



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LARENJEKTOMİ OLAN HASTA YAKINLARININ BAKIM
YÜKLERİNİN VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

CANSU DALGIÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. NECMİYE SABUNCU

İSTANBUL– 2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Cansu DALGIÇ tarafından hazırlanan *“Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi”* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 26.01.2015

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniv. (Danışman)

.....

Jüri Üyesi : Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
: Haliç Üniv.

.....

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniv.

.....

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

.....

Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

I. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam sırasında bana destek olan; bilgi ve deneyimlerini esirgemeyerek bana yol gösteren tez danışmanım değerli hocam Prof.Dr. Necmiye Sabuncu'ya,

Araştırmamın uygulanması sırasında bana yardımcı olan değerli hastane yöneticileri, hemşire meslektaşları ve hastalara,

Bu çalışma boyunca benden yardımlarını esirgemeyen, maddi-manevi destekleriyle yanımda olan sevgili eşim Cüneyt Dalgıç'a, arkadaşım Özlem Köksal'a ve canım aileme teşekkürü borç bilirim.

Cansu DALGIÇ

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. KISALTMALAR	v
IV. ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
V. TABLOLAR LİSTESİ	vii
1.ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
3.1. Giriş.....	3
3.2. Amaç	5
3.2.1. Araştırma Soruları.....	5
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Larenksin Anatomisi ve Fizyolojisi	6
4.2. Larenksin Fizyolojisi	8
4.3. Larenks Kanseri	10
4.3.1. Epidemiyoloji.....	10
4.3.2. Etyoloji.....	10
4.3.3. Patoloji	10
4.3.4. Tanı	10
4.3.5. Fizik Muayene.....	11
4.3.6. Radyolojik İncelemeler	11
4.3.7. Evreleme	11
4.3.8. Larenks Kanserinin Belirtileri.....	11
4.3.9. Larenks Kanserinin Tedavisi	12

4.3.9.1. Cerrahi Tedavisi.....	12
4.3.9.1.1. Açık Cerrahisi	12
4.3.9.1.2 Kapalı Cerrahisi	12
4.3.9.2. Radyoterapi ve Kemoterapi	13
4.3.10. Larenks Kanseri Tedavisinde Görülebilen Komplikasyonlar	13
4.4. Bakım Verme ve Bakım Verme Yükü.....	14
4.4.1. Primer Bakım Vericiler.....	17
4.4.2. Bakım Vermenin Negatif Kavramları.....	18
4.4.2.1. Bakım Verenin Tükenmişliği.....	18
4.4.2.2. Bakım Vermede Telaş / Koşturmaca	18
4.4.2.3. Bakım Verici Rolünde Zorlanma.....	18
4.4.2.4. Bakım Verenin Stresi.....	19
4.4.3. Bakım Verenin Pozitif Kavramları	20
4.4.3.1. Bakım Verenin Saygısı	20
4.4.3.2. Bakım Vericinin Yüceliği	20
4.4.3.3. Bakım Verme Deneyiminden Kazanım	21
4.4.4. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri.....	21
4.4.5. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler	22
4.4.6. Bakım Vericilerinin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü.....	23
4.4.7. Bakım Vericinin Yükü ve Zorlanmayı Azaltıcı Girişimler	24
4.5. Depresyon	24
4.5.1. Tanımı	24
4.5.2. Depresyonun Belirttileri.....	25
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
5.1. Araştırmanın Türü ve Amacı	27

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	27
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	27
5.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri	27
5.5. Veri Toplama Araçları	27
5.5.1. Kliniğe Uyarlanan ZARİT Bakım Yükü Ölçeği.....	27
5.5.2. Kliniğe Uyarlanan BECK Depresyon Ölçeği	28
5.6. Ölçeğin Güvenirlilik Analizi.....	28
5.7. Verilerin Toplanma Yöntemi	29
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	29
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	30
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
6.BULGULAR.....	31
7. TARTIŞMA.....	56
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
8.1. Sonuçlar	63
8.2. Öneriler	63
9. KAYNAKÇA.....	64
10. EKLER	72
11. ÖZGEÇMİŞ	80

III. KISALTMALAR

PET: Pozitron Emisyon Tomografi

TNM: Maling Tümörün Sınıflandırılması

AJCC: American Joint Committee On Canser (Kanser Evrenemele Klavuzu)

HPV: Human Papailloma Virus

GR: Gastrozogiyal Reflü

LFR: Larengofarengeal Reflü

NANDA: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği

DNA: Deoksiribonükleik Asit

IV. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 6. 1. Hasta Yakınlarının Bakım Y¼kleri Grafiği	33
Şekil 6. 2. Hasta Yakınlarının Beck Depresyon ¼l¼ek Grafiği	39

V. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 5. 1. Hasta Yakınlarının Bakım Yükleri Ölçeğinin Güvenilirliği.....	29
Tablo 5. 2. Hasta Yakınlarının Beck Depresyon Ölçeği Güvenilirliği	29
Tablo 6.1. Hasta Yakınlarının Sosyo- Demografik Özellikleri Dair Bulgular	31
Tablo 6. 2. Hasta Yakınlarının Bakım Süreleriyle İlgili Bulgular	32
Tablo 6. 3. Hasta Yakınlarının Bakım Vermede Destek Alma Durumları	32
Tablo 6. 4. Hasta Yakınlarının Bakım Yükleri	33
Tablo 6. 5. Sosyo-Demografik Özellikleri İle Bakım Yüğü Ölçeği Arasındaki Farklılık	35
Tablo 6. 6. Bakım Süresi İle Bakım Yüğü Ölçeği Arasındaki Farklılık	36
Tablo 6. 6'nın Devamı Hasta Yakınlarına Bakım Süreleri İle Bakım Yüğü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması.....	37
Tablo 6. 7. Destek Alma İle Bakım Yüğü Ölçeği Arasındaki Farklılık.....	38
Tablo 6. 7'nin Devamı Parsiyel Larenjektomi Olan Hasta Destek Alma Durumu İle Bakım Yüğü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması.....	38
Tablo 6. 8. Hasta Yakınlarının Beck Depresyon Ölçekleri.....	39
Tablo 6. 9. Sosyo-Demografik Özellikleri İle Beck Depresyon Ölçeği Arasındaki Farklılık.....	41
Tablo 6. 9'un Devamı Parsiyel Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Yaşları İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması	42
Tablo 6.9'un Devamı Total Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Yaşları İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması	43
Tablo 6. 9'un Devamı Parsiyel Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Eğitim Durum İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması.....	44
Tablo 6. 9'un Devamı Parsiyel Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Ekonomik Durumları İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması	45
Tablo 6. 9'un Devamı Total Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Eğitim Durumu İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması	46
Tablo 6. 9'un Devamı Hasta Yakınlarının Eğitim Durum İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması.....	47
Tablo 6. 9'un Devamı Hasta Yakınlarının Ekonomik Durumu İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması.....	48

Tablo 6. 10. Bakım Süreleri İle Beck Depresyon Ölçeği Arasındaki Farklılık	49
Tablo 6. 10.'un Devamı Total Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Bakım Süreleri İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması	50
Tablo 6. 11. Hasta Yakınının Bakım Vermede Destek Alma İle Beck Depresyon Ölçeği Arasındaki Farklılık	50
Tablo 6.11.'in Devamı Hasta Yakınlarının Bakım Destek Alma Süreleri İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması	52
Tablo 6.11.'in Devamı Parsiyel Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Bakım Destek Alma Süreleri İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması	52
Tablo 6.12. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği İlişkisi.....	53
Tablo 6.13. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ile Demografik Özellikler İlişkisi	54
Tablo 6.14. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ile Destek Alma İlişkisi.....	55
Tablo 6.15. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ile Bakım Süreleri İlişkisi	55

1.ÖZET

Araştırma larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yüklerinin ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla İstanbul ilinde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi hastanesinde Eylül 2014-Aralık 2014 tarihleri arasında Kulak Burun Boğaz servisinde yatan larenjektomi hastalarına bakım veren 100 hasta yakını ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Veriler Bilgi Formu ve Kliniğe Uyarlanmış Zarit Bakım Yükü Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde Frekans Dağılımları, ortalama (x), standart sapma (SD), Man Whitney U testi, Kruskal Wallis testi uygulandı. Larenjektomi olan hasta yakınlarının %39' unun 45-64 yaşında, %70' inin kadın, %25' inin ilkokul mezunu, %96' sinin SGK, %59' unun gelir durumunun orta ve %58' inin çalışmakta olduğu ve hasta yakınlarının %46'sinin 30 gün – 1 yıl yakınlarına bakım veren ,%51'inin diğer aile üyelerinden destek aldığı saptandı. Araştırmaya katılan larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yükü puanlarının hafif ve yüksek derecede bakım yükü olduğu ve bakım yükleri açısından larenjektomi tiplerine göre parsiyel ile total arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu saptandı. Özellikle total larenjektomi hastalarına bakım veren yakınlarının, bakım yükünün daha fazla olduğu saptandı. Larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yükleri ile bakım veren rolü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Larenjektomi olan hasta yakınlarının erkek olması durumunda bakım yükünün daha fazla olduğu saptandı ($p<0,05$).Larenjektomi olan hasta yakınlarının beck depresyon ölçeğinin puan ortalaması $23,77\pm 11,03$ olarak saptandı. Beck depresyon ölçeği açısından ameliyat tipleri olan parsiyel ile total arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).Araştırmada zarit bakıcı yük ölçeği puanları ile beck depresyon ölçeği puanlarının arasındaki ilişki incelendiğinde larenjektomi hasta yakınları için istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Larenjektomi olan hasta yakınlarının yük ölçeği puanlarını arttıkça depresyon ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı. Özellikle parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının yük ölçeği puanı arttıkça depresyon ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış bulundu.

Anahtar Kelimeler: Larenks, Kanser, Aile, Bakım Yükü, Depresyon

2. SUMMARY

Determination Of Patients With Relatives Laryngectomy Loads And Depression Levels Of Care

Research laryngectomy of patients with care in order to determine the level of load and depression, in the province of İstanbul, İstanbul University Cerrahpasa medical faculty hospital in September 2014-December 2014 lies at the ear, nose and throat services between laryngectomy patients was carried out as an identifier with 100 patient relatives who care. The data information form and assembled using the scale maintenance overhead Zarit Adapted to the clinic. In the analysis of data, Frequency Distributions, the mean (\bar{x}), standard deviation (SD), Man Whitney U test, Kruskal Wallis test was applied. laryngectomy 39% of relatives of patients with 45-64 years old, 70% female, 25% of the primary school graduates, 96% of SSI, 59% 58% of middle income status of flour and has been running and 46% of the Lair of 30 days – 1 year relatives providing care, support from 51% other family members were received. Participants in the study laryngectomy of patients with scores of maintenance overhead light and high maintenance overhead and maintenance in terms of loads of laryngectomy types with statistically significant differences between partial and total were where. Relatives who care for patients, especially total larenjektomi care was more of burden. Relatives of patients with laryngectomy care giving role maintenance with loads of a statistically significant relationship was found between ($p < 0,05$). Relatives of patients with laryngectomy gender male is more of the burden of care ($p < 0,05$). Laryngectomy beck depression scale score of patients with $23,77 \pm 11.03$ respectively. Beck Depression scale in terms of the types of surgery, which was not statistically significant differences between the total and partial ($p > 0,05$). Zarit caregiver burden scale beck depression scale in the research relationship between the examined larenjektomi found a statistically significant relationship to patient relatives ($p < 0,05$). Relatives of patients with laryngectomy load scale increases, there was a statistically significant increase in the scale of depression. Especially as the load of patients with partial laryngectomy scale found a statistically significant increase in the scale of depression.

Keywords: Laryngeal, Cancer Family, Maintenance Burden, Depression

3. GİRİŞ VE AMAÇ

3.1. Giriş

Dünya genelinde ve toplumumuzda tüm malignitelerin % 2-5'ini oluşturan larenks kanserleri, günümüzde endoskopi ve stroboskopinin kullanımının artmasıyla erken teşhis edilebilmekte ve uygun tedaviyle hayatını sürdürmekte ve hayat kalitesine iyi sonuçlar vermektedir. Erken evrede tanı konan larenks kanserlerinde radyoterapi veya larenjektomi ile ses ve larenks fonksiyonları korunarak hastanın morbiditesi düşük, sosyal hayat kalitesi yüksek olmaktadır. Buna karşılık larenks kanserli hastalar çoğu kez ileri evre tümörlerle başvurmakta, cerrahi veya radyoterapi şanslarını yitirmektedirler. Bu gibi durumlarda kanser cerrahisinde ilk prensip hastalığın tedavisi ve hastanın hayatta kalma süresinin artırılması olduğundan, larenksin fonksiyonları ikinci planda tutularak total larenjektomi gibi radikal yöntemlerle tedavi edilmektedir. Bununla birlikte total larenjektomi sonrası hastaların kliniği parsiyel olanlara göre daha rahat seyretmekte hastanede yatış süreleri ve sosyal hayata dönüş süreleri daha kısalmaktadır (Kaya S.,2002, Özlügedik S, Ünal A.,2005).

Larenks kanser tanısı konduktan sonra hastanın ve ailesinin eğitimi, rehabilitasyonu, semptom kontrolü, komplikasyonların erken tanısı ve izlemi hemşirenin görevleri arasındadır (Akdemir ve Birol, 2005). Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir (Güven, 2012).

Bakım veren kişi hastanın bakımını yapmak ya da gözlemlemekten sorumludur. Ailenin bakım vermesi sağlık sistemi içinde en eski bakım formudur. Hastaların bakım sürecini herhangi bir ücret almadan üstlenen ve hastanın evdeki yaşam kalitesini yükselten bakım verenler genelde hasta yakınlarıdır (Hunt, 2003).

Bakım vericilerin kansere karşı verdiği tepkiyi hastalığı algılayış biçimi, yaş, cinsiyet, dini inançlar, geçmiş psikiyatrik öykü, kültürel yaklaşımlar, yaşam koşulları,

önceki hastalık deneyimleri ve kişilik özellikleri gibi pek çok faktör etkileyebilmektedir (Schulz ve Sherwood, 2008).

Larenks kanseri hastalarına bakım veren aile üyeleri, bakım verici rolünün yoğun ve karmaşık yapısı nedeniyle bakım yükü yaşamaktadır. Bakım verici yükünün azaltılmasında profesyonel hemşirelik yaklaşımları büyük önem taşımaktadır. Hemşireler diğer meslek gruplarına göre hasta ve ailesiyle daha fazla zaman geçiren, bu süreçte hasta/ailesini değerlendiren ve uygun müdahalelerde bulunabilen sağlık profesyonelleridir (Honea ve ark, 2008).

Hemşireler bakım vericilerin stres düzeyini, fiziksel-zihinsel sağlık durumunu değerlendirmeli ve bakım vericinin bildirimlerine karşı duyarlı olmalıdır. Bakım vericilerin yaşadığı üzüntü, huzursuzluk, uykusuzluk, iştahta azalma gibi sorunları açık bir şekilde konuşmalıdır. Çoğu zaman bakım vericiler, başkalarıyla konuşmadan sorunlarının farkına varamayabilir. Böylelikle hemşire bakım verici semptomları şiddetlenmeden bireye yardım edebilir (Nguyen, 2009).

Larenjektomi hastalarına bakım verme, hastalık olayının aile üyelerinin yaşamına girmesine ve aile üyelerinin günlük düzenlerinin ve yaşam aktivitelerinin bozulmasına yol açmaktadır (Çavuşoğlu, 2004). Hastalık süresince, aile üyeleri hastalardan daha fazla anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşamaktadır. (Cimete, 1998)

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (Güler,2006). Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması ve kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (Işık,2003).

Kanser ruhsal ve fiziksel hastalığın bir arada görüldüğü bir hastalıktır. Hastalığın ve tedavilerin getirdiği zorluklara bağlı olarak maddi ve manevi kayıplar yaşanabilir. Genellikle hastalıktan kaynaklanan sağlığın kaybolması, fiziksel

bütünlüğün bozulması, rahatsızlık ve fiziki şekil bozukluğu en sık izlenen kayıplardır. Bu kayıplar hastaları etkilediği kadar bakım veren yakınlarını da etkilemektedir. Kanserli hastalar bakım veren bireylerinde bu etkiler dolayı depresyona yakalanma riski bir kat daha artmaktadır (Ergenekon, 2006).

3.2. Amaç

Literatürde de belirtildiği gibi hemşirenin görevlerinden olan bakım ve bakım hakkında hasta yakınlarının eğitimi de önemlidir. Hasta yakınları hastalarına yardım edebilme konusunda aldığı eğitim ile hem kendisinin hem de hastasının yaşam kalitesini yükseltebilecektir (Sabuncu,2014). Kliniğimizde hasta yakınlarına bu konuda eğitim yapmakta ve problemleri çözülebilmektedir.

Yukarıda belirtilen nedenlerle çalışma Kulak Burun Boğaz servisinde larenjektomi (parsiyel larenjektomi, total larenjektomi) olan hastalarına bakım veren yakınlarının bakım yüklerini, depresyon düzeylerinin ve ilişkilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

3.2.1. Araştırma Soruları

- Total larenjektomi olan hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükleri fazla mıdır?
- Larenjektomi olan hastalara bakım veren yakınlarının depresyon düzeyleri nasıldır?
- Total larenjektomi ile parsiyel larenjektomi olan hastalara bakım veren yakınlarının bakım yüklerinde farklı mıdır?
- Total larenjektomi olan hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükleri ile depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Parsiyel larenjektomi olan hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükleri ile depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Total larenjektomi ile parsiyel larenjektomi olan hastalara bakım veren yakınlarının depresyon düzeyleri farklı mıdır?

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Larenksin Anatomisi ve Fizyolojisi

Larenks (larynx, gırtlak) boyunda yer alan çok önemli bir organ olup; nefes alma, yutkunma ve konuşmada önemli görevler üstlenir. Larenks üst solunum ve sindirim yollarının iki ayrı yola ayrıldığı kavşakta yerleşmiştir; solunan hava larenks içinden trakeaya, oradan da akciğerler yönelir, yutulan gıdalar ise yemek borusu yoluyla mideye gider. Bu kritik yerleşimi nedeniyle, larenks 3 önemli görevi üstlenmek için özelleşmiştir. (Kaya,2002).

