edilen bir yöntemdir (Çokmert ve ark., 2016).

2.1.8.4. Hematopoietik Kök Hücre Nakli: Son yıllarda birçok malign ve benign tümörlerde başarı ile uygulanabilen bir tedavi yöntemidir. Günümüzde kemik iliği transplantasyonu (KİT) dışındaki kaynaklardan da kök hücre elde edilebildiği için kemik iliği transplantasyonu terimi yerini hematopoietik kök hücre nakli (HKHN) terimine bırakmıştır. HKHN’de kemik iliği, göbek kordon kanı veya periferik kan kök hücre kaynağı olarak kullanılabilir (Anak, 2017). HKHN’de temel prensip bir hastaya kemoterapiden sonra çok yüksek doz hastanın kendisinin (otolog) veya doku tipi uygun bir vericinin (allojeneik) hematopoietik kök hücrelerinin verilmesidir. Buradaki temel amaç, hastanın sağlıklı olmayan hematopoietik veya malign hücrelerinin (lösemi veya nöroblastom gibi) yüksek doz kemoterapi ile ortadan kaldırılması sonrasında verilen hematopoietik kök hücreler ile sağlıklı hematopoezin tekrar sağlanmasıdır. Nonmalign hastalıklarda ağırlıklı olarak allojeneik HKHN yapılmakta olup, son yıllarda otoimmün hastalıklar ve inflamatuvar barsak hastalıkları gibi durumların tedavisinde de otolog HKHN artan sıklıkta kullanılmaktadır (Erbey, 2017).

2.1.8.5. Hormon Tedavisi: Büyümek için hormon kullanan kanserin gelişmesini yavaşlatan veya durduran bir tedavi şeklidir (<https://www.cancer.gov/aboutcancer/treatment/types/hormone-therapy>). Hormonal tedavinin uygulanmasındaki amaç; tümör kütesinin küçültülerek cerrahinin daha kolay uygulanabilir hale getirilmesi ve evre gerilemesi sağlanarak, potansiyel bir sağkalım avantajı elde edilmesidir. Lokal ileri evre hastalıkta cerrahi öncesi uygulanan hormonal tedavinin pozitif cerrahi sınır oranlarını önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır (Kozacıoğlu ve Günlüsoy, 2012). Bu tedavi çoğu zaman diğer kanser tedavileri ile birlikte kullanılır (<https://www.cancer.gov/aboutcancer/treatment/types/hormone-therapy>).

2.1.8.6. Kemoterapi: Kanser hücrelerinin çoğalmasını önlemek ya da kontrol altına almak için sitotoksik ilaçların yalnız veya kombine olarak kullanıldığı bir tedavi yöntemidir. Tedavide kullanılan sitotoksik ilaçlar; kanser hücrelerini daha fazla yok edebilmek, ilaç direnci riskini, yan etkilerin sıklığını ve şiddetini azaltabilmek için kombine ilaç protokolleri şeklinde uygulanmaktadır. Bu ilaçların birçoğu kanser hücrelerine özel olmadığından vücuttaki diğer sağlam doku ve organlarında etkilemektedir (Akman Yılmaz, 2017). Bu nedenle kemoterapinin neden olduğu yaygın yan etkilerden bazıları; yorgunluk, alopesi, trombosit düşüklüğü ve kanama, enfeksiyon, anemi, bulantı-kusma, iştah değişikliği, kabızlık, ishal, mukozit, ağrı, uyuşukluk, karıncalanma, kuru cilt ve renk değişimi, cilt tırnak değişiklikleri, mesane ve böbrek sorunları, ağırlık değişimleri, konsantrasyon ve odaklanmayı etkileyebilen ruh hali değişiklikleri, libido ve cinsel işlevlerdeki değişiklikler şeklindedir (<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatmenttypes/chemotherapy/chemotherapy-side-effects.html>).

2.2. PALYATİF BAKIM

2.2.1. Tanımı

Palyatif bakım; sağlık alanında, kür sağlamayı amaç edinmeksizin öncelikli olarak semptomların giderilmesi ya da hafifletilmesi manasında kullanılan bir terimdir. Köken aldığı "Palliate (Palliare)" latince kökenli bir kelime olup, koruyucu ya da kapsayıcı anlamındadır. İngilizcede "Palliative" hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır (Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013).

Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu (ASCO) da palyatif bakımı; hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olan semptom, yaşam kalitesini etkileyen çeşitli durumlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesi olarak tanımlamıştır (Smith ve ark., 2012). Ulusal Kanser Enstitüsü'nün (NCI) tanımına göre ise palyatif bakım; kanser gibi yaşamı tehdit eden veya ciddi hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini artırmak için verilen bakım olarak tanımlanmıştır (<https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>).

DSÖ 1990 yılında palyatif bakımı "Hastalığı ortadan kaldıran tedavilere yanıt vermeyen hastaların aktif, total bakımıdır" şeklinde tanımlamıştır (WHO, 1990). Palyatif bakım 2002 yılındaki tanımda ise "yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşım" olarak ele alınmıştır (WHO, 2002).

Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) 2003 yılında kurulmuş olup, tüm dünyadaki ulusal ve bölgesel hospis ve palyatif bakım organizasyonlarını kapsayan bir örgüttür. DSÖ'nün palyatif bakım tanımı, WPCA tarafından daha açık ve anlaşılır hale getirilmiş, en uygun halini almıştır:

1. Palyatif bakım yaşamı tehdit eden/sınırlayan hastalıklar kadar kronik hastalıklar için de bir ihtiyaçtır.

2. Palyatif bakımı sunmak için tanı ve prognoza dayalı değil ihtiyaç temelli yaklaşım önerilmektedir. Hastalıkların son döneminde olduğu kadar erken evrelerinde de palyatif bakım ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir.

3. Palyatif bakım üç farklı düzeyde sunulabilir:

- Palyatif Bakım Yaklaşımı: Uygun eğitim ile tüm sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakım sunma yaklaşımıdır.

- Genel Palyatif Bakım: Yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastaları tedavi eden tüm birinci basamak profesyonelleri tarafından iyi bir temel palyatif bakım bilgisi ile sağlanan bakımdır.

- Uzman Palyatif Bakım: Karmaşık sorunları olan hastalara uzman ekip tarafından sunulan hizmettir.

4. Palyatif bakım herhangi bir bakım şekli ile sınırlandırılmamalıdır. Palyatif bakım hastanın evinde, bir bakım kuruluşunda, hastanede, hospiste veya ayaktan tedavi servisinde sunulabilir (WHO-WPCA, 2014).

2.2.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi

İnsanoğlu tarih öncesi dönemlerden beri ölüm sonrası süreç üzerine kafa yorsa da, ölüm sürecine son yüzyılda dikkat kesilmiştir. Dini kurumlar yüzyıllar boyu özellikle yoksullar ve kimsesizlere yaşam sonu bakım sağlayan ana birim olmuşlardır.

Palyatif bakımın gelişmesi orta çağ dönemine kadar uzanmaktadır. Ortaçağ zamanında “son dönem bakım” (hospis) terimi yolcular ya da seyahat eden kişiler için korunulacak ya da sığınılacak bir yeri tarif etmek amacıyla kullanılıyordu. Modern son dönem bakım ve palyatif bakımın evrimi Dame Cicely Saunders” in vizyon, cesaret ve sorumluluğu sayesinde gelişmiştir (Esper, 2005; Kömürcü, 2009; Kömürcü ve ark., 2003; Rice, 2006).

Dame Cicely Saunders 1967’de Londra’da St. Christopher Son Dönem Bakım Evini açmıştır. Bu modern eğitim ve araştırmanın yapıldığı ilk son dönem bakım birimidir. Dame Cicely profesyonel ve kişisel hayatını ileri düzey hastalığa sahip hastaların bakımı ve çalışması için adamıştır. Ölmekte olan hastanın ve ailelerinin ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağı konusundaki eksikliği saptamış ve yanıt vermiştir. Her hastanın ve ailesinin bireysel ihtiyaçları üzerine sürekli yoğunlaşmıştır. St. Christopher Son Dönem Bakım için, holistik hasta bakım anlayışına dayalı palyatif bakımın prensiplerinin gelişmesini sağlamıştır (Esper, 2005; Mirando, 2006; Kömürcü ve ark., 2003; Rice, 2006).

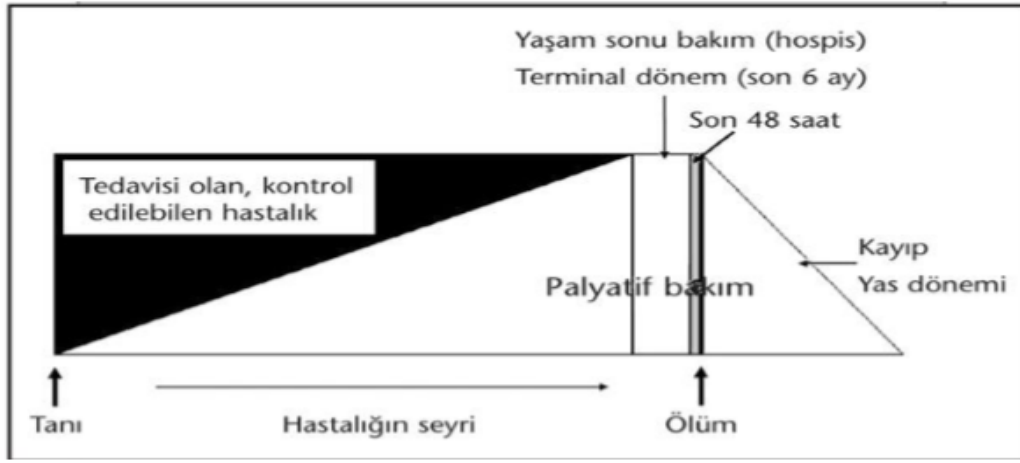
Günümüz palyatif bakım anlayışı 1900’lerin son yarısı boyunca daha iyi anlaşılır hale gelmiş ve uygulanmıştır. Bugün dünyanın bir çok ülkesinde ileri düzey, kür şansı olmayan hastalar için geliştirilmiş palyatif bakım programları mevcuttur (Kömürcü ve ark., 2003). Tüm bu merkezlerin ortak ilkesi palyatif bakımı insanî bir hak olarak görmeleridir (Brennen, 2007, Aydoğan ve Uygun, 2011).

2.2.3. Palyatif Bakımın Amacı

Yaşamının son günlerini yaşayan, ölümün yaklaşan ve kaçınılmaz bir son olduğunun farkına varan terminal evredeki hastalar; başkalarına yük olma, ağrı/acı çekerek ölme, öldükten sonra arkalarında birilerini bırakma, yaşam hedeflerini başaramadan erken ölme gibi birçok korkuyu içlerinde barındırabilirler. Her insanın dileği olan son nefese kadar kaliteli ve sıkıntılardan uzak bir şekilde hayatın geçirilmesi arzusu, terminal evredeki bir hasta için yaşadığı tüm bu korkularla biraz daha güç duruma gelebilmektedir (Kasım ve Özkara, 2014). Hastanın ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesi, psikolojik ve manevi destek sağlanması, karşı karşıya olduğu ölüm tehlikesine rağmen mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürdürebilmesinin sağlanması, ailesinin desteklenmesi ve eğitimi ile palyatif bakım anlayışı amacına ulaşır (Sucaklı, 2014). Bu kapsamlı bakım sürecinde verilecek hizmet, sadece hasta ile sınırlı olmayıp bu zor dönemi onunla birlikte yaşayan yakınlarını da içerecek şekilde bir ekip çalışma ve dayanışmasını gerekli kılmaktadır. Hastaya palyatif bakım desteği sağlayan sağlık profesyonelleri ailenin duygusal ve fiziksel olarak güçlenmesi için planlama yapma ve

hasta yakınlarını yas sürecine hazırlama ile de sorumludurlar (WHO-WPCA, 2014; Kasım ve Özkara, 2014).

Palyatif bakım, küratif tedavi ve yas dönemi entegrasyonu şekil 2.6’da gösterilmiştir. Bu modelde, tedavi hastalığın ilerlemesini azaltmak amacıyla olup, terminal döneme yaklaşan hasta için palyatif bakım ihtiyacı artmaktadır. Hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ve yakınlarının yas sürecinde desteklenmesi de önemlidir. Bu modelde palyatif bakım hizmeti; yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konulması itibari ile başlamakta ve terminal dönemi de içine alan tüm hastalık süreci boyunca hastanın ve ailesinin artan ihtiyaçlarına göre şekillenerek sunulmaktadır (WHO,2007; <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>).



Şekil 2.6. Palyatif bakım ile küratif tedavinin entegrasyonu (Kaynak: Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013)

2.2.4. Palyatif Bakımın Hedefleri

- Hasta bakımının psikososyal ve manevi/spiritüel yönlerini entegre etmek
- Ağrı ve diğer sıkıntı veren semptomların azaltılmasını sağlamak
- Yaşamı ve ölümü normal bir süreç olarak değerlendirmeyi sağlamak
- Ölümü ne hızlandırmak ne de ertelemek
- Hastanın ölüme kadar mümkün olduğunca aktif bir yaşamın içinde tutulmasına yardım etmek

- Yas dönemi de dahil olmak üzere hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlemek ve gidermek için ekip yaklaşımı ile danışmanlık hizmeti sunmak
- Hasta yakınlarının hastalık sırasında yaşanan sorunlarla baş edebilmesi için destek sağlamak
- Yaşamın kaliteli olmasını sağlamak ve hastalık sürecini olumlu etkilemek
- Hastalığı erken dönemlerinde uygulanan radyoterapi, kemoterapi gibi tedavilerle ortaya çıkan üzücü klinik komplikasyonları daha iyi anlayıp yönetmeyi sağlamak
- Ölümden sonra yas sürecinde hasta yakınlarına yardımcı olmak (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>; Canan ve Mert, 2012).

2.2.5. Palyatif Bakımın Bileşenleri

Palyatif bakım hem bir bakım felsefesi hem de organize ve üst düzeyde yapılandırılmış bir bakım verme sistemidir (National Consensus Project, 2013). Palyatif bakım ekibi, disiplinler arası bir ekip yaklaşımı içinde hasta ve ailesine bakım hizmeti sunmakta, hastanın mevcut ve ileride gelişebilecek ihtiyaçlarına göre bakım planını çeşitli bileşenleri içerecek şekilde planlamaktadır (National Consensus Project, 2013; Worldwide Palliative Care Alliance, 2014). Bu bileşenler aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (National Consensus Project, 2013).

Hasta popülasyonu: Palyatif bakım kronik hastalık ya da travma nedeniyle yaşam kalitesi olumsuz etkilenen ve bakıma muhtaç tüm yaş gruplarında yer alan hastalara hizmet verir.

Hasta ve aile merkezli bakım: Palyatif bakımda hasta ve ailesine özgü bakım verilmeli, bakım planı hasta ve ailesinin tercihleri ve hedefleri dikkate alınarak uygulanmalı ve değerlendirilmelidir.

Palyatif bakımın sürekliliği: Palyatif bakım ideal olarak yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı alınması ile başlamalı, tedavi sürecinde ve ölümüne kadar aileyi içine alacak şekilde yas periyodu boyunca devam etmelidir.

Kapsamlı bakım: Palyatif bakımda bireyin ve ailesinin sosyal, spiritüel, psikolojik ve fiziksel problemlerinin ortadan kaldırılması ve önlenmesi ile acı çekmenin azaltılması için çok boyutlu tanılama yapılması gerekmektedir.

Disiplinler arası ekip: Palyatif bakım ekip üyeleri tıp, hemşirelik ve sosyal çalışma profesyonelleri temel ve öncelikli olmak koşuluyla psikolog, farmakolog, din görevlisi, yas danışmanları, diyetisyen, fizik/mesleki/sanat/oyun ve müzik terapisti, vaka yöneticileri, eğitilmiş gönüllüler, evde bakım yardımcıları ve gönüllü kuruluşlar gibi kapsamlı bir ekibin birlikte çalışmasını gerektirebilir.

Acı çekmeyi hafifletmek: Palyatif bakımın temel amacı, ağrı ve diğer semptomların yanında hastalık ve tedavinin neden olduğu birçok sıkıntının önlenmesi ve ortadan kaldırılmasıdır.

İletişim yetenekleri: Palyatif bakımda etkili iletişim hasta ve ailesinin bakımında bütün bireylerle etkili iletişim sağlama ve tıbbi karar almaya yardım etme, hedef ve tercihlerin belirlenmesi, aktif dinleme ve bilgi paylaşımının etkili ve uygun olması için oldukça önemlidir.

Yas ve ölüm süreci ile ilgili bakım becerisi: Palyatif bakım ekibi normal ve normal olmayan yas ve kayıp sürecinde, yaşa özgü fiziksel ve psikososyal semptomların yer aldığı, ölüm öncesi, süresi ve sonrasında hasta ve ailesinin bakım ve destek gereksinimlerini belirleme, ölümün erken işaretleri ve semptomları, ölüm prognozu hakkında bilgili olmak zorundadır.

Kurumlar arasında bakımın sürekliliğini sağlama: Palyatif bakım, sağlık hizmeti ile ilgili olan tüm sistemler (hastane, acil servis, hospisler, evde bakım, toplum ve okul gibi) ile entegre olmalıdır. Palyatif bakım ekibi belirtilen bu sağlık bakım ortamlarındaki profesyonel ve sivil toplum örgütleri ile palyatif bakımın sürekliliği, koordinasyonu ve iletişimin sağlanması için iş birliği yapmalıdır.

Palyatif bakıma erişimde eşitlik: Palyatif bakım ekibi ırk, etnik köken, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, kırsal ve kentsel ile kültürel ayrım gözetmeksizin bakım ilkeleri doğrultusunda herkesin ulaşabileceği bir hizmet sunmakla sorumludur.

Kaliteli hizmet sunumu: Palyatif bakım hizmetleri yüksek kalite ve üstün bir hizmet anlayışlı ile sunulmalıdır. Kaliteli hizmet gereksinimlerinin düzenli olarak tanımlanması ve bakım sürecinin uygun ölçme araçları kullanılarak değerlendirilmesi ve sürekliliğin sağlanması önemlidir (National Consensus Project, 2013).

2.2.6. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar

WHO-WPCA palyatif bakım gerektiren tıbbi durumları (veya hastalıkları) şu şekilde belirtmiştir (WHO-WPCA, 2014):

Erişkinlerde palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Kanseler, Alzheimer, demans ve diğer demanslar, kardiyovasküler hastalıklar, siroz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabet, AIDS, böbrek yetmezliği, multipl skleroz, parkinson hastalığı, romatoid artrit, ilaca dirençli tüberkülozdur.

Çocuklarda palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Kanseler, yenidoğan hastalıkları, konjenital anomaliler, kardiyovasküler hastalıklar, kan ve immün bozukluklar, menenjit, siroz, AIDS, böbrek hastalıkları, nörolojik bozukluklardır.

2.2.7. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım ekibi içerisinde bir farklı mesleklerden ekip üyeleri yer almaktadır. Bu alanda eğitimli meslekler dışında palyatif bakım ekibi içerisinde, farklı bakım işlevleri ve özel rolleri olan bakım verici aile üyeleri, gönüllüler de yer almaktadır (Canan ve Mert, 2012; Kabalak ve ark., 2012; Özçelik ve ark., 2010; Özkan, 2010; Palliative Care in Cancer, 2010).

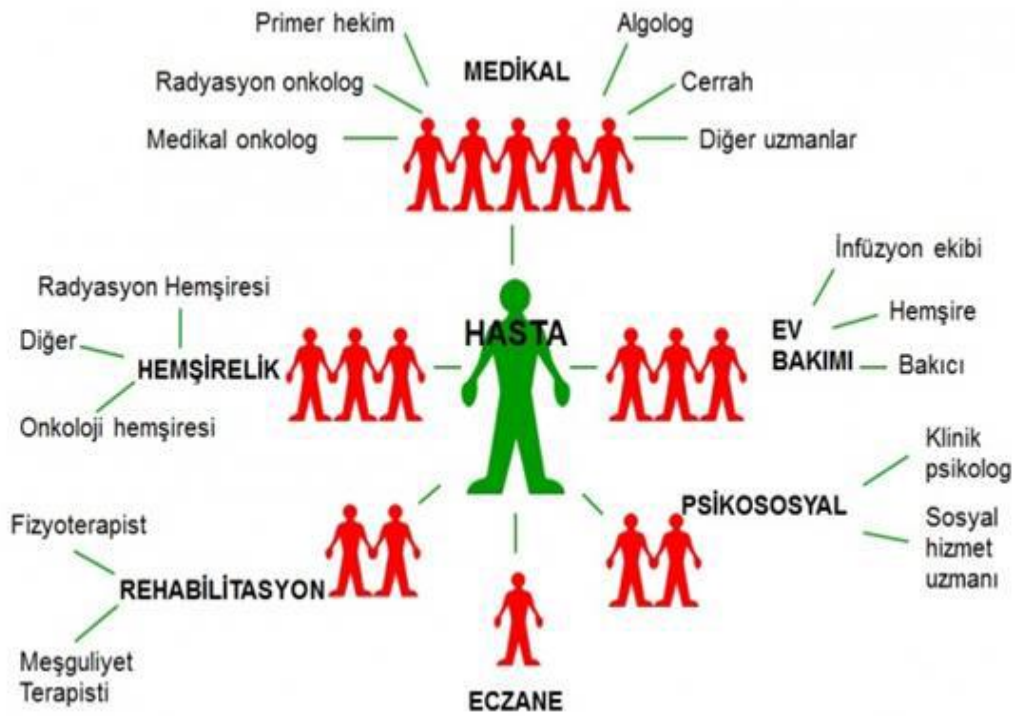
Genelde palyatif bakım ekip üyeleri arasında (Özçelik ve ark., 2010);

- Doktorlar (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar)
- Hemşireler (palyatif bakım uzman hemşireler, klinik hemşireler)
- Psikiyatristler ve psikologlar
- Sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır.

Bunun yanında hastanın gereksinimlerine göre fizik tedavi uzmanı, diyetisyen, eczacı, cerrahlar ve anestezi uzmanları, din adamı ekibe destek olabilir (Kabalak ve ark., 2012; Özçelik ve ark., 2010; Palliative Care in Cancer, 2010; TBMM, 2010). Şekil 2.7’de multidisipliner palyatif bakım modeli şeması görülmektedir.

