T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KANSER HASTALARI VE BAKIM VEREN YAKINLARININ TÜKENMİŞLİK DURUMLARI VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatih ULUDAĞ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ

AYDIN – 2016

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KANSER HASTALARI VE BAKIM VEREN YAKINLARININ TÜKENMİŞLİK DURUMLARI VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatih ULUDAĞ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ

AYDIN – 2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca her konuda değerli katkılarını esirgemeyen, başta Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Okay BAŞAK olmak üzere Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ ve Prof. Dr. Güzel DİŞÇİGİL hocalarıma, uzmanlık eğitimimin bir kısmını aldığım Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bana çok değerli katkıları olan Prof. Dr. Selma ÇİVİ ve Prof. Dr. Ruhuşen KUTLU hocalarıma, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve her zaman desteğini yanımda hissettiğim sevgili eşim Melike AYSAN ULUDAĞ'a saygı ve teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim.

Tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen ve süreci benim için keyifli kılan, tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ'a teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Fatih ULUDAĞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i

KISALTMALAR DİZİNİ v

TABLOLAR DİZİNİ vi

EKLER DİZİNİ x

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 4

2.1. Kanser 4

2.1.1. Kanserin Tanımı 4

2.1.2. Kanserin Tarihçesi 4

2.1.3. Kanser Epidemiyolojisi 4

2.1.4. Kanser Etyolojisi 6

2.1.4.1. Yaş 6

2.1.4.2. Cinsiyet 6

2.1.4.3. Tütün kullanımı 6

2.1.4.4. Genetik Duyarlılık 6

2.1.4.5. Mesleki Maruziyet ve Çevre Kirliliği 7

2.1.4.6. Kronik Enfeksiyonlar 7

2.1.4.7. Obezite ve Fiziksel İnaktivite 8

2.1.4.8. Alkol Kullanımı 8

2.1.4.9. İyonize Radyasyon 8

2.2. Bakım Verme 8

2.2.1. Bakım verme tanımı 8

2.2.2. Bakım Veren Yükü 9

2.2.3. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Faktörler 10

2.2.3.1. Bakım Verenlere Ait Özellikler 10

2.2.3.2. Hastalara Ait Özellikler 10
2.2.4. Bakım Veren Bireyin Gereksinimleri 11
2.3. Stres 11
2.3.1. Stres tanımı 11
2.3.2. Stresle Başa Çıkma 12
2.4. Tükenmişlik Sendromu 13
2.4.1. Tanımı ve Tarihçesi 13
2.4.2. Tükenmişlik Modelleri 15
2.4.2.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli 15
2.4.2.2. Perlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli 15
2.4.2.3. Meier Tükenmişlik Modeli 16
2.4.2.4. Pines Tükenmişlik Modeli 16
2.4.2.5. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli 17
2.4.2.6. Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli 18
2.4.2.7. Maslach Tükenmişlik Modeli 20
2.4.3. Tükenmişlik Sendromunun Önemi 22
2.4.4. Tükenmişlik Sendromun Nedenleri 22
2.4.4.1. Bireysel Faktörler 23
2.4.4.2. Örgütsel Nedenler 24
2.4.5. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri 25
2.4.5.1. Fiziksel Belirtiler 26
2.4.5.2. Davranışsal Belirtiler 26
2.4.5.3. Psikolojik Belirtiler 27
2.4.6. Tükenmişlik Sendromunun Sonuçları 27
3. GEREÇ VE YÖNTEM 29
4. BULGULAR 33

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR 33
4.1.1. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Bulguları 33
4.1.2. Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Tanımlayıcı Bulguları 35
4.3. Hastalarının ve Bakaım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Kanser Hakkındaki Düşüncelerinin İlişkisi 42
4.3. Bakım Verenlerin Tükenmişlik Durumlarının Değerlendirilmesi 46
4.3.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Bakım Verenlerin Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki 47
4.3.2. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri ile Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki 49
4.3.3. Bakım Verenlerin Alışkanlıkları ile Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki 53
4.3.4. Bakım Verenlerin Bakım Verme Geçmişi ile Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki 54
4.3.5. Bakım Verenlerin Bakım Verme Süresi ile Tükenmişlik Durumu Arasındaki İlişki…. 59
4.4. Hastaların ve Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Değerlendirilmesi .. 59
4.4.1. Hastaların ve Bakım Verenlerin Çeşitli Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki 61
4.4.2. Hastaların ve Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması.. 63
4.4.3. Bakım Verenlerin Toplam Tükenmişlik Puanları İle Hasta ve Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 63
5. TARTIŞMA 65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 75
ÖZET 77
ABSTRACT 79
KAYNAKLAR 81