Alt solunum yollarını koruma; en eski fonksiyondur. Gıda maddelerinin alt solunum yollarına kaçmasını engelleyen bir aktif kapak (sfinkter) görevi görür. Larenks olmadan da yutma gerçekleşir; yutma sırasında larenks çeşitli anatomik mekanizmalar ve reflekslerle solunum yollarını kapatarak tükürük ve gıdaların alt solunum yollarına kaçmasını önler.

Solunum (Respirasyon); solunan havanın alt solunum yollarına iletilmesi ve solunum sırasında hava akımının kontrolü sağlar.

Ses üretimi (Fonasyon); filogenetik olarak larenksin en son ortaya çıkan fonksiyonudur. (Kaya,2002).

Larenks kabaca iki ucu açık bir tübe benzetilebilir; bu tüp yukarıdan aşağıya 3 kompartmandan oluşmuştur; üstte supraglottis, ortada vokal kordları içeren glottis, altta subglottis yer alır (Güneri,2014).

Supraglottik bölge; vokal kordların (ses telleri) üzerinde yer alan, dil kökü ile komşu olan bölümdür.

Glottik bölge; ses tellerinin bulunduğu bölümdür. Her iki vokal fold arytenoid kıkırdağın ön çıkıntısından başlar ve önde tiroid kıkırdağın iç yüzüne yapışarak sonlanır. Subglottik bölge; ses tellerinin altından başlar ve krikoid kıkırdağın alt sınırına kadar uzanır (Güneri,2014).

Hyoid (dil kemiği) larenksin üzerinde yer alan U şeklinde bir kemiktir. Yukarıda kaslar ve bağlar aracılığı ile yukarıda alt çene kemiğine (mandibula) tutunur; aşağıda

thyroid kıkırdak ve bağlar aracılığı ile birleşiktir. Larenksin hyoide asılması yutkunma ve konuşma sırasında larenksin yukarı kalkmasını (elevasyonunu) sağlar (Güneri,2014).

Larenksin yapısını bir kıkırdak çatıyı çevreleyen yumuşak doku ve kaslar oluşturur. Larenksin kıkırdakları 3 tek ve 3 çift olmak üzere toplam 9 tanedir

Epiglottis; dil kökü ile larenks girişi arasında yer alan bir yaprak şeklinde olup, yutkunma sırasında larenks girişini örter (Kaya,2004).

Thyroid kıkırdak; en büyük ve en belirgin olanıdır, kalkan şeklinde olup, her iki yarımının birleşmesiyle oluşan açığı larenks kabartısı adını alır.

Krioid kıkırdak; solunum yollarındaki tek tam kıkırdak halkadır; bir mühür yüzüğü şeklindedir. Krikoid kıkırdağın altında trakea halkaları yer alır.

Aritenoid kıkırdaklar; krikoid kıkırdak üzerinde onunla eklem yapacak şekilde yerleşir, ön uzantısı vokal çıkıntı adını alır ve buraya vokal kord yapışır, yan uzantısı ise muskuler çıkıntısı adını alır ve buraya bazı intrensek larenks kasları yapışır.

Korneiform kıkırdaklar; epiglot ile aritenoid arasında yer alana ariepiglottik kıvrım mukozası altında yer alırlar; larenksin kapanması sırasında bu kıvrımların katılmasını sağlarlar (Kaya,2004).

Kornikulat kıkırdaklar; aritenoid kıkırdakların tepesinde yerleşmişlerdir.

Kadın ve erkek larenksi arasındaki farklardan en belirgin olanı, tiroid kıkırdağın her iki yarımı arasındaki açının kadınlarda 120 derece, erkeklerde 90 derece olmasıdır; erkekteki bu çıkıntılı açılanma adam elması olarak bilinir. Ayrıca erkeklerde vokal kordlar daha uzun ve daha gevşektir, bu nedenle erkek sesinin temel frekansı daha düşüktür (Kaya,2004).

Larenksin 2 tane eklemi vardır;

Krikoaritenoid eklem; aritenoid kıkırdakların krikoid üzerinde içe ve dışa doğru hareket etmesi ile vokal kordların adduksiyon (içe hareket) ve abduksiyon (dışa hareket) yapmasını sağlar (Güneri,2014).

Krikotiroid eklem; tiroid kıkırdak ile krikoid kıkırdak arasında yer alır, krikotiroid kasın kasılması ile krikoid kıkırdak yukarıya ve geriye doğru hareket eder ve

böylelikle vokal kordların gerilmesi ve boylarının uzaması ile sesin frekansı artar (ses incelir) (Güneri,2014).

Larenksin ekstrensek ve intrensek olmak üzere 2 grup kası vardır;

Ekstrensek kaslar; larenksi dışarıdan sararak larenksin çatısına yapışırlar; larenksin boyundaki yerleşimini değiştirirler. Görünümleri nedeniyle strap (şerit, kayış) kaslar diye adlandırılırlar. Bu kaslardan hyoid üstünde yer alanlar yardımcı çiğneme kasları olup larenksin yukarı hareketini sağlarlar; hyoid altında yer alanlar ise yardımcı solunum kaslarıdır ve larenksin aşağı hareketini sağlarlar. Özetle; yutkunma, soluk verme ve tiz tonları çıkarırken (eğitilmemiş seslerde) larenksin yukarı hareketini sağlar. Soluk alma sırasında ve kalın tonları çıkarırken ise larenksin aşağıya hareket etmesini sağlar (Güneri,2014).

Intrensek kaslar; larenksin içinden kaynaklanan ve larenks içinde sonlanan kaslardır. Vokal kordların pozisyonunu ve gerginliğini ayarlarlar (Güneri,2014).

4.2. Larenksin Fizyolojisi

Larinksin çok önemli fonksiyonları vardır. Larenks cerrahisi sırasında tümörün tamamen çıkarılması yanında bu fonksiyonların korunması veya en azından postoperatif dönemde rehabilitasyona izin verecek bir cerrahi planlamanın yapılması hastanın yaşam kalitesini artırmak bakımından son derece önemlidir (Uğur,2005).

Sfinkter fonksiyonu; solunum ve sindirim yolları farenkste çapraz yapar. Buda aşağı solunum yolunun korunmasını gerektirir. Bu görevi larenks üstlenir. Yutma sırasında larenksin kapanması larenks fizyolojisinin en önemli yönü olup sıvı ve katı gıdaların girişinde akciğerleri korur (Uğur,2005).

Solunum fonksiyonu; larenks solunum yolunun bir parçası olarak görev yapar. Solunum medulla oblongatadaki merkez tarafından düzenlenir. İspirasyonun başlaması için N. laringeus inferiorun uyarılması ile glottik açılma başlar. Sonra frenik sinirin uyarılması ile diyafragma aşağı iner ve inspirasyon oluşur (Uğur,2005).

Fonasyon fonksiyonu ve konuşmada rolü; larenksin en az anlaşılan ve üzerinde halen çalışılan fonksiyonudur. Larenksin en ileri fonksiyonu olarak kabul edilir. Konuşma fonksiyonu jeneratör sistem, vibratör sistem ve rezonatör sistemin kombine

olarak çalışması ile oluşur. Jeneratör sistem basınçlı hava çıkışını sağlayan akciğerler tarafından oluşur. Jeneratör sistem basınçlı hava çıkışını sağlayan akciğerler tarafından oluşturulur. Basınçlı hava larenksten geçerken vokal kordların adduksiyonu ve vibrasyonu ses oluşumunu sağlar. Sesin frekansı ise vokal kordların titreşen kitlesine ve ön arka gerginliğine bağlıdır (Uğur,2005).

Yutmaya yardımcı rolü; yutma esnasında adalelerin sfinkter etkisi ile larenks girişi kapanır. Epiglotun yanlarından lokmanın özefagusa kayması sağlanır. Ayrıca yutma sırasında larenksin yükselmesi lokmanın özefagusa girişine yardım eder (Uğur,2005).

Öksürük ve ekspektoratif fonksiyon; larenks öksürük ve balgamın dışarı atılmasında önemli rol oynar. Öksürük volonter veya involonter olarak meydana gelir. Derin inspiryumla glottis kapanır. Ekspiryum adaleleri kasılarak intrapulmoner basınç artar. Glottis aniden açılır açılmaz hızla çıkan hava birlikte aşağı solunum yollarındaki sekresyonu veya yabancı partikülleri dışarı atar. Kısa ve kuvvetli öksürük ile inhale edilen yabancı cisim balgamla dışarı atılır. Bu nedenle öksürük koruyucu fonksiyon görür (Uğur,2005).

Emosyonel fonksiyonu; larenks kişinin psikolojik durumuna göre örneğin heyecan, üzüntü, ağlama, esnemedede ses değişiklikleri meydana getirir. Ses ve konuşmadaki değişiklikler kişinin ruhsal durumunu yansıtabilir (Uğur,2005).

Dolaşıma yardımcı fonksiyon; trakeobronşial sistemde ve akciğer parenkimindeki basınç değişikliklerinin etkisi ile kan dolaşımına bir pompa gibi etki yapar (Uğur,2005).

Fiksatif fonksiyon; larenksin tespit fonksiyonu karın ve göğüs kaslarının daha fazla kasılabilmesine olanak verir. Bu amaçla larenks kapanarak intratorasik basıncın artırılmasına yardımcı olur. Glottisin kapanması ile toraks içine hava kapatılır. Ağır kaldırma, ıkınma gibi efor gerektiren durumlarda larenksin bu fonksiyonunun önemi büyüktür(Uğur,2005).

4.3. Larenks Kanseri

4.3.1. Epidemiyoloji

Larenks kanseri tüm vücut kanserlerinin %2-5'ni, baş-boyun kanserlerinin ise %25'ini oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2004 yılında 10270 yeni larenks kanseri tespit edilmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı kayıtları incelendiğinde 2009 yılı verilerine göre larenks kanserinin tüm kanserlerin %8,1'inin oluşturduğu görülmektedir (www.tuik.gov.tr). Larenks kanseri en sık erkeklerde daha fazla görülmesine rağmen son zamanlarda sigara içen ve erkeklerle aynı işlerde çalışan kadınların sayısı da artmaktadır. (Demireller,2004).

4.3.2. Etiyoloji

Etiyolojide herediteden, hormonlara, çevre ve hava kirliliğine, tahta tozundan kömür ve metal partiküllerine, virüs enfeksiyonlarından diyet ve birçok etken sorumlu tutulurken, karsinojen olduğu kesinlikle ispatlanan en önemli etken sigaradır. Larenks kanserinin etiyojisinde sigara ve alkol kullanımı en sık neden olmasına karşın özellikle sigara içmeyen hastalarda görülen larenks kanserinde larengofarengeal reflü'nün neden olabileceği düşünülmektedir (Demireller,2004).

Diğer önemli etiyojik faktör alkol olup tütün ile birlikte sinerjik etkisi gösterilmiştir. Alkol, glottik lezyonlardan çok, supraglottik tümörlerde kanserojen etki gösterir. Alkol ve sigara kullanmayan bazı aşırı dindar gruplar da (Mormonlar, 7. Gün Serüvencileri, Parsiler) ve bazı radikal gruplarda (Kuzey Amerika Yahudileri, Kuzey ve Güney Amerika Kızılderilileri) larenks kanseri oranı da düşüktür (Toprak,2000).

4.3.3. Patoloji

Larenks kanseri tümörlerinin yaklaşık %95-98'i yassı epitel hücreli kanser olup geri kalan bölümünü verrüköz kanserler, lenfomalar, tükrük bezi tümörleri, nöroendokrin tümörler ve destek doku tümörleri (sarkomlar) oluşturur (Toprak,2000).

4.3.4. Tanı

Larenks kanserinde erken tanı, hastaların sağ kalımı ve hastalığın prognozu

yönünden çok önemlidir. Uygulanacak tedavi yönteminin seçiminde iyi bir öykü alınması, fizik muayene yapılması ve görüntüleme yöntemleri ile desteklenmesi gereklidir. Larenks kanseri olguların erken dönemde tanınması fonksiyonel cerrahi tedavi şansını artırmaktadır (Toprak,2000).

4.3.5. Fizik Muayene

Larenksin muayenesinde, ilerlemiş evrelerinde larenks üzerinde kitle ve kızarıklık görülebilir. Yine ilerlemiş evrelerinde palpasyonda larenksin ağrılı ve hassas olması, larenks iskeletinde genişleme, tirohyoid ve krikotroid membran bölgesinde dolgunluk gibi bulgular tespit edilebilir. Muayenede laringoskopi, endoskopi vb. cihazlarla lezyonun yeri, yayılım bölgeleri, vokal kordların hareketleri görülmektedir. Aynı zamanda boyun muayenesinde, lenfatik metastazları tespit etmek amacıyla tüm boyun bölgeleri dikkatle palpe edilmelidir (Toprak,2000).

4.3.6. Radyolojik İncelemeler

Tümörün lokal, bölgesel yaygınlığını ve tedavi öncesi evrelendirmek için kontrastlı boyun ve toraks BT ile batin USG yapılmaktadır.

Bilgisayarlı tomografi larengeal iskelet hakkında daha iyi bulgu verirken, MR larengeal ve boyun yumuşak dokuları göstermede daha etkindir. Gerekli görülen durumlarda kemik sintigrafisi, beyin MR yapılabilir. Pozitron Emisyon Tomografi (PET) çok pahalı bir yöntem olması nedeniyle kullanımı kısıtlı olup, bu yöntem kesin histopatolojik tanı konulamayan tümörlerde ve tedavi sonrası lokal ve bölgesel nüks ile uzak metastaz araştırmalarında kullanılmaktadır (Toprak,2000).

4.3.7. Evreleme

AJCC'nin (American Joint Committee on Cancer) 2002 yılında yayınladığı kılavuzda, larenks kanserlerinin evrelemesinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Aynı zamanda TNM evreleme sistemi de denir (Caylan,2004).

4.3.8. Larenks Kanserinin Belirtileri

- Disfoni (ses bozukluğu/kısıklığı),
- Potato voice (boğuk ses),

- Hemoptizi (kan tükürme),
- Halitozis (ağızda kötü koku oluşması),
- Dispne (nefes darlığı),
- Disfaji (yutma güçlüğü),
- Odinofaji (ağrılı yutma),
- Otalji (kulağa yansıyan ağrı) gibi farklı tablolardan oluşur.

Ancak bunların arasında en sık görülen, ses bozukluğu/kısıklığıdır. Genel bir kural olarak 2 haftadan uzun süren her tür ses kısıklığı, larenks kanserini şüphesini taşır (Güneri,2014).

4.3.9. Larenks Kanserinin Tedavisi

Larenks kanserinin tedavisinde cerrahi ve radyoterapi yöntemleri kullanılmaktadır. Ayrıca koruma tedavisi olarak kemoterapi de uygulanmaktadır (Başerer,2004).

4.3.9.1. Cerrahi Tedavisi

4.3.9.1.1. Açık Cerrahisi

Larenks dokusunun kısmen veya tamamen alınması girişimleridir. Larenksin kısmen alınması parsiyel larenjektomi, tamamının alınması total larenjektomi olarak adlandırılır. Parsiyel larenjektomiler; supraglottik larenjektomi, suprakrikoid larenjektomi, vertikal larenjektomi, hemilarenjektomi, frontolateral larenjektomi gibi farklı teknikleri kapsar. Bu tekniklerde genellikle geçici trakeotomi uygulanır. Parsiyel larenjektomi tekniklerinin ortak özelliği, larenksin temel fonksiyonlarını, yani normal yolla solunumu, fizyolojik şekilde yutmayı ve doğal ses üretimini korumayı hedeflenmesidir. Diğer taraftan total larenjektomide ise, larenksin tamamı alındığı için trakeotomi zaten kalıcıdır (Güneri,2014).

4.3.9.1.2 Kapalı Cerrahisi

Mikroskopik-endoskopik-robotik rezeksiyon ve lazer-radyofrekans-koter rezeksiyon; alternatif cerrahi yöntem ve alet seçenekleridir. Mikroskopik, endoskopik ve robotik uygulamalar; kapalı cerrahi yöntemler olarak adlandırılmaktadır. Bu

yöntemler; lazer, radyofrekans, diatermi/koterizasyon gibi hem kesip hem kısmi kanama kontrolü sağlayan teknolojik aletler kullanılarak da yapılmaktadır. Mikroskopik, endoskopik ve robotik yöntemler; genel anestezi altında, cilde herhangi bir kesi uygulamaksızın, ağıza yerleştirilen çelik retraktörlerin arasından yapılır. Glottik tümörlerde farklı genişliklerde kordektomi teknikleri, supraglottik tümörlerde ise çeşitli kısmi larenjektomi modifikasyonları, bu yöntemlerle uygulanabilir. Genelde trakeotomi açılmaz. Mikroskopik, endoskopik ve robotik yöntemler ile bunların uygulama araçları olan lazer, radyofrekans, koter teknolojileri ameliyat sonrası süreci kolaylaştırır, ancak uygun olmayan vakalarda tatbik edildiğinde tümöre hâkimiyet güçlüğü yaratır (Güneri,2014).

4.3.9.2. Radyoterapi ve Kemoterapi

Larenks kanserlerinin tedavisinde farklı uygulamalarla yer bulur. Radyoterapi tümörlerin x-ışınlarıyla, kemoterapi ise ilaçlarla, tedavi edilmesini tanımlar. Kemoterapi larenks ve çevre dokuları korumak amaçlı yapılmaktadır (Sayılğan,2006).

4.3.10. Larenks Kanseri Tedavisinde Görülebilen Komplikasyonlar

Cerrahide erken dönemde; atelektazi, apne, hemoraji, inferior laringeal sinir hasarı, pnömotoraks, pnömomediastinum, subkutan amfizem görülebilir.