Sağlık bakanlığı palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesi konusunda çekirdek grupta yer alacak meslek gruplarını (Ulusal Kanser Kontrol Programı, 2009);

- Doktor • Hemşire • Sosyal çalışmacı • Diyetisyen • Psikolog olarak belirlemiştir.



Şekil 2.7. Palyatif Bakım ekibi (Kaynak: <http://www.adiyamaneah.gov.tr/altmg-Palyatif-Bakim-Unitesi-31>)

2.2.8. Kapsamlı Palyatif Bakım Hizmeti

Kapsamlı palyatif bakım programları fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel konuları ele alır (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2009).

Gelişmiş palyatif bakım programları şunları içerir:

Evde bakım: Geleneksel tıbbi bakım ve destek kurumsal bir modele (hastane) temellenirken, palyatif bakım ev ortamını bakım için primer ortam olarak ele alır. Kurumlar bakımın temel kaynağı yerine destekleyici bir kaynak olarak görülür.

Konsültasyon hizmeti: Palyatif bakımda eğitilmiş olan sağlık profesyonelleri hastane ve toplumdaki hastalar için danışmanlık hizmeti sağlar. Böyle bir sistemde aynı zamanda diğer sağlık çalışanlarına eğitim fırsatı sunar.

Günlük/Gündüz Bakım: Kendi başına yaşayan ya da kendi kendine yetemeyen hastalar için günlük palyatif bakım merkezlerine haftada iki ya da üç kez gelerek hizmet alabilir. Bunun yanında günlük palyatif bakım evde bakım vericiler için kısa süreli olanaklar sunabilir.

Hastanede Bakım: Ağrı ve hastalık ve tedavinin fiziksel ve psikolojik yönden sıkıntı veren diğer semptomlarının kontrolüne odaklanır.

Güçlendirme Desteği: Bazı kişiler sevdikleri birinin kaybıyla baş etmede desteğe ihtiyaç duyabilirler. Bu konuda eğitilmiş sağlık personeli ya da gönüllüler bu desteği sağlayabilir (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2009).

2.2.9. Palyatif Bakımın Uygulanmasında Yaşanan Engeller ve Etik Sorunlar

Palyatif bakım gelişimi DSÖ tarafından geliştirilen politika, eğitim, ilaç ulaşılabilirliği ve uygulamayı vurgulayan bir halk sağlığı modelini takip etmektedir (Sepúlveda et al, 2002). Bu bileşenlerin gerçekleştirilmesinde birçok engel vardır. DSÖ'nün tanımladığı bileşenler arasında en önemlisi politikadır. Dünyada çoğu ülkede palyatif bakım devlet tarafından

desteklenmemekte ve palyatif bakımın desteklendiği ülkelerde ise kanun ve tüzüklerde belirsizlik bulunmaktadır. Politikayla ilgili olan engeller arasında;

- Palyatif bakımın tanımını ve onayını destekleyen kanunların sağlık sisteminin içerisinde yer almaması,
- Palyatif bakımı anlatan ve tanımlayan ulusal standartlar, klinik rehberler ve protokollerin olmaması (Sepúlveda ve ark., 2002, Paice, Ferrell, Coyle, Coyne ve Callaway, 2008).
- Palyatif bakım adına tanımlanmış tıbbi uzmanlık, alt (yan dal) uzmanlıkların kurulmaması,
- Palyatif bakıma ilişkin ulusal stratejiler oluşturulmaması yer almaktadır (Sepúlveda ve ark., 2002, Paice ve ark., 2008).

Dünya genelinde sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğunun palyatif bakım uygulamaları ve ilkeleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları gözlenmektedir (Al Qadire, 2014; Ayed, Sayej, Harazneh, Fashafsheh ve Eqtaït, 2015). Palyatif bakım sağlık profesyonellerinin eğitiminde ya çok yüzeysel anlatılmakta ya da hiç değinilmemektedir. Eğitimle ilgili olarak;

- Doktor, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin aldıkları formal eğitimin temel palyatif bakım eğitimini içermemesi (Benowitz, 2013, Mcateer ve Wellbery, 2013).
- Rutin olarak yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olan hastalarla çalışan sağlık profesyonellerinde detaylı palyatif bakım eğitiminin sık aralıklarla düzenlenmemesi,
- Hastaların yaşam kalitelerini artırmak için ağrı ve diğer semptomların giderilmesi ve semptomların kontrol altına almada gerekli standartların yeterince bilinmemesi önemli engeller arasında yer almaktadır (Paice ve ark., 2008).

Ağrı kontrolü ve kaliteli bir palyatif bakımın verilmesi için özellikle opioidlerin içerisinde olduğu ilaçlara erişim dünya genelinde büyük bir sorundur. Dünya nüfusunun yaklaşık %80'inin ağrı kontrolü için yeterli opioidlere erişimden yoksun oldukları görülmektedir (WHO, 1986, Reville ve Foxwell, 2014).

- Opioid toleransı ve bağımlılığı genelde hekimler tarafından karıştırılması ve yan etki olarak da bağımlılık durumunun çok abartılması (Akiyama ve ark., 2012),
- Opioidlerin teminindeki zorluklar (Paice ve ark., 2008),

- Kırmızı ve yeşil reçeteye ulaşılabilirlikte ve reçete yazma mevzuatındaki güçlükler,
- Opioidlerin çeşitliliğinin az olması, eczanelerden temin etmedeki zorluklar, ilaç ulaşılabilirliği engelleri arasında yer almaktadır (Reville ve Foxwell, 2014).

Sağlık profesyonellerinin hospislerde bulunan ve palyatif bakım gereksinimi olan hastalarla ilgili karşılaştıkları etik sorunlar ise genellikle hastanın durumunun kötüye gitmesiyle ilişkili olmaktadır. Terminal dönem hastalarında yaşanan etik ikilemler arasında morfin uygulamaları (opoid kullanımı), oral yolla beslenmesi mümkün olmayan hastalar da enteral ve parenteral beslenmenin hasta tarafından kabul edilmemesi, tedaviyi reddetme yer almaktadır (Bag ve Reis, 2013). Diğer taraftan hasta ve yakınlarının bakımın içerisine tam olarak dahil edilmemeleri, seçimlerine saygı gösterilmemesi, bakımın planlanmasında hasta ve aileler ile iletişime geçilmemesi gibi etik sorunlar da görülmektedir (Özkan, 2011).

2.2.10. Dünyada Palyatif Bakım

Palyatif bakımın gelişimi hospislerin kurulmasıyla başlamıştır (Erdine, 2002). Hospis, yaşam sonuna çok yaklaşıldığında, hasta ve ailesi için özel bakım ve destek uygulanan bir programdır (Aydoğan ve Uygun, 2011; Kahveci ve Gökçınar, 2014).

Cicely Saunders tarafından 1967 yılında İngiltere’de ilk modern hospis kurulmuştur (Graham ve Clark, 2007; Bag, 2012). Amerika ve diğer batı ülkelerde de hospis bakımı hızla yayılmıştır. Palyatif bakım kavramı 1980 ortalarına kadar hospis bakımının yerine kullanılmıştır (Meghani, 2004). Zamanla palyatif bakım anlayışı değişmiştir. Yakın geçmişte palyatif bakım gittikçe artan sayıda ülkede kurumsallaşmış ve İngiltere’de tıbbi uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Birçok ülkede (Avustralya, Kanada, İngiltere) akademik kuruluşlar kurulmuştur. Günümüzde palyatif bakımla ilgili birçok ulusal birlik ve dergi bulunmaktadır (Şahan Uslu ve Terzioğlu, 2015; Erdine, 2002).

Dünyanın birçok ülkesinde palyatif bakıma yönelik çalışmalar ve sağlık projeleri yürütülmekte olsa da palyatif bakımın sağlık sistemine gelişmiş entegrasyonu dünyada sadece 20 ülkede yani %8.5’inde gerçekleşmiştir. Palyatif bakımın insan hakları sayılması için yapılan çağrılarının yanı sıra tüm dünya halkının palyatif bakıma ulaşması için planlamalar

yapılmaktadır. Worldwide Palliative Care Alliance'nin (WPCA), 2011 yılında açıkladığı rapora göre dünyadaki 234 ülkenin 136'nda (%58) bir ya da daha fazla sayıda palyatif bakım üniteleri bulunmaktadır ve konudaki evrensel ilerleme zorluklarla olmaktadır (Kahveci ve Gökçınar, 2014).

WPCA'nın Palyatif Bakım Sınıflandırma Kriterleri Şunları İçermektedir:

- Ülke genelinde yaygın palyatif bakım servisi
- Sağlık sistemine entegre kapsamlı palyatif bakım hizmetleri
- Palyatif bakımın genel halk sağlık poliçelerinde ağırlığı olması ve diğer formlardan kaynak aktarılması
- Sağlık personeli ve lokal derneklerin hizmet verdiği
- Etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları
- Gelişmiş ve tanımlanmış palyatif bakım eğitim sistemi
- Morfine ulaşılabilirlik
- Yerel toplumda ve sağlık personelinde palyatif bakım bilinçlenmesi
- Üniversitelerle akademik iş birliği
- Ulusal palyatif bakım dernekleri (Kahveci ve Gökçınar, 2014).

Palyatif bakım aktivitelerine göre ülkelerin sınıflandırılması:

Wright ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında; Dünya genelinde palyatif bakım hizmetleri dört gruba ayrılmıştır.

“Grup 1” hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri bulunmayan ülkeler;

“Grup 2” Türkiye'nin de aralarında bulunduğu hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri yapılanmamış ve henüz yeterli olmayan ülkeler;

“Grup 3” hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri yerel ve/veya bölgesel hizmetlerle sağlanan ülkeler;

“Grup 4” hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisine yaygın olarak entegre olmuş ülkeler şeklinde belirtilmiştir.

Lynch ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise palyatif bakım hizmetlerinin gruplandırılması değişmiş, “Grup 3” ve “Grup 4” alt kategorilerine ayrılmıştır.

“Grup 3a” palyatif bakım aktivitesi olan ancak bu aktivitenin desteklenmediği ülkeler; “Grup 3b” Türkiye’nin de içinde bulunduğu palyatif bakım aktivitelerinin yerel/bölgesel olarak desteklendiği ülkeler;

“Grup 4a” hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisine yaygın olarak entegre olma aşamasında olan ülkeler;

“Grup 4b” hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisine yaygın olarak entegre olmuş ülkeler olarak belirtilmiştir.

2.2.11. Türkiyede Palyatif Bakım

Türkiye tarihine bakıldığında Selçuklu ve Osmanlılar zamanında darülfıfalar uzman hekimler ve yardımcı personelin ücretsiz olarak bireylere genel sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerler olarak karşımıza çıkmasına rağmen, günümüzde ülkemizde modern anlamda ileri düzeyde entegre olan kapsamlı palyatif bakım merkezleri bulunmamaktadır (Kahveci ve Gökçınar, 2014).

Ülkemizde “palyatif bakım” tam olarak benimsenmemiş ve genellikle “destek bakım” ve “son dönem bakım” olarak algılanmakta ve çoğunlukla ağrı yönetimi üzerinde durulmaktadır. Ülkemizde başlangıçta palyatif bakım servisleri bulunmamakla birlikte 1990’larda palyatif bakım terminal dönemdeki kanser hastalarının ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesi için algoloji uzmanları ve onkologlar tarafından medikal onkoloji üniteleri ve algoloji bölümlerinde sağlanmıştır (Bingley ve Clark, 2009).

1993-1997 yılları arasında İstanbul’da Türk Onkoloji Vakfı tarafından palyatif bakım adına “kanser bakımevi” kurulmuş ve uzun vadede kanserli hastalara destek tedavisi verilmiştir (Kabalak, Kahveci, Gokcinar, Özdoğan ve Cagil, 2013).

Ülkemizde Anadolu Sağlık Merkezi Palyatif Bakım Ünitesi (2006), Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi (2006), Dr. Abdurahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ağrı ve Palyatif Bakım Kliniği (2007), Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı, Hacettepe Umutevi (2007), Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi (2008) gibi bazı

palyatif bakım merkezleri onkoloji ve ağrı kontrol klinikleriyle birlikte hizmet vermektedir (Turgay ve Kav, 2010).

Türkiye’de 1990’dan 2008’e kadar Sağlık Bakanlığı’nın palyatif bakımla ilgili herhangi bir çalışması ya da politikası bulunmazken 2008 yılında Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi ülkemizdeki palyatif bakım merkezlerinin yetersizliği ve yeterince yaygın olmaması durumunu değerlendirerek çeşitli kurum ve kuruluşlardan uzmanların katılımı ile düzenlenen üç çalıştay sonunda Pallia-Türk adında bir proje hazırlanmış ve palyatif bakım 2010-2015 Ulusal Kansere Kontrol Programının en önemli temel bileşeni olarak kabul edilmiştir. Pallia-Türk projesi aile hekimliği üzerine kurulu ve KETEM’ler ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen; primer olarak hemşire bakımına dayalı bir sistem olup, ülkemizin mevcut sosyokültürel yapısına en uygun sistem olduğu düşünülmektedir (Gültekin ve ark., 2010).

Pallia-Türk projesinde palyatif bakım alanında eğitimli ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması; opioid erişilebilirliğinin ve kullanılabilirliğinin kolaylaştırılması amaçlanmıştır. Pallia-Türk projesiyle birlikte palyatif bakımın ilk adımı olarak T.C. Sağlık Bakanlığı "Evde Bakım Hizmeti"ni başlatmış ve yetişkin hastalara yönelik ilk "Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi", 2012 yılında S.B. Ulus Devlet Hastanesinde hizmete açılmıştır. Hastanede ülke gereksinimlerine göre farklı bir yapılanma ile hizmet sunumu oluşturulmuş ve özellikle Ankara genelindeki yoğun bakımlardan taburcu edilemeyen, yoğun bakım gereksinimi uzun sürecek olan ya da artık tümüyle palyatif bakım gerektiren hastaların kabulünü sağlayacak bir merkez olarak hizmet vermektedir. (Kabalak, 2014). Dünya Palyatif Bakım Birliği 2011 verilerine göre ülkemiz 3b (Genelleştirilmiş şekilde sunulan) seviyesinde palyatif bakım vermekte ve Grup 3b ülkeleri arasında yer almaktadır (Lynch ve ark., 2013).

Türkiye yaşlı nüfusun artması, yükselen yaşam kalitesi ve çok sayıda yoğun bakımların açılmasıyla kritik hastaların desteklenmesi önemli oranda palyatif bakım gereksinimi ortaya çıkartmaktadır. Sadece kanser hastaları için değil tanı kısıtlaması olmaksızın her türlü palyatif bakım gereksinimini kapsayan geniş ölçekli geleceğe yönelik planlamalar yapılması gerekmektedir (Elçigil, 2012; Kahveci ve Gökçınar, 2014).

2.3. TÜKENMİŞLİK

Palyatif bakım alan hastaların yaşadığı fonksiyonel bağımsızlıktaki azalma, kayıplar yaşamı sürdürme ve etkili bakımın sağlanmasında hastanın ikinci bir kişiye bağımlılığını arttırmaktadır. Bu durum hastaya bakım veren yakınları üzerinde bir bakım yükü oluşturmakta ve kimi zaman hasta yakınlarını tükenmişlik tablosuyla karşı karşıya getirmektedir (Gün, 2017).

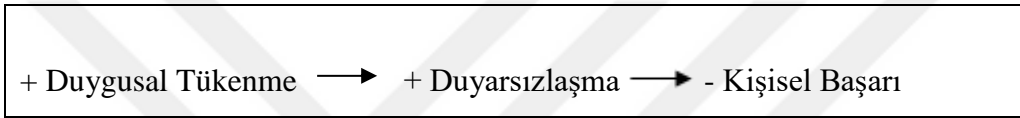
2.3.1. Tükenmişliğin Tanımı

Tükenmişlik kavramı literatüre ilk kez 1974 yılında Herbert J. Freudenberger'in "Personel Tükenmişliği" makalesinde girmiştir (Freudenberger, 1974). Freudenberger (1974) tükenmişliği, "Başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tahmin edilemeyen istekler sonucu bireyin iç kaygılarında meydana gelen tükenme durumu" olarak tanımlamıştır (Freudenberger, 1974; Dinçerol, 2013). Günümüzde tükenmişliğin kabul gören tanımını ise Maslach 1981 yılında tanımlamıştır. Maslach (1981) tükenmişliği "iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının; yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansımaları ile oluşan bir sendrom" olarak tanımlamıştır (Maslach ve ark., 1981).

2.3.2. Tükenmişliğin Boyutları

Maslach ve Jackson tükenmişliği (1986) duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere üç alt boyutta tanımlamıştır. Duygusal tükenme, tükenmişliğin bireysel ve stres boyutunu belirtmekte, bireyin duygusal ve fiziksel kaynaklarındaki azalmayı ifade etmektedir (Maslach ve ark., 2001; Yıldırım ve ark., 2010). İnsanların psikolojik

beklentilerine karşılık veremeyecek duruma gelindiğinde, birey ilk olarak duygusal tükenme yaşamaya başlar (Maslach ve ark., 2001). Beklentilerle başa çıkamayan birey, bir süre sonra hizmet verdiği insanlarla ilişkisini sınırlandırır, onlara karşı mesafe alarak duyarsızlaşır bu tükenmişliğin duyarsızlaşma boyutudur (Ardıncı ve Polatçı, 2008). Duyarsızlaşma boyutunda birey hizmet verdiği insanlara birer nesne gibi davranır, umursamaz ve alaycı bir tavır sergiler (Yıldırım ve ark., 2010). Kişisel başarı boyutunda ise birey, işe başlarken ki hedef istek ve tutumları ile şu anki davranışları arasında oluşan farkı görmeye başlar. Kendini yetersiz hisseder. Bu boyut “Kişinin kendini olumsuz değerlendirme eğiliminde olması” ile de tanımlanır (Maslach ve ark., 2001). Aşağıdaki şekil (2.8) Maslach’ın tükenmişlik modelindeki birbirini izleyen aşamaları göstermektedir.



Şekil 2.8. Maslach’ın Tükenmişlik Modeli (Kaynak: Ardıncı ve Polatçı, 2008)

2.3.3. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler

Tükenmişliği etkileyen faktörler bireysel ve örgütsel faktörler olarak iki başlık altında incelenmektedir.

Bireysel faktörler; kişinin demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, işi yapma süresi, eğitim...), kişilik özellikleri ve sosyal faktörleri (aile yapısı ve sosyal destek) bireysel faktörleri oluşturmaktadır (Arı Sağlam ve Bal, 2008; Ardıncı ve Polatçı, 2008; İnce ve Şahin, 2015). Yapılan çalışmalar da içe dönüklülük ve nevrozizm tükenmişliğin üç boyutuyla da ilişkili bulunmuştur (Arı Sağlam ve Bal, 2008). İçe dönük, dış kontrol odaklı, empati kuramayan, karşılanması güç beklentileri olan, öz yeterliliğe sahip olmayan kişiler daha fazla tükenme riskiyle karşı karşıyadır (Ardıncı ve Polatçı, 2008).

İş ve örgütle ilgili faktörler; iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet, adalet, çalışma arkadaşları ve değerler bireyin iş ve örgütle ilgili tükenmişlik yaşamasına sebep olan faktörler olarak

karşımıza çıkmaktadır (Arı Sağlam ve Bal, 2008; Ardınç ve Polatçı, 2008; İnce ve Şahin, 2015).

2.3.4. Tükenmişliğin Belirtileri

Duygun (2001)'a göre, Maslach ve Jackson bu özellikleri gösteren kişileri ve görülen belirtileri dört kategoride toplamışlardır:

- a) Duygusal belirtiler; depresyon, düşük öz saygı, şüphe, yalıtılmışlık duygusu, öfke, kötümserlik, mutsuzluk, anksiyete, unutkanlık ve kafa karışıklığı,
- b) Davranışsal belirtiler; ilaç-alkol kullanımı, aşırı tepki verme, sabırsızlık, öfke patlamaları, rahat olamama, kurallar karşısında esnek olamama, evlilik/aile çatışmaları, yüzeysel iletişim kurma ve intihar girişimleri.
- c) Somatik belirtiler; yorgunluk, uykusuzluk, migren, baş ağrısı, ülser, sırt ve boyun ağrısı, kilo kaybı, nefes daralması, üriner sistem problemleri, sık hastalanma ve yoğunlaşma bozuklukları.
- d) Savunma belirtileri; inkâr etme, suçlama, mantığa bürünme, yansıtma ve yer değiştirmedir.

2.3.5. Tükenmişlik Sendromuyla Başa Çıkma Yöntemleri

Tükenmişlik sendromu ile başa çıkma yöntemlerinden bahsedebilmek için öncelikle tükenmişliğin bireysel mi örgütsel mi olduğu ve birey üzerindeki etkilerini belirlemek gerekir. Bireyi tükenmişliğe iten neden belirlendikten sonra hazırlanan etkili çözüm yollarının uygulanması tükenmişlikle başa çıkmada etkili olacaktır.

Örgütsel düzeyde başa çıkma yöntemleri, hem bireysel düzeydekilere göre daha kalıcıdır, hem de tükenmişliğin örgüt için önemli bir problem olduğu ve önlenmesi gerektiği

düşüncesini pekiştirmektedir (Rogers, 1984; Izgar, 2001; Selçukoğlu, 2001; Taycan ve ark., 2006)

Tablo 2.2. Örgütsel Düzeyde Tükenmişlikle Başa Çıkma Yolları

<ul style="list-style-type: none"> * Gerekliğinde yardımcı personel ve ek donanımına başvurmak, * Serbest karar verme imkanlarını ve kararlara katılımı artırmak, * İşin gerektirdiği sorumluluk miktarını belirleyip, yetki ve sorumluluğu denkleştirmek, * Adil bir ödül sistemi geliştirmek, * İş yükünün aynı kişilerde birikmesini önlemek için zor işlerin eşit olarak dağıtılmasını sağlamak, * Örgütsel değişimi sağlamak, * Takım çalışmalarını desteklemek, * Örgütsel bağlılığı sağlamak, * Örgüt içerisinde düzenli işleyen bir çalışma yönetim sistemi kurmak, * Görev tanımlarını açık ve net olarak belirlemek, * Kişisel gelişim ve dinlenmeye önem vermek, çalışma saatleri içerisinde bunlara yeterli zamanı ayırmak, 	<ul style="list-style-type: none"> * Örgüt içi iletişimin yeterli düzeyde ve kaliteli olmasını sağlamak, * Öğle yemeği ve dinlenme aralarını rahatlatıcı ve iş ortamından uzaklaştırıcı yerlerde vermek, * Kişileri yeni görevlere atamak, * Üst yönetimin desteğini sağlamak, * Yetki devri ile astların yaptıkları iş konusunda yönetsel beceri sahibi olmalarını sağlamak, * Sık sık pozitif geri bildirim vermek, * Uzun çalışma saatlerini kısaltmak, * Örgüt içi danışmanlık hizmeti vermek, * Yerinde bir terfi politikası izlemek * Tatil ve sosyal etkinlik imkanlarını artırmak, * Hizmet içi eğitimler planlamak, * İşyerinde sosyal destek amaçlı gruplar kurmak, * Kariyer için fırsat tanımak.
--	---

(Kaynak: Arınç ve Polatçı, 2008).