KISALTMALAR DİZİNİ

MTÖ **:** Maslach Tükenmişlik Ölçeği

SBTÖ : Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

ADÜ : Adnan Menderes Üniversitesi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo I. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri 33

Tablo II. Hastaların Tanılarının Dağılımı 34

Tablo III. Hastaların Hastalıkları Hakkında Bilgi Ve Düşünceleri 35

Tablo IV. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri 36

Tablo V. Bakım Verenlerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumları 37

Tablo VI. Bakım Verenlerin Kronik Hastalık Durumu ve Hastalıklarının Dağılımı 37

Tablo VII. Bakım Verenlerin Hastalara Yakınlık Dereceleri ve Hastalarının Hastalıkları Hakkındaki Bilgi Durumu 38

Tablo VIII. Bakım Verenlerin Hastalarının Hastalıkları Hakkındaki Düşünceleri 39

Tablo IX. Bakım Verenlerin Hastalarına Verdikleri Bakım Hakkındaki Düşünceleri 40

Tablo X Bakım Verenlerin Hastalarında En Çok Gördükleri Şikayetler 40

Tablo XI. Bakım Verenlerin Bakım Verme Öncesi Ve Sonrası Kendi Sağlık Düzeylerini Algılama Durumu Ve Bakım Verme Geçmişi 41

Tablo XII. Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Vermenin Hayatlarını Ne Kadar Zorlaştırdığı Üzerine Etkisi 42

Tablo XIII. Bakım Verenlerin Medeni Durumunun Bakım Vermenin Hayatlarını Ne Kadar Zorlaştırdığı Üzerine Etkisi 42

Tablo XIV. Bakım Verenlerin Çalışma Durumunun Bakım Vermenin Hayatlarını Ne Kadar Zorlaştırdığı Üzerine Etkisi 43

Tablo XV. Bakım Verenlerin Kronik Hastalık Durumunun Bakım Vermenin Hayatlarını Ne Kadar Zorlaştırdığı Üzerine Etkisi 43

Tablo XVI. Bakım Verenlerin Evde Bakıma Muhtaç Başka Birey Olup Olmamasının Bakım Vermenin Hayatlarını Ne Kadar Zorlaştırdığı Üzerine Etkisi 44

Tablo XVII. Bakım Verenlerin Hasta İle Aynı Evde Yaşayıp Yaşamamasının Bakım Vermenin Hayatlarını Ne Kadar Zorlaştırdığı Üzerine Etkisi 44

Tablo XVIII. Bakım Verenlerin Evlerinde Bakımda Yardımcı Olan Birilerinin Olup Olmamasının Bakım Vermenin Hayatlarını Ne Kadar Zorlaştırdığı Üzerine Etkisi . 45

Tablo XIX. Bakım Verenlerin Daha Önce Herhangi Başka Bir Hastaya Bakım Verip Vermemesinin Bakım Vermenin Hayatlarını Ne Kadar Zorlaştırdığı Üzerine Etkisi 45

Tablo XX. Bakım Verenlerin Kanser Hastalığının Genetik Olup Olmaması Düşüncesinin Başka Yakınlarında Bu Hastalığın Olup Olmaması ile Karşılaştırılması 46

Tablo XXI. Bakım Verenlerin Şu Anki Sağlık Algısı İle Bakım Öncesi Sağlık Algısının Karşılaştırılması 46

Tablo XXII. Bakım Verenlerin Tükenmişlik Alt Boyutları ve Toplam Puan Değerleri 47

Tablo XXIII. Hastaların Cinsiyeti İle Bakım Verenlerin Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki 47

Tablo XXIV. Hastaların Çalışma Durumu ile Bakım Verenlerin Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki 48

Tablo XXV. Hastaların Hastalık Evresi ile Bakım Verenlerin Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki 49