Geç dönemde ise yara enfeksiyonu, faringoösefageal deri fistülü, disfaji, aspirasyon, trakeostoma stenozu, hipotiroidizm, hipoparatiroidizm, şilöz fistül, venöz staz, kronik lenf ödem görülebilir (Kaya,2004).

Radyoterapide erken dönemde; cilt deskuamasyonu, mukozit, odinofaji, ağrı, dehidratasyon olur. Geç döneminde ise kronik ödem, solunum zorluğu, ses değişiklikleri, kondronekroz, laringeal nekroz, boyun fibrozisi görülebilir (Kaya,2004).

Kemoterapide ise mukozit, gastrointestinal bozukluklar, işitme azlığı, kemik iliği süpresyonu, enfeksiyon görülebilir (Kaya,2004).

Total larenjektominin yol açtığı fonksiyon kayıplar genel olarak operasyon sonrası en belirgin olan vokal fonksiyon kaybıdır. Ses çıkarma işlemi bir şekilde başarılı olsa bile, gülme ve ağlama gibi insanın emosyonel durumunu açığa vuran

işlevlerde hep eksiklik olacaktır. Glottik kapanma ortadan kaldırılmış olduğundan özellikle öksürürken, ağır eşya kaldırırken, doğum yaparken ve ıkınırken ciddi problemler ile karşılaşmaktadır (Sayılğan,2006).

Solunum ile ilgili semptomlar hastaları huzursuz eder. Öksürük ve aşırı balgam vardır. Kuvvetli ekspektorasyonla hava yolunu temizleme gereksinimi duyarlar. Maksimum vital kapasite ve maksimum ekspiratuvar akım azalır. (Kaya,2002).

Nazal hava akımının durması koku duyusunun ve daha önemlisi tad duyusunun kaybolması ya da azalması ile sonuçlanır. Bunlarla beraber filtrasyon, ısıtma ve nemlendirme ve savunma fonksiyonları da ortadan kalkar. Nazal mukozada atrofik değişiklikler, mukoza vaskülaritesinde azalma olur. (Kaya,2002).

Psikososyal problemler hastanın postoperatif rehabilitasyon başarısızlıklarına yol açan önemli faktörlerden biridir. Kanser uzun süren ve ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorundur. (Ateşçi,2003).

Larenjektomili bir kişinin genel durumuna, kanser tedavisi görmüş olmanın anksiyetesi hakimdir. Larenksin kaybı hastanın kendine verdiği değer azalmasına yol açtığı için, çevresi ve iş hayatında ciddi sorunlar oluşturmakta ve hastaların içe dönük bir hayat sürdürmesine neden olmaktadır. (Kaya,2002)

4.4. Bakım Verme ve Bakım Verme Yükü

Bakım, “ bakım veren kişinin yaptığı tüm uygulamalar ” olarak tanımlanmaktadır. Bu yardım ev işlerini düzenleme, ekonomik, kişisel ya da tıbbi yardım olabilir (Öner, 2012).Chou'nun2000 yılında geliştirdiği “Bakım Verici Yük Modeli’ne göre yükün tanımı; bakım verme sürecinde kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve finansal perspektiften bir ya da daha fazlasında kendini aşırı yüklenmiş olarak hissettiği subjektif algısıdır. Yük kavramı bazı yazarlarca nesnel/objektif yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, aile rutinlerinin bozulması, fiziksel problemler, ailedeki gerginlikler hastalığın sebep olduğu aksaklıklar gibi) ve öznel/subjektif yük (hastayla ilgili fiziksel/duygusal sıkıntı ya da hastayla ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyi) olmak üzere iki grupta incelenmektedir (Chou, 2000).

Yük kavramı, hasta bir üyeyle yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır(Orak, 2010).

Bakım verme süreci, sınırlı sayıdaki olumlu etkisinin yanı sıra bakım verenlerin; çaresizlik, suçluluk, öfke, korku, sosyal izolasyon duyguları yaşadıklarını göstermektedir. Bakım veren aile üyesinin bu sorumluluğu almadan önce bakım verici rolünü nasıl yürüteceği ve bakıma hangi oranda katılması gerektiği, uygun kaynaklara nasıl ulaşacağı konularında yetersiz bilgisi bulunmaktadır. Bu nedenle kendi sağlık gereksinimlerini erteleyebilir, fiziksel ve emosyonel sağlığı olumsuz olarak etkilenir, stres ve bakım yükü ortaya çıkar, sonuçta depresyona varan sorunlar ortaya çıkabilir.

Hasta bakımı çok yönlü bir roldür. Taşıma gibi basit aktivitelerden fiziksel bakım ve bildirilebilen semptomları tanımaya kadar değişebilen karmaşık aktiviteleri içermektedir (Gaston ve Lachica, 2004).

Kanser tanısı konulan bireylerin sayısının artması, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak hastaların sağ kalım sürelerinin uzaması kanserli hastaların aile üyelerinin bakım sürecine daha aktif katılmalarına ve / veya hastaların bakım sorumluluğunu daha fazla üstlenmelerine neden olmuştur.

Bakım verme, büyük oranda yakınlık duygusu ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına yol açabilmektedir. Kanserli hastaya evde bakım veren aile üyelerinin kendi sağlıklarını ve ihtiyaçlarını bir kenara bırakıp, tüm enerjilerini hastalarının bakımını sürdürmeye yönelmesi, ağrı yönetimi, hasta mobilizasyonu, günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması, sağlık personeli ile iletişimi sağlama, semptom yönetimi, transferin sağlanması, evde ilaç tedavisinin uygulanması gibi gereksinimlerin karşılanması hastaların olduğu kadar hasta yakınlarının da yaşamlarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır. Aile içi bakım verenler kendi sağlıkları ve yaşamları açısından bakıldığında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan güçlükler ve sorunların yaşamaktadır (Karabuğa, 2013).

Bakım verme ailelerin bakım verme sürecinde ailelerin sağlığını olumsuz olarak etkileyebilmekte ve güçlükler yaşamasına neden olabilmektedirler. Bu güçlükleri şu şekilde sıralanmıştır:

- **Fiziksel Güçlükler:** Bireylerde iştah değişimi, yemek düzeninde bozulma, kas ve baş ağrısı, vücut ağırlığında değişim, uyku düzensizliği, konsantrasyon zorluğu, bireysel bakımda görölmektedir.

- **Emosyonel Güçlükler:** Suçluluk, çaresizlik, öfke, korku, huzursuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, stres, anksiyete alkol ve ilaç kullanımında artış ve problem çözmede güçlükler görölmektedir. En yaygın görölen belirtiler ise stres ve anksiyetede artma olmasıdır. Ebeveynlerin stres düzeyi tanıyı ilk duyduklarında çok yüksektir. Ebeveynler bakım sürecinde yoğun stres yaşamakta, stresle etkili şekilde baş edememekte ve bu aile içi ilişkileri çoğu kez olumsuz olarak etkilemektedir (Elçigil ve Conk, 2010).

- **Sosyal Güçlük:** Bakım vermenin, sosyal ve kişilerarası problemlere de yol açtığı belirtilmektedir. Bakım verenler, yaşamlarını genellikle bakım verdikleri kişinin gereksinimleri doğrutusunda düzenledikleri için aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinlerinden fedakarlık eden bakım verenin, dinlenmesi ve sosyalleşmesini sağlayan boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, bu nedenle de sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır.

- **Ekonomik ve İş İle İlgili Güçlükler:** Evde bakım sağlamanın ekonomik maliyeti, bakım verenlerin güçlük yaşamasında önemli bir etkidir. Bu ekonomik sorunlar için de en sık yaşananlar, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, ya da işin sonlandırılmasıdır (Ayhan,2013). Kanser ile mücadelede palyatif bakım oldukça önemlidir. Palyatif bakım yeni disiplin olmasına karşın tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde kendine yer edinmiş bir kavramdır. Bu hareketinin hızlı bir şekilde gelişmesinin en önemli nedeni tedavisi mümkün olmayan hastalara gerekli bakım ve tedavinin yapılmasının günümüzde gittikçe önem kazanmasıdır. Palyatif bakım tıpkı yaşam gibi ölümü de doğal bir süreç olarak görmektedir. Palyatif bakım hizmetlerindeki ana amaç hasta ve yakınlarının hastanın yaşamı süresince ve ölümünden sonra ortaya çıkabilecek fiziksel ve duygusal problemler açısından desteklemektir(Bağ, 2012). Palyatif bakım, hastanın acı

çekmesinin giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına odaklı bir bakım eklidir. Bu bakım kanser hastalığının ve tedavisinin ortaya çıkardığı semptomları azaltmak ve ortadan kaldırmak için sunulan bir hizmettir (Sayılğan,2006).

4.4.1. Primer Bakım Vericiler

Primer bakım vericiler, sağlık kurumu ortamı dışında kronik hastalıklı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasında primer destek grubunu oluştururlar. Bu grup profesyonel ya da profesyonel olmayan bireylerden oluşabilir. Grubun oluşturulmasında aile içi destek sistemi göz önünde bulundurulur. Hasta bireyin ailesinin profesyonel bakım verici sağlaması sosyo-kültürel ve ekonomik statüye göre belirlenebilir. Ülkemizde kronik hastalıklı bireylerin bakım vericilerine ilişkin yapılan çalışmalarda primer bakım vericilerin aile içerisinde seçildiği belirlenmiştir (Karahana ve Güven, 2002).

Daha çok eş durumundaki bireyler kronik hastalıklı bireyin bakımını üstlenmiştir. Ailede yaşlı ya da kronik hastalıklı bireyin, primer bakım vericisine karar verme geleneksel değerlere dayanmakta olup, sıklıkla tercih edilen kız çocuklarıdır. Eşler, yaşam boyu ev halkına bağlı akraba kadınlar, kız çocuğu, gelin, erkek çocuk, diğer akraba ve akraba olmayan kadınlar bunu izlemektedir (Toseland ve ark., 2001). Yapılan araştırmalarda da bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu bulunmuştur. 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). Ayrıca kadınların kişilik özellikleri nedeni ile daha şefkatli, daha duyarlı davrandıkları, yakın ve güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip oldukları ve erkeklere kıyasla bakım verme işlevinin zorlukları ile daha iyi baş edebilecekleri görüşü, onların bakım verme işlevine uygun görülmesinin nedeni olarak belirtilmektedir (Bilgili, 2000).

Bakım verme sorumluluğu, aile üyeleri arasında nadir olarak eşit paylaşılır. Ailede genellikle bir primer yani bakımının ana sorumluluğunu üstlenen birey, bir ya da daha fazla sekonder bakım veren yani primer bakım vereni destekleyen, aile üyesi, akraba ya da arkadaş bulunmaktadır (Toseland ve ark., 2001; Given ve ark., 2001).

Yapılan araştırmalarda kronik hastalıklı bireylerin bakımlarının, bakım vericiler üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu belirlenmiştir (Schulz ve Sherwood, 2008). Fakat bakım verenler becerikli, duygusal açıdan güçlü veya istenen bakım türünü vermeye en uygun birey oldukları için değil, genellikle duygusal ve ekonomik nedenlerden dolayı bakım sorumluluğunu üstlenmektedirler (Erdem, 2005).

Bakım verme genellikle sevgi sonucu yapılabilen bir davranış olarak ortaya çıkmaktadır (Erdem, 2005).

4.4.2. Bakım Vermenin Negatif Kavramları

4.4.2.1. Bakım Verenin Tükenmişliği

Bakım verici tükenmişliği, bakım verici birey tarafından sağlanan bakımın fiziksel, duygusal ve ekonomik yönlerini ele almaktadır. Birçok araştırmacı bakım verici tükenmişliğinin psikolojik iyilik hali üzerine olumsuz etkilerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bu olumsuz etkiler arasında en yaygın olarak depresyon, anksiyete, alkol kullanımı grlmektedir (Parks ve Novielli, 2000)

4.4.2.2. Bakım Vermede Telaş / Koşturmaca

Telaş/Koşturmaca kavramı bireyin iyiliğini/refahını tehdit eden ya da sinir bozucu/ bıktırıcı kaygılar olarak değerlendirilen kk olaylar şeklinde tanımlanmaktadır (The Merriam-Webster, 2001).

Telaş/koşturmacanın bireysel olarak çok az etkisi olabilir ya da olmayabilir. Ancak bu kk olayların birikmesiyle bireyin, sağlığı üzerinde önemli etkileri olabilir. Yaşanan telaş/koşturmaca, bakım verici olmanın gerçek stresrdr. Günlük yaşam aktiviteleri üzerine negatif etkiler bırakır. Örneğin bakım vericinin, hasta bireyin günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olması, bakım vericinin yaşadığı gerçek bir telaş/koşturmacadır (Hunt, 2003).

4.4.2.3. Bakım Verici Rolünde Zorlanma

Bakım verici bireyin yoğun ya da zor çaba/ emek sonucunda fiziksel ve mental gerilimde olma durumudur (The Merriam-Webster, 2001). Literatürde bakım verici rolünde zorlanma hem bir stresör hem de algılanan stres olarak

tanımlanmıştır. Özet olarak bakım verici rolünü yerine getirirken hissedilen zorlukları kapsadığı söylenebilir. Bakım vericiler yaşadıkları zorlukların/güçlüklerin tükenmişlik durumları ile yakından ilişkili olduğunu belirtmektedirler (Hunt, 2003).

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) tarafından onaylanan hemşirelik tanılarından biri olan “Bakım Verici Rolünde Zorlanma” tanısı, bir başkasına bakım verme sürecinde fiziksel, duygusal, sosyal ve/veya ekonomik sıkıntılar yaşayan bir bireydeki durumdur. Bu tanı için tanımlayıcı özellikler;

- Zamanın ve fiziksel enerjinin yetmediğini bildirmesi
- Gerekli bakım verme aktivitelerini yerine getirmede güçlük
- Bakım verme sorumluluklarının diğer önemli rolleri engellemesi
- Kendisinin bakım sağlama yeteneği ve bakım alıcının sağlığının gelecekte ne olacağı konusunda endişe hissedilmesi
- Bakım verici hastalanırsa ya da ölürse bakım alıcının bakımının ne olacağı konusunda endişe, moral bozukluğu/depresyon duygular, öfke durumları şeklinde sıralanmaktadır (Erdemir, 2005).

4.4.2.4. Bakım Veren Stresi

Stres, bedensel ya da mental gerilime neden olan fiziksel, kimyasal ya da duygusal faktörler olarak açıklanabilir. Aynı zamanda bakım verici stresini bireyin yetenekleri ve doğal ihtiyaçları arasındaki düşünsel dengesizliklerden kaynaklanan durum olarak tanımlanmaktadır (Hunt, 2003). Bakım veren bireyin stresini birçok faktör tarafından etkilenebilir. Bu faktörler;

- Bakım verilen bireyin yakınlık derecesi
- Bakım vericiye yardımcı bireylerin olmaması
- Bakım verici bireyin duygusal durumu

Bakım verme stresi, anksiyete, depresyon, sosyal yaşamdan çekilme, kendi bakımlarını erteleme, iş performansında azalma gibi problemlerle baş etme zorunluluğu içinde kalabilirler (Parks ve Novielli, 2000; Given ve ark., 2004). Aynı zamanda stresin bakım veren bireyler üzerinde ki sağlık etkileri incelendiğinde anksiyete ve depresyon dışında diyabet, ülser, anemi, hipertansiyon, uyku düzensizliği, bağışıklık sisteminde gerileme, kilo kaybı, baş ağrısı da gözlenmektedir. Bununla birlikte bakım

veren bireyler alkol, sigara ve psikotrop ilaç kullanımında artış gözlenmiştir (Parks ve Novielli, 2000).

Genel olarak bakım verici stresinin iki tipi gözlenmiştir. Bu stres tipleri;

- Birincil stres, bakım veren bireyler, hasta bireyin günlük yaşam aktivitelerinin planlanması ve yürütülmesi, banyo ve tuvalet ihtiyaçlarının karşılanması gibi durumlardan kaynaklanır.

- İkincil stres ise, hasta bireye doğrudan bakım verme dışında olan faktörlerden kaynaklanır. Diğer aile üyeleriyle çatışma, ekonomik yetersizlikler, iş kaybı, sosyal aktivitelerde azalma gibi durumlar ikincil stresin nedenleri arasındadır (Parks ve Novielli, 2000).

4.4.3. Bakım Veren Pozitif Kavramları

4.4.3.1. Bakım Veren Saygısı

Kendine saygınlık, bireyin kendi memnuniyeti ve kendine güvenidir (Merriam-Webster,2001).Bu nedenle bakım veren bireyin kendine saygısı, bakım verme sonucunda kendini memnun ya da güvende hisseder. Bakım veren bireylerin kendilerine saygısı üzerine yapılan çalışmalarda kadın bakım veren bireylerin, erkek bakım veren bireylerden bakım saygısı daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Hunt, 2003).

4.4.3.2. Bakım Vericinin Yüceliği

Yücelme, kaldırma ya da manevi yükseliş anlamına gelmektedir ve bir bireyin sosyal ya da entelektüel durumunun gelişmesidir (Merriam- Webster, 2001).

Bakım verme stresli olsa bile, bakım veren tarafından ödül olarak da algılanabilir. Bakım vericinin yüceliği ödül olarak da kabul edilebilmektedir. Ödül; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma olabilir. Ayrıca bakım verme görevini üstlendiği için diğer aile üyeleri ya da akrabalar tarafından tanınma, kendine saygı duyma, daha önce bakım alandan aldığı bakımı ve desteği geri ödediği ve sevgisini kanıtladığı

için doyum, çözülmemiş sorun ve duyguların çözülmesi, yararlı olma, akrabalık ilişkilerini güçlendirme, diğerlerinin gereksinimlerini daha iyi anlama, diğerlerinin problemlerine hoşgörülü yaklaşmak gibi ailenin bütünlüğünü sağlayan yararları da vardır (Toseland ve ark., 2001)

4.4.3.3. Bakım Verme Deneyiminden Kazanım

Bakım verme deneyiminden kazanım bakım veren bireyin yaşam alanını geliştirmesini ve güçlendirmesini açıklamaktadır. Bakım verme deneyiminin sonuçları olarak bakım verene pozitif anlamda geri dönmesidir. Kavram olarak “bakım verme kazanımı” Kramer (1997) tarafından “rol kazanımının değeri” olarak belirtilmiştir (Hunt, 2003).