Örgütlerin tüm sistemlerini etkileyen tükenmişlik sorununu sadece örgüt içerisinde bireyleri değiştirerek çözümenin mümkün olmadığı yapılan araştırmalarla ispatlanmıştır. Tükenme ile başa çıkabilmek için bireye de bazı görevler düşmektedir. Bu yöntemler aşağıdaki tabloda sıralanmıştır (Glogow, 1986; Maslach ve Goldberg, 1998; Izgar, 2001; Selçukoğlu, 2001; Taycan ve ark., 2006)

Tablo 2.3. Bireysel Düzeyde Tükenmişlikle Başa Çıkma Yolları

<ul style="list-style-type: none"> * Tükenmişlikle ilgili bilgi sahibi olmak, * Kendini iyi tanımak ve ihtiyaçlarını belirlemek, * İşle ilgili gerçekçi beklenti ve hedefler geliştirmek, * Kişisel gelişim ve danışmanlık gruplarına katılmak, * Nefes alma ve gevşeme tekniklerini öğrenmek, rahatlamak için müzik dinlemek, spor yapmak, * Kişinin insan olarak sınırlılıklarını bilmesi ve kabullenmesi, * Hobi edinmek, 	<ul style="list-style-type: none"> * İşe başlamadan önce işin zorlukları ve riskleri ile ilgili bilgi edinmek, * Zaman yönetimi konusunda bilgi sahibi olmak, * Tatile çıkmak, * İşte ve özel hayattaki monotonluğu azaltmak, * Huzurlu bir yaşam tarzı belirlemek, * İşe ara vermek veya iş değişikliği yapmak * Kendisini stresle başa çıkma konusunda geliştirmek.
---	--

(Kaynak: Ardınc ve Polatçı, 2008).

2.3.6. Tükenmişliğin Bakım Verenlerde Değerlendirilmesi

Hasta bakımı sağlayan bireylerde tükenmişlik, ailede hasta olan bir aile üyesi ile birlikte yaşıyor olma nedeni ile aile üyelerinin gündelik hayatlarında karşılarına çıkan güçlükler, yaşamlarına etki eden problemler ve negatif olay ve durumlar gibi hastalığın aile üzerinde yapmış olduğu etkileri ifade etmek maksadı ile kullanılmaktadır (Yılmaz, 2003).

Kanser hastalarında görülen fizyolojik kayıplar, uzun süren tedavi ve bakım sürecini beraberinde getiren bir hastalık olması, hastaya bakım verenin bakım vermeyi isteyip istememe durumu, bakım verenle akrabalık ilişkisi, bakım verenin yaşı, bakım verenin eğitim durumu, ekonomik durum, nasıl bakım vereceğini bilememe, elinden geleni yapsa bile hastayı memnun edememe, takdir edilmeme gibi durumlar hastaya bakım verenleri tükenmişlik tablosuyla karşı karşıya getirmektedir (Yılmaz, 2003).

Kanser deneyimi ailenin gelişimsel dönemlerine göre farklı özellikler taşır. Bu konuda incelenen literatür; her ailenin bir takım gelişimsel evrelerden geçerek değişim sürecini yaşayabileceğini, her bir evreye geçerken değişim sürecinde bazı farklılıklar, stresli olaylar ve güçlükler olabileceğini ve bu durumda süren dengenin (homeostazis) bozulabileceğini belirtir. Değişim sürecinde her bir evre aileler için bir kriz durumu olabilir. Bir ailedeki gelişim evrelerindeki semptomlar, bir diğer kriz durumunu çözümlenmek ve yeniden dengeyi sağlamak

için yol gösterebilir. Ailede ortaya çıkan semptomlar, ailenin bu değişime uyum yapmada güçlük yaşadığının göstergesidir. Birey ya da aile için kriz durumu yaratabilecek normal gelişimsel evrelerde, kanser gibi ölümü algılatan bir hastalığın ortaya çıkması, ailelere hem değişimi ele alma ve yeniden dengeyi sağlamada, hem de kanser gibi farklı anlamlar taşıyan bir hastalıkla baş etmede güçlükler yaşatır (Öz, 1998).

Araştırmalar, kronik hastalığı olan hastalara bakım verenlerin depresyon, kaygı, öfke, umutsuzluk, suçluluk ve utanç duyguları gibi geniş kapsamlı fiziksel ve duygusal sıkıntılar ve psikolojik belirtiler yaşadıklarını göstermektedir (Ghane ve ark., 2016).

Kronik hastalığa sahip hastalara bakım verenlerde tükenmişlik görülme oranı önemli düzeyde yüksek bulunmuştur. Kronik fiziksel bir hastalığa sahip olan hastaların haricinde psikiyatrik bir hastalığa sahip olan hastaların yeteneklerini kaybetmesi ve sosyal alanlarda yetersiz olması gibi durumlar aile üyelerinin üzüntülerini ve çaresizliklerini arttırabilmektedir. Bu durum karşısında kendilerini çaresiz olarak duyumsayan aile içinde yaşadığı toplumdaki uzaklaşmayı ve izole olmayı seçebilir. Fiziksel rahatsızlığa sahip hastalara bakım verenlerde ise toplumdaki uzaklaşma veya izole olmayı tercih etme yerine içinde buldukları toplumdaki yardım alma arayışında olmaları daha sık olarak izlenmektedir. Bu da fiziksel ve psikiyatrik hastalıklarda ortaya çıkan bakım veren tükenmişliğini etkilemektedir (Duygun, 2001).

Pinquart ve Sorensen (2007) tarafından bakım verme işinin fiziksel sağlık üzerine yaptığı etkinin incelenmiş olduğu araştırmada, bakım veren kişilerin bakım vermede aldıkları rolü ne kadar süreden beri devam ettirdiklerinin önemli oldu üzerine vurgu yapılmıştır. Bakım hizmeti sağlayan kişilerin bakım süreleri uzadığı müddetçe bakım verenlerin yaşadığı yükün artış gösterdiği beyan edilmiştir.

Friedrich ve Friedrich (1981) 34 engelli çocuğa sahip aileyi evliliğinden memnun olması açısından, inançlılık, sosyal destek, psikolojik olarak iyi olma ve tükenmişlik ölçüleri ile değerlendirmiş ve elde ettiği sonuçları engelli çocuğu sahip olmayan ailelerden oluşmuş kontrol grubu ile karşılaştırmış ve engelli çocuklara sahip ailelerin evlilik memnuniyetlerinin azaldığını, psikolojik açıdan daha az iyilik ve daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Provencher ve arkadaşları tarafından (1997) yapılan bir araştırmada 70 hasta ve bunlara bakım verenler çalışmaya dahil edilmiştir. Bu araştırma sonucunda olumsuz

belirtilerin olumlu belirtilere göre tükenmişliği anlamlı olarak daha fazla arttırdığı tespit edilmiştir.

Breslau ve arkadaşları (1982) ise 369 engelli çocuk ve 456 engelsiz çocuğun annesi ile yapmış olduğu araştırmada engelli çocuğa sahip olan annelerin daha fazla tükenmişliğe sahip olduklarını, bu durumun annenin bakım verme süresi ile alakalı olduğunu ve bu çocukların anneye olan bağımlılıkların artması ile birlikte tükenmişliğin de arttığını belirtmiştir.

Dura ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada bakım hizmetinde bulunan kişilerde depresyon oranı %24, anksiyete bozuklukları ise %10 oranında tespit edilmiştir. Sales ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise bakım hizmetini yerine getiren kişilerde %76 oranında anksiyete bozuklukları ve %42 gibi oldukça yüksek bir oranda ise bakım verenlerde depresyon geliştiğini bildirmişlerdir (Akpınar, 2009).

Grafstrom demansı olan yaşlı hastalara bakım vermekle sorumlu olan kişilerin yakınlarında, demans hastalığına sahip olmayan yakınlarına bakım verenlere göre depresyon ve anksiyete bozukluklarına ait puanlarının yüksek seviyede olduğu ve bu kişilerde psikotrop ilaç kullanımının da daha fazla olduğunu beyan etmiştir. Bu konuda gerçekleştirilen bazı araştırmalarda ise demansın şiddeti ile tükenmişlik arasında anlamlı farklar bulunamamıştır (Çınar, 2012).

Möller ve arkadaşlarının (2012) Almanya'da yayınlamış oldukları çalışmada bakım veren 102 kişi değerlendirilmeye dahil edilmiştir. Yapılan bu araştırmada bakım veren tükenmişliği ile hastalık şiddeti, bireysel farklılıklar ve bakım verenlerin destekleri arasında oluşan ilişki değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda psikososyal olarak destek almakta olan hasta yakınlarında oluşan tükenmişlik destek almayan hasta yakınları grubuna göre daha düşük olarak tespit edilmiştir.

Altın (2006) çalışmasında, hastalara bakım verenlerde tükenmişlik oluşturduğunu bildirmiş ve hastalıkta ortaya çıkan psikolojik ve davranışsal semptomların yanı sıra bilişsel kayıpların artması ve işlevselliğin azalmasının da bakım verenlerdeki tükenmişliği arttırdığını saptamıştır.

Ören (2016) tarafından yapılan yapılan araştırmada, bakım verenlerin bakım yükü ve tükenmişliklerini etkileyen faktörler incelenmiştir. Hastalarla geçirilen zamanın sonucu olarak bakım verenlerin tükenmişliklerinin arttığı görülmüştür.

Jensen ve Given'in (1993) yaptığı bir çalışmada, kanser hastasına bakan ailelerdeki bitkinliğin ciddiyeti ile bakım veren kişinin yaşı, çalışıp çalışmadığı, hastaya günde kaç saat bakım verdiği ve bakım verdiği süre ile aralarında bir ilişki bulunmamakla beraber hasta yakınının hissettiği bitkinlik ile günlük rutinde verdiği bakımın etkisi arasında önemli derecede ilişki bulunmuştur. Buna göre, günlük bakım programı ne kadar ağır ise, bakım verenin bitkinliği de o kadar artmaktadır.

Kemoterapi alan hastalara bakım veren aile bireyleriyle yapılan bir çalışmada, kemoterapi alan hastalarına bakım veren aile yükünün yaşlılara bakım verenlerden daha büyük olduğunu belirtmiştir. Hastaya bakım veren yakınının yaşadığı en büyük güçlüğün hasta kemoterapi almaktayken ona duygusal destek verme olduğu belirtilmiştir (Hagag, 1999).

Schmer ve arkadaşları (2008) beyin tümörü tanısı alan hastaların birinci derece yakınlarında hastalığın tüm aile bireyleri tarafından bir felaket haberi olarak algılandığını, bakım veren kişi dışındaki aile bireylerinin de bu yeni gelişen durum nedeniyle aile içerisinde bazı rol değişikliklerine gittikleri ve ailenin her ferdinde bu hastalığın psikososyal etkilerinin var olduğunu göstermişlerdir.

Cameron ve arkadaşları (2002) 44 birey üzerinde yaptıkları bir çalışmada, kanser hastasına bakım veren birinci derece aile yakınlarının hastaya verdikleri bakım ve desteğin miktarı ne olursa olsun, duygusal streslerinin artmış olduğu ve bu artışın da bakım veren kişilerin özel hayatla ilgili aktivitelerinin kısıtlanmış olmasıyla ilişkili olduğu sonucunu bulmuşlardır.

Mellon ve arkadaşlarının (2002) çalışmalarında, uzun süredir kanser hastalığı olan hastalara bakım verenlerinin yaklaşık yarısında kalp hastalığı, hipertansiyon, artrit gibi fiziksel hastalıklar olduğu saptanmıştır.

Weitzner ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında palyatif tedavi alan kanser hastalarına bakım verenlerinin yaşam kalitesinin, küratif tedavi alan kanser hastalarına bakım verenlerinkinden daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Sherif ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında ise terminal dönem kanser hastasına bakım verenlerinin anksiyete ve depresyon skorlarının, kronik hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinkinden daha yüksek ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir.

Ferrell ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları bir çalışmada; over kanserli hastalarına bakım veren aile üyeleri; kendilerini çok yorgun hissettiklerini ve hastalığın başlangıcından itibaren kendilerinde birçok sağlık probleminin ortaya çıktığını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada hasta yakınları kendilerini çok sinirli, sorunlarla baş etmede yetersiz bulduklarını ve hastalarına bakabilmek için işlerinden ayrılmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir.

2.3.7. Tükenmişlikle İlgili Kullanılan Ölçekler

1- Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Folkman ve Lazarus tarafından bireylerin stresle başa çıkma durumlarını belirlemek için geliştirdikleri Başa Çıkma Yolları Envanteri'nin (Ways of Coping) Şahin ve Durak tarafından sadeleştirilmesiyle Türkçe'ye uyarlanmıştır. Şahin ve Durak (1995) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. SBTÖ beş alt boyuttan oluşmaktadır. “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım” ,“Sosyal Desteğe Başvurma” stresle baş etmede etkili olan alt boyutlar olup, “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” ise etkisiz olan alt boyutlardır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,68 olarak bulunmuştur (Folkman ve ark., 1980; Şahin ve ark., 1995) .

2- Bakım Veren Stres İndeksi (Caregiver Strain Index): Bakım Veren Stres İndeksi, bakım konusunda endişeleri olan aileleri en kısa zamanda tespit etmek için kullanılan bir ölçek olup 13 maddeden oluşmaktadır. İndeksin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Uğur tarafından 2006 yılında, onkoloji hastalarına bakım verenlerle yapılmış ve Cronbach's Alfa değeri 0,75 elde edilmiştir Katılımcılar sorulara; Evet (1) veya Hayır (0) şeklinde cevap

verirler. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 13 olup, en düşük puan ise 0'dır. Ölçekteki 7 veya daha fazla maddeye verilen olumlu cevap daha büyük seviyedeki stres düzeyini dolayısı ile bakım yükünü gösterir (Uğur ve ark. 2006).

3- Beck Depresyon Envanteri- BDE (Beck Depression Inventory-BDI): Ölçeğin iki formu vardır. Bunlardan ilki 1961 yılında geliştirilmiş ve hastanın o anki ruh durumunun, hasta ve klinisyen tarafından birlikte bireysel olarak değerlendirildiği 21 maddeden oluşan orijinal formdur: İkincisi ise 1978 yılında geliştirilmiş, kendini değerlendirme türünde olan ve grup uygulaması yapılan 21 maddelik formdur. Her iki formun güvenilirlik açısından eş değerde olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin alfa katsayısı ise 0.88 olarak hesaplanmıştır. Ölçek, depresyondaki duygusal, bilişsel, güdüsel ve bedensel belirtileri değerlendirmektedir. Belirtilerin sayısına, sıklığına ve yoğunluğuna dayanarak depresif belirti örüntüsünün derinliği veya şiddeti hakkında bilgi verir (Savaşır ve Şahin, 1997).

4- Duygu- Durum Ölçeği (Expressed Emotion): Berksun (1992) tarafından Türkçeye çevrilmiş ve geçerlik güvenilirliği yapılmış, cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. 41 sorulu bir ölçektir. Hasta yakınları tarafından doldurulmaktadır. Hasta yakınlarının hastayı ve kendini nasıl algıladığıyla ilgili sorular yer almakta ve verilen yanıtlara göre duygu durum düzeyi saptanmaktadır. 29 madde eleştirel- düşmancıl oluşu, 12 madde ise aşırı ilgili koruyucu kollayıcı olmayı göstermektedir.

5- Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu (Quality of Life Family Version) : Kanserli hastalar için geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu toplam 37 maddeden oluşmaktadır. Ferrell ve Grant tarafından kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilen ölçek, aile üyelerinin yaşam kalitesini ölçmeye uygun hale getirmek için adapte edilmiştir. Okçin (2007) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Çalışmanın test-retest güvenilirlik sonuçları $r=0.89$ ve iç tutarlılık Alpha değeri $r=0.69$ olarak bulunmuştur. Ölçek; Fiziksel sağlık durumu, Psikolojik sağlık durumu, Sosyal Kaygılar ve Spiritüel (Manevi) iyilik durumu olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır.

6- Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği: Kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin algıladıkları yükü değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fadime Hatice İnci tarafından 2006 yılında yapılmıştır (İnci, 2006).

Bakım vermenin bireyin yaşamına olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Cronbach alfa değerinin 0.95 olduğu saptanmıştır.

7- Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory –MBI): Maslach ve Jackson tarafından (1981) geliştirilmiş olup (Maslach ve ark., 1981), Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çapri tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısını 0,93 olarak bulmuştur (Çapri, 2006). Toplam da 22 maddeden oluşmakta ve tükenmişlik üç alt boyutta değerlendirilmektedir. Duygusal tükenme boyutu 9 madde (1., 2., 3., 6., 8., 13., 14., 16., ve 20. maddeler), duyarsızlaşma boyutu 5 madde (5., 10., 11.,15., 22. maddeler) ve kişisel başarı alt boyutu ise 8 maddeden (4., 7., 9., 12., 17., 18., 19., 21 maddeler) oluşmaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutları olumsuz, kişisel başarı boyutu ise diğerlerinin aksine olumlu ifadeleri içermektedir.

8- COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Carver, Schneier ve Weintraub tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Ağargün ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Cronbach $\alpha=0.79$ olarak bulunmuştur. Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. 15 alt ölçekten oluşmuştur. Bu alt ölçeklerin herbiri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapmayı sağlar.

9- SF-36 Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği: SF-36 sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar, olumlu yönlerini de değerlendirmektedir. Fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel) ve mental sağlık alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir. John Ware ve Sherbourne CD(1992) tarafından geliştirilen kısa form 36'un Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır ve 0.7324-0.7612 arasında elde edilmiştir. (Koçyiğit ve ark., 1999).

3. MATERYAL VE METOT

3. 1. Araştırmanın Şekli

Araştırma kanserli palyatif hastalarına bakım veren hasta yakınlarının tüklenmişlik ve tüklenmişliğin sosyal yaşamları üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakóltesi Acil Tıp Anabilim Dalı ve Palyatif Bakım Merkezi'nde 1 Ağustos ile 1 Ekim 2017 tarihleri arasında geręekleřtirilmiřtir.

3. 3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmayı, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakóltesi Acil Tıp Anabilim Dalı ve Palyatif Bakım Merkezi'ne başvuran 200 kanserli hastanın yakını oluşturmuştur.

3. 4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Hasta ve hastaya bakım veren yakınlarının araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Herhangi bir iletişim problemi olmaması,
- Bakım verilen hastanın kanser tanısı almış olması
- Bilişsel fonksiyonu yerinde olan hasta yakınları çalışmaya dahil edildi.

3. 5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3. 5. 1. Bağımlı Değişken

Bakım verenlerin tükenmişlik ve tükenmişlikle başa çıkma durumlarıdır.

3. 5. 2. Bağımsız Değişken

Bakım verenlerin yaşı, medeni durumu, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, çocuk sayısı, sosyal güvencenin olup olmama durumu, gelir durumu, bakım veren kişide herhangi bir hastalığın varlığı, akrabalık durumu, aile yapısı, hasta dışında bakım verilen başka birinin varlığı ya da yokluğu, bakım verme süresince hasta yakınının ilaç kullanma durumu, hastaya yakınlık derecesi, bakımda bireye yardım eden başka birinin varlığı indeksidir.

3. 6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, hasta yakınlarına yönelik “Sosyodemografik Anket Formu”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği”, “Cope Ölçeği” ve “ SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” uygulanarak elde edilmiştir.

3.6.1. Sosyodemografik Anket Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan, çalışma grubu ile ilgili demografik özellikleri belirlemeye yönelik 15 sorudan oluşan bir anket formudur. Bu sorular sırası ile hasta yakınının cinsiyet, yaş, medeni durum, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, hasta yakınının kendi yaşadığı sağlık sorunu var olup olmadığı ve varsa hasta yakının

yaşadığı sağlık sorununun ne olduğu, bakım sürecinde ilaç kullanma durumu, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, mesleki durumu, sağlık güvencesi, hastaya yakınlık derecesi, bu kişiden başka hastanın bakımıyla ilgilenen biri olup olmadığı, sigara kullanma durumundan oluşmuştur.

3.6.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory –MBI)

Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen ve Maslach'ın adıyla literatüre geçen Tükenmişlik Envanteri yedi dereceli Likert tipi bir ölçek olan bu ölçme aracı toplam 22 madde ve üç alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerden duygusal tükenme [emotional exhaustion, EE] alt ölçeği, 9 maddeden, duyarsızlaşma [depersonalizasyon, DP] alt ölçeği 5 maddeden ve kişisel başarısızlık [personal accomplishment, PA] alt ölçeği de, toplam sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri “1 hiçbir zaman” ve “7 her zaman” biçiminde puanlanmaktadır. Ergin (1992) tarafından Türkçe'ye çevrilen envantere bazı değişikliklere gidilerek özgün formunda yedi dereceli olan cevap seçeneklerinin “0 hiçbir zaman”, “4 her zaman” olarak ölçeğin beş dereceli olarak düzenlenmesine karar verilmiş ve eğitici formunda da bu beş dereceli olan hali kullanılmaktadır. Tükenmişliğin yüksekliği duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki yüksek puanı, kişisel başarı, alt ölçeğindeki düşük puanı yansıtmaktadır. Orta düzeyde tükenmişlik, her üç alt ölçek için de orta düzey puanları yansıtırken, düşük düzeyi duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki düşük ve “kişisel başarı” alt ölçeğindeki yüksek puanlar yansıtmaktadır. Puanlamada, her bir kişi için üç ayrı tükenmişlik puanı hesaplanmaktadır.