Tablo XXVI. Hastaların Tedavi Aldığı Birim ile Bakım Verenlerin Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki 49

Tablo XXVII. Bakım Verenlerin Cinsiyeti İle Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 50

Tablo XXVIII. Bakım Verenlerin Çalışma Durumu ile Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 51

Tablo XXIX. Bakım Verenlerin Medeni Durumu ile Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 51

Tablo XXX. Bakım Verenlerin Gelir Durumu ile Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 52

Tablo XXXI. Bakım Verenlerin Eğitim Durumu ile Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 53

Tablo XXXII. Bakım Verenlerin Kronik Hastalık Varlığı ile Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 53

Tablo XXXIII. Bakım Verenlerin Sigara Kullanma Durumu ile Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 54

Tablo XXXIV. Bakım Verenlerin Alkol Kullanma Durumu ile Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 54

Tablo XXXV. Bakım Verenlerin Hastayla Yakınlık Derecesi ile Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 55

Tablo XXXVI. Bakım Verenlerin Daha Önce Başka Bir Hastaya Bakım Verip Vermemesi ile Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 56

Tablo XXXVII. Bakım Verenlerin Evlerinde Kendilerine Bakım Konusunda Yardımcı Birinin Olup Olmaması ile Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 56

Tablo XXXVIII. Bakım Verenlerin Evlerinde Başka Bakıma Muhtaç Birey Varlığı İle Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 57

Tablo XXXIX. Bakım Verenlerin Kanser Hastalığının Ailesel Olup Olmadığı Düşüncesi ile Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 58

Tablo XXXX. Bakım Verenlerin Hastayla Aynı Evde Yaşayıp Yaşamaması ile Tükenmişlik Durumlarının Karşılaştırılması 58

Tablo XXXXI. Bakım Verenlerin Bakım Verme Süresi ile Tükenmişlik Durumu Arasındaki İlişki 59

Tablo XXXXII. Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutlarının Değerleri 60

Tablo XXXXIII. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutlarının Değerleri..... 60

Tablo XXXXIV. Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Dağılımı 61

Tablo XXXXV. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Dağılımı 61

Tablo XXXXVI. Hastaların Cinsiyeti İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Puanlarının İlişkisi 62

Tablo XXXXVII. Bakım Verenlerin Cinsiyeti ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Puanlarının İlişkisi 62

Tablo XXXXVIII. Hastaların ve Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Puanlarının Karşılaştırılması 63

Tablo XXXXIX. Bakım Verenlerin Toplam Tükenmişlik Puanları ile Hasta Ve Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzı Puanlarının Karşılaştırılması 64

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Hasta Sosyodemografi Formu 94

Ek 2. Bakım Veren Sosyodemografi Formu 96

Ek 3: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği 98

Ek 4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği 100

1. GİRİŞ

Son yıllarda Dünya'da ve ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda kanser hastalığının toplumdaki görülme sıklığının giderek artış gösterdiği bilinmektedir. Dünyada; 2012 yılında teşhis edilen yeni kanser vakası 14,1 milyon olmakla beraber aynı yıl içerisinde 8,2 milyon kişi kanser hastalığı nedeni ile yaşamını yitirmiştir. Yine 2012 yılı istatistiklerine bakılacak olduğunda Türkiye'de 147.964 kanser vakası tespit edilmiş olup, 91.826 kişi kanser hastalığına bağlı olarak yaşamını yitirmiştir. (1)

Kanser hastalığı daha önceki zamanlarda ölüme neden olan bir hastalık olarak görülürken, günümüzde diğer kronik hastalıklar gibi kontrol altına alınabilecek, uzun seyirli bir hastalık olarak görülmektedir (2)

Kanser hastalığı uzun süren tedaviler gerektirmekte ve bu süre içerisinde gerek hastalar gerekse onlara bakım veren yakınları çeşitli zorluklar ile karşılaşabilmektedirler.