4.4.4. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri

Bakım verici aile bireylerinin çoğu uzun dönem bakımı sağlamak için gerekli bilgi ve beceriye sahip değildir. Kendilerini güvensiz ve hazırlıksız hissedebilmektedir. Sağlık ekibinden aldıkları rehberlikle bakım verici rolünü nasıl gerçekleştirecekleri konusunda kaygı içerisinde olduklarını için gereksinim duydukları ve daha önce deneyimlemedikleri bakımı verme konusunda nasıl davranacaklarını bilmemektedirler: Aynı zamanda öğrenecekleri kaynaklara nasıl ulaşacaklarını ve kullanacaklarını bilmekten dolayı belirsizlik yaşadıklarını belirtmektedir. (Schulz ve Sherwood, 2008; Schumacher ve ark., 2008).

Literatürde bakım veren bireyin hastasına vereceği bakımın boyutlarına ilişkin bilgi gereksinimi olduğu sürekli belirtilmektedir. Literatür bu gereksinimi hastalığa ilişkin bilgi ve yardım, fiziksel bakımı, hastasını rahatlatma, beklenen semptomların ne olduğu, bu semptomların neden ortaya çıktığı ve nasıl kontrol edileceği, tedavi rejimleri, gelecekteki durumu, hastanın duygusal tepkileri, ev işleri, toplumsal ve mali kaynaklar gibi birçok konuyu kapsayabilir. Ayrıca bakım verici bireyin hasta transportu, semptomları izleme ve rapor etme, hastasının kişisel bakımını sağlama (banyo, yürüme, giyinme gibi), beslenme konuları, bakımın koordinasyonu (randevu alma ve doktoru arama), hastalık durumunu izleme ve fiziksel aktivite gibi konuları nasıl yapılandıracağı ve kontrol edeceğine yönelik yardım gereksinimi olduğu belirtilmektedir (Given ve ark., 2001).

Bireylere evde bakım veren aile bireylerinin gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarda hastalık nedeniyle aile bireylerinin %66.2'sinin aile içi görevlerinde değişiklik olduğu, aile üyelerinin %66'sının yorgunluk, bunaltı hissi, sosyal yaşantı değişikliği gibi sorunlar yaşadıkları ve bu sorunları çözmek için evde sağlık personeli istedikleri belirlenmiştir (Bilgili,2000). Yapılan diğer çalışmalarda da bakım verenlerin çoğunluğunun hastanın evdeki bakımları ile ilgili hiçbir eğitim veya bilgi almadığı, kendilerine yeterince zaman ayıramadıkları, durumun onların aile, iş ve sosyal yaşantılarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (Karahan ve Güven, 2002).

4.4.5. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verenlerin tamamının bakım vermede güçlük yaşamadıkları bilinmektedir. Fakat bakım veren bireyler tarafından yaşanan güçlüklerin düzeyleri birbirinden farklıdır Bakım verme güçlüğünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler;

- Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyleri, kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu vb)
- Hasta ile olan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği
- Hasta ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi
- Ambivalan duygular yaşanması
- Hastanın bakımına karar verilirken fikirlerinin alınmaması
- Bakım verenin sağlığının bozuk ya da yaşının ilerlemiş olması
- Bakım verenin hasta bakımı dışında da sorumluluklarının olması
- Hastaya sadece bir alanda değil, çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, bakım konusunda yardım eden kimsenin olmaması vb.)
- Hasta bireyin, bakım verenin yaşantısına müdahale etmeye çalışması
- Bağımlılığı olan hasta bireye bakım verme
- Dar ve orta gelirli ailelerin ekonomik nedenlerle küçük konutlarda oturması ve hastaya ayırabilecekleri bir mekanın olmaması

- Kentte değişen sosyal yaşam sonucu kırsal kökenli hastalarla aile içi uyumsuzluklar
- Ekonomik zorunluluklardan ya da eğitimleri gereği kadınların çalışması, bu nedenle hastaya bakacak ya da eşlik edecek bir kişinin evde bulunmaması, bakım verme güçlüğüne etkileyen faktörler arasındadır (Bilgili, 2000; Erdem 2005; İnci, 2006; Schulz ve Sherwood, 2008).

4.4.6. Bakım Vericilerinin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü

Kanserli hastaya bakım veren hemşirelerin dikkatle değerlendirmesi ve göz önünde bulundurması gereken konulardan biri de bakım vericilerin gereksinimleri ve yaşadıkları güçlüklerdir. Kanser hastalarına bakım veren aile üyeleri, bakım verici rolünün yoğun ve karmaşık yapısı nedeniyle bakım yükü yaşamaktadır. Bakım verenin yükünün azaltılmasında profesyonel hemşirelik yaklaşımları büyük önem taşımaktadır. Hemşireler diğer meslek gruplarına göre hasta ve ailesiyle daha fazla zaman geçiren, bu süreçte hasta/ailesini değerlendiren ve uygun müdahalelerde bulunabilen sağlık profesyonelleridir (Nguyen, 2009).

Polat'ın 2011 yılında 'İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri' ile ilgili çalışmasında sağlık profesyonellerinin kanser hastasının semptomlarının yönetimine yönelik hastayı bütüncül yaklaşımla ele alan iyi ve organize olmuş bir eğitim planı hazırlamaları, uygulamaları ve sonuçlarını değerlendirmeleri son derece önemli olduğunu vurgulamıştır (Nguyen, 2009).

Hemşireler bakım vericilerin stres düzeyini, fiziksel-zihinsel sağlık durumunu değerlendirmeli ve bakım vericinin bildirimlerine karşı duyarlı olmalıdır (Nguyen, 2009).

Bakım vericilerin yaşadığı üzüntü, huzursuzluk, uykusuzluk, iştahta azalma gibi sorunları açık bir iletişimle konuşmalıdır. Çoğu zaman bakım vericiler, başkalarıyla konuşmadan sorunlarının farkına varamayabilir. Böylelikle hemşire bakım verici semptomları şiddetlenmeden bireye yardım edebilir (Nguyen, 2009). Hartford Enstitüsü'nün hazırladığı protokole göre profesyonel olmayan bakım vericilere yönelik hemşirelik yaklaşımları;

- Bakım veren kişilerin bakım vermeye hazır oluşunu artırmak için bilgi ve becerilerin kazandırılması

- Bakım vericinin sorunlarının ve merak ettiği konuların belirlenmesi
- Bakım vericinin gücünün farkına varmasının sağlanması
- Bakım vericinin uygun kaynaklara yönlendirilmesi

Bakım vericinin olası fiziksel ve duygusal sorunlara karşı bilgilendirilmesi, bu sorunları yönetmelerine yardımcı olunmasını kapsamaktadır (Nguyen, 2009).

4.4.7. Bakım Vericinin Yükü ve Zorlanmayı Azaltıcı Girişimler

Halk sağlığı hemşireleri bakım verenlere uygun yaklaşımda bulunarak, hastaların bakımını başarılı bir şekilde yönetmelerine yardım edebilir (Allender ve Spradley, 2001). Halk sağlığı hemşiresi ev ziyaretleri sırasında hastaya primer bakım verenleri belirleyebilir, bakım verenin güçlük yaşayıp yaşamadığını saptayarak, uygun hemşirelik girişimleri ile bireylerin bakım verme sürecinden zarar görmesini engelleyebilir. Bakım veren bireyle görüşme yaparken, alınan cevapların dürüst olması için bakım alan bireyin olmadığı bir ortamda görüşme yapılması, primer bakım verenin en çok kaygı duyduğu alanlar ile ilgili soruların yargılamadan, açık bir şekilde sorulması, bakım veren bireyin ek masraflar ya da iş kaybı nedeniyle oluşan önemli ekonomik sorunlar hakkında konuşmak istemeyebileceğinin farkında olunması, bakım verme aktivitesini etkileyeceği için primer bakım verenin fiziksel ve emosyonel sınırlılıklarını tanımlanması, düzenli olarak yürütülmesi, gereken görüşmelerin primer bakım verenin gereksinim duyduğu zamanlarda da sürdürülmesi, mümkün olduğunca hastanın diyet ya da tedavi yönetiminin basitleştirilmesi, sosyal izolasyon nedeniyle primer bakım verenin depresyon belirti ve bulguları yönünden izlenmesi, hemşirenin özellikle dikkat etmesi gereken konular arasındadır (Kasuya ve ark., 2000) .

4.5. Depresyon

4.5.1. Tanımı

Depresyon, insanın yaşama isteğinin ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler

içinde olduğu, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerini taşıdığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (öz kıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (Güler, 2006) Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması ve kaybı, diğer insanlara bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine ayıplamada bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve değerinin düşmesi saptanır (Çevik ve Volkan, 1993).

Depresyon, normalde birden fazla sebebi olan bir hastalıktır. Genellikle aşağıda belirtilen üç faktörün aynı zamanda veya ayrı ayrı ortaya çıkarak etkileşim yoluyla depresyonu meydana getirdiği söylenmektedir. Bunlar;

- Depresyon oluşumunu kolaylaştıran bir yaradılışa sahip olan veya soyaçekim açısından depresyona girme ihtimali daha yüksek olan insanlar, örneğin aile içinde ve akraba çevresinde genetik nedenlerle sık sık depresyon ortaya çıkmışsa,
- Yetişkinlerin yaşamında ağır basan değişiklikler, örneğin hastalık, ölüm, ayrılış ve aile veya çalıştığı işyerinde beklentileri yerine getiremeyecek duruma gelmesine neden olacak baskı,
- Çocuklukta yaşanmış olan ağır kayıp tecrübeleri (örneğin ana veya babanın ölümü) veya çocuğun uygun olmayan eğitim ve yetiştirme metotlarına maruz kalmış olması.(Çevik ve Volkan, 1993: 114-115).

Kanser ruhsal ve fiziksel hastalığın bir arada görüldüğü bir hastalıktır. Hastalığın ve tedavilerin getirdiği zorluklara bağlı olarak maddi ve manevi kayıplar yaşanabilir. Genellikle hastalıktan kaynaklanan sağlığın kaybolması, fiziksel bütünlüğün bozulması, rahatsızlık ve fiziki şekil bozukluğu en sık izlenen kayıplardır. Bu kayıplar hastaları etkilediği kadar bakım veren yakınlarını da etkilemektedir. Kanserli hastalar bakım veren bireylerinde bu etkiler dolayı depresyona yakalanma riski bir kat daha artmaktadır (Ergenekon, 2006).

4.5.2. Depresyonun Belirtileri

Bireylerde depresyonun yakında ortaya çıkacağına veya var olduğuna işaret eden ilk belirtiler kişiden kişiye çok farklı olabilir. Bazı kişilerde bedensel yakınma ve

rahatsızlıklar ön planda iken, başkalarında düşünsel ve duygusal bozuklukların hâkim olması söz konusu olabilir. Depresyon, ilgili kişinin duygularını, düşüncelerini ve davranışını değiştirebilen ve bedensel yakınmalara sebep olabilen bir hastalıktır. Depresyonun belirtilerini ruhsal, davranışsal, düşünsel ve bedensel olarak sınıflandırılmaktadır. (Güler, 2006; Beck ve Clark,1997)

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Çalışma; larenjektomi (parsiyel, total larenjektomi) olan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerini, depresyon düzeylerini belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi hastanesinde Eylül 2014-Aralık 2014 tarihleri arasında yürütüldü.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi hastanesinde Kulak Burun Boğaz polikliniğe başvuran 88 total, 124 parsiyel larenjektomi ve toplam 212 larenjektomi hasta hastalarına bakım veren yakınları, örnekleme ise dahil edilme kriterlerine uyan 50 total larenjektomi,50 parsiyel larenjektomi olan hastalara bakım veren toplam 100 birey oluşturdu.

5.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri

- Larenjektomi olan hastanın yakını olma
- Larenjektomi olan hastaya 30 gün ve üzeri bakım verme
- Bakım verenin araştırmaya gönüllü olarak katılmasıdır.

5.5. Veri Toplama Araçları

Veriler; kişisel bilgi formu (EK 1) ve Zarit Bakıcı yük ölçeği (EK 2) (EK 3) Beck depresyon ölçeği ile toplandı.

5.5.1. Kliniğe Uyarlanan ZARİT Bakım Yüğü Ölçeği

Bakım Yüğü Ölçeği Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım veren bireyin yaşamı

üzerine olan etkisini belirleyen ifadelerden oluşmaktadır. Bakım yükü ölçeği Özer ve arkadaşları tarafından(2012) Türkçe' ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek hiçbir zaman(0), nadiren(1), bazen(2), sık sık(3), ya da hemen her zaman(4) olmak üzere "0" dan "4" e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yöneliktir. Toplam puan tüm maddeleri toplayarak elde edilir. 0'dan 88'e kadar değişiklik gösterebilir. Toplam puan ne kadar fazlaysa, yük de o kadar fazladır. 0 ile 20 aralığını az veya hiç yükün olmaması, 21 ile 41 aralığını hafif ve orta derece yük, 41 ile 60 aralığını ileri derecede yük, 61 ile 88 aralığını ise aşırı derecede yük olarak derecelendirilmiştir. Özer ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada Zarit Bakım Yükü Ölçeği Cronbach Alfa'sı 0.82 olarak belirlenmiştir (Özer ve ark., 2012).

5.5.2. Kliniğe Uyarlanan BECK Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek depresyonda görülen somatik,duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. 21 belirti kategorisini içerir. Beck Depresyon Ölçeğinde her belirti "hiçbir zaman", "ara sıra", "sık sık", "her zaman" gibi dört kendini değerlendirme maddesinden oluşmuştur. Bu maddeler 0 – 3 arası puan almaktadır. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 63'tür. 1 - 10: arası puan normal 11 - 16: hafif ruhsal sıkıntı 17 - 20: sınırdaki klinik depresyon 21 - 30: orta depresyon 31 - 40: ciddi depresyon 40 üzeri: çok ciddi depresyon düzeyi olarak derecelendirilmiştir. Beck Depresyon Ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği ve cronbach alfası 0.86 olarak belirlenmiştir (Savaşır ve Şahin, 1997).

5.6. Ölçeğin Güvenirlilik Analizi

Çalışmada Cronbach Alfa Katsayısı Bakım Yükü ölçeğinde 0,913 ve Beck Depresyon ölçeğinde 0,911 olarak saptandı. Total ve parsiyel larenjektomi olan yakınlarının bakım yükü ölçeğinin ve beck depresyon ölçeğinin cronbach alfa katsayısı aşağıdaki tablo5.1 ve tablo5.2 de gösterilmektedir.

Tablo 5. 1. Hasta Yakınlarının Bakım Yükleri Ölçeğinin Güvenilirliği

Bakım Yüğü Ölçeği	Cronbach's Alpha
Parsiyel Larenjektomi	0,864
Total Larenjektomi	0,886
Toplam	0,913

Tablo 5. 2. Hasta Yakınlarının Beck Depresyon Ölçeği Güvenilirliği

Beck Depresyon Ölçeği	Cronbach's Alpha
Parsiyel Larenjektomi	0,900
Total Larenjektomi	0,917
Toplam	0,911

5.7. Verilerin Toplanma Yöntemi

Araştırma izinleri İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Kulak Burun Boğaz kliniğine başvuran, kontrole gelen ve radyoterapi-kemoterapi alan hastalara bakım veren yakınlarına yapıldı (Ek 1, Ek2, Ek 3) .Haliç Üniversitesi'nden etik kurul onayı (Ek 5) alındıktan sonra araştırmaya başlandı. Verileri toplanmadan önce araştırmacı tarafından anketin uygulandığı kişilere araştırmanın amacı açıklandı. Anket soruları araştırmacı tarafından birebir sorularak cevapları alındı.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce; Etik Kurul'dan (Ek 5) onay alındı. İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinden (Ek 4) izin ve onay alındı.

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada kullanılan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 21.0 yardımıyla analiz edildi. Zarit Bakım Yüğü Ölçeği ve Beck Depresyon için cronbach alfa değeri 0,913 ve 0,911 bulundu. Bu neticelerden sonra veriler güvenilir kabul edildi ve çözümlemelere geçildi. Araştırmada öncelikle demografik özelliklerin dağılımını gösteren frekans dağılımı kullanıldı. Bakım yüğü ölçeği ve beck depresyon ölçeğinden elde edilen puanlara ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve alt-üst değerleri gibi tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Çözümlemelerde iki değişken karşılaştırmasında Mann Whitney U testi ve t test, ikiden fazla değişken olduğu karşılaştırmalarda nonparametrik testlerden ANOVA'nın nonparametrik testlerde alternatifini olan Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İlişki için pearson ilişki katsayısı kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p=0.05$ olarak seçildi.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın 100 hasta yakını ile sınırlı olması
- Bir tıp fakóltesi hastanesi olması
- Hasta yakınlarının soruları doğru ve içtenlikle cevaplandırması ile sınırlıdır.

6.BULGULAR

Larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yüklerinin, depresyon düzeylerinin belirlenmesi ve aralarındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan araştırmada;

- Larenjektomi (parsiyel ve total larenjektomi) olan hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine dair bulgular,
- Larenjektomi (parsiyel ve total larenjektomi) olan hasta yakınlarının bakım yüklerinin ve depresyon düzeylerinin belirlenmesine yönelik bulgular ve ileri analizleri verildi.