Çapri (2006), Maslach Tükenmişlik Envanteri (MTE) ile Pines ve Aronson (1988)'in Tükenmişlik Ölçeği (TÖ) arasındaki korelasyonu incelemiştir. Buna göre, TÖ'nin toplam puanı ile MTE'nin alt ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayısı istatistiksel olarak 0,01 düzeyinde anlamlı bulunmuştur. TÖ ile MTE'nin alt ölçeklerinden duygusal tükenmişlik (DT) ($r=0,57$, $p<0,01$) ve duyarsızlaşma (DY) ($r=0,30$, $p<0,01$) ile pozitif, kişisel başarı (KB) ($r=-0,22$, $p<0,01$) ile negatif yönde istatistiksel olarak 0,01 düzeyinde anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ve bu sonuçlar daha önce yapılan benzer çalışmaların bulgularıyla da paralellik göstermektedir.

MTE'nin Türkçe uyarlaması Ergin (1992) tarafından yapılmış olup, doktor ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmada Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (DY) ve kişisel başarı (KB) alt ölçekleri için sırasıyla .83, .65 ve .72 bulunmuştur. Aynı çalışmada hesaplanan test-tekrar test güvenilirlik katsayıları ise sırasıyla .83, .72 ve .67 olarak bulunmuştur.

Özgün formu “hiçbir zaman, yılda birkaç kere, ayda bir, ayda birkaç kere, haftada bir, haftada birkaç kere, her gün” şeklinde yedi basamaklı cevap seçeneklerinden oluşmaktadır. Türkçe uyarlaması ise “hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman, her zaman” şeklinde beş basamaklı cevap seçeneklerinden oluşmaktadır.

Duygusal Tükenme: (Emotional Exhaustion) alt ölçeği, kişinin mesleği yada işi tarafından tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını tanımlar ve dokuz maddeden oluşmaktadır (1.2.3.6.8.13.14.16.20).

Duyarsızlaşma: (Depersonalization) alt ölçeği, kişinin hizmet verdiklerine karşı, bireylerin kendilerine özgü birer varlık olduklarını dikkate almaksızın duygudan yoksun biçimde davranmalarını tanımlar ve beş maddeden oluşmaktadır (5.10.11.15.22)

Kişisel Başarı: (Personal Accomplishment) kişisel başarı alt ölçeği, insanlarla çalışan bir kimsede yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını tanımlar ve sekiz maddeden oluşmaktadır (4.7.9.12.17.18.19.21)

Ölçeğin güvenilirliği ve geçerliği: Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Ergin (1992), ve Çam (1992), tarafından yapılmıştır. Çam (1992), yapmış olduğu güvenilirlik çalışmasında Duygusal Tükenme .89, Duyarsızlaşma .71, Kişisel Başarı .72 olarak bulmuştur.

Tablo 2.4. Maslach Tükenmişlik Envanteri'nin puanlaması

	Yüksek	Orta	Düşük
Duygusal Tükenme	18 ve üzeri	12-17	0-11
Duyarsızlaşma	10 ve üzeri	6-9	0-5
Kişisel Başarı	0-21	22-25	26 ve üzeri

3.6.3. Başa Çıkma Ölçeği (COPE)

Carver ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen Başa Çıkma Stilleri Ölçeğinin ilk hali 53 madde ve 14 faktörden oluşmaktadır. Ölçek geliştirilirken Lazarus (1966) ve Lazarus ve Folkman'ın (1984) stres modeli ile Carver ve Scheier'in (1981, 1990) davranışsal kendini düzenleme modeli temel alınmıştır. Carver ve arkadaşları, ilk olarak 13 faktörlü bir yapı öngörmelerine karşın, faktör analizinde alkol ve uyuşturucu madde kullanımıyla ilgili maddenin zihinsel olarak geri çekilme boyutunda olması gerekirken ayrı bir faktöre yüklendiklerini gözlemlemişlerdir. Bunun üzerine araştırmacılar aracın 14 faktörlü olduğuna karar vermişlerdir. Aracın güvenilirliğini test etmek için Cronbach'ın Alfa katsayısı ve test tekrarı yöntemi kullanılmıştır. Başa Çıkma Stilleri Ölçeğinin alt ölçeklerinin alfa katsayıları en düşük 0.45 (zihinsel olarak geri çekilme) ve en yüksek (dine yönelme) 0.92'dir. Test tekrarı sonucunda elde edilen korelasyon katsayıları ise 0.42 (davranışsal olarak geri çekilme) ve 0.89 (dine yönelme) aralığında bulunmuştur (Ağargün, Beşiroğlu ve ark., 2005).

Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Ağargün ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. 15 alt ölçekten oluşmuştur. Bu alt ölçeklerin herbiri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapmayı sağlar. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek ve alt ölçeği oluşturan soru numaraları şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (1, 29, 38, 59), 2. Zihinsel boş verme (2, 16, 31, 43), 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (3, 17, 28, 46), 4. Yararlı sosyal destek kullanımı (4, 14, 30, 45), 5. Aktif başa çıkma (5, 25, 47, 58), 6. İnkâr (6, 27, 40, 57), 7. Dini olarak başa çıkma (7,18, 48, 60), 8. Şakaya vurma-Mizah (8, 20, 36, 50), 9. Davranışsal olarak ilişki kesme (9,24, 37, 51), 10. Geri durma (10, 22, 41, 49), 11. Duygusal sosyal destek kullanımı (11,23, 34, 52), 12. Madde kullanımı (12, 26, 35, 53), 13. Kabullenme (13, 21, 44, 54), 14. Diğer meşguliyetleri bastırma (15, 33, 42, 55), 15. Plan yapmadır (19, 32, 39, 56). (Ağargün, Beşiroğlu ve ark., 2005).

3.6.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware tarafından 1987 yılında, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir bireysel değerlendirme ölçeğidir. 36 ifade içeren ölçek, 3 ana başlık ve bu başlıklar altında yer alan 8 sağlık alanını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. SF-36' da yer alan 3 majör sağlık alanı ve 8 sağlık alanı aşağıdaki gibidir (Pınar 1995, Ware ve Sherbourne, 1992):

*Fonksiyonel durum * Sağlık problemlerine bağlı fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, *Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması, * Fiziksel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi, *Emosyonel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi.

Esenlik *Mental sağlık (emosyonel stres ve esenlik), * Canlılık (zindelik / yorgunluk), * Beden ağrıları.

Genel sağlık anlayışı * Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi.

Ölçekte yer alan tüm ifadeler son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilir. Ayrıca yukarıdaki maddelerin dışında ölçekte son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde ("Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığını genel olarak nasıl buluyorsunuz?") bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde bu madde dikkate alınmaz. SF-36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. Örneğin, ağrı skalasındaki yüksek puan, azalmış ağrı durumunu gösterecektir. Ölçek ile hem yaşam kalitesinin tüm alt boyutları, hem de global olarak yaşam kalitesi değerlendirilebilir. Her bir alt boyutun puanı 0 ile 100 arasında değişir; global puanı da 0 ile 100 arasındadır. 0 en kötü sağlığı, 100 en iyi sağlık durumunu göstermektedir (Pınar 1995, Ware ve Sherbourne 1992). Pınar (1995) tarafından 1995 yılında kalp, hemodiyaliz ve diyabeti içeren 180 hastada geçerlilik ve güvenilirliği yapılan SF-36, ilerleyen yıllarda böbrek hastalıkları da dahil olmak üzere birçok kronik hastalıkta kullanılmıştır. Pınar'ın (1995) çalışmasında SF 36'nın test-retest değeri 0.94, iç tutarlılığında Cronbach Alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur.

3. 7. Veri Toplama Yöntemi

Veriler Palyatif Bakım Servislerinde yatan hastalara ve onlara bakım veren yakınlarına araştırma ile ilgili açıklayıcı bilgiler verildikten sonra toplanmaya başlamıştır. Araştırma katılma kriterlerine uyan bakım verenler, “Sosyodemografik Anket Formu”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği”, “Cope Ölçeği” ve “ SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” ne ait soruların bulunduğu anketleri bizzat kendileri hasta odasında veya ziyaretçi bekleme odalarında doldurmuşlardır. Bakım veren bireylerin formları yanıtlama süreleri, 25-30 dakika sürmüştür.

3. 8. Verilerin Değerlendirilmesi

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Cope ölçeklerinin alt puanlarının kendi içinde birbiriyle olan korelasyonlarını belirlemek amacıyla Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bu araştırmanın tüm istatistiksel analizleri “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS v.18) paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.. İstatistik analizlerde $p < 0,05$ ve $p < 0,001$ ise sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir.

3. 9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na başvurulup, 18.07.2017 tarihli 17- KAEK-110 karar numaralı etik komisyon onayı alınmıştır.

Araştırmanın uygulanacağı Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı ve Palyatif Bakım Merkezi’nden uygulama izinleri alınmıştır.

Örnekleme alınan bireylere araştırmanın amacı ve araştırma süreci hakkında bilgi verilmiştir. Bireyler araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra “Aydınlatılmış Onam” ilkesine uyularak, sözlü onam alınmış ve veriler toplanmaya başlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. HASTA YAKINLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

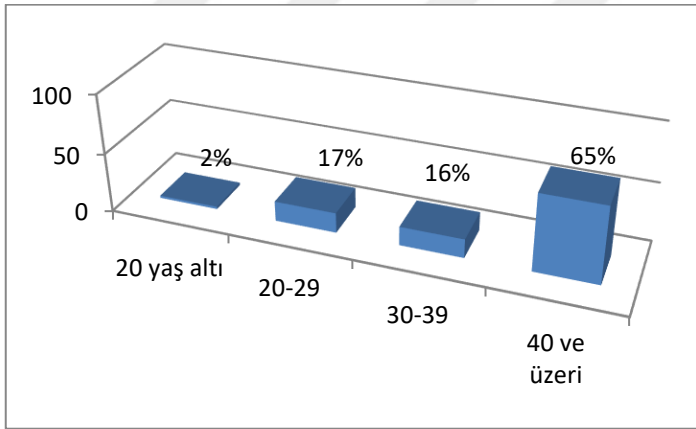
Araştırmaya hastalarla beraber gelen 200 hasta yakını katılmıştır. Hasta yakını katılımcıların 116'sı (%58) kadın, 84'ü (%42) erkektir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre dağılımları

Cinsiyet	Sayı / Yüzde
K	116 / %58
E	84 / %42

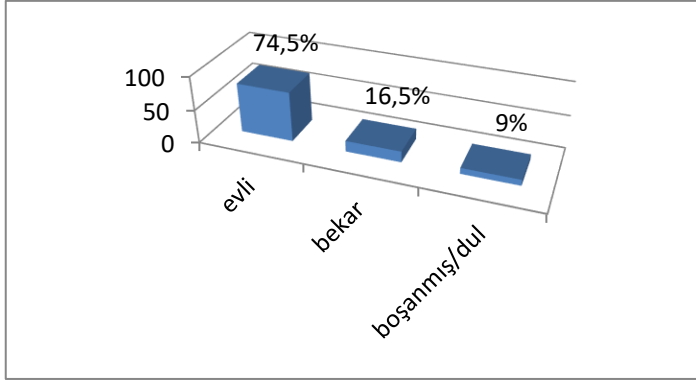
Yaş	Yüzde	Cinsiyet(K/E)
<20	% 2	1/3
20-29	% 17	8/9
30-39	% 16	3/1
40≥	% 65	15/11

Hasta yakını katılımcıların 4'ü (%2) 20 yaş altı, 34'ü (%17) 20-29, 32'si (%16) 30-39, 130 'u (%65) 40 ve üzeri yaşındadır (Şekil 4.1).



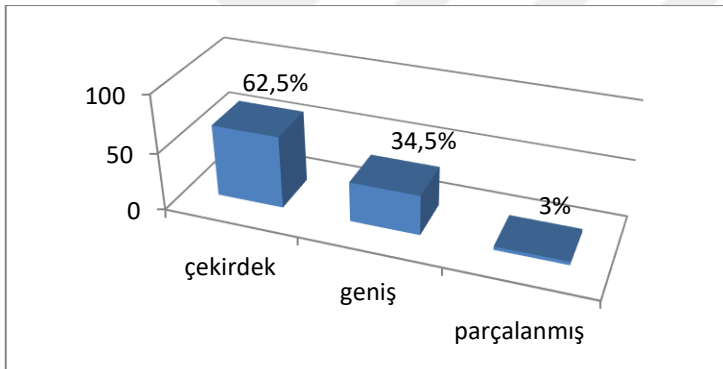
Şekil 4.1: Hasta yakınlarının yaşa göre dağılımları

Hasta yakınlarından 149'u (%74,5) evli, 33'ü (%16,5) bekar; 18'i (%9) duldu (Şekil 4.2).



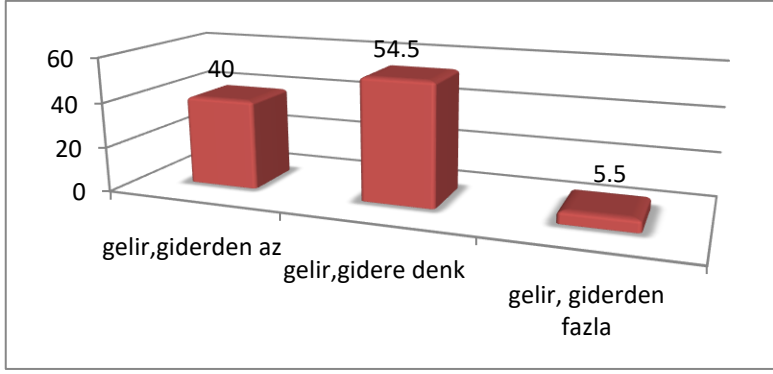
Şekil 4.2: Hasta yakınlarının medeni durumlarına göre dağılımları

Hasta yakınlarının 125'i (%62,5) çekirdek, 69'u (%34,5) geniş ve 6'sı (%3) parçalanmış ailedir. Hasta yakınlarının 139'u (%69,5) çocuk sahibi iken, 61'i (%30,5) çocuk sahibi değildir. (Şekil 4.3).



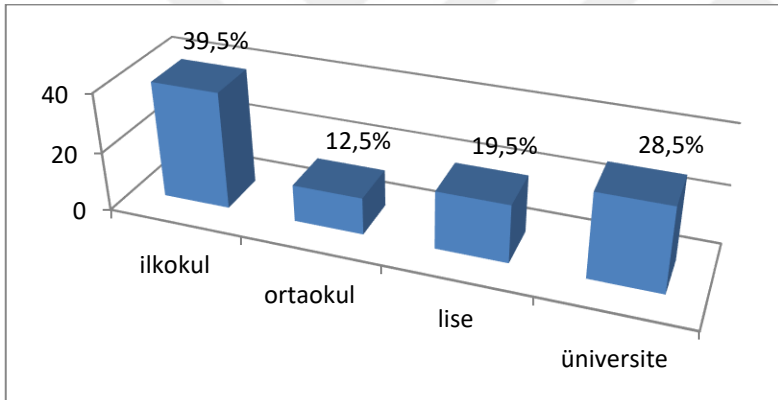
Şekil 4.3: Hasta yakınlarının aile yapısına göre dağılımları

Hasta yakınlarından 80'i (%40) ekonomik durumunu 'Gelir giderden az' olarak tariflerken, 109'u (%54,5)'Gelir gidere denk', 11'i (%5,5) 'Gelir giderden fazla' olarak tanımlamıştır (Şekil 4.4).



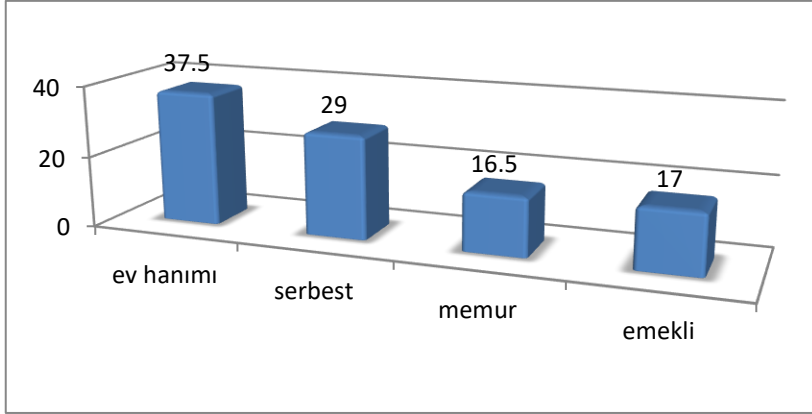
Şekil 4.4: Hasta yakınlarının gelir durumuna göre dağılımları

Hasta yakınlarından 79'u (%39,5) ilkokul öğrenimi gördüğünü belirtirken, 25'i (%12,5) ortaokul, 39'u (%19,5) lise, 57'si (%28,5) üniversite öğrenimi gördüğünü belirtmiştir (Şekil 4.5).



Şekil 4.5: Hasta yakınlarının öğrenim durumuna göre dağılımları

Bakım veren hasta yakınları arasında ev hanımı olanlar 75'i (%37,5); serbest olanlar 58'i (%29,0), memur olanlar 33'ü (%16,5) ve emekli olanlar 34'ü (%17,0) oranındadır. Hasta yakınlarının 140'ının (%70) sosyal güvencesi var, 60'ının (%30) sosyal güvencesi yoktur. Hasta yakınlarının 131'i (%65,5) çalışmıyor iken, 69'unun (%34,5) çalıştığı tespit edilmiştir (Şekil 4.6).

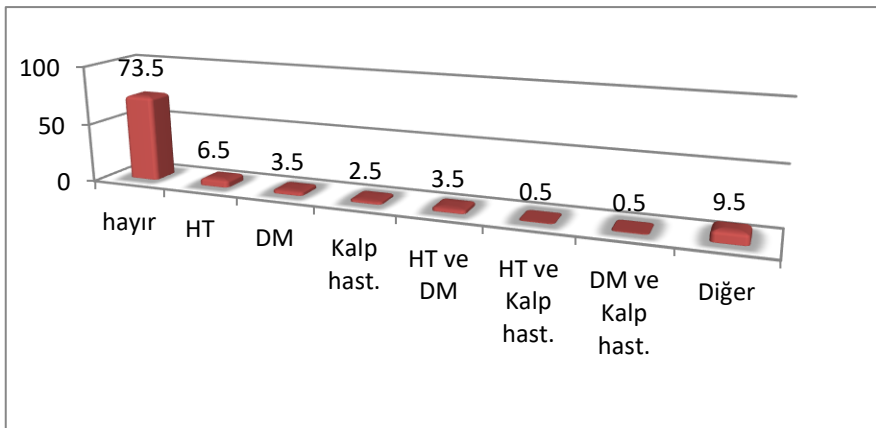


Şekil 4.6: Hasta yakınlarının mesleki durumuna göre dağılımları

Hastaların 180'i (%90) aile üyesi iken 20'si (%10) diğer grupta (bakıcı) yer almaktadır. Hasta yakınlarının 115'inin (%57,5) ailelerinde hastaya bakım veren başka birileri de varken, 85'i (%42,5) tek başına bakım yükünü karşıladıklarını belirtmiştir.

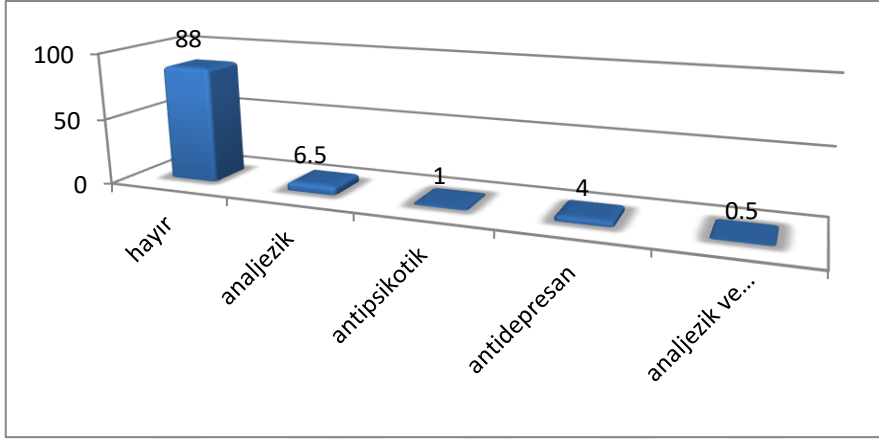
Hasta yakınlarından 149'u (%74,5) sigara kullanmadığını belirtirken, 51'i (%25,5) sigara kullandığını belirtmiştir.

Hasta yakınlarının 13'ü (%6,5) Hipertansiyon, 7'si (%3,5) Diabetes Mellitus, 5'i (%2,5) Kardiyovasküler hastalığı, 7'si (%3,5) Hipertansiyon ve Diabetes Mellitus, 1'i (%0,5) Hipertansiyon ve Kardiyovasküler Hastalığı, 1'i (%0,5) Diabetes Mellitus ve Kardiyovasküler Hastalığı, 19'u (%9,5) Diğer hastalıkları olduğunu belirtirken 147'si (%73,5)'u hiçbir hastalığı olmadığını belirtmiştir (Şekil 4.7).



Şekil 4.7: Hasta yakınlarının hastalık durumuna göre dağılımları

Hasta yakınlarının 13'ü (%6,5) analjezik, 2'si (%1) antipsikotik, 8'i (%4) antidepresan, 1'i (%0,5) analjezik ve antidepresan ilaç kullandığını belirtmiştir. 176'sı (%88)'i ise herhangi bir ilaç kullanmadığını ifade etmiştir (Şekil 4.8).