Kanser hastalığının komplikasyonları ve uygulanan yoğun tedavi rejimleri, hastalar ve onların aile bakıcıları için uzun stres kaynağı olabilmektedir. (3)

Bakım vericilerin kansere karşı verdiği tepkiyi etkileyen faktörlere bakacak olursak; hastalığı algılayış biçiminin, yaş ve cinsiyetin, geçmiş psikiyatrik öykünün, çeşitli kültürel yaklaşımların, yaşam koşullarının, önceki hastalık deneyimlerinin ve kişilik özelliklerinin bakım vericilerin tepkilerini etkileyebildiğini görmek mümkün olacaktır.. (4)

Bakım verenlerin yükü kavramını çok boyutlu olarak ele almak gerekmektedir. Bakım vermekten dolayı ortaya çıkan sorunlara bakılacak olursa hastalıktan kaynaklanan direkt bakım gereksinimleri, normal ev rutininin bozulması, hastalığın bakımı için gereken para ve çalışamama nedeniyle gelirin kaybından kaynaklanan parasal sorunlar, ve hastalığın ortaya çıkardığı duygusal yükler olarak sayılabilir. (5)

Stresi günlük yaşamımızda sıkça kullandığımız 'baskı' ya da 'gerginlik' olarak tanımlamak mümkündür (6). Ortaya çıkan herhangi bir stres anında vücut homeostatik dengeyi sağlamak amacıyla nöronal ve hormonal sistemlerin aracılığı ile harekete geçmektedir. Vücutta kan basıncı, vücut ısısı, kan şekeri düzeyi, kanın pıhtılaşması,

ozmotik basınç ve doku hidrasyonu gibi faaliyetler düzenlenir. Buradaki amaç ise stresli duruma karşı vücudun fizyolojik adaptasyonunu sağlamaktır (7)

Stres durumunda organizma fizyolojik tepkilerin yanında duygusal tepkilerde verebilmektedir. Psikiyatride savunma mekanizmaları olarak tanımlanan bu durum bir açıdan bakıldığında karşılaştığımız engellemelere ve çatışmalara karşı benliğin bütünlüğünü korumak için sarf edilen çabalar olarak ifade edilmektedir. (8).

1970'li yıllarda stres yaşayan her bir bireyin hastalanmadığına yönelik görüşler ortaya çıkmıştır. Ve bu durumun sonucunda bir ara değişken aranmış ve bunun sonucunda stresle başa çıkma kavramı ortaya atılmıştır. 1980'li yıllarda stresle başa çıkma tarzları ile ilgili çalışmalar yapılmaya başlamıştır (9).

Son zamanlarda psikosomatik hastalıkların stres ortaya çıkaran belirli durumlarda ortaya çıktığı görüşü yerine; kişilerin stres karşısında yaşadıkları öznel deneyimin rolünün daha belirleyici olduğu görüşü benimsenmiştir (10)

Tükenmişlik konusunda yapılmış olan çalışmalara öncülük eden isimlerden olan Maslach ve Jackson'a (1986) göre tükenmişlik durumu "yorucu ve problemli insanlarla yoğun olarak ilgilenen kişilerin duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygularının azalması biçiminde ortaya çıkan bir sendrom" şeklinde açıklanmaktadır. (11)

Tükenme durumu bireylerde genellikle yavaş ve sinsice başlamaktadır. Ortaya çıkış süreci ne kadar ani de olsa tükenme aşamalı ve sürekli gelişen bir durumdur. Bazen çok seyrek olarak, herhangi bir olay olmadan birdenbire de ortaya çıkabilmektedir. Tükenmiş olan bireyler, zayıf yönlerini iyi gizleyebilen kişiler olduklarından dolayı, genellikle tükenmişlik durumunun ilk dönemlerinde, içlerinde olup bitenlerin farkında değildirler. (12)

Son yıllarda hastalıklarda etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve teknolojideki ilerlemelerle beraber hastanede kalış süreleri kısalmakta olup, evde bakım verilen hasta sayısı artış göstermekte ve buna bağlı olarak profesyonel olmayan bakım vericilere duyulan ihtiyaç da artış göstermektedir. (13).

Kanser hastalığının tedavisinde son yıllarda gelişen tıbbi imkanlar ile uzun tedavi süreleri ortaya çıkmakta ve bu süreç boyunca gerek hastalar gerekse onlara bakım veren

yakınları çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Yine bu süreç boyunca karşılaşılan zorluklara karşı bireylerin etkilenme düzeyleri, bu stresörler karşısında verdikleri tepkiler ve bu sürecin sonunda ortaya çıkabilecek olası bir tükenmişlik durumunun boyutlarının farklı olabileceğini düşünmekteyiz.