Tablo 6.1. Hasta Yakınlarının Sosyo- Demografik Özellikleri Dair Bulgular

N=100

Sosyo-Demografik Özellikler		Parsiyel Larenjektomi (n=50)		Total Larenjektomi (n=50)		Toplam (n=100)	
		n	%	n	%	n	%
Yaş	25-44	17	34,0	29	58,0	46	46,0
	45-64	21	42,0	18	36,0	39	39,0
	65-84	12	24,0	2	4,0	14	14,0
	85 ve üzeri	0	0,0	1	2,0	1	1,0
Cinsiyet	Kadın	32	64,0	38	76,0	70	70,0
	Erkek	18	36,0	12	24,0	30	30,0
Medeni Durumu	Evli	36	72,0	35	70,0	71	71,0
	Bekar	9	18,0	14	28,0	23	23,0
	Dul	5	10,0	1	2,0	6	6,0
Eğitim Durumu	Okur yazar	5	10,0	4	8,0	9	9,0
	İlkokul Mezunu	15	30,0	10	20,0	25	25,0
	Ortaokul Mezunu	9	18,0	5	10,0	14	14,0
	Lise Mezunu	10	20,0	11	22,0	21	21,0
	Yüksekokul üniversite mezun	11	22,0	20	40,0	31	31,0
Sağlık Güvence	SGK	48	96,0	48	96,0	96	96,0
	Özel sağlık sigortası	2	4,0	2	4,0	4	4,0
Ekonomik Durumu	Çok kötü	3	6,0	1	2,0	4	4,0
	Kötü	11	22,0	12	24,0	23	23,0
	Orta	30	60,0	29	58,0	59	59,0
	İyi	5	10,0	6	12,0	11	11,0
	Çok iyi	1	2,0	2	4,0	3	3,0
Çalışma Durumu	Evet	26	52,0	32	64,0	58	58,0
	Hayır	24	48,0	18	36,0	42	42,0

Tablo 6. 1 incelendiğinde; larenjektomi olan hasta yakınlarının %39' u 45-64 ve %1' u 85 ve üzeri yaşta olduğu, %70' i kadın, %25' i ilköğretim mezunudur. Sağlık güvencesi incelendiğinde, %96' si SGK' lıdır. %59' u orta düzeyde ekonomik gelire sahip olduğu, %58' inin çalışmakta olduğu saptandı.

Tablo 6. 2. Hasta Yakınlarının Bakım Süreleriyle İlgili Bulgular

N=100

Bakım Süresi Özellikleri		Parsiyel Larenjektomi (n=50)		Total Larenjektomi (n=50)		Toplam (n=100)	
		n	%	n	%	n	%
Bakım Süresi	30 gün – 1 yıl	13	26,0	33	66,0	46	46,0
	2 yıl – 4 yıl	27	54,0	13	26,0	40	40,0
	5 yıl ve üzeri	10	20,0	4	8,0	14	14,0
Başka Yakını	Evet	6	12,0	11	22,0	17	17,0
	Hayır	44	88,0	39	78,0	83	83,0

Tablo 6. 2' de görüldüğü gibi % 46'sı 30 gün – 1 yıl yakınlarına bakım veren rolündedir. %83'ünün ise larenjektomi olan başka yakını yoktur.

Tablo 6. 3. Hasta Yakınlarının Bakım Vermede Destek Alma Durumları

Destek Alma Durumları		Parsiyel Larenjektomi (n=50)		Total Larenjektomi (n=50)		Toplam (n=100)	
		n	%	n	%	n	%
Destek Alma	Evet	23	46,0	28	56,0	51	51,0
	Hayır	8	16,0	11	22,0	19	19,0
	Bazen	19	38,0	11	22,0	30	30,0
Evet ise	1 hafta	11	21,5	20	39,2	31	60,7
	2 hafta – 1 ay	8	15,6	3	5,8	11	21,5
	2 ay ve üzeri	4	7,8	5	9,8	9	17,6

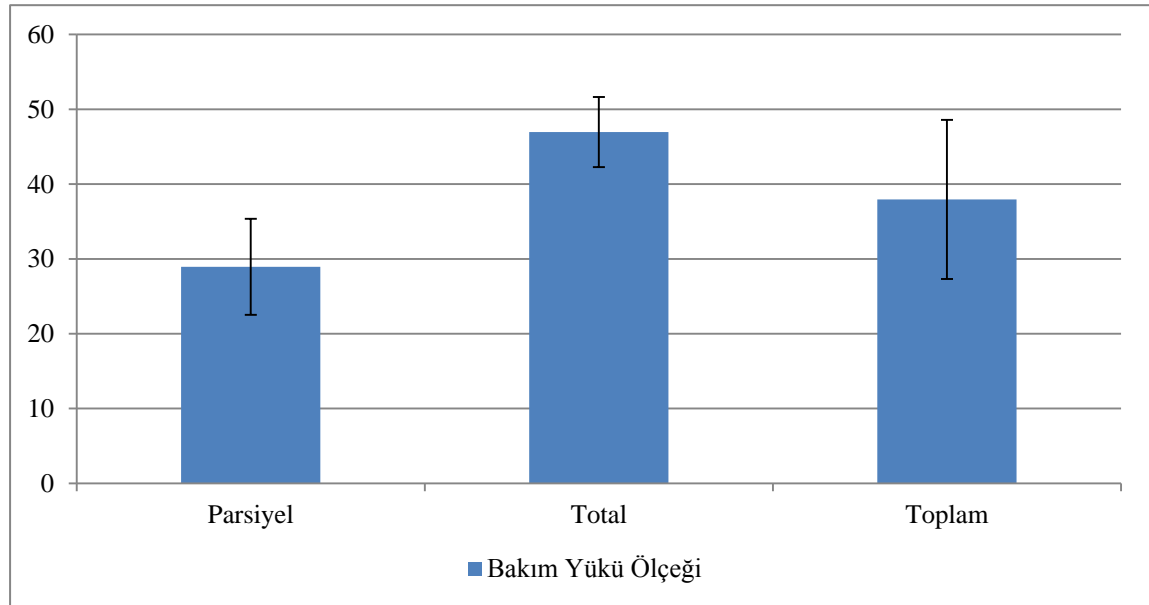
Tablo.6. 2’de % 51’inin yakınına bakım verme konusunda diğer aile üyelerinden destek almakta olduğu ve destek aldığını söyleyen kişiler (n=51) içinden %60,7 sinin 1 hafta yakınına bakım veren rolündedir.

Tablo 6. 4. Hasta Yakınlarının Bakım Yükleri

N=100

Bakım Yükü Ölçeği	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	İstatistik
Parsiyel Larenjektomi	10	39	28,94	6,42	t*=-16,04; p=0,00001
Total Larenjektomi	41	56	46,96	4,69	
Toplam	10	56	37,95	10,64	

*t testi



Şekil 6. 1. Hasta Yakınlarının Bakım Yükleri Grafiği

Tablo 6. 4'e göre araştırmaya katılan tüm larenjektomi olan hasta yakınlarının (n=100) bakım yükü leğinin puan ortalaması $37,95\pm 10,64$ olarak saptandı. Bu da bize hasta yakınlarının orta derecenin üstünde bakım yükü olduğu saptandı.

Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yükü leğinin puan ortalaması $28,94\pm 6,42$ olup orta derecede bakım yükü olduğu, total larenjektomi olan hasta yakınlarına bakıldığında bakım yükü leğinin puan ortalaması $46,96\pm 4,69$ olarak ortanın üstünde bakım yükü olduğu saptandı. Bakım yükleri açısından larenjektomi tiplerine göre parsiyel ile total arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t test; $t=-16,04$; $p=0,00001$).

Tablo 6. 5. Sosyo-Demografik Özellikleri İle Bakım Yükü Ölçeği Arasındaki Farklılık

N=100

Demografik Özellikler		PARSİYEL LARENJEKTOMİ		TOTAL LARENJEKTOMİ		TOPLAM	
		Ort±SS	İst.	Ort±SS	İst.	Ort±SS	İst.
Yaş	25-44	26,24±6,16 (n:17)	$\chi^2 =5,78^*$	47,21±4,75 (n:29)	$\chi^2 4,67^*$	39,46±11,5 (n:46)	$\chi^2 7,62^*$
	45-64	31,05±5,16 (n:21)	p=0,055	45,78±4,39 (n:18)	p=0,198	37,85±8,83 (n:39)	p=0,055
	65-84	29,08±7,74 (n:12)		50±2,83 (n:2)		32,07±10,44 (n:14)	
	85 ve üzeri	0±0 (n:0)		55±0 (n:1)		55±0 (n:1)	
Cinsiyet	Kadın	31,06±4,52 (n:32)	U= 134**	47,26±4,71 (n:38)	U= 188,5**	39,86±9,33 (n:70)	U= 706,5**
	Erkek	25,17±7,6 (n:18)	p=0,002	46±4,69 (n:12)	p=0,367	33,5±12,25 (n:30)	p=0,01
Medeni Durumu	Evlü	29,81±6,26 (n:36)	$\chi^2 3,28^*$	46,69±4,42 (n:35)	$\chi^2 2,46^*$	38,13±10,07 (n:71)	$\chi^2 3,51^*$
	Bekar	27,11±7,51 (n:9)	p=0,194	47,07±5,15 (n:14)	p=0,292	39,26±11,64 (n:23)	p= 0,173
	Diğer	26±4,85 (n:5)		55±0 (n:1)		30,83±12,61 (n:6)	
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	0±0 (n:0)	$\chi^2=2,69^*$	0±0 (n:0)	$\chi^2 5,78^*$	0±0 (n:0)	$\chi^2 2,75^*$
	Okur yazar	29,4±5,55 (n:5)	p=0,612	51,5±2,65 (n:4)	p=0,216	39,22±12,4 (n:9)	p=0,601
	İlkokul	29,73±8,07 (n:15)		46,7±4,72 (n:10)		36,52±10,87 (n:25)	
	Ortaokul	28,78±7,51 (n:9)		44,4±3,58 (n:5)		34,36±9,95 (n:14)	
	Lise	29,7±3,77 (n:10)		47,27±5,66 (n:11)		38,9±10,16 (n:21)	
	Yüksekokul/ Üniversite	27,09±5,91 (n:11)		46,65±4,38 (n:20)		39,71±10,69 (n:31)	
Sağlık Güvence	SGK	29,25±6,35 (n:48)	U= 11**	47,06±4,75 (n:48)	U=35**	38,16±10,55 (n:96)	U= 142**
	Özel Sağlık	21,5±2,12 (n:2)	p= .066	44,5±2,12 (n:2)	p=0,518	33±13,39 (n:4)	p=0,379
Ekonomik Durumu	Çok kötü	31,67±3,51 (n:3)	$\chi^2 6,22^*$	55±0 (n:1)	$\chi^2 5,13^*$	37,5±12,01 (n:4)	$\chi^2 1,22^*$
	Kötü	30,45±6,83 (n:11)	p=0,183	47,67±4,77 (n:12)	p=0,274	39,43±10,48 (n:23)	p=0,874
	Orta	28,63±6,69 (n:30)		46,14±4,52 (n:29)		37,24±10,5 (n:59)	
	İyi	24,6±3,36 (n:5)		48,83±4,83 (n:6)		37,82±13,28 (n:11)	
	Çok iyi	35±0 (n:1)		45±4,24 (n:2)		41,67±6,51 (n:3)	
Çalışma Durumu	Evet	26,85±7,09 (n:26)	U=183**	47,56±4,52 (n:32)	U= 223**	38,28±11,88 (n:58)	U= 1132**
	Hayır	31,21±4,77 (n:24)	p=0,012	45,89±4,91 (n:18)	p=0,187	37,5±8,77 (n:42)	p=0,548

*:Kruskal Wallis H Test **:Mann Whitney U Test

Tablo 6.5'e göre hasta yakınlarının tamamı (n=100) değerlendirildiğinde cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$), diğer sosyo-demografik özelliklere bakıldığında yaşları, medeni durumları, eğitim durumları, sağlık güvencesi, ekonomik durumu ile bakım yükü ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının cinsiyeti ve çalışma durumuna göre bakım yükü ölçeği puan ortalamasının fark gösterip göstermediği incelendiğinde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Total larenjektomi olan hasta yakınlarının demografik bütün özelliklerine göre bakım yükü ölçeği puan ortalamasının fark gösterip göstermediği incelendiğinde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6. 6. Bakım Süresi İle Bakım Yükü Ölçeği Arasındaki Farklılık

N=100

Bakım Süresi		PARSİYEL LARENJEKTOMİ		TOTAL LARENJEKTOMİ		TOPLAM	
		Ort±SS (n)	İst.	Ort±SS (n)	İst.	Ort±SS (n)	İst.
Bakım Süresi	30gün-1yıl	28,62±5,58 (n:13)	$\chi^2=0,46$ $p=0,793$	46,52±4,4 (n:33)	$\chi^2=1,86$ $p=0,395$	41,46±9,4 (n:46)	$\chi^2=9,23$ $p=0,01$
	2-4 yıl	29,15±7,16 (n:27)		48,38±4,99 (n:13)		35,4±11,18 (n:40)	
	5yılve üzeri	28,8±5,87 (n:10)		46±6,38 (n:4)		33,71±9,91 (n:14)	
Başka Yakını	Evet	29,83±5,15 (n:6)	U=125,5 $p=0,846$	43,82±3,74 (n:11)	U=99 $p=0,007$	38,88±8,03 (n:17)	U=689,5 $p=0,883$
	Hayır	28,82±6,61 (n:44)		47,85±4,58 (n:39)		37,76±11,13 (n:83)	

***Mann Whitney U Test**

Tablo 6. 6' ya göre hasta yakınlarının tamamı (n=100) değerlendirildiğinde ne kadar süre yakınına bakım veren rolü ile bakım yükü ölçeği puan ortalamasının fark gösterip göstermediği incelendiğinde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Total larenjektomi olan hasta yakınlarının larenjektomi olan başka yakını ile bakım yükü ölçeği puan ortalamasının fark gösterip göstermediği incelendiğinde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6. 6'nın Devamı Hasta Yakınlarına Bakım Süreleri İle Bakım Yükü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması

N=100

(I) Bakım Süresi	(J) Bakım Süresi	Ort.	S.S.	U*	p
30gün-1yıl	2-4 yıl	35,4	11,18	632,5	0,013
	5yılve üzeri	33,71	9,91	180,0	0,013
2-4 yıl	30gün-1yıl	41,46	9,4	632,5	0,013
	5yılve üzeri	33,71	9,91	252,0	0,580
5yılve üzeri	30gün-1yıl	41,46	9,4	180,0	0,013
	2-4 yıl	35,4	11,18	252,0	0,580

***Mann Whitney U Test**

Tablo 6. 6'nın devamı hasta yakınlarının tamamı (n=100) değerlendirildiğinde anlamlı bulunan ve ileri analizi yapılan larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım süreleri ile bakım yükü ölçeği puanının nasıl değiştiği incelendi. İleri analizde bu anlamlı değişimlerin yönü ve hangi bakım verilen süresine göre farklılaşma olduğu belirlendi. 30 gün ile 1 yıl arası bakım verenlerin bakım yükü ölçek puan ortalaması ile 2-4 yıl bakım verenlerin ve 5 yıl ve üzeri bakım verenlerin yakınların bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Genel olarak hasta yakınlarının bakım süresi arttıkça bakım yükü puanlarının azaldığı görüldü.

Tablo 6. 7. Destek Alma İle Bakım Yükü Ölçeği Arasındaki Farklılık**N=51**

Destek Alma		PARSİYEL LARENJEKTOMİ		TOTAL LARENJEKTOMİ		TOPLAM	
		Ort±SS	İst.	Ort±SS	İst.	Ort±SS	İst.
Destek Alma	Evet	26,78±6,03 (n:23)	$\chi^2 = 7,32$ p=0,026	46,07±4,57 (n:28)	$\chi^2 = 4,89$ p=0,087	37,37±11,01 (n:51)	$\chi^2 = 0,93$ p=0,623
	Hayır	30,13±5,08 (n:8)		49,55±4,68 (n:11)		41,37±10,92 (n:19)	
	Bazen	31,05±6,8 (n:19)		46,64±4,43 (n:11)		36,77±9,69 (n:30)	
Evet ise	1 hafta	25,45±6,77 (n:11)	$\chi^2 = 5,27$ p=0,072	45,54±4,1 (n:20)	$\chi^2 = 5,19$ p=0,074	38,65±11,01 (n:31)	$\chi^2 = 0,84$ p=0,642
	2hafta- 1ay	30,38±4,78 (n:8)		53±2,65 (n:3)		36,55±11,36 (n:11)	
	2 ay ve üzeri	23,25±1,71 (n:4)		45,2±5,22 (n:5)		35,44±12,19 (n:9)	

***Mann Whitney U Test**

Tablo 6. 7'ye göre parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının destek alma durumları ile bakım yükü ölçeği puan ortalamasının fark gösterip göstermediği incelendiğinde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 6. 7'nin Devamı Parsiyel Larenjektomi Olan Hasta Destek Alma Durumu İle Bakım Yükü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması**N=50**

(I) Destek Alma	(J) DesteAlma	Ort.	S.S.	U*	p
Evet	Hayır	30,13	5,08	58,5	0,129
	Bazen	31,05	6,8	117,5	0,011
Hayır	Evet	26,78	6,03	58,5	0,129
	Bazen	31,05	6,8	59,5	0,379
Bazen	Evet	26,78	6,03	117,5	0,011
	Hayır	30,13	5,08	59,5	0,379

***Mann Whitney U Test**

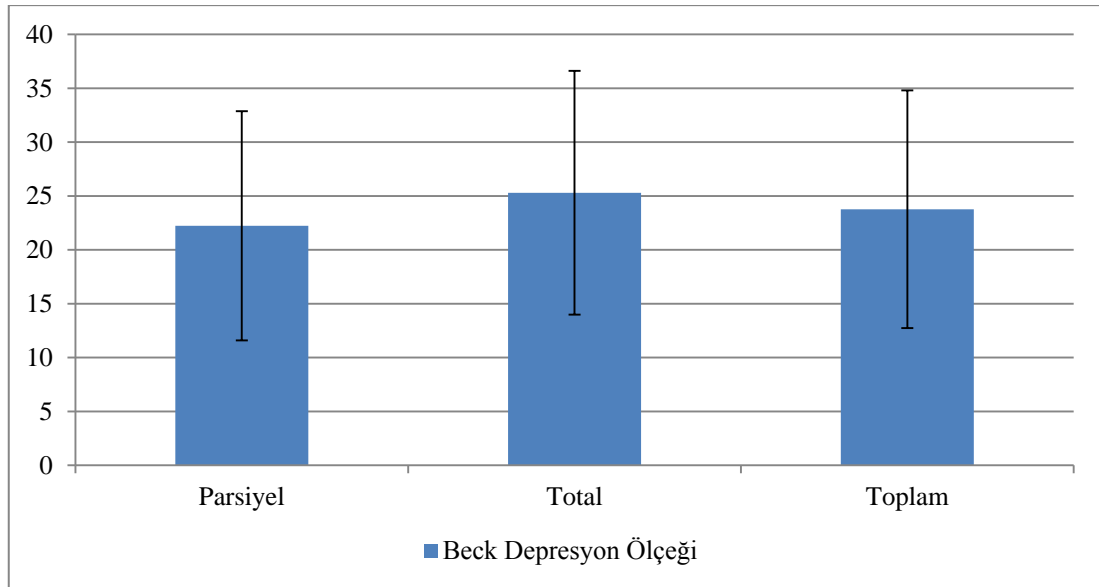
Tablo 6.7.devamına göre parsiyel larenjektomi olan yakınları değerlendirildiğinde anlamlı bulunan ve ileri analizi yapılan larenjektomi olan hasta yakınlarının destek alma durumuna göre bakım yükü ölçeğinin nasıl değiştiği incelendi.