Şekil 4.8: Hasta yakınlarının ilaç kullanımına göre dağılımları

Tablo 4.2. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri (n=200)

Özellikler	Sayı (%)	Özellikler	Sayı (%)
Cinsiyet		Gelir	
Kadın	116 (%58)	Gelir < gider	80 (%40)
Erkek	84 (%42)	Gelir= gider	109 (%54,5)
		Gelir> gider	11 (%5,5)
Yaş		Öğrenim	
20 yaş altı	4 (%2)	İlkokul	79 (%39,5)
20-29	34 (%17)	Ortaokul	25 (%12,5)
30-39	32 (%16)	Lise	39 (%19,5)
40 ve üzeri	130 (%65)	Üniversite	57 (%28,5)
Medeni durum		Sosyal güvence	
Evli	149 (%74,5)	Var	140 (%70)
Bekar	33 (%16,5)	Yok	60 (%30)
Boşanmış/ Dul	18 (%9)		
Aile Yapısı		Meslek	
Çekirdek aile	125 (%62,5)	Ev hanımı	75 (%37,5)
Geniş aile	69 (%34,5)	Serbest	58 (%29)
Parçalanmış aile	6 (%3)	Memur	33 (%16,5)
		Emekli	34 (%17)
Çocuk durumu		Yakınlık	
Var	139 (%69,5)	Aile üyesi	180 (%90)
Yok	61 (%30,5)	Diğer(bakıcı)	20 (%10)
Çalışma durumu		Başka bakım veren	
Çalışıyor	69 (%34,5)	Var	115 (%57,5)
Çalışmıyor	131 (%65,5)	Yok	85 (%42,5)
Sigara kullanma			
Evet	51 (%25,5)		
Hayır	149 (%74,5)		

4. 2. HASTA YAKINLARI İÇİN MASLACH ÖLÇEĞİ KARŞILAŞTIRMALARI

Yaş skoru (%20,4 $p=0,004$) ve duyarsızlaşma skoru (%42,1 $p<0,001$) duygusal tükenme toplam skoru ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Detaylar Tablo 4.3 'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Maschlach ile Duygusal Tükenme toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Maslach	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Yaş	200	0,204**	0,004
Duyarsızlaşma	200	0,421**	<0,001
Kişisel Başarı	200	0,118	0,096

* $P<0,05$, ** $P<0,001$

Duyarsızlaşma toplam skoru ile duygusal tükenme skoru (%42,1 $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Detaylar Tablo 4.4'de verilmiştir.

Tablo 4.4. Maschlach ile Duyarsızlaşma toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Maslach	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Yaş	200	0,060	0,402
Duygusal Tükenme	200	0,421**	<0,001
Kişisel Başarı	200	0,105	0,138

* $P<0,05$, ** $P<0,001$

Kişisel Başarı toplam skoru ile yaş skoru (-%14,1 p=0,046) negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir. Detaylar Tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.5. Maslach ile Kişisel Başarı toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Maslach	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Yaş	200	-0,141*	0,046
Duygusal Tükenme	200	0,118	0,096
Duyarsızlaşma	200	0,105	0,138

* P<0,05, ** P<0,001

Yaş toplam skoru ile kişisel başarı skoru (-%14,1 p=0,046) negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir. Duygusal tükenme skoru (%20,4 p=0,004) ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Detaylar Tablo4.6 ’da verilmiştir.

Tablo 4.6. Maslach ile Yaş toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Maslach	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Duygusal Tükenme	200	0,204**	0,004
Duyarsızlaşma	200	0,060	0,402
Kişisel Başarı	200	-0,141*	0,046

* P<0,05, ** P<0,001

4. 3. HASTA YAKINLARI İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KARŞILAŞTIRMALARI

Yaş toplam skoru ile fiziksel rol güçlüğü skoru (-%19,6 p=0,005), emosyonel rol güçlüğü skoru (-%22,2 p=0,002), enerji-canlılık-vitalite skoru (-%15,5 p=0,029), sosyal işlevsellik skoru (-%19,6 p=0,005), ağrı skoru (-%15,2 p=0,032) negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir. Tüm alt ölçeklere ait detaylar Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7.Yaşam kalitesi (SF-36) ile yaş toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Yaşam Kalitesi	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Fiziksel Fonksiyon	200	-0,088	0,216
Fiziksel Rol Güçlüğü	200	-0,196**	0,005
Emosyonel Rol Güçlüğü	200	-0,222**	0,002
Enerji Canlılık Vitalite	200	-0,155*	0,029
Ruhsal Sağlık	200	-0,006	0,938
Sosyal İşlevsellik	200	-0,196**	0,005
Ağrı	200	-0,152*	0,032
Genel Sağlık Algısı	200	-0,110	0,120

* P<0,05, ** P<0,001

Fiziksel fonksiyon toplam skoru ile fiziksel rol güçlüğü skoru (-%37,4 p<0,001), emosyonel rol güçlüğü skoru (-%39,3 p<0,001), enerji-canlılık-vitalite skoru (-%49,9 p<0,001), ruhsal sağlık skoru (-%32,0 p<0,001), sosyal işlevsellik skoru (-%42,7 p<0,001), ağrı skoru (-%49,6 p<0,001), genel sağlık algısı skoru (-%44,7 p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Detaylar Tablo4.8 ’de verilmiştir.

Tablo 4.8.Yaşam kalitesi(SF-36) ile Fiziksel Fonksiyon toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Yaşam Kalitesi	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Yaş	200	-0,088	0,216
Fiziksel Rol Güçlüğü	200	0,374**	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	200	0,393**	<0,001
Enerji Canlılık Vitalite	200	0,499**	<0,001
Ruhsal Sağlık	200	0,320**	<0,001

Sosyal İşlevsellik	200	0,427**	<0,001
Ağrı	200	0,496**	<0,001
Genel Sağlık Algısı	200	0,447**	<0,001

* P<0,05, ** P<0,001

Fiziksel rol güçlüğü toplam skoru ile fiziksel fonksiyon skoru (%37,4 p<0,001), emosyonel rol güçlüğü skoru (%39,6 p<0,001), enerji-canlılık-vitalite skoru (%43,1 p<0,001), ruhsal sağlık skoru (%25,1 p<0,001), sosyal işlevsellik skoru (%34,7 p<0,001), ağrı skoru (%49,3 p<0,001), genel sağlık algısı skoru (%35,3 p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Fiziksel rol güçlüğü skoru ile yaş skoru (-%19,6 p=0,005) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlemlendi. Tüm alt ölçeklere ait detaylar Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Yaşam kalitesi(SF-36) ile Fiziksel Rol Güçlüğü toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Yaşam Kalitesi	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Yaş	200	-0,196**	0,005
Fiziksel Fonksiyon	200	0,374**	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	200	0,396**	<0,001
Enerji Canlılık Vitalite	200	0,431**	<0,001
Ruhsal Sağlık	200	0,251**	<0,001
Sosyal İşlevsellik	200	0,347**	<0,001
Ağrı	200	0,493**	<0,001
Genel Sağlık Algısı	200	0,353**	<0,001

* P<0,05, ** P<0,001

Emosyonel rol güçlüğü toplam skoru ile fiziksel fonksiyon skoru (%39,3 p<0,001), fiziksel rol güçlüğü skoru (%39,6 p<0,001), enerji-canlılık-vitalite skoru (%42,7 p<0,001), ruhsal sağlık skoru (%42,2 p<0,001), sosyal işlevsellik skoru (%46,6 p<0,001), ağrı skoru (%35,7 p<0,001), genel sağlık algısı skoru (%31,2 p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Emosyonel rol güçlüğü skoru ile yaş skoru (-%22,2 p=0,002) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlemlendi. Detaylar Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Yaşam kalitesi(SF-36) ile Emosyonel Rol Güçlüğü toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Yaşam Kalitesi	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Yaş	200	-0,222**	0,002
Fiziksel Fonksiyon	200	0,393**	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	200	0,396**	<0,001
Enerji Canlılık Vitalite	200	0,427**	<0,001
Ruhsal Sağlık	200	0,422**	<0,001
Sosyal İşlevsellik	200	0,466**	<0,001
Ağrı	200	0,357**	<0,001
Genel Sağlık Algısı	200	0,312**	<0,001

* P<0,05, ** P<0,001

Enerji-canlılık-vitalite toplam skoru ile fiziksel fonksiyon skoru (%49,9 p<0,001), fiziksel rol güçlüğü skoru (%43,1 p<0,001), emosyonel rol güçlüğü skoru (%42,7 p<0,001), ruhsal sağlık skoru (%63,5 p<0,001), sosyal işlevsellik skoru (%54,0 p<0,001), ağrı skoru (%57,8 p<0,001), genel sağlık algısı skoru (%53,1 p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Enerji-canlılık-vitalite skoru ile yaş skoru (-%15,5 p=0,029) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlemlendi. Detaylar Tablo 4.11 'da verilmiştir.

Tablo 4.11.Yaşam kalitesi(SF-36) ile Enerji Canlılık Vitalite toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Yaşam Kalitesi	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Yaş	200	-0,155*	0,029
FizikselFonksiyon	200	0,499**	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	200	0,431**	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	200	0,427**	<0,001
Ruhsal Sağlık	200	0,635**	<0,001
Sosyal İşlevsellik	200	0,540**	<0,001
Ağrı	200	0,578**	<0,001
Genel Sağlık Algısı	200	0,531**	<0,001

* P<0,05, ** P<0,001

Ruhsal sağlık toplam skoru ile fiziksel fonksiyon skoru (%32,0 p<0,001), fiziksel rol güçlüğü skoru (%25,1 p<0,001), emosyonel rol güçlüğü skoru (%42,2 p<0,001), enerji-canlılık-vitalite skoru (%63,5 p<0,001), sosyal işlevsellik skoru (%39,3 p<0,001), ağrı skoru

(%36,6 $p<0,001$), genel sağlık algısı skoru (%43,3 $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Detaylar Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Yaşam kalitesi(SF-36) ile Ruhsal Sağlık toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Yaşam Kalitesi	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Yaş	200	-0,006	0,938
Fiziksel Fonksiyon	200	0,320**	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	200	0,251**	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	200	0,422**	<0,001
Enerji Canlılık Vitalite	200	0,635**	<0,001
Sosyal İşlevsellik	200	0,393**	<0,001
Ağrı	200	0,366**	<0,001
Genel Sağlık Algısı	200	0,433**	<0,001

* $P<0,05$, ** $P<0,001$

Sosyal işlevsellik toplam skoru ile fiziksel fonksiyon skoru (%42,7 $p<0,001$), fiziksel rol güçlüğü skoru (%34,7 $p<0,001$), emosyonel rol güçlüğü skoru (%46,6 $p<0,001$), enerji-canlılık-vitalite skoru (%54,0 $p<0,001$), ruhsal sağlık skoru (%39,3 $p<0,001$), ağrı skoru (%57,4 $p<0,001$), genel sağlık algısı skoru (%40,9 $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Sosyal işlevsellik skoru ile yaş skoru (-%19,6 $p=0,005$) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlemlendi. Detaylar Tablo 4.13’de verilmiştir.

Tablo 4.13. Yaşam kalitesi (SF-36) ile Sosyal İşlevsellik toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Yaşam Kalitesi	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Yaş	200	-0,196**	0,005
Fiziksel Fonksiyon	200	0,427**	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	200	0,347**	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	200	0,466**	<0,001
Enerji Canlılık Vitalite	200	0,540**	<0,001
Ruhsal Sağlık	200	0,393**	<0,001
Ağrı	200	0,574**	<0,001
Genel Sağlık Algısı	200	0,409**	<0,001

* $P<0,05$, ** $P<0,001$

Ağrı toplam skoru ile fiziksel fonksiyon skoru (%49,6 p<0,001), fiziksel rol güçlüğü skoru (%49,3 p<0,001), emosyonel rol güçlüğü skoru (%35,7 p<0,001), enerji-canlılık-vitalite skoru (%57,8 p<0,001), ruhsal sağlık skoru (%36,6 p<0,001), sosyal işlevsellik skoru (%57,4 p<0,001), genel sağlık algısı skoru (%49,9 p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Ağrı toplam skoru ile yaş skoru (-%15,2 p=0,032) negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir.

Tablo 4.14. Yaşam kalitesi(SF-36) ile Ağrı toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Yaşam Kalitesi	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Yaş	200	-0,152*	0,032
Fiziksel Fonksiyon	200	0,496**	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	200	0,493**	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	200	0,357**	<0,001
Enerji Canlılık Vitalite	200	0,578**	<0,001
Ruhsal Sağlık	200	0,366**	<0,001
Sosyal İşlevsellik	200	0,574**	<0,001
Genel Sağlık Algısı	200	0,499**	<0,001

* P<0,05, ** P<0,001

Genel sağlık algısı toplam skoru ile fiziksel fonksiyon skoru (%44,7 p<0,001), fiziksel rol güçlüğü skoru (%35,3 p<0,001), emosyonel rol güçlüğü skoru (%31,2 p<0,001), enerji-canlılık-vitalite skoru (%53,1 p<0,001), ruhsal sağlık skoru (%43,3 p<0,001), sosyal işlevsellik skoru (%40,9 p<0,001), ağrı skoru (%40,9 p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Detaylar Tablo 4.15’de verilmiştir.

Tablo 4.15. Yaşam kalitesi(SF-36) ile Genel Sağlık Algısı toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Yaşam Kalitesi	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Yaş	200	-0,110	0,120
Fiziksel Fonksiyon	200	0,447**	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	200	0,353**	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	200	0,312**	<0,001
Enerji Canlılık Vitalite	200	0,531**	<0,001
Ruhsal Sağlık	200	0,433**	<0,001
Sosyal İşlevsellik	200	0,409**	<0,001
Ağrı	200	0,499**	<0,001

* P<0,05, ** P<0,001

4. 4. HASTA YAKINLARI İÇİN COPE ÖLÇEĞİ KARŞILAŞTIRMALARI

Tablo 4.16. Başa çıkma (cope) ile dini olarak başa çıkma toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Başa Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Yaş	200	-0,020	0,778
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	0,413**	<0,001
Zihinsel Boş Verme	200	0,118	0,095
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	0,133	0,061
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	0,361**	<0,001
Aktif Başa Çıkma	200	0,293**	<0,001
İnkar	200	0,038	0,591
Şakaya Vurma-Mizah	200	-0,028	0,699
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	-0,072	0,308
Geri durma	200	0,201**	0,004
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	0,280**	<0,001
Madde Kullanımı	200	-0,177*	0,012
Kabullenme	200	0,335**	<0,001
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	0,235**	0,001
Plan Yapma	200	0,227**	0,001

* P<0,05, ** P<0,001

Dini olarak başa çıkma toplam skoru ile pozitif yeniden yorumlama ve gelişme skoru (%41,3 p<0,001), yararlı sosyal destek kullanımı skoru (%36,1 p<0,001), aktif başa çıkma skoru (%29,3 p<0,001), geri durma skoru (%20,1p=0,004), duygusal sosyal destek kullanımı skoru(%28,0 p<0,001), kabullenme skoru (%33,5 p<0,001), diğer meşguliyetleri bastırma skoru (%23,5 p=0,001), plan yapma skoru (%22,7 p=0,001) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir. Madde kullanımı skoru ise dini olarak başa çıkma toplam skoruile istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon göstermektedir (%17,7 p=0,012).

Tablo 4.17. Başa çıkma (cope) ile Yaş toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	-0,020	0,778
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	0,173*	0,014
Zihinsel Boş Verme	200	-0,147*	0,037
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	0,138	0,052
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	0,204**	0,004
Aktif Baş Çıkma	200	0,030	0,671
İnkâr	200	-0,075	0,292
Şakaya Vurma-Mizah	200	-0,066	0,355
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	0,031	0,660
Geri durma	200	0,137	0,054
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	0,083	0,242
Madde Kullanımı	200	-0,091	0,198
Kabullenme	200	0,262**	<0,001
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	0,137	0,054
Plan Yapma	200	0,163*	0,021

* P<0,05, ** P<0,001

Yaş toplam skoru ile pozitif yeniden yorumlama ve gelişme skoru (%17,3p=0,014), yararlı sosyal destek kullanımı skoru (%20,4 p=0,004), kabullenme skoru (%26,2 p<0,001), plan yapma skoru (%16,3 p=0,021) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir. Zihinsel boş verme skoru ise yaş toplam skoru ile istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon göstermektedir (-% 14,7 p=0,037).

Tablo 4.18. Başa çıkma (cope) ile Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	0,413**	<0,001
Yaş	200	0,173*	0,014
Zihinsel Boş verme	200	0,079	0,264
Soruna Odaklanma ve Duygularını Açığa Vurma	200	0,155*	0,029
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	0,438**	<0,001
Aktif Baş Çıkma	200	0,464**	<0,001
İnkâr	200	0,092	0,197
Şakaya Vurma-Mizah	200	0,020	0,778
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	-0,121	0,088
Geri durma	200	0,273**	<0,001
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	0,299**	<0,001
Madde Kullanımı	200	-0,188**	0,008
Kabullenme	200	0,309**	<0,001
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	0,347**	<0,001
Plan Yapma	200	0,422**	<0,001

* P<0,05, ** P<0,001

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme toplam skoru ile dini olarak başa çıkma skoru (%41,3 p<0,001), yaş skoru (%17,3 p=0,014), soruna odaklanma ve duygularını açığa vurma skoru (%15,5 p=0,029), yararlı sosyal destek kullanımı skoru (%43,8 p<0,001), aktif başa çıkma skoru (%46,4 p<0,001), geri durma skoru (%27,3 p<0,001), duygusal sosyal destek kullanımı skoru (%29,9 p<0,001), kabullenme skoru (%30,9 p<0,001), diğer meşguliyetleri bastırma skoru (%34,7 p<0,001), plan yapma skoru (%42,2 p<0,001) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir. Madde kullanımı skoru ise pozitif yeniden yorumlama ve gelişme toplam skoru ile istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon göstermektedir (-%18,8 p=0,008).

Tablo 4.19. Başa çıkma (cope) ile Zihinsel Boş verme toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	0,118	0,095
Yaş	200	-0,147*	0,037
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	0,079	0,264
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	0,016	0,821
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	-0,009	0,904
Aktif Baş Çıkma	200	0,078	0,273
İnkâr	200	0,398**	<0,001
Şakaya Vurma-Mizah	200	0,429**	<0,001
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	0,284**	<0,001
Geri durma	200	0,408**	<0,001
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	0,090	0,204
Madde Kullanımı	200	0,087	0,223
Kabullenme	200	0,030	0,677
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	0,057	0,423
Plan Yapma	200	-0,004	0,954

* P<0,05, ** P<0,001

Zihinsel boş verme toplam skoru ile inkar skoru (%39,8 p<0,001), şakaya vurma-mizah skoru (%42,9 p<0,001), davranışsal olarak ilişki kesme skoru (%28,4 p<0,001), geri durma skoru (%40,8 p<0,001) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir. Yaş skoru ise zihinsel boş verme toplam skoru ile istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon göstermektedir (-% 14,7 p=0,037).

Tablo 4.20. Başa çıkma (cope) ile Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	0,133	0,061
Yaş	200	0,138	0,052
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	0,155*	0,029
Zihinsel Boş verme	200	0,016	0,821
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	0,366**	<0,001
Aktif Baş Çıkma	200	0,144*	0,042
İnkar	200	-0,122	0,086
Şakaya Vurma- Mizah	200	0,001	0,990
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	0,099	0,163
Geri durma	200	0,082	0,249
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	0,405**	<0,001
Madde Kullanımı	200	-0,010	0,889
Kabullenme	200	0,261**	<0,001
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	0,184**	0,009
Plan Yapma	200	0,202**	0,004

* P<0,05, ** P<0,001

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma toplam skoru ile pozitif yeniden yorumlama ve gelişme skoru (%15,5 p=0,029), yararlı sosyal destek kullanımı skoru (%36,6 p<0,001), aktif başa çıkma skoru (%14,4 p=0,042), duygusal sosyal destek kullanımı skoru (%40,5 p<0,001), kabullenme skoru (%26,1 p<0,001), diğer meşguliyetleri bastırma skoru (%18,4 p=0,009), plan yapma skoru (%20,2 p=0,004) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir.

Tablo 4.21. Başa çıkma (cope) ile Yararlı sosyal destek kullanımı toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Başa Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Başa Çıkma	200	0,361**	<0,001
Yaş	200	0,204**	0,004
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	0,438**	<0,001
Zihinsel Boş verme	200	-0,009	0,904
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	0,366**	<0,001
Aktif Başa Çıkma	200	0,466**	<0,001
İnkar	200	-0,094	0,187
Şakaya Vurma- Mizah	200	0,016	0,823
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	-0,204**	0,004
Geri durma	200	0,112	0,116
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	0,540**	<0,001
Madde Kullanımı	200	-0,205**	0,004
Kabullenme	200	0,346**	<0,001
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	0,420**	<0,001
Plan Yapma	200	0,521**	<0,001

* P<0,05, ** P<0,001

Yararlı sosyal destek kullanımı toplam skoru ile dini olarak başa çıkma skoru (%36,1 p<0,001), yaş skoru (%20,4 p=0,004), pozitif yeniden yorumlama ve gelişme skoru (%43,8 p<0,001), soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma skoru (%36,6 p<0,001), aktif başa çıkma skoru (%46,6 p<0,001), duygusal sosyal destek kullanımı skoru (%54,0 p<0,001), kabullenme skoru (%34,6 p<0,001), diğer meşguliyetleri bastırma skoru (%42,0 p<0,001), plan yapma skoru (%52,1 p<0,001) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir.

Davranışsal olarak ilişki kesme skoru (-%20,4 p=0,004) ve madde kullanımı skoru (-%20,5 p=0,004) ise yararlı sosyal destek kullanımı toplam skoru ile istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon göstermektedir.

Tablo 4.22. Başa çıkma (cope) ile Aktif Başa Çıkma toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	0,293**	<0,001
Yaş	200	0,030	0,671
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	0,464**	<0,001
Zihinsel Boş verme	200	0,078	0,273
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	0,144*	0,042
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	0,466**	<0,001
İnkar	200	0,003	0,971
Şakaya Vurma- Mizah	200	0,076	0,282
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	-0,231**	0,001
Geri durma	200	0,190**	0,007
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	0,209**	0,003
Madde Kullanımı	200	-0,101	0,155
Kabullenme	200	0,235**	0,001
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	0,311**	<0,001
Plan Yapma	200	0,591**	<0,001

* P<0,05, ** P<0,001

Aktif başa çıkma toplam skoru ile dini olarak başa çıkma skoru (%29,3 p<0,001), pozitif yeniden yorumlama ve gelişme skoru (%46,4 p<0,001), soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma skoru (%14,4 p=0,042), yararlı sosyal destek kullanımı skoru (%46,6 p<0,001), geri durma skoru (%19,0 p=0,007), duygusal sosyal destek kullanımı skoru (%20,9 p=0,003), kabullenme skoru (%23,5 p=0,001), diğer meşguliyetleri bastırma skoru (%31,1 p<0,001), plan yapma skoru (%59,1 p<0,001) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir.