Biz bu çerçevede ADÜ hastanesi onkoloji kliniği ve ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan kanser tanılı hastaların ve onlara bakım veren yakınlarının;

-Kanser hastalığı ve hasta bakımı ile ilgili bilgi ve tecrübelerini tespit edip bu durumun tükenmişlik ile olan ilişkisini,

-Tükenmişlik durumlarını ve bu duruma etki eden faktörleri,

-Stresle başa çıkma tarzlarını ve bu tarzların tükenmişlik ile olan ilişkilerini ortaya koymayı amaçladık.

Buradan hareketle çalışmamız aşağıdaki sorulara yanıt aramaktadır.

1- Kanser hastalarının ve yakınlarının sosyodemografik özelliklerinin kendi hissettikleri sağlık algısına ve tükenmişlik durumuna etkisi var mıdır?

2- Hasta yakınlarının tükenmişlik düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasında ilişki var mıdır?

3- Hastalara bakım verme açısından deneyimi olan ve olmayan hasta yakınlarının tükenmişlik düzeyleri arasında fark var mıdır?

4- Onkoloji kliniğinde yatarak tedavi alan hastaların yakınları ile ayaktan kemoterapi alan hastaların yakınları arasında tükenmişlik açısından fark var mıdır?

5- Hastalığını bilen ve bilmeyen hastaların yakınları karşılaştırıldığında tükenmişlik düzeyleri açısından fark var mıdır?

Bu sorulardan yola çıkarak amacımız:hasta yakınlarının tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörleri ve tükenmişlik ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ve bu konuda yapılabilecekler için katkıda bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Kanserin Tanımı

Kanser belirli bir doku veya organdaki hasara uğramış olan hücrelerin kontrolsüz bir şekilde üreyerek bir kitle veya tümör oluşturmasıdır.(14)

Kanserler hücrenin genetik materyalinde oluşan ve sonraki hücrelere aktarılan bozukluklardan kaynaklanmaktadır.

Kanser sadece yapısal olarak değil hücrelerde işlevsel olarak da farklılıklara yol açabilmektedir. Kanserli doku veya hücreler bazen normal işlevlerini yerine getiremezken, bazen de sağlıklı iken yapmadığı yeni işlevleri yerine getirmeye başlayabilmektedir. Normal olmayan bir çoğalma gösteren bu hücreler çevresindeki doku ve organları hatta daha uzaktaki organları etkilemekte ve bu bölümlerin görevlerini engellemektedir.

Kanser daha önce ölüme neden olan bir hastalık olarak görülürken, günümüzde diğer kronik hastalıklar gibi kontrol edilebilen, uzun seyirli bir hastalık olarak görülmektedir.

2.1.2. Kanserin Tarihçesi

Malign tümörlerle ilgili bilgilere ilk olarak Mısır papirüslerinde, Babil çivi yazısı tabletleri rastlanılmaktadır. Ebers Papirüsünde (M.Ö. 15. yüzyıl), tümör tedavisinin öldürücü sonuçlar ortaya çıkarabileceği belirtilmektedir. Kanser kelimesinin tarihte bilinen ilk kullanımı Hippocrates (MÖ:460-370) tarafından olmuştur. Mide ülseri ortaya çıkaran tümörlere “carcinos” adı vermiştir. Yine Eski Yunan’da kullanılan “carcinoma” kelimesi de aynı anlamı ifade etmektedir. Galen M.S 2. yy.da görünümünü yengece benzetmesi nedeniyle “kanser” adını verdi. (15)

2.1.3. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser tüm dünyada her geçen gün yaygınlaşan bir sağlık problemi olarak dikkat çekmektedir. Kanserlerin epidemiyolojik özellikleri sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulması açısından yol gösterici olmaktadır. Kanser Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre

nedeni bilinen ölümler sıralamasında kalp-damar hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir. (16)

Dünya'da 2012 yılında 14,1 milyon yeni kanser teşhişi konulmuş, 8,2 milyon kanser nedeni ile ölüm gerçekleşmiştir. Son 5 yıl içerisinde kanser tanısı almış insan sayısı ise 32,6 milyondur. 2012 yılı verilerine bakılacak olursa; dünyada toplam olarak en sık görülen ilk 5 kanser sırasıyla; akciğer, meme, karaciğer, mide ve kolorektal kanser iken; en çok ölüme sebep olan kanserler sırasıyla; meme, prostat, akciğer, kolorektal ve serviks kanseri olmaktadır.