İleri analizde evet ile bazen cevabı verenler arasında farklılaşma olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 6. 8. Hasta Yakınlarının Beck Depresyon Ölçekleri

Beck Depresyon Ölçeği	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	İstatistik
Parsiyel Larenjektomi	2	49	22,24	10,64	t=-1,39 p=0,16
Total Larenjektomi	2	63	25,30	11,31	
Toplam	2	63,00	23,77	11,03	

t testi



Şekil 6. 2. Hasta Yakınlarının Beck Depresyon Ölçek Grafiği

Tablo 6. 8'e göre araştırmaya katılan bütün ($n=100$) larenjektomi olan hasta yakınlarının beck depresyon ölçeğinin puan ortalaması $23,77\pm 11,03$ olarak saptandı. Buda bize hasta yakınlarının orta düzeyde depresyon belirtileri gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının beck depresyon ölçeğinin puan ortalaması $22,24 \pm 10,64$ olarak orta depresyon düzeyi olarak saptandı. Total larenjektomi olan hasta yakınlarının beck depresyon ölçeğinin puan ortalaması $25,3 \pm 11,31$ olarak ve orta depresyon düzeyde saptandı. Beck depresyon ölçeği açısından ameliyat tipleri olan parsiyel ile total arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (t test; $t=-1,39$; $p=0,16$) (Şekil 6. 2.).

Tablo 6. 9. Sosyo-Demografik Özellikleri İle Beck Depresyon Ölçeği Arasındaki Farklılık

N=100

Demografik Özellikler	PARSİYEL LARENJEKTOMİ		TOTAL LARENJEKTOMİ		TOPLAM		
	Ort±SS	İst.	Ort±SS	İst.	Ort±SS	İst.	
Yaş	25-44	18,71±13,37 (n:17)	$\chi^2=6,29^*$ p=0,043	23,41±10,68 (n:29)	$\chi^2= 4,27^*$ p=0,234	21,67±11,82 (n:46)	$\chi^2= 7,14^*$ p=0,068
	45-64	22,05±7,81 (n:21)		25,89±7,32 (n:18)		23,82±7,74 (n:39)	
	65-84	27,58±9,12 (n:12)		28,5±24,75 (n:2)		27,71±10,84 (n:14)	
	85 ve üzeri	0±0 (n:0)		63±0 (n:1)		63±0 (n:1)	
Cinsiyet	Kadın	25,25±8,53 (n:32)	U=143** p=0,003	26,39±10,19 (n:38)	U= 147** p=0,065	25,87±9,42 (n:70)	U= 573,5** p=0,0001
	Erkek	16,89±12,1 (n:18)		21,83±14,25 (n:12)		18,87±13 (n:30)	
Medeni Durumu	Evli	20,78±10,23 (n:36)	$\chi^2=2,03^*$ p=0,362	24,69±10,47 (n:35)	$\chi^2= 3,02^*$ p=0,221	22,7±10,46 (n:71)	$\chi^2= 1,96^*$ p=0,376
	Bekar	25,67±11,83 (n:9)		24,14±9,13 (n:14)		24,74±10,04 (n:23)	
	Diğer	26,6±11,08 (n:5)		63±0 (n:1)		32,67±17,86 (n:6)	
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	0±0 (n:0)	$\chi^2=20,8^*$ p=0,0001	0±0 (n:0)	$\chi^2= 14,33^*$ p=0,006	0±0 (n:0)	$\chi^2= 28,51^*$ p=0,0001
	Okur yazar	31±5,2 (n:5)		44,75±13,23 (n:4)		37,11±11,47 (n:9)	
	İlkokul	25,73±10,12 (n:15)		29±8,65 (n:10)		27,04±9,51 (n:25)	
	Ortaokul	26,33±7,33 (n:9)		24±5,79 (n:5)		25,5±6,69 (n:14)	
	Lise	21,3±10,75 (n:10)		25,09±9,97 (n:11)		23,29±10,27 (n:21)	
	Yüksekokul/ Üniversite	11±6,51 (n:11)		20±9,51 (n:20)		16,81±9,52 (n:31)	
Sağlık Güvencesi	SGK	22,17±10,7 (n:48)	U=44,5* p=0,862	25,48±11,51 (n:48)	U= 41** p=0,729	23,82±11,18 (n:96)	U= 177,5* p=0,798
	Özel Sağlık	24±12,73 (n:2)		21±1,41 (n:2)		22,5±7,59 (n:4)	
Ekonomik Durumu	Çok kötü	22,67±10,26 (n:3)	$\chi^2=11,4^*$ p=0,022	16±0 (n:1)	$\chi^2= 5,49^*$ p=0,24	21±9,02 (n:4)	$\chi^2= 14,18^*$ p=0,007
	Kötü	30,36±7,86 (n:11)		30,25±9,65 (n:12)		30,3±8,64 (n:23)	
	Orta	20,87±10,66 (n:30)		24,21±12,28 (n:29)		22,51±11,51 (n:59)	
	İyi	13,6±7,64 (n:5)		23±7,38 (n:6)		18,73±8,64 (n:11)	
	Çok iyi	16±0 (n:1)		23±16,97 (n:2)		20,67±12,66 (n:3)	
Çalışıyor Durumu	Evet	16,62±9,5 (n:26)	U=102** p=0,0001	20,94±8,87 (n:32)	U= 105** p=0,0001	19±9,33 (n:58)	U= 459** p=0,0001
	Hayır	28,33±8,29 (n:24)		33,06±11,21 (n:18)		30,36±9,81 (n:42)	

*:Kruskal Wallis H Test **:Mann Whitney U Test

Tablo 6. 9' a göre Hasta yakınlarının tamamı (n=100) değerlendirildiğinde cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durumu, çalışma durumu açısından beck depresyon ölçeğinin puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durumu, çalışma durumu açısından beck depresyon ölçeğinin puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Total larenjektomi olan hasta yakınlarının eğitim durumu ve çalışma durumu açısından beck depresyon ölçeğinin puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Bu konuda ileri analizler yapılarak incelendiğinde;

Tablo 6. 9'un Devamı Parsiyel Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Yaşları İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması

N=50

(I) Beck Depresyon	(J) Beck Depresyon	Ort.	S.S.	U*	p
25-44	45-64	22,05	7,81	126	0,12
	65-84	27,58	9,12	53,5	0,03
	85 ve üzeri	-	-	-	-
45-64	25-44	18,71	13,37	126	0,12
	65-84	27,58	9,12	81	0,09
	85 ve üzeri	-	-	-	-
65-84	25-44	18,71	13,37	53,5	0,03
	45-64	22,05	7,81	81	0,09
	85 ve üzeri	-	-	-	-

*:Mann Whitney U Test

Tablo 6.9'un devamına göre İleri analizde (65-84) yaş grubu ile (25-44) ve (45-64) yaş grubu arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6.9.'un Devamı Total Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Yaşları İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması

N=50

(I) Beck Depresyon	(J) Beck Depresyon	Ort.	S.S.	U*	p
25-44	45-64	22,05	7,81	126	0,12
	65-84	27,58	9,12	53,5	0,03
	85 ve üzeri	-	-	-	-
45-64	25-44	18,71	13,37	126	0,12
	65-84	27,58	9,12	81	0,09
	85 ve üzeri	-	-	-	-
65-84	25-44	18,71	13,37	53,5	0,03
	45-64	22,05	7,81	81	0,09
	85 ve üzeri	18,71	13,37	-	-

***:Mann Whitney U Test**

Tablo 6. 9.'un devamında İleri analizde (25-44) yaş grubu ile (65-84) yaş grubu arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6. 9.'un Devamı Parsiyel Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Eğitim Durum İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması

N=50

(I) Beck Depresyon	(J) Beck Depresyon	Ort.	S.S.	U*	p
Okur yazar	İlkokul	25,73	10,12	23,5	0,22
	Ortaokul	26,33	7,33	12,5	0,19
	Lise	21,3	10,75	6	0,02
	Yüksekokul/ Üniversite	11	6,51	0,0001	0,002
İlkokul	Okur yazar	31	5,2	23,5	0,22
	Ortaokul	26,33	7,33	62,5	0,76
	Lise	21,3	10,75	48,5	0,14
	Yüksekokul/ Üniversite	11	6,51	19,5	0,001
Ortaokul	Okur yazar	31	5,2	12,5	0,19
	İlkokul	25,73	10,12	62,5	0,76
	Lise	21,3	10,75	24	0,80
	Yüksekokul/ Üniversite	11	6,51	8	0,002
Lise	Okur yazar	31	5,2	6	0,02
	İlkokul	25,73	10,12	48,5	0,14
	Ortaokul	26,33	7,33	24	0,80
	Yüksekokul/ Üniversite	11	6,51	17	0,007
Yüksekokul/ Üniversite	Okur yazar	31	5,2	0,0001	0,002
	İlkokul	25,73	10,12	19,5	0,001
	Ortaokul	26,33	7,33	8	0,002
	Lise	21,3	10,75	17	0,007

***Mann Whitney U Test**

Tablo 6.9.'un devamında ileri analizde yüksekokul/üniversite mezunları ile diğer eğitim durumları arasındaki ve lise mezunları ile okuryazarlar olan hasta yakınları arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6. 9.’un Devamı Parsiyel Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Ekonomik Durumları İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması

N=50

(I) Beck Depresyon	(J) Beck Depresyon	Ort.	S.S.	U*	p
Çok kötü	Kötü	30,36	7,86	9,5	0,27
	Orta	20,87	10,66	41,5	0,82
	İyi	13,6	7,64	4	0,29
	Çok iyi	16	0	-	-
Kötü	Çok kötü	22,67	10,26	9,5	0,27
	Orta	20,87	10,66	69,5	0,004
	İyi	13,6	7,64	4	0,008
	Çok iyi	16	0	-	-
Orta	Çok kötü	22,67	10,26	41,5	0,82
	Kötü	30,36	7,86	69,5	0,004
	İyi	13,6	7,64	46	0,17
	Çok iyi	16	0	-	-
İyi	Çok kötü	22,67	10,26	4	0,29
	Kötü	30,36	7,86	4	0,008
	Orta	20,87	10,66	46	0,17
	Çok iyi	16	0	-	-

***:Mann Whitney U Test**

Tablo 6.9.’un devamında ileri analizde kötü ekonomik duruma sahip olanlar ile orta ve iyi ekonomik durumu arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6. 9.'un Devamı Total Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Eğitim Durumu İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması

N=50

(I) Beck	(J) Beck Depresyon	Ort.	S.S.	U*	p
Okur yazar	İlkokul	29	8,65	6	0,047
	Ortaokul	24	5,79	0,0001	0,014
	Lise	25,09	9,97	5	0,026
	Yüksekokul/ Üniversite	20	9,51	0,0001	0,002
İlkokul	Okur yazar	44,75	13,23	14	0,17
	Ortaokul	24	5,79	62,5	0,76
	Lise	25,09	9,97	36	0,17
	Yüksekokul/ Üniversite	20	9,51	45,5	0,016
Ortaokul	Okur yazar	44,75	13,23	0,0001	0,014
	İlkokul	25,09	9,97	62,5	0,76
	Lise	20	9,51	25,5	0,82
	Yüksekokul/ Üniversite	20	9,51	33	0,24
Lise	Okur yazar	44,75	13,23	5	0,026
	İlkokul	29	8,65	36	0,17
	Ortaokul	24	5,79	25,5	0,82
	Yüksekokul/ Üniversite	20	9,51	76	0,16
Yüksekokul/ Üniversite	Okur yazar	44,75	13,23	0,0001	0,002
	İlkokul	29	8,65	45,5	0,016
	Ortaokul	24	5,79	33	0,24
	Lise	25,09	9,97	76	0,16

***Mann Whitney U Test**

Tablo 6. 9.'un devamında ileri analizde okur yazarlar ile diğer eğitim durumları arasında ve ilkokul ile yüksekokul/üniversite mezunları arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6. 9.'un Devamı Hasta Yakınlarının Eğitim Durum İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması

N=100

(I) Beck	(J) Beck Depresyon	Ort.	S.S.	U*	p
Okur yazar	İlkokul	27,04	9,51	53,5	0,02
	Ortaokul	25,5	6,69	16,5	0,003
	Lise	23,29	10,27	28	0,003
	Yüksekokul/ Üniversite	16,81	9,52	20	0,0001
İlkokul	Okur yazar	37,11	11,47	53,5	0,02
	Ortaokul	25,5	6,69	157,5	0,61
	Lise	23,29	10,27	179	0,06
	Yüksekokul/ Üniversite	16,81	9,52	169	0,0001
Ortaokul	Okur yazar	37,11	11,47	16,5	0,003
	İlkokul	27,04	9,51	157,5	0,61
	Lise	23,29	10,27	106	0,16
	Yüksekokul/ Üniversite	16,81	9,52	101,5	0,005
Lise	Okur yazar	37,11	11,47	28	0,003
	İlkokul	27,04	9,51	179	0,06
	Ortaokul	25,5	6,69	106	0,16
	Yüksekokul/ Üniversite	16,81	9,52	195	0,015
Yüksekokul/ Üniversite	Okur yazar	37,11	11,47	20	0,0001
	İlkokul	27,04	9,51	169	0,0001
	Ortaokul	25,5	6,69	101,5	0,005
	Lise	23,29	10,27	195	0,015

***Mann Whitney U Test**

Tablo 6. 9'un devamında ileri analizde okur yazarlar ile diğer eğitim durumları arasında ve ilkokul ile yüksekokul/üniversite mezunları arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6. 9.'un Devamı Hasta Yakınlarının Ekonomik Durumu İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması

N=100

(I) Beck	(J) Beck Depresyon	Ort.	S.S.	U*	p
Çok kötü	Kötü	30,3	8,64	19,5	0,07
	Orta	22,51	11,51	103,5	0,68
	İyi	18,73	8,64	20	0,79
	Çok iyi	20,67	12,66	5,5	0,85
Kötü	Çok kötü	21	9,02	19,5	0,07
	Orta	22,51	11,51	362	0,0001
	İyi	18,73	8,64	41,5	0,002
	Çok iyi	20,67	12,66	18,5	0,19
Orta	Çok kötü	21	9,02	103,5	0,68
	Kötü	30,3	8,64	362	0,0001
	İyi	18,73	8,64	274,5	0,42
	Çok iyi	20,67	12,66	75,5	0,66
İyi	Çok kötü	21	9,02	20	0,79
	Kötü	30,3	8,64	41,5	0,002
	Orta	22,51	11,51	274,5	0,42
	Çok iyi	20,67	12,66	16	0,93

***Mann Whitney U Test**

Tablo 6. 9.'un devamında ileri analizi yapılan hasta yakınlarının ekonomik durumu kötü ile orta ve iyi ekonomik geliri olanlar arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6. 10. Bakım Süreleri İle Beck Depresyon Ölçeği Arasındaki Farklılık**N=100**

Bakım Süreleri		PARSİYEL LARENJEKTOMİ		TOTAL LARENJEKTOMİ		TOPLAM	
		Ort±SS	İst.	Ort±SS	İst.	Ort±SS	İst.
Bakım Süresi	30gün-1yıl	23,92±12,24 (n:13)	$\chi^2=0,39$ $p=0,821$	21,61±8,24 (n:33)	$\chi^2=12,3$ $p=0,002$	22,26±9,45 (n:46)	$\chi^2=1,9$ $p=0,386$
	2-4 yıl	22,15±9,99 (n:27)		32,69±14,87 (n:13)		25,58±12,63 (n:40)	
	5yılve üzeri	20,3±10,99 (n:10)		31,75±6,18 (n:4)		23,57±11,01 (n:14)	
Başka Yakını	Evet	26,83±15,48 (n:6)	U=104 $p=0,402$	31,18±9,94 (n:11)	U=119 $p=0,02$	29,65±11,88 (n:17)	U=444 $p=0,016$
	Hayır	21,61±9,89 (n:44)		23,64±11,23 (n:39)		22,57±10,53 (n:83)	

***Mann Whitney U Test**

Tablo 6.10' a göre hasta yakınlarının tamamı (n=100) ve total larejektomi olan hasta yakınları değerlendirildiğinde; bakım süresi ile beck depresyon ölçeği puan ortalamasının fark gösterip göstermediği incelendiğinde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6. 10.'un Devamı Total Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Bakım Süreleri İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması

N=50

(I) Beck Depresyon	(J) Beck Depresyon	Ort.	S.S.	U*	p
30gün-1yıl	2-4 yıl	32,69	14,87	94	0,003
	5yılve üzeri	31,75	6,18	16	0,011
2-4 yıl	30gün-1yıl	21,61	8,24	94	0,003
	5yılve üzeri	31,75	6,18	24,5	0,87
5yılve üzeri	30gün-1yıl	21,61	8,24	16	0,011
	2-4 yıl	32,69	14,87	24,5	0,87