Davranışsal olarak ilişki kesme skoru (-%23,1 p=0,001) ise aktif başa çıkma toplam skoru ile istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon göstermektedir.

Tablo 4.23. Başa çıkma (cope) ile İnkâr toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	0,038	0,591
Yaş	200	-0,075	0,292
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	0,092	0,197
Zihinsel Boş verme	200	0,398**	<0,001
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	-0,122	0,086
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	-0,094	0,187
Aktif Baş Çıkma	200	0,003	0,971
Şakaya Vurma- Mizah	200	0,466**	<0,001
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	0,374**	<0,001
Geri durma	200	0,331**	<0,001
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	-0,047	0,512
Madde Kullanımı	200	0,100	0,160
Kabullenme	200	-0,029	0,684
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	0,085	0,232
Plan Yapma	200	-0,005	0,942

* P<0,05, ** P<0,001

İnkâr toplam skoru ile zihinsel boş verme skoru (%39,8 p<0,001), şakaya vurma-mizah skoru (%46,6 p<0,001), davranışsal olarak ilişki kesme skoru (%37,4 p<0,001), geri durma skoru (%33,1 p<0,001) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir.

Tablo 4.24. Başa çıkma (cope) ile Şakaya Vurma toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	-0,028	0,699
Yaş	200	-0,066	0,355
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	0,020	0,778
Zihinsel Boş verme	200	0,429**	<0,001
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	0,001	0,990
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	0,016	0,823
Aktif Baş Çıkma	200	0,076	0,282
İnkâr	200	0,466**	<0,001
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	0,306**	<0,001
Geri durma	200	0,255**	<0,001
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	0,112	0,115
Madde Kullanımı	200	0,286**	<0,001
Kabullenme	200	0,022	0,759
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	0,073	0,306
Plan Yapma	200	0,033	0,643

* P<0,05, ** P<0,001

Şakaya vurma toplam skoru ile zihinsel boş verme skoru (%42,9 p<0,001), inkar skoru (%46,6 p<0,001), davranışsal olarak ilişki kesme skoru (%30,6 p<0,001), geri durma skoru (%25,5 p<0,001), madde kullanımı skoru (%28,6 p<0,001) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir.

Tablo 4.25. Başa çıkma (cope) ile Davranışsal İlişki Kesme toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	-0,072	0,308
Yaş	200	0,031	0,660
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	-0,121	0,088
Zihinsel Boş verme	200	0,284**	<0,001
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	0,099	0,163
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	-0,204**	0,004
Aktif Baş Çıkma	200	-0,231**	0,001
İnkâr	200	0,374**	<0,001
Şakaya Vurma- Mizah	200	0,306**	<0,001
Geri durma	200	0,352**	<0,001
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	-0,051	0,473
Madde Kullanımı	200	0,149*	0,035
Kabullenme	200	0,050	0,486
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	-0,024	0,733
Plan Yapma	200	-0,242**	0,001

* P<0,05, ** P<0,001

Davranışsal olarak ilişki kesme toplam skoru ile zihinsel boş verme skoru (%28,4 p<0,001), inkâr skoru (%37,4 p<0,001), şakaya vurma- mizah skoru (%30,6 p<0,001), geri durma skoru (%35,2 p<0,001), madde kullanımı skoru (%14,9 p=0,035), pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir.

Yararlı sosyal destek kullanımı skoru (-%20,4 p=0,004), aktif başa çıkma skoru (-%23,1 p=0,001), plan yapma skoru (-%24,2 p=0,001) ise davranışsal olarak ilişki kesme toplam skoru ile istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon göstermektedir.

Tablo 4.26. Başa çıkma (cope) ile Geri durma toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	0,201**	0,004
Yaş	200	0,137	0,054
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	0,273**	<0,001
Zihinsel Boş verme	200	0,408**	<0,001
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	0,082	0,249
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	0,112	0,116
Aktif Baş Çıkma	200	0,190**	0,007
İnkâr	200	0,331**	<0,001
Şakaya Vurma -Mizah	200	0,255**	<0,001
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	0,352**	<0,001
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	0,181*	0,010
Madde Kullanımı	200	-0,105	0,138
Kabullenme	200	0,208**	0,003
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	0,293**	<0,001
Plan Yapma	200	0,070	0,327

* P<0,05, ** P<0,001

Ger i durma toplam skoru ile dini olarak başa çıkma skoru (%20,1 p=0,004), pozitif yeniden yorumlama ve gelişme skoru (%27,3 p<0,001), zihinsel boş verme skoru (%40,8 p<0,001), aktif başa çıkma skoru (%19,0 p=0,007), inkâr skoru (%33,1 p<0,001), şakaya vurma- mizah skoru (%25,5 p<0,001), davranışsal olarak ilişki kesme skoru (%35,2 p<0,001), duygusal sosyal destek kullanımı skoru (%18,1 p=0,010), kabullenme skoru (%20,8 p=0,003), diğer meşguliyetleri bastırma skoru (%29,3 p<0,001) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir.

Tablo 4.27. Başa çıkma (cope) ile Duygusal Sosyal Destek Kullanımı toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	0,280**	<0,001
Yaş	200	0,083	0,242
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	0,299**	<0,001
Zihinsel Boş verme	200	0,090	0,204
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	0,405**	<0,001
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	0,540**	<0,001
Aktif Baş Çıkma	200	0,209**	0,003
İnkar	200	-0,047	0,512
Şakaya Vurma -Mizah	200	0,112	0,115
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	-0,051	0,473
Geri durma	200	0,181*	0,010
Madde Kullanımı	200	-0,057	0,427
Kabullenme	200	0,315**	<0,001
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	0,329**	<0,001
Plan Yapma	200	0,327**	<0,001

* P<0,05, ** P<0,001

Duygusal sosyal destek kullanımı toplam skoru ile dini olarak başa çıkma skoru (%28,0 p<0,001), pozitif yeniden yorumlama ve gelişme skoru (%29,9 p<0,001), soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma skoru (%40,5 p<0,001), yararlı sosyal destek kullanımı skoru (%54,0 p<0,001), aktif başa çıkma skoru (%20,9 p=0,003), geri durma skoru (%18,1 p=0,010), kabullenme skoru (%31,5 p<0,001), diğer meşguliyetleri bastırma skoru (%32,9 p<0,001), plan yapma skoru (%32,7 p<0,001) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir.

Tablo 4.28. Başa çıkma (cope) ile Madde Kullanımı toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	-0,177*	0,012
Yaş	200	-0,091	0,198
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	-0,188**	0,008
Zihinsel Boş verme	200	0,087	0,223
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	-0,010	0,889
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	-0,205**	0,004
Aktif Baş Çıkma	200	-0,101	0,155
İnkar	200	0,100	0,160
Şakaya Vurma -Mizah	200	0,286**	<0,001
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	0,149*	0,035
Geri durma	200	-0,105	0,138
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	-0,057	0,427
Kabullenme	200	-0,074	0,296
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	-0,098	0,169
Plan Yapma	200	-0,177*	0,012

* P<0,05, ** P<0,001

Madde kullanımı toplam skoru ile şakaya vurma- mizah skoru (%28,6 p<0,001), davranışsal olarak ilişki kesme skoru (%14,9 p=0,035) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir.

Madde kullanımı toplam skoru ile dini olarak başa çıkma skoru (-%17,7 p=0,012), pozitif yeniden yorumlama ve gelişme skoru (-%18,8p=0,008), yararlı sosyal destek kullanımı skoru (-%20,5 p=0,004), plan yapma skoru (-%17,7 p=0,012) istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon göstermektedir.

Tablo 4.29. Başa çıkma (cope) ile Kabullenme toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	0,335**	<0,001
Yaş	200	0,262**	<0,001
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	0,309**	<0,001
Zihinsel Boş verme	200	0,030	0,677
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	0,261**	<0,001
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	0,346**	<0,001
Aktif Baş Çıkma	200	0,235**	0,001
İnkar	200	-0,029	0,684
Şakaya Vurma -Mizah	200	0,022	0,759
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	0,050	0,486
Geri durma	200	0,208**	0,003
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	0,315**	<0,001
Madde Kullanımı	200	-0,074	0,296
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	0,336**	<0,001
Plan Yapma	200	0,223**	0,002

* P<0,05, ** P<0,001

Kabullenme toplam skoru ile dini olarak başa çıkma skoru (%33,5 p<0,001), yaş skoru (%26,2 p<0,001), pozitif yeniden yorumlama ve gelişme skoru (%30,9 p<0,001), soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma skoru (%26,1 p<0,001), yararlı sosyal destek kullanımı skoru (%34,6 p<0,001), aktif başa çıkma skoru (%23,5 p=0,001), geri durma skoru (%20,8 p=0,003), duygusal sosyal destek kullanımı skoru (%31,5 p<0,001), diğer meşguliyetleri bastırma skoru (%33,6 p<0,001), plan yapma skoru (%22,3 p=0,002) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir.

Tablo 4.30. Başa çıkma (cope) ile Diğer Meşguliyetleri Bastırma toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	0,235**	0,001
Yaş	200	0,137	0,054
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	0,347**	<0,001
Zihinsel Boş verme	200	0,057	0,423
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	0,184**	0,009
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	0,420**	<0,001
Aktif Baş Çıkma	200	0,311**	<0,001
İnkar	200	0,085	0,232
Şakaya Vurma -Mizah	200	0,073	0,306
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	-0,024	0,733
Geri durma	200	0,293**	<0,001
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	0,329**	<0,001
Madde Kullanımı	200	-0,098	0,169
Kabullenme	200	0,336**	<0,001
Plan Yapma	200	0,334**	<0,001

* P<0,05, ** P<0,001

Diğer meşguliyetleri bastırma toplam skoru ile dini olarak başa çıkma skoru (%23,5 p=0,001), pozitif yeniden yorumlama ve gelişme skoru (%34,7 p<0,001), soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma skoru (%18,4 p=0,009), yararlı sosyal destek kullanımı skoru (%42,0 p<0,001), aktif başa çıkma skoru (%31,1 p<0,001), geri durma skoru (%29,3 p<0,001), duygusal sosyal destek kullanımı skoru (%32,9 p<0,001), kabullenme skoru (%33,6 p<0,001), plan yapma skoru (%33,4 p<0,001) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir.

Tablo 4.31. Başa çıkma (cope) ile Plan Yapma toplam skoru arasındaki korelasyon düzeyleri ve p değerleri

Baş Çıkma (cope)	Kişi Sayısı	PearsonRho	P
Dini Olarak Baş Çıkma	200	0,227**	0,001
Yaş	200	0,163*	0,021
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	200	0,422**	<0,001
Zihinsel Boş verme	200	-0,004	0,954
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	200	0,202**	0,004
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	200	0,521**	<0,001
Aktif Baş Çıkma	200	0,591**	<0,001
İnkar	200	-0,005	0,942
Şakaya Vurma -Mizah	200	0,033	0,643
Davranışsal Olarak İlişki Kesme	200	-0,242**	0,001
Geri durma	200	0,070	0,327
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	200	0,327**	<0,001
Madde Kullanımı	200	-0,177*	0,012
Kabullenme	200	0,223**	0,002
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	200	0,334**	<0,001

* P<0,05, ** P<0,001

Plan yapma toplam skoru ile dini olarak başa çıkma skoru (%22,7 p=0,001), yaş skoru (%16,3 p=0,021), pozitif yeniden yorumlama ve gelişme skoru (%42,2 p<0,001), soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma skoru (%20,2 p=0,004), yararlı sosyal destek kullanımı skoru (%52,1 p<0,001), aktif başa çıkma skoru (%59,1 p<0,001), duygusal sosyal destek kullanımı skoru (%32,7 p<0,001), kabullenme skoru (%22,3 p=0,002), diğer meşguliyetleri bastırma skoru (%33,4 p<0,001) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermektedir.

Davranışsal olarak ilişki kesme (-%24,2 p=0,001) ve madde kullanımı (-%17,7 p=0,012) ise plan yapma toplam skoru ile istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Kanserli hastalara bakım veren aile üyeleri hastanın primer bakım vericileridir. Aile üyelerinin hastaların semptomlarını izleme ve kontrolünü sağlama, tıbbi tedavilerinin yapılmasını ve rahatlığını sağlama, problem çözme ve karar verme, emosyonel destek verme, bakımı koordine etme, hastalarının güvenliği ve fonksiyonlarının devamı için çevreyi düzenleme ve uygun araç-gereç donanımını sağlama gibi karmaşık görevleri bulunmaktadır (Polat, 2011). Kanserli hastalara primer bakım veren aile üyeleri hastaları için bu destekleyici rollerini yerine getirirken stres yaşayabilmekte, fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlıkları ve yaşam kaliteleri de olumsuz etkilenebilmektedir. Kanserli hastalara bakım veren bakıcılarının tükenmişlik düzeyleri ve sosyal yaşamlarına etkisinin değerlendirildiği bu çalışmada, bakım verenlerin algıladıkları tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu, hastaya bakım sunarken yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen sonuçlar bulgulara paralel olarak tartışılmıştır.

Çalışmamızda hasta yakınlarının çoğunluğu 40 yaş üzeri bulunmuştur. Sherman ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hasta yakınlarının yaş ortalaması 56, Miyasitha ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında ise hastaya bakım verenlerin yaş ortalaması 60 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda hasta yakınlarının %58'ini kadınlar oluşturmaktadır. Çalışma sonucumuz literatürdeki çalışmalarla benzer özellik taşımaktadır. Altın'ın (2006) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %86'sının kadın olduğu bulunmuştur. Avrupa çapında 11 ülkede yapılan EURO CARE çalışmasında; dokuz ülkede bakım verenlerin %50'den fazlasının kadın olduğu bulunmuştur. Buna karşın dört ülkede tam tersi bir sonuç bulunmuştur (Schneider ve ark., 1999). Yıldırım ve arkadaşlarının (2009) bakım verenlerde depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesini incelediği çalışmada bakım verenlerin % 73'ü kadın olduğu tespit edilmiştir. Yaşlı bireye bakım veren bireylerin özellikleri incelendiğinde, tamamına yakınının (%96.9) kadın olduğu tespit edilmiştir (Akça ve Taşçı, 2005). Doğan ve arkadaşlarının (2002) araştırmasında bakım verenlerin %78.3'ünün kadın olduğu tespit edilmiştir. Kanserli hastalara bakım verenlerin bakım verme yükünü ölçmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bir çalışmada; bakım verenlerin çoğunun (%65) kadın olduğu tespit edilmiştir (Şahin ve ark., 2009). Kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin en önemli nedeni; genellikle

toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesi olabilir (Akın ve Demirel, 2003).

Çalışmamızda hasta yakınlarının %74.5'i evli olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucumuz literatürdeki çalışmalarla benzer özellik taşımaktadır. Doğan ve arkadaşlarının (2002) araştırmasında bakım verenlerin 19'u evli (% 82.6) olduğu tespit edilmiştir. Şahin ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada bakım verenlerin % 63.1'i evlidir. Altun (1998)'un çalışmasında bakım verenlerin %80.3'ü, Bodur ve Cingil (2006)'in çalışmasında ise %54.2'si evlidir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının %39.5'i ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır.. Şahin ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında bakım verenlerin %50'si okuryazar/ilköğretim mezunudur. Altun (1998)'un çalışmasında bakım verenlerin %50'si, Bodur ve Cingil (2006)'in çalışmasında ise %50'sinin okuryazar/ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Bu durum bakım verenlerin çoğunluğunun kadın ve çalışmayan kişilerden oluşmasını açıklayabilir. Eğitim düzeyinin düşük olması bakımın kalitesinin azalmasına sebep olabilir ve bakım yükünü arttırabilir (Tuna, 2010). Iconomou ve arkadaşlarının (2001) çalışmalarında daha düşük eğitim seviyesine sahip olan bakıcıların daha yüksek eğitim seviyesi olanlara göre daha fazla duygusal stres yaşadıklarını, yaşamları üzerinde daha fazla etki olduğunu ve daha kötü fiziksel sağlıkta olduklarını bildirmişlerdir.

Hasta yakınlarının çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde %69,5'i çocuk sahibi iken, %30,5'i çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır. Şahin ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında bakım verenlerin %41'i 2 ve daha fazla çocuğa sahiptir. Evli ve çocuk sahibi olmak bakım vermenin sorumluluklarıyla daha etkin baş edebilmeyi sağlayabilir (Orak, 2011).

Çalışmamızda hasta yakınlarının % 65.5 'i çalışmadığı saptanmıştır. Doğan ve arkadaşlarının (2002) yaptığı araştırmada hastalara bakım verenlerin %82.62'sinin işi olmadığı tespit edilmiştir. Şahin ve arkadaşlarının (2008) yaptığı araştırmada ise %57.4'ünün çalışmadığı görülmüştür. Bakım verenlerin çoğunluğunun ailedeki çalışmayan birey olduğu görülmektedir. Literatürde bakım verenlerin bakım verme rolü nedeniyle; finansal olarak hastane ve tedavi masrafları arttığı için başkalarından maddi destek almak zorunda kaldıkları,

uzun süre çalışmadıkları, gelirlerinin azaldığı, giderlerinin arttığı ve işten ayrılmak zorunda kaldıkları belirtilmektedir (Yıldızeli, 2017).

Çalışmamızda gelir düzeyi düşük olanların hasta bakımında daha çok zorlandığı belirlenmiştir. Literatürde çalışmamıza paralel olarak, daha düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olan bakım verenlerin; yük ve sağlık durumlarının daha kötü olduğu belirtilmektedir (Hsu ve ark., 2014; Dumont ve ark., 2006; Yıldız, Dedeli ve Çınar Pakyüz, 2016).

Çalışmamızda hasta yakınlarının % 90 'ı aile üyesi olduğu saptanmıştır. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %88.9'u hastanın çocuğudur. Bakım verenlerin yakınlık dereceleri ülkelere göre farklılık göstermektedir. Rinaldi ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun hastaların çocukları olduğunu ikinci sırada eşlerinin geldiğini bulmuştur. Berger ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışma ise bakım verenlerin büyük bir çoğunluğunun eşleri olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının 13'ü (%6,5) Hipertansiyon, 7'si (%3,5) Diabetes Mellitus, 5'i (%2,5) Kardiyovasküler hastalığı, 7'si (%3,5) Hipertansiyon ve Diabetes Mellitus, 1'i (%0,5) Hipertansiyon ve Kardiyovasküler Hastalığı, 1'i (%0,5) Diabetes Mellitus ve Kardiyovasküler Hastalığı, 19'u (%9,5) diğer (troid, kollojen doku hastalıkları gibi) hastalıkları olduğunu belirtirken, 147'si (%73,5)'u hiçbir hastalığı olmadığını belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin vermeyenlere göre daha fazla hastalık, semptom, sağlık hizmeti kullanımı, kardiyovasküler sorun gibi fiziksel sağlıkta objektif değişiklikler yaşadıklarına dikkat çekilmiştir (Toseland ve ark, 2001). Mellon ve arkadaşları (2002) çalışmalarında, uzun süredir kanser hastalığı olan hastalara bakım verenlerinin yaklaşık yarısında kalp hastalığı, hipertansiyon, artrit gibi fiziksel hastalıklar olduğunu belirlemişlerdir. Bu bulguların tersine bizim çalışmamızda aile üyelerinin büyük çoğunluğunun her hangi bir kronik hastalığı bulunmamıştır.

Fadıloğlu' nın aktardığına göre, Caregiver Resource Center (CRC)'ın 2004-2005 yıllarında yaptığı kapsamlı bir çalışmanın sonuçlarında, bakım verenlerin; %68'inin bilgi ve yönlendirme, %59'unun duygusal destek, %53.3'ünün ise ara ara dinlenmeye gereksinimi olduğu bildirilmektedir (Fadıloğlu, 2006). Yapılan diğer çalışmalarda da bakım verme sürecinde hastanın bakımını sürdüren aile bireylerinin bakım verme rolünde zorlandıklarını gösteren bulgular mevcuttur. Bu sorunlar; çaresizlik, suçluluk, öfke, korku, sosyal izolasyon,

yorgunluk, iştah, boşaltım, uyku, dikkat gibi bilişsel fonksiyonlar ve kişisel bakımda değişiklikler olarak sıralanabilir (Toptaş, 2013). Bakım verici rolüne uyum sırasında yaşanan bu sorunlar onların duygusal yüklerini ve yaşam şekillerini etkileyebilir (Yeh, Wierenga, Yuan, 2009; Yeşilbakan ve Okgün, 2010).

Çalışmamızda hasta yakınının yaşı ile duygusal tükenmişlik toplam skoru arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü korelasyon ($p=0,004$) bulunmuştur. Hasta yakınının yaşı arttıkça duygusal tükenme düzeyinin arttığı görülmektedir. Bu da yaş ilerledikçe kişilerin olaylar karşısında zorlanması, beklentilerin azalması gösterilebilir. Tuna (2010) ise çalışmasında hasta yakınının yaşı arttıkça duygusal tükenme düzeyinin azaldığını belirlemiştir.

Çalışmamızda duyarsızlaşma toplam skoru ile duygusal tükenme skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon ($p<0,001$) bulunmuştur. Hasta yakınlarında duyarsızlaşma arttıkça, duygusal tükenmeninde arttığı görülmektedir. Hasta yakınları ile yapılan başka bir çalışmada, hasta yakınlarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığı belirlenmiştir (Tuna ve Olgun, 2010).

Çalışmamızda kişisel başarı toplam skoru ile yaş skoru negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon ($p=0,046$) göstermektedir. Hasta yakınının yaşı arttıkça kişisel başarının azaldığı görülmektedir. Literatürde bu konu ile ilgili benzer çalışmalarda, Gün (2017) çalışmasında hasta yakınlarının kişisel başarılarının düşük olduğunu belirlemiştir. Hasta yakınları ile yapılan bir çalışmada ise, hasta yakınlarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığı fakat kişisel başarılarının düşük olmadığı belirlenmiştir (Tuna ve Olgun, 2010). Bu bulgular hasta yakınlarında bakım konusunda kendilerini yetersiz hissetmelerine bağlı olarak kişisel başarılarının düşük olduğunu düşündürmektedir.