Dünyada erkeklerde görülme sıklığına göre ilk 5 kanser sırasıyla; akciğer, karaciğer, mide, kolorektal ve prostat iken; en çok ölüme neden olanlar sırasıyla; akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer nedenli kanserlerdir.

Dünyada kadınlarda görülme sıklığına göre ilk 5 kanser sırasıyla; meme, kolorektal, akciğer, serviks ve mide iken; en çok ölüme neden olanlar sırasıyla; meme, akciğer, kolorektal, serviks ve mide nedenli kanserlerdir.

Türkiye'de toplamda görülme sıklığına göre ilk 5 kanser sırasıyla; akciğer, meme, prostat, kolorektal ve mesane iken en çok ölüme neden olan kanserler sırasıyla, akciğer, mide, prostat, kolorektal ve lösemi olmaktadır(17)

Türkiye'de erkeklerde görülme sıklığına göre ilk 5 kanser sırasıyla; akciğer, prostat, mesane, kolorektal ve mide iken en çok ölüme neden olan kanserler sırasıyla; akciğer, prostat, mide, kolorektal ve mesane olmaktadır(17)

Türkiye'de kadınlarda görülme sıklığına göre ilk 5 kanser sırasıyla; meme, tiroid, kolorektal, akciğer ve uterus korpusu iken en çok ölüme neden olan kanserler sırasıyla; meme, mide, kolorektal, akciğer ve over olmaktadır (17)

2.1.4. Kanser Etyolojisi

2.1.4.1. Yaş

Kanser her yaşta görülebilen bir hastalık olmasına rağmen, kanserlerin birçoğu 50 yaş ve üzerinde görülmektedir. 40 yaş ve üstü kadınlar ile 60 yaş ve üstü erkeklerde ölüm nedenleri arasında kanserlerin ön sırada yer aldığı bilinmektedir. (17).

Yaş ilerledikçe kanserlerin görülme sıklığı da artış göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık yeni kanser vakası sayısının 1.6 milyon olduğu ve bu kanserlerin %53'ünün 65 yaş ve üzerinde olduğu belirtilmektedir (18)

2.1.4.2. Cinsiyet

Dünya'da ve ülkemizde kanserler köken aldığı organa ve çevre etkenlerine göre değişim göstermekle beraber genel toplama bakılacak olduğunda erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (17,19).

Türkiye'de 2013 yılında yaşa göre standardize edilmiş kanser insidansı erkeklerde yüz binde 267,9, kadınlarda ise yüz binde 186,5 olarak bildirilmiştir (20).

2.1.4.3. Tütün kullanımı

Tütün dumanında yaklaşık olarak 5300 zararlı madde bulunmakta olup bunlarında 70 tanesi kanserojendir (21)

2012 yılında tüm kansere bağlı ölümlerin %22'sinin tütün kullanımı sonucu meydana geldiği düşünülmektedir (22).

2.1.4.4. Genetik Duyarlılık

Kanser, hücrelerin fazla miktarda ve zamansız çoğalmaları, savunma sisteminin denetiminden kaçmaları ve uzak dokuları istila ederek organ metastazı oluşturmalarını içeren çok bir süreç sonucunda meydana geldiği bilinmektedir (23)

Onkogenlerin aktive olması ve tümör süpressor genlerin inaktive olmasının sonucunda hücre; kontak inhibisyonun kaybolması, kontrolsüz çoğalma, invazyon

yapabilme ve metastaz yeteneği kazanma gibi malign özelliklere sahip kanser hücresine dönüşebilmektedir (24,25).

2.1.4.5. Mesleki Maruziyet ve Çevre Kirliliği

Kişilerin iş yerlerinde maruz kalınan ajanlar nedeniyle kanser hastalığına yakalanabildiği uzun yıllardan beri bilinmektedir. 19. yy.' da baca temizliği yapan bireylerde ortaya çıkan skrotal kanserlerden günümüze kadar birçok kimyasal ajan kanserojen olarak kabul edilmektedir. Asbest, benzen ve ağır metaller pek çok ülkede yaygın olarak sanayide kullanılmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki mesleki kanser yükü konusundaki tahminler %2-5 civarındadır. (26).