*Mann Whitney U Test

Tablo 6.10.'un devamında ileri analizde 30 gün-1 yıl ile diğer bakım veren rolü arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6. 11. Hasta Yakınının Bakım Vermede Destek Alma İle Beck Depresyon Ölçeği Arasındaki Farklılık

N=51

Destek Alma		PARSİYEL LARENJEKTOMİ		TOTAL LARENJEKTOMİ		TOPLAM	
		Ort±SS	İst.	Ort±SS	İst.	Ort±SS	İst.
Destek Alma	Evet	20,87±12,2 (n:23)	$\chi^2=0,95$ $p=0,621$	24,07±10,1 (n:28)	$\chi^2=0,4$ $p=0,81$	22,63±11,2 5 (n:51)	$\chi^2=0,93$ $p=0,628$
	Hayır	22,63±10,5 (n:8)		26,82±15,1 (n:11)		25,05±13,1 9 (n:19)	
	Bazen	23,74±8,31 (n:19)		26,91±10,6 7 (n:11)		24,9±9,19 (n:30)	
Evet İse	1 hafta	26,27±13,7 (n:11)	$\chi^2=7,32$ $p=0,026$	25,38±9,77 (n:20)	$\chi^2=4,3$ $p=0,11$	25,52±10,5 9 (n:31)	$\chi^2=6,23$ $p=0,041$
	2hafta- 1ay	20,25±8,45 (n:8)		12±8,66 (n:3)		18±8,93 (n:11)	
	2 ay ve ↑	7,25±3,77 (n:4)		24,2±8,41 (n:5)		16,67±10,9 8 (n:9)	

***Mann Whitney U Test**

Tablo 6. 11'e göre hasta yakınlarının tamamı (n=100) değerlendirildiğinde; parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının destek alma süresi ile total larenjektomi olan hasta yakınlarının larenjektomi olan başka yakınlarının durumları ile beck depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6.11.'in Devamı Hasta Yakınlarının Bakım Destek Alma Süreleri İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması

N=100

(I) Beck Depresyon	(J) Beck Depresyon	Ort.	S.S.	U*	p
1 hafta	2hafta-1ay	18	8,93	108	0,06
	2 ay ve ↑	16,67	10,98	80,5	0,04
2hafta-1ay	1 hafta	25,69	11,01	108	0,06
	2 ay ve ↑	16,67	10,98	43,5	0,65
2 ay ve ↑	1 hafta	25,69	11,01	80,5	0,04
	2hafta-1ay	18	8,93	43,5	0,65

***Mann Whitney U Test**

Tablo 6.11.'in devamında ileri analizde 2 ay ve üzeri olanlar ile diğer süre grupları arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6.11.'in Devamı Parsiyel Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Bakım Destek Alma Süreleri İle Beck Depresyon Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması

N=50

(I) Beck Depresyon	(J) Beck Depresyon	Ort.	S.S.	U*	p
1 hafta	2hafta-1ay	20,25	8,45	31,5	0,31
	2 ay ve ↑	7,25	3,77	3,5	0,01
2hafta-1ay	1 hafta	26,27	13,57	31,5	0,31
	2 ay ve ↑	7,25	3,77	3	0,026
2 ay ve ↑	1 hafta	26,27	13,57	3,5	0,01
	2hafta-1ay	20,25	8,45	3	0,026

***Mann Whitney U Test**

Tablo 6.11.'in devamında ileri analizde 2 ay ve üzeri olanlar ile diğer süre grupları arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6.12. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği İlişkisi

N=100

Beck Depresyon Ölçeği		Parsiyel Larenjektomi	Total Larenjektomi	Toplam
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	r	,341*	,040	,208*
	p	,015	,384	,038
	N	50	50	100

r: Pearson Correlation

Tablo 6.12 incelendiğinde bakıcı yük ölçeği puanları ile beck depresyon ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde parsiyel larenjektomi olan hastalar için istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$).

Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının yük ölçeği puanları arttıkça depresyon ölçeği puanları da istatistiksel olarak anlamlı artış bulundu ($r=0,34$). Total larenjektomi olan hastalar için istatistiksel olarak anlamlı olmayan ilişki bulundu ($p>0,05$). Bütün hastalar için istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Larenjektomi olan hasta yakınlarının yük ölçeği puanları arttıkça depresyon ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış bulundu ($r=0,208$).

Tablo 6.13. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ile Demografik Özellikler İlişkisi**N=100**

Demografik Özellikler		Parsiyel Larenjektomi	Total Larenjektomi	Toplam
Yaş	r*	0,310**	0,113	-0,007
	p	0,029	0,436	0,949
	N	50	50	100
Cinsiyet	r*	-0,446**	-0,116	-0,275**
	p	0,001	0,421	0,006
	N	50	50	100
Medeni Durumu	r*	-0,219	0,150	-0,089
	p	0,127	0,299	0,381
	N	50	50	100
Eğitim Durumu	r*	-0,118	-0,133	0,097
	p	0,416	0,356	0,336
	N	50	50	100
Sağlık Güvence	r*	-0,239	-0,108	-0,095
	p	0,094	0,454	0,345
	N	50	50	100
Ekonomik Durumu	r*	-0,173	-0,118	-0,012
	p	0,229	0,413	0,907
	N	50	50	100
Çalışma Durumu	r*	0,343**	-0,173	-0,036
	p	0,015	0,229	0,721
	N	50	50	100

***: Pearson Correlation **:istatistiksel olarak anlamlı.**

Tablo 6.13 incelendiğinde bakıcı yük ölçeği puanları ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının yaşları arttıkça, cinsiyeti erkek ise bakım yük ölçeğinin puanı da istatistiksel olarak anlamlı artmaktadır ($r=0,31$ $r=0,44$, $p<0,05$). Çalışma durumuna göre de bakım yükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,34$; $p<0,05$). Larenjektomi olan hasta yakınlarının cinsiyeti erkek ise bakım yük ölçeğinin puanı da istatistiksel olarak anlamlı artmaktadır ($r=0,27$; $p<0,05$).

Tablo 6.14. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ile Destek Alma İlişkisi

N=100

Destek Alma		Parsiyel Larenjektomi	Total Larenjektomi	Toplam
Destek Alma	r *	0,310*	0,113	-0,007
	p	0,029	0,436	0,949
	N	50	50	100
Evet İse	r *	0,005	0,077	-0,121
	p	0,983	0,692	0,393
	N	23	29	52

*: Pearson Correlation **:istatistiksel olarak anlamlı.

Tablo 14.'e göre parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yükleri ile destek almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,1$; $p<0,05$)

Tablo 6.15. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ile Bakım Süreleri İlişkisi

N=100

Bakım Süreleri		Parsiyel Larenjektomi	Total Larenjektomi	Toplam
Bakım Süresi	r *	0,013	0,074	-0,295**
	p	0,928	0,612	0,003
	N	50	50	100
Başka Yakını	r *	-0,052	0,360*	-0,040
	p	0,720	0,010	0,694
	N	50	50	100

: Pearson Correlation **:istatistiksel olarak anlamlı.

Tablo 6.15' de total larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yükleri ile larenjektomi yakınları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,36$; $p<0,05$).

7. TARTIŞMA

Larenjektomi olmuş hastaların uzun dönem bakıma ihtiyaçları olduğundan hastaların bakımları aile bireylerine düşmektedir. Hasta bireye bakım vermek bakım vericilerin günlük aktivitelerinde ve sosyal yaşamlarında kısıtlamalara, diğer aile üyelerine ayırdığı zamanın azalmasına, ekonomik güçlükler yaşamasına sebep olmaktadır. Larenjektomi (total-parsiyel) olan hasta yakınlarının bakım yüklerinin ve depresyon düzeylerinin araştırıldığı çalışmada elde edilen veriler bu bölümde tartışılacaktır. Larenjektomi (total-parsiyel) olan hasta yakınları ile yapılan çalışmalara çok fazla rastlanamamıştır. Tartışma literatür ve çalışmamızla benzerlik gösteren çalışmalar ile tartışıldı.

Araştırmaya katılan larenjektomi olan hasta yakınların çoğunluğu 45-64 yaşları arasında, kadın hasta yakınlarından olduğu ve %71'i (n=71) evli, %25'inin (n=25) ilkokul mezunu olduğu tespit edildi. Larenjektomi olan hasta yakınlarının %96'si (n=96) SGK sağlık güvencesine sahip olduğu saptandı. Hasta yakınlarının ekonomik durumu incelendiğinde %59'u orta olarak saptanırken %58'i çalışmakta olduğu belirlendi (Tablo 6. 1). 51 hasta bireyin bakımını gerçekleştirirken diğer aile üyelerinden destek aldığı ve bu 51 kişi içinden %60,7'inin (n=31) 1 hafta yakınına bakım veren rolündedir (Tablo 6. 3). Hasta yakınlarından %46'nın (n=46) 30 gün-1 yıl süresi arasında bakımını üstlendiği belirlendi. Larenjektomi olan başka yakınları olup olmadığı incelendiğinde toplam %83'ünün (n=83) hayır cevabı verdiği belirlendi (Tablo 6. 2.).

Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yükü ölçeğinin puan ortalaması $28,94 \pm 6,42$ olarak ortaya yakın derecede bakım yükü olduğu saptandı. Total Larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yükü ölçeğinin puan ortalaması $46,96 \pm 4,69$ olarak ileri derecede belirlendi. Bu durum total larenjektomi olan hastaların yüklerinin daha fazla bakıma ihtiyacı olduğu şeklinde yorumlandı (Tablo 6. 4) . Total larenjektomili hastalara bakım veren yakınlarının yükleri daha fazladır sorusu doğrulanmıştır. Şahin ve arkadaşlarının (2009) yılında kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin araştırıldığı çalışmada yükün ileri bulması ile benzerlik göstermektedir.

Hasta yakınlarının tamamı değerlendirildiğinde; cinsiyette istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Medeni durumları, eğitim durumları, sağlık güvencesi, ekonomik durumu ile bakım yükü ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6. 5) . Selen'nin (2014) KOAH hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada: cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, ekonomik durumu yönünden bakım verme yükü anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Selen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın araştırma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir ($p<0,05$). Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının cinsiyeti ve çalışma durumuna göre bakım yükü ölçeği puan ortalamasının fark gösterip göstermediği incelendiğinde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6. 5). Malak ve Dicle'nin (2008) yılında beyin tümörlü hastalara bakım verenlerin yükü ile ilgili yapmış olduğu çalışmada cinsiyet ile bakım yükü arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu çalışma parsiyel larenjektomi ameliyatı olan hasta yakınlarıyla benzerlik göstermemektedir. Fakat Total larenjektomi olan hasta yakınlarının demografik bütün özellikleri de bakım yükü puan ortalamasının fark gösterip göstermediği incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6. 5).

Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının destek alma durumları ile bakım yükü ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6. 7.). Malak ve Dicle'nin (2008) yaptığı çalışmada bakımda yardım alma durumu ile anlamlı sonuç bulunmuştur. Malak ve Dicle'nin yaptığı araştırma çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Hasta yakınlarının diğer aile üyelerinden destek alma durumunda parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının total larenjektomi olan hasta yakınlarına göre bakım yüklerinin istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6. 7.). Farklılık evet ile bazen arasında idi. Devamlı olmasa da bazen yapılan yardımın faydalı olduğu ve bakım verenleri rahatlattığı şeklinde yorumlanır (Tablo 6. 7. devamı).

Larenjektomi olan hasta yakınlarının tamamı değerlendirildiğinde anlamlı bulunan ve ileri analizi yapılan larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım sürelerine göre bakım yükü ölçeğinin nasıl değiştiği incelendi. İleri analizde bu anlamlı değişimlerin yönü ve hangi bakım verilen süresine göre farklılaşma olduğu belirlendi.

30 gün ile 1 yıl arası bakım verenlerin bakım yükü ölçek puan ortalaması ile 2-4 yıl ve 5 yıl ve üzeri bakım verenlerin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). (Tablo 6. 6). Genel olarak hasta yakınlarının bakım süresi arttıkça bakım yükü puanlarının azaldığı görüldü (Tablo 6. 6. Devamı). Özdemir ve arkadaşlarının (2009) kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi isimli çalışmasında 6 ay ve daha az süreden beri çocuğu kanser olan annelerin bakım yükü puanları daha yüksek bulunurken; 6 aydan daha uzun olan grup ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Özdemir'in (2009) yaptığı çalışma araştırmamızla benzerlik göstermemektedir. Bakım süresinin uzaması ile hasta yakınlarının yüklerinin azalması durumuna alışmış olduğu kanısını uyandırmıştır.

Bu çalışmada araştırmaya katılan bütün larenjektomi olan hasta yakınlarının beck depresyon ölçeğinin puan ortalaması $23,77\pm 11,03$ olarak orta düzeyde depresyon belirtileri gösterdiği saptandı (Tablo 6. 8). Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının beck depresyon ölçeğinin puan ortalaması $22,24\pm 10,64$ olarak orta düzeyde depresyon belirtileri gösterdiği saptandı. Total larenjektomi olan hasta yakınlarının beck depresyon ölçeğinin puan ortalaması $25,3\pm 11,31$ olarak orta düzeyde depresyon belirtisi gösterdiği belirlendi (Tablo 6. 8). Beck depresyon ölçeği puan ortalamaları açısından parsiyel ve total larenjektomi olan hasta yakınları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6. 8). Bu durum hasta yakınların hangi türde olursa olsun ameliyat geçiren yakınları olduğu durumda depresyon düzeylerini etkilediği göstermemektedir. Total larenjektomi ile parsiyel larenjektomi olan hastalara bakım veren yakınlarının depresyon düzeylerinde farklılık var mıdır sorusu farklılığı olmadığı şeklinde belirlendi. Yakar ve arkadaşlarının (2007) yılında yaptığı astımlı hastalarda beck depresyon düzeyini etkileyen faktörler isimli çalışma da beck depresyon ölçeğinin puan ortalaması 11.26 ± 8.54 olarak normal düzeyde depresyon belirtileri göstermiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu çalışma araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

Hasta yakınlarının cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durumu, çalışma durumu açısından beck depresyon ölçeğinin puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.9). Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik geliri, çalışma durumu açısından beck depresyon

ölçeğinin puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.9). Total larenjektomi olan hasta yakınlarının ekonomik gelir ve çalışma durumu açısından beck depresyon ölçeğinin puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.9). Kutlu ve arkadaşlarının (2011) yaptığı kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler isimli çalışma da; aynı hasta yakını popülasyonu olmamakla beraber kanserli hasta yakınlarının cinsiyeti, çalışma durumu eğitimi ve medeni durumu anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kutlu ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmayla çalışma benzerlik göstermemektedir.

Çalışmada parsiyel larenjektomi olan hasta yakınları ileri analizde (65-84) yaş grubu ile (25-44) ve (45-64) yaş grubu arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.9.devamı). Aynı zamanda total larenjektomi olan hasta yakınları ileri analizde (25-44) yaş grubu ile (65-84) yaş grubu arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.9.devamı). Her iki grupta da hasta yakınlarının 25-44 yaşları arasında olması bu yaşlarda daha etkilendiklerini düşündürmektedir.

Araştırmada parsiyel larenjektomi olan hasta yakınları ileri analizde yüksekokul/üniversite mezunları ile diğer eğitim durumları arasında ve lise mezunları ile okuryazarlar olan hasta yakınları arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.9.devamı). Aynı zamanda total larenjektomi olan hasta yakınları değerlendirildiğinde okur yazarlar ile diğer eğitim durumları arasında ve ilkokul ile yüksekokul/üniversite mezunları arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.9.devamı). Altınsoy ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları araştırmaya göre eğitim durumları ile bakıldığında beck depresyon ölçeğinin puanları arasında anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Araştırmamızla benzerlik göstermemektedir.

Hasta yakınlarının tümünün ileri analizi yapıldığında ekonomik durumu kötü ile orta ve iyi ekonomik durumu olanlar arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.9.devamı). Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının ileri analizde kötü ekonomik duruma sahip olanlar ile orta ve iyi ekonomik durumu arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak

anlamli bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.9.devami). Hasta yakinlarinin ekonomik durumunun kotu olmasi depresyonu etkileyen bir etken olabilir.

Hasta yakinlarına bakım verme süreleri ile beck depresyon ölçeği puan ortalamasının fark gösterip göstermediği incelendiğinde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Aynı zamanda total larenjektomi olan hasta yakınları ileri analizde 30 gün-1 yıl ile diğer bakım veren rolü arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). (Tablo 6.10 devamı). Bu duruma göre total larenjektomili hastalara uzun süre bakıldığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 6.10).

“Larenjektomi olan başka yakınları ile beck depresyon ölçeği puan ortalamasının fark gösterip göstermediği incelendiğinde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.10). Kanseri vakalarının faktörleri araştırıldığında bu durum aile üzerinde genetik faktör olarak risk oluşturduğunu düşünmelerinden kaynaklanmaktadır.

Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarına destek alma süresi ile beck depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.11). Yakar ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları astımlı hastalar da beck depresyon ölçeğini etkileyen faktörler isimli araştırmaya göre yakınlarına bakım verme süreleri ve diğer aile üyelerinden destek alma durumları beck depresyon ölçeği puanına göre bir değişme saptanmamıştır.

Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınları aldıkları destek sürelerine göre beck depresyon ölçeğinin nasıl değiştii incelendiği ileri analizde 2 ay ve üzeri olanlar ile diğer süre grupları arasındaki beck depresyon ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). (Tablo 6.11 devamı). Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bakım verenlere daha uzun süre ihtiyaçları olduğuna bağlanabilir. Karahan ve arkadaşının (2013) yaşlılıkta evde bakım isimli araştırmalarında beck depresyon ölçeği düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. ($p>0,05$).Bu konuda araştırmamızla benzerlik göstermemektedir.