Stres verici olayların olumsuz etkilerinin minimal düzeye indirilmesi ya da tamamen yok edilmesi, baş etme tutumlarının kullanılması evrensel bir süreçtir. Farklı hasta grupları ve bakım verenleri ile yapılan çalışmalarda baş etme tutumlarının değişik alt boyutlarının tercih edildiği tespit edilmiştir. Literatürde kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin yaşadığı sorunların ve bu sorunlarla baş etme durumlarının gerek hasta gerekse bakım verenin bazı özelliklerine göre değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin çoğunun 40 yaş ve üstünde, evli ve çalışmadığı, 45 yaş ve üzeri olanların, ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda yaş ile pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ($p=0,014$), yararlı sosyal destek kullanımı ($p=0,004$), kabullenme ($p<0,001$), plan yapma ($p=0,021$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Zihinsel boş verme ile yaş arasında negatif yönde ilişki ($p=0,037$) olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda yaş ile bakım verme rolü nedeniyle yaşanan sorunlara ilişkin farklı sonuçların olduğu görülmektedir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda; 45 yaş ve üzeri bakım verenlerin 45 yaş ve altı bakım verenlere göre daha çok psikolojik sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir (Karabuğa Yakar ve Pınar, 2013). Genç hasta yakınlarının, sıklıkla daha yaşlı olan eşler gibi bakım yükünün merkezinde yer almamaları durumu açıklamaktadır. Ancak bir çalışmada ise; bakım verenlerin yaş ortalaması arttıkça obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve hostilite gibi bilişsel/ruhsal sorunların azaldığı tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da bakım verenlerin baş etme tutumu alt boyutlarından; en çok “dini olarak başa çıkma (%91)”, “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (%82,5)”, “yararlı sosyal destek kullanımı (%65,5)”, “aktif başa çıkma (%62)”, “plan yapmayı (%59)” kullandıkları belirlenmiştir.

Ayrıca çalışmamızda cope ölçeğine göre gelir düzeyi düşük olanların dini olarak başa çıkma %36,5, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme %33,5, yararlı sosyal destek kullanımı %25,5 baş etme tutumlarını daha çok kullandıkları saptanmıştır. Erkuran’ın 2015’te yaptığı bir çalışmada, gelir düzeyi düşük olanların en çok duygusal odaklı başetme yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır.

Literatürde bakım vermenin getirdiği psikolojik sorunlar ile sosyal destek alma arasında doğrudan bir ilişki olduğu saptanmış, bakım verenlerin; aile ve arkadaşlarının yanında olduklarını bilmeye, yalnız olmadıklarını hissetmeye, eğitim, bilgi, ekonomi ile ilgili konularda yardım almaya, duygusal ve sosyal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (Yıldız, Dedeli ve Çınar, 2016). Yararlı sosyal destek sistemlerini etkili şekilde kullanan bakım verenlerin güçlüklerle daha kolay baş edebilecekleri vurgulanmaktadır (Ağargün, Beşiroğlu ve ark. 2005).

Bizim çalışmamızda Cope ölçeğine göre bakım verenlerin en çok; dini olarak başa çıkma (%91), yararlı sosyal destek kullanımı (%65,5) ve plan yapmayı (%59) tercih etmeleri

bakım verme rolü nedeniyle yaşadıkları güçlükleri yönetmekte zorlandıklarını göstermektedir. Aile üyeleri de kanser tanısı ve buna bağlı bakım verme rolü nedeniyle bazı kayıplara maruz kalmakta, öfke, çaresizlik, suçluluk, korku ve sosyal izolasyon gibi duygular yaşayabileceği düşünülmektedir.

Ülkemizde kanserli hastalara bakım verenlerle yapılan bir çalışmada %58.8 'inin dini duygularının kuvvetli olduğu gösterilmiştir (Fadıloğlu, 1996). Bizim çalışmamızda ise dini olarak başa çıkma toplam skoru ile pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ($p<0,001$), yararlı sosyal destek kullanımı ($p<0,001$), aktif başa çıkma ($p<0,001$), geri durma ($p=0,004$), duygusal sosyal destek kullanımı ($p<0,001$), kabullenme ($p<0,001$), diğer meşguliyetleri bastırma ($p=0,001$), plan yapma ($p=0,001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda madde kullanımı ile dini olarak başa çıkma toplam skoru arasında negatif ilişki ($p=0,012$) belirlenmiştir. Madde kullanımı arttıkça dini olarak başa çıkma yöntemi kullanımı azalmaktadır. Kronik hastalıklar, stres ve baş etme yöntemlerini değerlendiren çalışmalarda en sık kullanılan baş etme yönteminin dine yönelme olduğu bildirilmiştir. Kanserli hastalara bakım verenlerin en fazla (%82.3) kullandıkları baş etme yönteminin "Dua etme, Allah'a güvenme ve umut " olduğu gösterilmiştir (Fadıloğlu, 1996).

Çalışmamızda, baş etme yöntemlerinden yararlı sosyal destek kullanımı ($p=0,004$), aktif başa çıkma ($p=0,001$), plan yapma ($p=0,001$) ile davranışsal olarak ilişki kesme arasında negatif ilişki göstermektedir. Davranışsal olarak ilişki kesme arttıkça, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma ve plan yapma yöntemlerinin kullanımı azalmaktadır. Türkiye'de over kanserli olgularda başa çıkma mekanizmaları ile yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen bir çalışmada, davranışsal ilişki kesme, kötü yaşam kalitesi ile ilişkili bir başa çıkma mekanizması olarak saptanmıştır. Davranışsal ilişki kesme stresle başa çıkma çabalarının azalmasına ve hastanın kendisini geri çekerek bir kaçınma tepkisi oluşturmasına yol açmaktadır. Davranışsal ilişki kesme aktif başa çıkmanın zıttıdır. Davranışsal ilişki kesme bir tür pes etme ve hastalıkla mücadeleyi bırakma anlamına gelir. Davranışsal ilişki kesme ile başa çıkmaya çalışan meme kanserli kadın olguların, duygularını düzenleme, sağlık personeli ile iletişimde başarılı olma, yardım arama, sosyal destek bulma, duygusal açıdan kendisini rahatlatma gibi konularda kişisel etkinliklerinin daha az olduğu bulunmuştur (Collie ve ark., 2005).

Çalışmamızda başetme yöntemlerinden madde kullanımı ile şakaya vurma- mizah ($p<0,001$), davranışsal olarak ilişki kesme ($p=0,035$) arasında pozitif yönde ilişki, madde kullanımı ile dini olarak başa çıkma ($p=0,012$), pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ($p=0,008$), yararlı sosyal destek kullanımı ($p=0,004$), plan yapma ($p=0,012$) arasında negatif ilişki göstermektedir. Madde kullanımı arttıkça şakaya vurma-mizah ve davranışsal olarak ilişki kesmede artmakta, dini olarak başa çıkma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı ve plan yapma yöntemlerinin kullanımı azalmaktadır. Tuncay ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında madde kullanımıyla başa çıkma yönteminin en az kullanılan yöntem olduğu tespit edilmiştir.

Kanser hastalarının yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar; sosyal desteğin hastanın yaşam kalitesini yükseltmede önemli bir rolü olduğunu göstermektedir (Toptaş, 2013). Hastaların yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bakım veren yakınlarının da yaşam kalitesinin yüksek olması önemlidir. Yapılan çalışmalar hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenebildiğini ortaya koymaktadır. Bu çalışmalarda; hastaların sıkıntısı arttıkça ve semptomları kontrol edilemez oldukça, bakım veren aile üyelerinin algıladıkları yükün, depresyon ve anksiyete eğilimlerinin, uyku problemlerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmiştir (Toptaş, 2013). Bir başka çalışmada, bakım veren hasta yakınlarının depresyon oranının yüksek olduğu ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin belirgin olarak azaldığı ortaya konmuştur (Çivi, Kutlu ve Çelik, 2011). Ferrel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, over kanserli hastalarına bakım veren aile üyeleri; kendilerini çok yorgun hissettiklerini ve hastalığın başlangıcından itibaren kendilerinde birçok sağlık sorunu ortaya çıktığını, sorunlarla baş etmede yetersiz kaldıklarını ve hastalarına bakabilmek için işlerinden ayrılmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir (Ferrel, Ervin, Smith ve ark., 2002). Weitzner ve arkadaşlarının (1999) 267 bakım veren hasta yakını ile yaptığı ve Kim ve arkadaşlarının (2007) 739 bakım veren hasta yakını ile yaptığı iki çalışmada da kanser hasta bakımının yaşam kalitesine olumsuz etkileri benzer şekillerde vurgulanmaktadır.

Hasta yakınlarının yaşları ile yaşam kaliteleri kıyaslandığında fiziksel rol güçlüğü ($p=0,005$), emosyonel rol güçlüğü ($p=0,002$), enerji-canlılık-vitalite ($p=0,029$), sosyal işlevsellik ($p=0,005$), ağrı ($p=0,032$) alt ölçeklerinde ters yönlü istatistiksel anlamlılık saptandı. Bu durum için yaşın artmasıyla birlikte fizyolojik değişikliklere paralel ortaya çıkan fiziksel rahatsızlıklar sonucunda bireyin yaşam kalitesinin düştüğü söylenebilir. Kızılcı'nın

(1999) çalışmasında da yaşla birlikte yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir. Malak ve Dicle'nin (2008) çalışmasında yaş ile bağlantı bulunmamıştır. Benzer şekilde Çivi ve diğerlerinin kanserli hastaya bakım verenlerde depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, yaşa göre yaşam kalitesinin değişmediği belirlenmiştir (Çivi, Kutlu ve Çelik, 2011).

Hasta yakını katılımcıların 116'sı (%58) kadın, 84'ü (%42) erkektir. Malak ve Dicle'nin (2008) 40 hasta yakını üzerinde yaptığı çalışmada cinsiyetin yaşam kalitesine etkisi bulunmamıştır. Kızılcı'nın (1999) çalışmasında kadın hasta yakınlarının yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Grov ve arkadaşlarının meme kanseri ve prostat kanseri olmak üzere iki ayrı grupta yaptıkları çalışmada, her iki grupta da kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadığı belirlenmiştir (Grov, Dahl, Moum ve Fossa, 2005). Erdman ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada eşin hastalığı durumunda, kadın eşlerin erkek eşlerden daha fazla uyku bozukluğu yaşadığını belirtmişlerdir (Erdman ve ark., 1993).

6. SONUÇLAR

Palyatif bakım hastalarının bakıcılarında tükenmişlik düzeylerinin sosyal yaşamları üzerindeki etkisini araştırdığımız, 200 hasta yakını ile Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesinde yürüttüğümüz bu çalışmamızdan çıkan, bilime katkı sağlayacak, bize yol gösterecek sonuçlar şöyledir:

- Hasta yakını katılımcıların 116'sı (%58) kadın, 84'ü (%42) erkektir. Hasta yakınlarının çoğunluğu 40 yaş üstü olarak bulunmuştur. Hasta yakınlarından 149'u (%74,5) evli, 33'ü (%16,5) bekâr; 18'i (%9) duldu. Hasta yakınlarının 139'u (%69,5) çocuk sahibi iken, 61'i (%30,5) çocuk sahibi değildir. Hasta yakınlarından 79'u (%39,5) ilkokul öğrenimi gördüğünü belirtirken, 25'i (%12,5) ortaokul, 39'u (%19,5) lise, 57'si (%28,5) üniversite öğrenimi gördüğünü belirtmiştir. Hasta yakınlarından 80'i (%40) ekonomik durumunu 'Gelir giderden az' olarak tariflerken, 109'u (%54,5)'Gelir gidere denk', 11'i (%5,5) 'Gelir giderden fazla' olarak tanımlamıştır. Hasta yakınlarının 131'i (%65,5) çalışmıyor iken, 69'unun (%34,5) çalıştığı tespit edilmiştir. Hasta yakınlarından 149'u (%74,5) sigara kullanmadığını belirtirken, 51'i (%25,5) sigara kullandığını belirtmiştir.
- Bakım verenlerin yaşı ve duyarsızlaşma skoru ile duygusal tükenme arasında pozitif yönde ilişki, yaş ile kişisel başarı arasında negatif ilişki belirlenmiştir.
- Hasta yakınlarının yaşları ile yaşam kaliteleri kıyaslandığında fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji-canlılık-vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı alt ölçeklerinde negatif yönlü istatistiksel anlamlılık saptanmıştır.
- Sosyal işlevsellik ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji-canlılık-vitalite, ruhsal sağlık, ağrı, genel sağlık algısı pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur.
- Çalışmamızda yaş ile pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, kabullenme, plan yapma alt ölçekleri arasında pozitif yönde ilişki bulundu. Zihinsel boş verme ile yaş arasında negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmamızda başetme yöntemlerinden yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, plan yapma ile davranışsal olarak ilişki kesme arasında negatif ilişki göstermektedir.
- Çalışmamızda başetme yöntemlerinden madde kullanımı ile şakaya vurma- mizah, davranışsal olarak ilişki kesme arasında pozitif yönde ilişki, madde kullanımı ile dini

olarak başa çıkma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, plan yapma arasında negatif ilişki göstermektedir.

- Dini olarak başa çıkma toplam skoru ile pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma alt ölçekleri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur.
- Araştırma sonuçları, bakım verenlerin hastaya bakım sunarken yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiği, tükenmişliklerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin de düşük düzeyde olduğunu göstermektedir.



ÖNERİLER

- Hasta yakınlarının yaşam kalitesini artırmak için kadın bakım verenlerin (özellikle yaşlı olan bakım vericiler ile hastası erkek olanlar bakım vericilerin) daha fazla desteklenmesi, bu desteğin hem bakımın paylaşılarak sürdürülmesi, hem de bakım dışındaki işlere yardım edilmesi (hastayı hastaneye getirip götürme, dışarıdaki işlerini sürdürme vb.) şeklinde olması önerilmiştir.
- Hasta yakınlarına verilecek destek, bakım verenlerin aile / evlilik ve iş hayatında, ekonomik durumunda ve sorumluluklarını yerine getirmelerine yardımcı olacak şekilde farklı yöntemler geliştirilerek verilmeli; bu destek evde semptom yönetimi ile ilgili eğitim programları, aile üyelerine gerekli maddi yardımın yapılması (devletin kanserli hastaya bakım veren aile üyelerine para ödemesi yapması gibi), aile üyelerinin sağlık bakım ekibi, akraba ve arkadaşları tarafından desteklenmesi gibi farklı destek kaynaklarını içermelidir.
- Kanserli hastaya ve ona bakım verenlerin kanser tanısının öğrenildiği ilk andan başlayarak eğitim verilmesi ve bu durumla nasıl başa çıkacakları konusunda davranış geliştirmeleri sağlanmalıdır.
- Kanserli hastalara bakım veren hemşireler özel olarak eğitilmelidir.
- Kanser hastalarına bakım verenler için; yardım alabilecekleri soru sorabilecekleri dernekler, topluluklar oluşturulmalıdır, internet siteleri arttırılmalıdır.
- Bakım verenlerin sağlık durumları belirli aralıklarla bütüncül olarak kontrol edilmelidir (yeterli uyku uyuma durumları, stres ve depresyon belirtileri gözlenmelidir).
- Başta aile hekimleri olmak üzere tüm sağlık çalışanları, hizmet verdikleri kanser hastalarının ve yakınlarının yaşam kalitesi sorunları iyi bilmeli, hangi grupların daha riskli olduğuna önem vermeli ve dikkat etmeli; kanser yönetiminde hasta ve yakınlarının tanı, tedavi, destek, izlem ve sevk hususlarında ulaşabilecekleri profesyonel çok yönlü sağlık hizmetini en iyi şekilde sağlamaya çalışmalıdırlar.
- Baş etme tutumlarının etkin kullanımı yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Bu etkin kullanım hasta yakınının psikolojik iyilik haliyle yakından ilişkilidir. Hasta yakınlarının psikiyatrik değerlendirmelerine önem verilmeli, ihtiyaç duyduğunda hastaya etkin çözümler bulması için danışmanlık sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L. ve ark. (2005). COPE (Başa çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 221-226.

Akça, N., & Taşçı, S. (2005). 65 Yaş üstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 14 (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 30-36*.

Akdemir, N. (2003). Kanser ve Hemşirelik Bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, I.Baskı, İstanbul: s:245-304.

Akdemir, N., & Bilal, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, Ankara, ss: 245-295.

Akdemir, N., & Birol L. (2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; p. 243-306.

Akın, A., & Demirel, S. (2003). Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 25(4):73-82*.

Akiyama, M., Takebayashi, T., Morita, T., Miyashita, M., Hirai, K., Matoba, M., Akizuki, N., Shirahige, Y., Yamagishi, A., & Eguchi, K. (2012). Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and home care of advanced cancer patients: A nation wide survey in Japan. *Support Care Cancer 20: 923-931*.

Akman Yılmaz, A. (2017). Kemoterapi protokollerinin yan etkilerine yönelik teknolojinin hasta yararına kullanımı. 22. Ulusal Kanser Kongresi, Bildiri Kitabı, 19-23 Nisan 2017, Antalya: s.69-70.

Akpınar, B. (2009). Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ).

Akyolcu, N. (2002). Kanser Hastalarında Dispne ve Hemşirelik Bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6(1), 1-7.

Al Qadire, M. (2014). Nurses' knowledge about palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(1):23-30.

Al-Jauissy, M. S. (2010). Health care needs of Jordanian caregivers of patients with cancer receiving chemotherapy on an outpatient basis. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16(10), 1091.

Altın, M. (2006). Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete. Uzmanlık tezi, T.C.Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Altun, İ. (1998). Hasta yakınlarının bakım verme durumlarında zorlanma durumları. Marmara Üniversitesi 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, 71-78.

American cancersociety. Chemotherapy side effects, (<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/chemotherapy/chemotherapy-side-effects>). Html, Erişim Tarihi: 06.02.2018).

Anak, S.S. (2017). Çocuklarda Malign Hastalıklarda Kök Hücre Transplantasyonu. 22.Ulusal Kanser Kongresi, Bildiri Kitabı, Antalya, 19-23 Nisan 2017: s.196-199.

Ardınc, K., & Polatçı, S. (2008). Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 10(2): 69- 96.

Arı Sağlam, G., & Bal, E.Ç. (2008). Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi. *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 15(1): 131-148.

Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 3(3).

Aydoğan, F., & Uygun K. (2011). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim*. 24(3): 4-9.

Ayed, A., Sayej, S., Harazneh, L., Fashafsheh, I., & Eqtait, F. (2015). The nurses' knowledge and attitudes towards the palliative care. *Journal of Education and Practice* 6(4):91-99.

Bag, B. (2012). Psiko-Onkoloji, Psikososyal Sorunlar ve Ölçüm Yöntemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 4(4):449-464, 2012.

Bag, B., & Reis, N. (2013). Ethical dilemmas in hospice and palliative care units for advanced cancer patients. *Archives Medical Review Journal* 22(1):65-79.

Benowitz, S. (2013). Palliative care programs still face obstacles in mainstream cancer care. *News JNCI* 105(6):374-374.

Berger, G., Bernhardt, T., Weimer, E. ve arkadaşları (2005) Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients. *Journal Geriatr Psychiatry Neurol.* ;18(3):119-28.

Berkarda, B. (2002). Kanserin Biyolojisi, Medikal Onkoloji, Edi: Berkarda, B. Hatemi, H. Tavaslı Matbaacılık, s:9-13.

Berksun, O. (1992). Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Denemesi, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Bingley, A., & Clark, D. (2009). A comparative review of palliative care development in six countries represented by the middle east cancer consortium (Mecc). *Journal Of Pain and Symptom Management*, 37(3), 287-96.

Bleeker Rovers, C.P., Vos, F.J., & de Kleijn, E.M., et al.(2007). A prospective multicenter study on fever of unknown origin: the yield of a structured diagnostic protocol. *Medicine (Baltimore)* ; 86: 26-38.

Bodur, S., & Cingil, D. (2006). Bağımlı yaşlıların aile içi bakıcılarının bakımla ilgili tutumları ve eğitimle ilişkisi. *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 22(4):149-157.

Bora Başara, B., Güler, C., Soyutun Çağlar, İ., & Özdemir, T. A.(Ed). (2017) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara.

- Bower, J.E., Ganz, P.A., Desmond, K.A., & et al.(2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *J Clin Oncol*; 18: 743.
- Brennen, F. (2007). Palliative Care as an International Human Right. *Journal of Pain and Symptom Management* 33(5):494-499.
- Breslau, N., Staruch, K.S., Mortimer, E.A. Jr (1982). Psychological distress in mothers of disabled children. *Am J Dis Child*; 136: 682-686.
- Cameron, J.I., Franche, R.L., Cheung, A.M., & Stewart, D.E. Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer*. 2002;94(2):521-7.
- Canan, D.B.,& Mert, H. (2012). Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(2): 219-224.
- Cancer Key Facts. WHO Fight against cancer: strategies that prevent, cure and care. (www.int/entity/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007 Erişim tarihi:04.09.2017).
- Collie K. et al. (2005). Self efficacy, coping, and difficulties interacting with healthcare professionals among women living with breast cancer in rural communities, *Psycho-Oncology* 14: 901–912.
- Compton, C., Byrd, D.R., Garcian Aguilar, Kurtzman, S.H., Ojawaiye, M.D., & Washington, M.K. (2013) American Joint Committee On Cancer Cancer Staging Atlas. Amerika Kanser Derneği Kanser Evreleme Atlası. Ergüney S. Nobel Tıp Kitabevleri: p.9.
- Çam, O. (1992). Tükenmişlik Envanterinin Geçerlilik ve Güvenirliğinin Araştırılması, V11. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı, Bayraktar R, Dağ I, Editörler, Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara, 155-160.
- Çapri, B. (2006). Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2 (1): 62-77.
- Çınar, E. (2012). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakıcı Yükünün Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Çivi, S., Kutlu, R., & Çelik, H. H. (2011). Depression status and the factors affecting the quality of life in the relatives of the patients with cancer. *Gulhane Medical Journal*, 53(4).

Çokmert, S., Altun, Z., Öztop, İ., Aktaş, S., & Olgun, N. (2016). Kolorektal kanser ve immünoterapi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.30(3):131-137.

Derman, U. (2002). Medikal Onkolojiye Giriş, Medikal Onkoloji, Edi: Berkarda, B. Hatemi, H. Tavaslı Matbaacılık, s:14-38.

Desch, C. E. (2001). Kanser Etyolojisi: Onkojenler ve Çevresel/Toksik Karsinojenler, Cecil Essentials of Medicine – Türkçe 5. Baskı, s:485-488.