Hava kirliliğinin daha fazla olduğu kentsel alanlarda yaşayanlar ile havanın daha temiz olduğu kırsal alanlarda yaşayan bireyler arasında özellikle akciğer kanserine yakalanma riski açısından anlamlı derecede farklılığın olduğu bildirilmektedir (27).

2.1.4.6. Kronik Enfeksiyonlar

Yapılan epidemiyolojik ve biyolojik çalışmalar sonucunda çeşitli enfeksiyon yapıcı ajanların dünya genelinde kanserin ana nedenleri arasında yer aldığı görülmektedir. İnsanlarda görülen kanserlerin yaklaşık %15-%20'sinin virüsler kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir(28).

Gelişmiş ülkelerde enfeksiyon ajanlarının neden olduğu kanserlerin tüm kanserler içindeki oranı %8 iken az gelişmiş ülkelerde bu oranın %26 civarında olduğu bildirilmektedir (29).

İnsan papilloma virüsünün mukoza ve cilt tutulumlarının yüksek riskli alfa HPV türleri olan 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59 ve 66'nın servikal kanserler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca HPV 16 ve 18 türlerinin daha az miktarda da olsa anal kanserler, vulva, vajen, penis ve orofarenks kanserlerinin gelişiminde rol oynadığı bildirilmektedir (30).

2.1.4.7. Obezite ve Fiziksel İnaktivite

Uluslararası standartlara göre beden kitle endeksi değeri 25-29,9 kg/m2 arasında olan kadın ve erkek yetişkinler aşırı kilolu olarak, beden kitle endeksi değeri 30 kg/m2 ve üzerinde olanlar obez olarak değerlendirilmektedir. Yapılan çalışmalara göre kilolu ve obez olma ile; her iki cinsiyette özefagus ve böbrek kanseri, erkeklerde kolorektal kanser, kadınlarda menapoz sonrası meme ve endometrial kanser arasında sıkı bir bağlantı olduğu belirtilmiştir (31).

2.1.4.8. Alkol Kullanımı

Alkol içimi ile ağız boşluğu, larinks, farinks, özefagus, karaciğer, kolon, rektum ve kadınlarda meme kanseri arasında ilişki olduğu belirtilmektedir(28).

2.1.4.9. İyonize Radyasyon

Günlük yaşantımızda iyonize radyasyona maruz kalmak insanlar için kaçınılması imkansız bir durumdur, x ışınlarına ve gama ışınlarına doğal kaynaklardan ve az bir miktarda olsa insan yapımı kaynaklardan maruz kalındığı bilinmektedir (32).

Yapılan tahminlere göre, 26 Nisan 1986'da Ukrayna'da Çernobil nükleer santralinde meydana gelen büyük kazanın neden olduğu radyasyon nedeniyle Avrupa'da 2065 yılına kadar 16.000 tiroid kanseri vakası ve 28.000 başka kanser vakalarının olacağı düşünülmektedir (33).

Bunların yanı sıra Güneş ışığına maruz kalınmasının bazal hücreli karsinom, skuamoz hücreli karsinom ve malign melanoma gibi cilt kanserleri için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (34)

2.2. Bakım Verme

2.2.1. Bakım verme tanımı

Türk Dil Kurumu (TDK) tanımlamasına göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi geliştirilmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır. Bakım verme, emosyonel, fiziksel veya ekonomik yardım vermeyi kapsamaktadır. (35)

Bakım veren kişi hastanın bakımını primer olarak yapmak ya da gözlemlemekten sorumlu olan kişidir.