Bakım yük ölçeği puanları ile beck depresyon ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde larenjektomi olan hasta yakınlarının yük ölçeği puanları arttıkça depresyon ölçeği puanlarının da istatistiksel olarak anlamlı artış bulundu ($r=0,208$) (Tablo 6.12). Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının yük ölçeği puanları arttıkça depresyon ölçeği puanlarının da istatistiksel olarak anlamlı artış bulundu ($r=0,34$)

(Tablo 6.12). Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yükleri ile depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır? Sorusuna cevap olarak aralarında ilişki olduğunu doğrulamıştır. Total larenjektomi olan hastalar için istatistiksel olarak anlamlı olmayan ilişki bulundu ($p>0,05$) (Tablo 6.12). Uğuz ve arkadaşının (2004) kanserli hastalarda depresyon ve bakım yükünü etkileyen faktörler isimli yaptıkları çalışmaya göre bakım verenlerin anksiyete, depresyon ve stres düzeyini araştırdıkları çalışmalarında, depresyon ve bakım yükü ölçeği ve beck depresyon ölçeği ile belirlenmiş her iki ölçeğin sonuçları göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Uğuz ve arkadaşının (2004) yapmış olduğu çalışma araştırmamızla ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada bakım verme yükü ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının yaşları arttıkça bakım yük ölçeğinin puanı da istatistiksel olarak anlamlı artmaktadır ($r=0,31$; $p<0,05$) (Tablo 6.13). Altınsoy ve arkadaşlarının 2007 yılında kanserli hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi isimli araştırmaya göre yaş ile beck depresyon ölçeğinin arasında anlamsız ve çok zayıf bir korelasyon bulunmuştur ($p>0,05$). Yaşın artması beck depresyon ölçeğinin puanını artırmıyordu. Bu çalışma ile araştırmamız benzerlik göstermemektedir. Öner'in (2012) onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi çalışmasında bakım verme yükü ile yaş arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Öner'in yapmış olduğu, çalışma araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermemektedir. Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi, yaptığı çalışmada 60 yaş ve üzeri bakım vericilerin bakım yükü ve yaş ortalama puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak yaşın bakım yükü puanlarına etkili olmadığı saptanmıştır. Karaaslan'ın yaptığı çalışma araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının erkek ise bakım yük ölçeğinin puanı da istatistiksel olarak anlamlı artmaktadır ($r=0,44$; $p<0,05$) (Tablo 6.13). Çalışma durumuna göre de bakım yükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,34$; $p<0,05$) (Tablo 6.13). Karaaslan'ın (2013) bakım verenin cinsiyeti ve yaşı kovaryant alınarak kovaryans analizi yapıldığında zarit bakım yükü skoru gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur.

Larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yükleri ile bakım veren rolü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=0,30$; $p<0,05$). (Tablo 6.14-6.15.).

Bedük ve Eşer'in (2011) kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi isimli çalışmada kanser tanılı hasta yakınlarının bakım verme süresi ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bedük ve Eşer' in 2011 yılında yapmış olduğu çalışma araştırmamız ile paralellik göstermektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

- Total larenjektomi olan hasta yakınlarının, parsiyel larenjektomi olan yakınlarına göre bakım yüklerinin daha yüksek olduğu,
- Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının yaşları arttıkça bakım yük ölçüğü puanlarının yükseldiğı,
- Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının erkek ise bakım yüklerinin arttığı,
- Parsiyel larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yükleri arttıkça depresyon düzeylerinin arttığı,
- Total larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yükleri arttıkça depresyon düzeylerinin artmadığı,

8.2. Öneriler

- Hasta yakınlarına psikolojik destek sağlanması ve buna bağı olarak psikiyatri klinikleriyle iş birliğı yapılması,
- Bakım veren aile bireylerine destek sağlayacak kuruluşlarla iş birliğı yapılması,
- Araştırmanın bakım vericilere eğitim verdikten sonra tekrarlanması önerilir.

9. KAYNAKÇA

Akduman. D. (2007) Larenks Kanserlerinin Cerrahi Sonuçları; Evrelendirmelerinin Preoperatif, İnteroperatif Ve Postoperatif Karşılaştırılması, Sağkalım Ve Tedavi Sonrası Hayat Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi (Danışman Doç. Dr. Yener M.).

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

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

Allender J.A.,Spradley B.W.(2001) Community Health Nursing: Concepts and Practice Better World Books, U.S.A.,s:907-913.

Ateşçi F. (2003) Bipolar ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erişkinlerde Nöropsikolojik Bulgular. 15, Bahar Sempozyumu. 12-16 Nisan.

Altınsoy A., Korkmaz T., Tel H.(2007) Kanserli Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,13:2.

Babaoğlu, E (2001) Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Gereksinimleri, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara (Danışman Yrd. Doç. Dr. Yılmaz S.).

Bag, B. (2012) Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi, 27 (3): 142-149.

Başerer N. (2002) Larenks Malign Neoplazmlarında Tedavi, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, s:667–683.

Beck AT, Clark DA (1997) An Information Processing Model of Anxiety: Automatic and Strategic Processes. Behavior Research and Therapy, 35:49-58.

Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J., Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4: 561-571.

Bedük, T., Eşer, A. K. (2011) Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi, 5. Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi ,İstanbul, s. 1-33.

Bilgili, N., (2000) Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Karşılaştıkları Sorunların Belirlenmesi, Doktora Tezi, İstanbul (Danışman Uzm. Dr. Bodur S.).

Biröl, L., Akdemir, N. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset Baskı, s:307-310.

Caylan R. (2004) Larenks Anatomisi ve Fizyolojisi, Nobel Tıp Kitapevi, s: 19–57.

Chou K, Chu H, Tseng C et al. (2010) The measurement of caregiver burden. Journal of Medical Sciences 23(2): 73-82.

Cimete, G. Aksayan, S (1998) Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri Olanakları ve Tercihleri, I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, s:4-9.

Cingil C, Altın F. (2005) Larenksin Malign Lezyonları. Current Otolaringoloji-Baş ve Boyun Cerrahisi Tanı ve Tedavi, Güneş Kitapevi, Ankara, s:455–475.

Çavuşoğlu (2004) Ankara İli Çankaya İlçesinde Evde Bakım Durumu Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman Uzm. Dr. Subaşı N.).

Çevik, A, Volkan V.D.,(1993) Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi.Depresyon Monografaları Serisi, İstanbul, s:109-122.

Demireller L.(2004) İleri Evre Kanser Hastasının Evde Palyatif Bakım Organizasyonu. Hemşirelik Araştırma Geliş Dergisi, 3: 4-13.

Elçigil, A., Conk, Z. (2010). Determining The Burden of Mothers w ith Children Who Have Cancer. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3 (4), 175-181.

Erdem, M., (2005) Yaşlıya Bakım Verme, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(3); 101–106.

Erdemir K. (2005) Evde Bakım Hizmetlerinin Doğum Sonu Erken Taburcu Edilen Yenidoğanlarda Görülen Komplikasyonlar Üzerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, s:25-38.

Ergenekon K. (2006) 65 Yaş Ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu (Danışman Prof. Dr. Alpteker H.).

Frederick L. (2006) AJCC Cancer Staging Atlas 6th ed.Chicago, Springer.

Given, B., Sherwood, P. R., Given, C. W., (2008) What Knowledge And Skills Do Caregivers Need?, American Journal Of Nursing, 108 (9 Suppl): 28-34.

Güler, G. (2006) Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Uzmanlık Tezi, Aile Hekimliği, Sağlık Bakanlığı Şişli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul (Danışman Uzm. Dr. Karaaltın A.)

Güneri E. A. (2011) Solunum Sistemi ve Larenks Anatomisi, Güneş Kitapevi, s:507-519.

Güven, S. ,Hazer, O. (2012) Ülkemizde Evde Bakım Sistemlerinin Aile ve Yaşlılık Açısından Gereği, Önemi ve Bu konuda Ev Ekonomistlerinin Yeri, I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, s:19-20.

Hayriye E. M.(2008) Kronik Hastalık ve Depresyon, Sorun Yayınları, İstanbul, s:26-34.

Hızalan İ, Özuysal S, Onart S, Çoşkun H, Özkan L, Altundağ MK. (2003) Larenks Kanseri. Baş-Boyun Kanseri, Nobel Tıp Kitabevleri, s:343–435.

Hunt. U. (2010). Lösemiye Anlamak. Ankara: Hematoloji Uzmanlık Derneği.

Hoffman HT, Buatti J. (2004) Larenks Kanserinde Endoskopik Tedavi Konusunda Güncelleme, İstanbul, s: 525–531.

Honea C., Van R.B. (2008) Living with Down Syndrome: The family experience, Down Syndrome Quarterly 1999; 4(1): 1-7.

Işık E. (2003) Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Nobel Tıp Kitapevi, s: 5-11.

İnci, F. H., Erdem, M. (2008) Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliği. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 11 (4), 85-95.

Gaston J., Lachia B. (2004) Care needs of home-based cancer patients and their caregivers. Cancer Nursing, 15(3):182-190.

Karabuğa, 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.

Karahan, A., Güven, S., (2002) Yaşlılıkta Evde Bakım, Turkish Journal of Geriatrics, 5(4): 155-159.

Karaaslan, A. (2013). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman:Prof.Dr.Bedük Tülin).

Karakök M, Aydın A, Erkılıç S, Kuyucu N. (2001) Laboratuvarlarında Tanı Konulan Kanserlerin Epidemiyolojik Değerlendirilmesi. Patoloji Bülteni; 18: 10-5.

Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, P., (2000), Caregiver Burden And Burnout A Guide For Primary Care Physicians, Postgraduate Medicine,108 (7): 119-123.

Kaya, S. (2002) Larenks Hastalıkları. Ankara, Bilimsel Tıp Yayıncılık, s: 539–716.

Kutlu R., Çivi S., Demir A.(2011) Kanserli Hastalarda Depresyon Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi,27(3):149-153.

Malak,A.T., Dicle, A. (2008). Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü ve Etkileyen Faktörler. Türk Nöroşirürji Dergisi, 18 (2), 118-121

Necmiye S. (2014) Hemşirelik Esasları, İstanbul Medikal Yayıncılık, 5.Baskı s:14-15.

Nguyen L. (2009) Characteristics of depressed and nondepressed women with physical disabilities. Arch Phys Med Rehab, 86: 473-479.

Orak H. (2010) Kanser Hastalarında Evde Bakım İçinde Kanser ve Palyatif Bakım, İzmir, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, s:371-402.

Öktem F, Toprak M, Ada M, Öztürk Ö (2000) Larinks Kanseri Etyolojisinde Laringofaringeal Reflünün Yeri, Türk Otolarengoloji Arşivi, 38(1): 28–32.

Öner, Ö. İ. (2012). Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi, T.C. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi, Elazığ (Danışman Yrd. Doç.Dr.Elanur Yılmaz Karabulutlu).

Özdemir, F. K., Şahin, Z. A., Küçük, D. (2009). Kanserli Çocuğu Olan Annelerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Yeni Tıp Dergisi, 26 (3), 153-158.

Özer, N., Yurttaş, A., Akyıl, R. Ç. (2012) Psychometric Evaluation of The Turkish Version Of The Zarit Burden Interview In Family Caregivers Of Inpatients in Medical And Surgical Clinics. *Journal Of Transcultural Nursing*, 23 (1), 65- 71.

Özlügedik S., Ünal A. (2005) Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2):1-9.

Park H.,Novielle F. (2000) Cancer care: impact of interventions on caregiver outcomes. *Annu Rev Nurs Res*, 18:127-48.

Pınar Ş. E.,(2012) Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2):86-91.

Selen F.(2014) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 3(3):513-552.

Sherwood, P.R., Schulz, R. (2008), Physical And Mental Health Effects Of Family Caregiving, *American Journal Of Nursing*, 108(9) : 23-27.

Şahin, Z. A., Polat, E., & Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik YüksekokuluDergisi*, 12(2), 1-9.

Toprak M. (2000) Larenks ve Larengofarenksin Tümörleri. *Otorinolaringoloji Baş ve Boyun Cerrahisi, Yapı Kredi Yayınları*, s:585.

Torun, A. (2004). İşyerinde Zorbalık ve İşyerinde Depresyon, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6 (22):183-190.

Toseland, R. W., Chapman, D. G. (2007) Effectiveness Of Advanced Illness Care Teams For Nursing Home Residents With Dementia, Social Work, 52 (4): 321-9.

Uğur S.(2007) Total Larenjektomi Uygulanmış Hastalarda Kolon Transit Süresinin Değerlendirilmesi, İstanbul (Danışman Dr. Burhan Dadaş).

Uğuz I., Mete E., Düzgün A.(2004) Kanserli Hastalarda Depresyon Ve Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Dergisi,Ankara,5(2):10-14.

Yakar T., Baran A., Güngör S., Can G. (2007) Astımlı Hastalarda Beck Depresyon Ölçeğini Etkileyen Faktörler , Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 55(1):11-17.

Yaşar, F. (2008). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Ankara, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Danışman Uzm. Dr. Aslan Merve).

İnternet Kaynakları

<http://www.nursingcenter.com/ajnfamilycaregivers> Erişim Tarihi: 8.11.2014.

[http:// \(www.tuik.gov.tr\)](http://www.tuik.gov.tr). Erişim Tarihi: 01.01.2015.

10. EKLER

EK:1 Bilgi Formu

LARENJEKTOMİ OLAN HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKLERİNİN VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

İZİN VE AÇIKLAMA:

Bu araştırma larenjektomi olan hasta yakınlarının bakım yüklerinin ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılanların kimlik bilgisi tarafımızca gizli tutulacaktır. sorulara vereceğiniz cevaplar bu araştırmanın raporlanmasında kullanılacaktır. çalışmaya katılmanızı ve sorulara içtenlikle cevap vermenizi rica ediyorum.

İlgi ve katılımınız için teşekkür ederim.

CANSU DALGIÇ

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

A)Kişisel Bilgi Formu

1. Yaş

- (1) 25-44
- (2) 45-64
- (3) 65-84
- (4) 85 ve üzeri

2. Cinsiyet

- (1) Kadın
- (2) Erkek

3. Medeni Durum

- (1) Evli
- (2) Bekar
- (3) Dul

4. Eğitim durumunuz?

- (1) Okur yazar değil
- (2) Okur yazar
- (3) İlkokul mezunu
- (4) Ortaokul mezunu
- (5) Lise mezunu
- (6) Yüksekokul / üniversite mezun

5. Sağlık güvenceniz?

- (1) SGK
- (2) Özel sağlık sigortası
- (3) Ücretli

6. . Ekonomik geliriniz?

- (1) Çok kötü
- (2) Kötü
- (3) Orta

- (4) İyi
- (5) Çok iyi

7. Çalışıyor musunuz?

- (1) Evet
- (2) Hayır

8. Ne kadar süredir yakınınıza bakım veren rolündesiniz?

- (1) 30 gün – 1 yıl
- (2) 2 yıl – 4 yıl
- (3) 5 yıl ve üzeri

9. Yakınıza bakım verme konusunda diğer aile üyelerinden destek alıyor musunuz?

- (1) Evet
- (2) Hayır
- (3) Bazen

10. Evet ise ne kadar süre ile ?

- (1) 1 hafta
- (2) 2 hafta – 1 ay
- (3) 2 ay ve üzeri

11. Larenjektomi olan başka yakınınız var mı?

- (1) Evet
- (2) Hayır

Ek:2 Kliniğe Uyarlanan Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

ZARIT BAKICI YÜK ÖLÇEĞİ

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

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça Sık	Neredeyse Her Zaman
1.Yakınlarınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	0	1	2	3	4
2.Yakınınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	0	1	2	3	4
3.Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	0	1	2	3	4
4.Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	0	1	2	3	4
5.Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?	0	1	2	3	4
6.Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	0	1	2	3	4
7.Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	0	1	2	3	4
8.Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	0	1	2	3	4
9.Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	0	1	2	3	4
10.Yakınınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	0	1	2	3	4

11.Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	0	1	2	3	4
12.Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?	0	1	2	3	4
13.Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	0	1	2	3	4
14.Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?	0	1	2	3	4
15. Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	0	1	2	3	4
16.Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	0	1	2	3	4
17.Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	0	1	2	3	4
18.Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?	0	1	2	3	4
19.Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	0	1	2	3	4

Ek:3 Kliniğe Uyarlanan Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Ek:4 İzin Formu

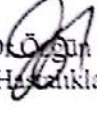
**T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı**

Sayı :93777809-/869
Konu :Anket Uygulaması

14.11.2014

İLGİLİ MAKAMA,

Anabilim Dalımızda görevli hemşire Cansu DALGIÇ'ın "Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerini ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu anketi uygulaması tarafımızdan uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.


Prof. Dr. Özgür ENVER
KBB Hastalıkları Anabilim Dalı Bşk.

Not: Yanıtlarınızda yazınızın gün ve sayısının belirlenmesi rica olunur.
İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı 34088 Cerrahpaşa-
İSTANBUL Telefon: 0(212)414 30 00 Dahili: 21540-21520 Faks: 0(212)414 34 08 e-posta: ccfkbbhst@istanbul.edu.tr

Ek:5 Etik Kurul Onayı



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 49
KONU:

27 / 10 / 2014

Sayın; Prof.Dr.Neemiye SABUNCU

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuruyu incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Cansu DALGIÇ "Larenjektomi Olan Hastaların Bakım Yüklerinin ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi" isimli araştırması kurulumuzun 24.10.2014 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Cansu DALGIÇ
Doğum Yeri ve Tarihi : 19.02.1987
Medeni Hali : Evli
Yabancı Dil : İngilizce
E-posta Adresi : cansudalgic3@gmail.com
Tel : 05433262349

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise :	Hadımköy Örfi Çetinkaya Anadolu Lisesi	2002-2006
Lisans :	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2007-2011

Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler

18-19 Mart 2011 SANERC/ Temel Yaşam Desteği(TYD) Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR) Kursu

26-27-28 Mayıs 2011 SANERC/ Fiziksel Değerlendirme- Hasta Tanılama Kursu

İş Tecrübesi

Görev	Süre (yıl-yıl)
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (Hemşire)	2011-halen