Dinçerol, C. (2013). Tükenmişlik Sendromunun Mesleki Tükenmişlik ve İş Tükenmişliği Açısından İncelenmesi: Öğretmenler Üzerinde Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hakan KOÇ).

Doğan, O.,Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., &Başegmez F.D, (2002).Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Aileler.*Anadolu Psikiyatri Dergisi*;3:133-139.

Dumont S, Turgeon J, Allard P, Gagnon P, Charbonneau C and Vezina L.(2006).Caringfor a loved one with advanced cancer: Determinants of psychological distress infamily caregivers. *J Palliat Medicine*. 9(4): 912-921.

Duygun, T. (2001). Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.(Danışman: Doç. Dr. Nilhan SEZGİN)

Elçigil, A. (2012). Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*.54;329-334.

Elmore, J.G., Barton, M.B.,& Mocerri, V.M., et al.(1998). Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med*; 338:1089.

Erbey, F. (2017). Non-Malign Hastalıklarda Kemik İliği Nakli. 22. Ulusal Kanser Kongresi, Bildiri Kitabı, Antalya, 19-23 Nisan 2017: s.200-203.

Erdine, S. (2002). Kanserde Ağrı Tedavisi ve Palyatif Bakım Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri ss.1-9, İstanbul.

Erdman ve diğeri (1993). Compliance with the medical regimen and partner's quality of life after heart transplantation. *Quality of Life Research*. 2: 205-212.

Erkuran H.(2015). Alzheimer'lı Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Baş Etme Durumlarına Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Samsun. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY).

Esper, P. (2005). Principles and Issues in Palliative Care, Cancer Nursing Principles and Practice Sixth Edition, Eds; Yarbro, C. H., Frogge, M. H., Goodman, M., Jones and Bartlett Publishers, USA, 1729-1743.

Eti Aslan, F., Olgun, N. (2010). Onkoloji. A. Karadakovan, F. Eti Aslan (Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitabevi, Ankara, ss:189-202.

Eti Aslan, F., Olgun, N., Uzun, Ö., & Uslu, Y. (2014). Onkoloji. İçinde: Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Eds). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ankara, Akademisyen Kitabevi, s.183-209.

Fadıloğlu, Ç. (2003). Kanser ve Bakımı, II. Ege Dahili Tıp Günleri Kronik Hastalıklarda Bakım II Kitabı, İzmir, s:83-128.

Fadıloğlu, Ç. (2006). Kanser Bakımında Aile, Kanserde Evde Bakım, E.Ü. Kanserle Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi, s:90-103.

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D.M., Forman, D., & Bray, F.(2015). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: Sources, Methods and Major Patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, s: 136, E359–E386.

Ferrel, B., Ervin, K., Smith, S. ve diğ. (2002). Family perspectives of ovarian cancer. *Cancer Practice*. 10(6): 269-275.

Ferrell, B. R., Grant, M., & Chan, J. et al (1995). The Impact of Cancer Pain Education on Family Caregivers of Elderly Patients, *Oncology Nursing Forum*, 22 (8): 1211-1218.

Folkman, S., Lazarus, R.S.(1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3); 466- 475.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1); 159- 165.

Friedrich, W.N., Friedrich, W.L (1981). Psychosocial assets of parents of handicapped and nonhandicapped children. *Am J Ment Defic*. 85: 551-553.

Ghane, G., Farahani, M., Seyedfatemi, N., & Haghani, H. (2016). Effectiveness of Problem- Focused Coping Strategies on The Burden on Caregivers of Hemodialysis Patients, *Nursing and Midwifery Studies*. 5(2) :e35594, DOI: 10.17795/Nmsjournal35594.

Glare, P. (2005). Clinical Predictors of Survival in Advanced Cancer, *The Journal of Supportive Oncology*:3(5); 331-339.

Glogow, E. (1986). Burnout and Locus of Control, *Public Personnel Managemet*, pp. 79 – 83.

Goudas, L.C., Bloch, R., & Gialeli-Goudas, M., et al.(2005). The epidemiology of cancer pain. *Cancer Invest*; 23: 182.

Graham, F. & (2007). The Changing Model Of Palliative Care. *Medicine*. 36: 64-66.

Grov, E.K., Dahl, A., Moum, T. ve Fossa, S.D. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late Palliative phase. *Annals of Oncology*. 16: 1185-1191.

Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., & Tuncer, M. (2010). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 1, 1-6.

Gün, S. (2017). İnmeli hastalara bakım veren yakınlarının tükenmişlik ve stresle baş etme durumlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY).

Hagag, N.G.(1999). When Cancer Strikes: A Tribute to the Family Caregiver. New York, Nova Science Publishers.

Hsu T, Loscalzo M, Ramani R, Forman S, Popplewell L, Clark K, Katheria V, Feng T, Strowbridge R, Rinehart R, Smith D, Matthews K, Dillehunt J, Hurria A. Factors associated with high burden in caregivers of older adults with cancer files. *Cancer*. 2014 Sep 15;120(18): 2927–2935.

Iconomou G, Viha A, Kalofonos HP, Kardamakis D. (2001). Impact of cancer on primary caregivers of patients receiving radiation therapy. *Acta Oncol*. 2001;40(6):766-71.

Izgar, H. (2001). Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

İnce, B.N.,& Şahin, A.E. (2015). Maslach Tükenmişlik Envanteri– Eğitici Formu’nu Türkçe’ye Uyarlama Çalışması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*. 6(2); 385-399.

İnci, H.F. (2006). Bakım Verme Yükünün Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM).

Jensen, S. & Given, B. (1993). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 1(6).

Kabalak, A., Öztürk, H., Erdem, T. A., & Akın, S. (2012). Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi’nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması, *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(2), 122-126.

Kabalak, A.A, Öztürk, H.,& Çağıl, H.(2013). Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*.11(2)56-70.

Kabalak, A.A. (2014). Türkiye’de palyatif bakım; 2014, güncel gelişmeler, gereksinimler. *Anestezi Dergisi* 22 (3): 121 – 123.

Kabalak, A.A., Kahveci, K., Gokcinar, D., Özdoğan, N., & Cagil, H. (2013). Structuring of Palliative care in Ankara Ulus State Hospital, Turkey; 2012-2013. *J Palliat Care Med* 3: 162.

Kafadar, M. T. (2014). Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri. Uzmanlık Tezi, Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale.(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Şadiye VİSAL BUTURAK).

Kahveci, K., & Gökçınar, D. (2014). Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti. ss.1-7, İstanbul.

Kanser nedir - Kanser Daire Başkanlığı. (<http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/4-kanser-nedir.html> erişim tarihi:31.01.2018).

Karabuğa Yakar, H., Pınar, R. (2013). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 15(2):1-16.

Kasım, İ., & Özkara, A. (2014). Son Dönem Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med - Special Topics*.5(3):126-30.

Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 3(2):18-26.

Kim, Y., Baker, F., & Spillers, R.(2007). Cancer caregivers quality of life: Effects of gender, relationship and appraisal. *J Pain Symptom Manage*.34(3):294-304.

Kitrungrote, L., & Cohen, M.Z. (2006). Quality Of Life Of Family Caregivers Of Patients With Cancer: A Literature Review. *Oncol Nurs Forum* 33(3):625-32.

Klein, S.(2005) . Evaluation of palpable breastmasses. *Am Fam Physician*; 71: 1731.

Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonu'nun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:102-106.

Koşar, A.,& Öztürk, M. (Ed).(2004). Dahili Bilimler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri p. 444-458.

Kozacıoğlu, Z., & Günlüsoy, B. (2012).Lokal ileri evre prostat kanserinde güncel tedavi yaklaşımları: Ürolog yaklaşımı. *Üro-Onkoloji Bülteni. Haziran*; 11: 2.

Kömürçü, Şeref. (2009). Kanserde Destek Tedavisi, (www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/dersnot/).

Kutluk, T., Kars, A. (1994). Kanser Konusunda Genel Bilgiler, T.C.S.B.Kanser Savaş Daire Başkanlığı, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, s:9-14.

Loke, Y.A., Liv, F.C.F., & Szeto, Y. (2003). The Difficulties Faced By Informal Caregivers of Patients With Terminal Cancer In Hong Kong And The Available Social Support. *Cancer Nursing: 26(4);276-283*.

Longo, D.L., et al. (2004). Harison İç Hastalıkları Prensipleri, , çeviri: Y. Sağlıker, 1.cilt, Nobel Tıp Kitabevi,489-503.

Lymphadenopathy: Differential Diagnosis and Evaluation.

(<https://www.aafp.org/afp/1998/1015/p1313.html#> erişim tarihi:03.02.2018).

Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: A global update. *Journal Of Pain And Symptom Management, 45(6):1094-1106*.

Malak, A.,&Dicle, A. (2008). Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü. *Türk Nöroşirurji Dergisi.18(2):118-21*.

Maslach, C. ve Goldberg, J. (1998), Prevention of Burnout: New Perspectives , Applied& Preventive Psychology, Vol. 7, pp. 63 – 74.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout, Annual Review Psychology.52: 397- 422.

Maslach, C.,& Jackson, S.E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior. 2: 99- 113*.

Mcateer, R.,& Wellbery, C.(2013). Palliative Care: Benefits, barriers, and best practices. *American Family Physician 88(12):811-813A*.

McMillan, S. C., Small, B.J., & Weitzner, M.et all (2005). Impact of Coping Skills Intervention With Family Caregivers of Hospice Patients With Cancer.*Cancer , Dec 2 :214-222*.

- Meghani, S.H. (2004). A. Concept Analysis Of Palliative Care in The United States. *Journal Of Advanced Nursing*,46: 152–161.
- Mellon, S. (2002). Comparisons between cancer survivors and family members on meaning of the illness and family quality of life. *Oncol Nurs Forum*. 29(7):1117-25.
- Mirando, S. (2006). Palliative Care, Nursing Patients With Cancer Principles and Practice, Eds; Kearney N, Richardson A, Elsevier Churchill Livingstone, USA, pp:821-845.
- Morrow, G.R., Andrews, P.L., & Hickok, J.T., et al.(2002). Fatigue associated with cancer and its treatment. *Support Care Cancer*; 10:389.
- Möller-Leimkühler, A.M., & Wiesheu, A. (2012) Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*, 262 (2): 157-66.
- Myaskovsky, L., Dew, M.A., & Switzer, G.E.et all (2005). Quality of Life And Coping Strategies Among Lung Transplant Candidates And Their Family Caregivers. *Social Science & Medicine*, (60) :2321-2332.
- National Cancer Institute. Hormone therapy, (<https://www.cancer.gov/aboutcancer/treatment/types/hormone-therapy>, Erişim Tarihi: 06.02.2018).
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2009). Clinical practice guidelines for quality palliative care. 2nd ed. Pittsburgh (PA): National Consensus Project for Quality Palliative Care; 80 p.
- Okçin, F. (2007). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.(Danışman: Prof.Dr. Ayfer KARADAKOVAN)
- Orak, O.S. (2011). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap SEZGİN)

Oral, E.N. (1997). Kanserde Primer Korunma, Klinik Onkoloji- Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı, Edi: Topuz, E. Aydınar, A. İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü Yayınları 4, s:1-5.

Ören, N. (2016). Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR)

Özarslan, Z., Fıstıkcı, N., Keyvan, A., Uğurad, Z.I., & Saygılı, S. (2013). Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri. *Marmara Medical Journal*. 26: 130-5.

Özçelik, H. (2011). Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimi modelinin hasta sonuçlarına etkisinin incelenmesi. Doktora tezi, Ege Üniversitesi, İzmir. (Danışman: Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU)

Özçelik, H., Fadıloğlu, Ç., Uyar, M.,& Karabulut, B. (2010). Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım. İzmir: Üniversiteliler Ofset.

Özkan, S. (2010). Ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 272-281.

Özkan, S. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (KOA) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Derg* 28(1): 69-74.

Paice, J.A., Ferrell, B.R., Coyle, N., Coyne, P., & Callaway, M. (2008). Global efforts to improve palliative care: The international end-of-life nursing education consortium training programme. *J AdvNurs*. 61(2):173-80.

Palliative Care İn Cancer.(<http://www.cancer.gov/Cancertopics/Factsheet/Support/PalliativeCare>Erişim:22.02.2018)

Palliative Care in Cancer. (<https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>.erişim tarihi:03.02.2018).

Palyatif Bakım Ekibi. (<http://www.adiyamaneah.gov.tr/altmg-Palyatif-Bakim-Unitesi-31>Erişim tarihi:07.02.2018)

Palyatif Bakım Organizasyonu ile ilgili Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin Tavsiye Raporu Rec (2003), Çeviri Editörleri; Kömürcü, Ş., Erkişi, M., Bavbek, S., Beyzadeoğlu, M., Özyılkan, Ö. Turgut Yayıncılık A.Ş., İstanbul.

Pınar, R. (1995). Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: Yaşam kalitesi, bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. *Hemşirelik Bülteni* ; 9: 85-95.

Pinquart, M. & Sorensen, S. (2007). Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis”, *J Gerontol B-Psychol*, 62.

Polat, Ü. (2011). İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*. 26(4):193-98.

Provencher, H.L., Muesr, K.T. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophr Res*, 26: 71-80

Reville, B., & Foxwell, A.M. (2014). The global state of palliative care progress and challenges in cancer care. *Ann Palliat Med* 3(3):129-138.

Rice, R. (2006). The Hospice and Palliative Care Patient, Home Care Nursing Practice Concepts Application, Ed; Rice, R., Fourth Edition, Mosby Elsevier, USA, 456.

Rinaldi, P., Spazzafumo, L., & Mastriforti, R. (2005) Study Group on Brain Aging of the Italian Society of Gerontology and Geriatrics. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry*.;20(2):168–74.

Rogers, D. P. (1984). Helping Employees Cope With Burnout, Business, pp. 3 – 7.

Savaşır, I., & Şahin, N. (1997). Beck depresyon ölçeğİ(BDÖ) Beck depresyon envanteri (BDE) Bilişsel-Davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler, Türk Psikologlar Derneğİ Yayınları, Ankara, 23-29.

Schmer, C., Ward-Smith, P., Latham, S., & Salacz M. When a famil ymber has a malignan tbrain tumor: the caregiver perspective. *J Neurosci Nurs*. 2008;40(2):78-84.

Schneider, J., Murray, J., Banerjee, S., & Mann, A. (1999) EURO CARE: across national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I—Factors associated with carer burden. *Int J Geriatr Psychiatry.* ;14(8):651–61.

Selçukoğlu, Z. (2001). Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Düzeyi ile Yalnızlık Düzeyi ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin Bazı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya. (Danışman: Doç. Dr. Ömer ÜRE).

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management,* 24(2):91-96.

Servaes, P., Verhagen, S., & Bleijenberg, G.(2002). Determinants of chronic fatigue in disease-free breast cancer patients: a cross-sectional study. *Ann Oncol;* 13: 589.

Sherif, T., Jehani, T., Saadani, M., & Andejani, A.W. (2001). Adult oncology and chronically ill patients: comparison of depression, anxiety and caregivers' quality of life. *East Mediterr Health J.* 7(3):502-9.

Smith, R.A., Brooks, D., Cokkinides, V., Salsow, D., & Brawley, O.W. (2013). Cancer screening in the United States, 2013: A review of current American Cancer Society guidelines, current issues in cancer screening, and new guidance on cervical cancer screening and lung cancer screening. *CA Cancer J Clin;* 63: 87.

Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., ... & Peppercorn, J. M. (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of clinical oncology,* 30(8), 880-887.

Sucaklı, M.H. (2014). Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics;*5(3):109-13.

Şahan Uslu, F., & Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi.*4(2): 81-90.

Şahin, N.H., & Durak, A. (1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.

Şahin, Z.A, Polat, H., & Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 12: 2.

Taş, F., & Aydın, A. (2000). Kanser nedenleri, sigara ve kanser ilişkisi, diyet ve kanser. Topuz, E., Aydın, A., Karadeniz, N. A. (Editörler). Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbaası; p. 54-58.

Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S. ve Aydın, N. (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anatolian Journal Of Psychiatry*, Vol. 7, ss. 100 – 108.

The Evaluation of Common Breast Problems.(<https://www.aafp.org/afp/2000/0415/p2371.html> erişim tarihi:03.02.2018).

Toptaş, S. (2013). Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi , Ankara. (Prof. Dr.Fatma ÖZ).

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

Tuna, M. (2010). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolü. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.(Danışman: Prof. Dr. Nermin OLGUN).

Tuna, M., Olgun, N. (2010). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*; 17(1): 41- 52.

Turgay, G. (2010). Sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara. (Danışman: Doç. Dr. Sultan Kav)

TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri, (2014). (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855> Erişim Tarihi: 16.01.2017).

Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2010). Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara. Türkiye Büyük Millet Meclisi.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Daire Başkanlığı. Kanser tedavisi. (<http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-tedavisi/38-kanser-tedavisi.html>, Erişim tarihi: 06.02.2018).

Uğur, Ö.(2006). Onkoloji Hastalarına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir. (Danışman: Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU).

Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015. (2009). Erişim: 22.02.2018,T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Kayıt No: 9789755902852.

Ware, J.E., & Jr, Sherbourne C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual frame work and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-483.

Weitzner, M.A., McMillian S.C., Jacobsen P.B. (1999). Family caregiver quality of life: differences between curative and Palliative cancer treatment settings. *J Pain Symptom Manage.* 17(6):418-28.

WHO Definition of Palliative Care. (<http://www.who.int/cancer/Palliative/definition/en/> Erişim tarihi:18.02.2018).

WHO-WPCA (2014). (The World Health Organization-Worldwide Palliative Care Alliance). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Health Organization, 2014.

World Health Organization (1990). Cancer pain relief and palliative care. Geneva.

World Health Organization (2007). Cancer Control Knowledge into Action; WHO Guide for Effective programmes, Palliative Care, module 5, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2002). Definition of palliative care. Available at: (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>(erişim:12.02.2018)).

World Health Organization. WHO definition of palliative care (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Erişim Tarihi; 10. 01. 2009).

Wright, M., Wood, J., & Lynch, T., et al. (2008) Mapping levels of palliative care development: A global view. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(5):469-485.

Yeh, PM., Wierenga, M., Yuan, SC. (2009). Influences of psychological wellbeing, quality of caregiver-patient relationship, and family support on the health of family caregivers for cancer patients in Taiwan. *Asian Nursing Research*. 3(4):154- 166.

Yeşilbalkan, Ö. U., & Okgün, A. (2010). Patients' self reports and caregivers' perception of symptoms in Turkish cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 119-124.

Yıldırım, M., & İçerli, L. (2010). Tükenmişlik Sendromu: Maslach ve Kopenhag Tükenmişlik Ölçeklerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*.2(1): 123- 131.

Yıldırım, S. (2015). Kanser Tanısı ile İzlenen Hastaların Yakınlarının Kanser ile İlgili Başvurdukları Bilgi Kaynaklarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir (Danışman: Prof. Dr. İlhan ÖZTOP).

Yıldız, E., Dedeli, Ö., & Çınar Pakyüz, S. (2016). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 13(3): 216-225.

Yıldızeli, F. (2017). Geriatri Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Yorgunluk Düzeyi ve Baş Etme Tutumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep. (Danışman: Doç. Dr. Özlem OVAYOLU).

Yılmaz Dileköz, A. (2003). Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik ve Stresle Başa Çıkılmalarının Karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.(Danışman: Prof. Dr. Engin TURAN)

8. EKLER

SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER (EK- 1)

1-Cinsiyet: Kadın Erkek

2-Yaş: 20 yaş altı 20-29 30-39 40 ve üzeri

3-Medeni Durumu: Bekar Evli Boşanmış/ Dul

4-Aile Yapısı: Çekirdek aile Geniş aile Parçalanmış aile

5-Çocuk sahibi olma durumu: Var Yok

6-Gelir durumu: Gelir, giderden az Gelir, gidere denk Gelir, giderden fazla

7-Tanı almış herhangi bir hastalığınız var mı?

Evet (Belirtiniz)

Hayır

8-Hasta bakımına başladığınızdan beri herhangi bir ilaç (analjezik, antipsikotik, antidepresan) kullanmaya başladınız mı?

Evet (belirtiniz)

Hayır

9-Öğrenim durumu: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

10-Mesleki durumu: Ev hanımı Serbest Memur Emekli

11-Sosyal güvence: Var Yok

12-Çalışma durumu: Çalışıyor Çalışmıyor

13-Hastaya yakınlık derecesi: Aile üyesi Diğer (bakıcı)

14-Başka bakım veren var mı?: Var Yok

15-Sigara kullanma: Evet Hayır

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (EK-2)

YÖNERGE Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Hastamdan soğuduğumu hissediyorum.					
2. Gün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. Hastamın neler hissettiğini hemen anlarım.					
5. Hastama sanki insan değilmiş gibi davrandığımı hissediyorum.					
6. Bütün gün hastamla uğraşmak benim için çok yıpratıcı.					
7. Hastamın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Hastamın bakımına yönelik olarak yaptığım işlerden tükendiğimi hissediyorum.					
9. Yaptığım şeylerle hastamın yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Hastama bakmaya başladığımdan beri insanlara karşı daha sert davranıyorum.					
11. Hastamın bakımının beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. Hastamın beni kısıtladığını hissediyorum.					
14. Hastamın bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. Hastama ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudandoğruya hastamla uğraşmak beni çok yıpratıyor.					
17. Hastamla aramda rahat bir ortam yaratırım.					
18. Hastamla birlikte olduktan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19. Hastamın bakımına yönelik kayda değer birçok başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. Hastamla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22. Hastamın bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandığımı hissediyorum.					

COPE ÖLÇEĞİ (EK-3)

Adınız:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Tarih:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığımızda genel olarak ne yaptığımızı ya da nasıl davrandığımızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım
4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allah`in yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19.Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

36.Sorunla ilgili saka yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

41.Olumsuz şeyler yaparak islerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Basına gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 ()

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU (EK- 4)

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelere (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı- Soyadı	Hatice İLHAN
Doğum Yeri	Tokat
Doğum Tarihi	16.07.1989
E- posta	hatceaktas@windowlive.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Tokat Mehmet Akif Ersoy Lisesi	2007
Lisans	Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü	2012
Yüksek Lisans	Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği	-----

İş Deneyimi

Kurum	Görevi	Yıl
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Hemşire	2012-2013
Tokat Devlet Hastanesi	Hemşire	2013--halen