Bakım verme profesyonel ve profesyonel olmayan bakım olmak üzere iki şekilde sunulabilir (36)

Profesyonel olmayan bakım verici; herhangi bir ücret ödenmeksizin kronik hastalığı olan herhangi bir bireye fiziksel, psiko-sosyal, ekonomik destek sağlayan kişi olarak tanımlanmıştır (37)

Profesyonel bakım resmi ve özel kurumlar ile gönüllü kuruluşların sunduğu bakım olarak tanımlanmaktadır. (36)

2.2.2. Bakım Veren Yükü

Bakım verme esnasında bakım veren kişide ortaya çıkan bedensel ve duygusal etkiler "yük" olarak tanımlanan durumun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. "Yük" kavramı, bakım verme sürecinin bakım veren kişiler üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaya çalışan araştırmacılar tarafından tanımlamıştır (38).

Bakım verenlerin yükü kavramı, ilk kez 1963 yılında Grad ve Saisbury tarafından kullanılmıştır (38, 39)

Sıklıkla aile içinde bakım vermenin kronik ve yoğun yapısı bakım verenlerin yaşamlarındaki diğer ihtiyaçlardan kaynaklanan anlaşmazlıklarla birleşince bakım veren yüküne yol açabilmektedir

Bakım verme yükü, negatif bir reaksiyondur ve depresif semptomların bir habercisi olarak kabul edilmektedir (40)

Bakım verme yükünün nesnel ve öznel olmak üzere iki alt boyutu vardır. (41,42)

Nesnel yük: Aile ve bakım vericinin yaşamındaki bakım vermeden dolayı ortaya çıkan değişimleri kapsamaktadır. Örnek olarak; hastalığın ortaya çıkardığı ekonomik etkiler, diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi ve aile rutinlerinin bozulması verilebilir (41,42).

Öznel Yük: Bakım veren bireyin içinde bulunduğu durumun etkisiyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı gelişen tutum ve duygusal tepkiler olarak tanımlanmaktadır. Örnek olarak; anksiyete ve sinirlilik verilebilmektedir (40).

2.2.3. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verenin yükünü etkileyen faktörler bakım verene ait faktörler ve hastaya ait faktörler olarak ikiye ayrılmaktadır (5)

2.2.3.1. Bakım Verenlere Ait Özellikler

Hastalara bakım veren bireylerin yaşı, cinsiyeti, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verici olmada gönüllü olup olmadığı, öz etkililik derecesi, eğitim durumu, ekonomik durumu, hastalığının olup olmaması, sosyal destek durumu, baş etme yetenekleri, inançları, bilgi düzeyleri, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri, fiziksel ve psikolojik sağlık durumu olarak sınıflandırılabilir. Bakım verene ait faktörler bakım veren bireylerin yüklerinin belirlenmesinde önemli bir ölçü olmasının yanısıra, hastanın hastalığının seyrinde de önemli bir belirleyici etken olmaktadır (39)

2.2.3.2. Hastalara Ait Özellikler

Araştırmalar sonucu elde edilen bilgilere göre hastalara ait bakım veren yükünü etkileyen özellikleri üç başlıkta toplamak mümkündür; bilişsel yetersizlikler (öğrenmede zorlanma, unutkanlığın boyutları ve yüksek kortikal fonksiyonlar), fonksiyonel yetersizlikler (başkalarının yardımına ihtiyaç duyma ve günlük yaşam aktivitelerini yapamama), davranışsal ve psikiyatrik yetersizliklerdir. (44)

Bakım verenlerin yükünün şu durumlarda arttığı ifade edilmektedir:

-İleri evre kanser hastasının bakımını sağlama,

-Bakım verilen hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede ciddi sıkıntılarının olması,

-Pediatrik ya da yaşlı bireye (70 yaş üstü) bakım verilmesi,

-Bakım verilen hastanın tuvalet problemleri, düşme öyküsünün olması

-Karmaşık tıbbi tedavilerin uygulanıyor olması

-Bakımın süresinin uzun olması,

-Bakım vericinin yaşlı ve/veya kadın olması,

-Bakım vericinin eğitim düzeyinin düşük olması,

-Bakım vericinin yalnız yaşaması ve sosyal destek azlığıdır (4,13)

2.2.4. Bakım Veren Bireyin Gereksinimleri

Bakım veren bireyler kendisine ve hastasına yönelik profesyonel bir kişiden destek almak istemekte olup özelikle psikolojik destek almak istemektedirler (45)

Yapılan bir diğer çalışmada ise bakım veren bireylerin %58,0'inin hastalarını gerektiğinde bırakabilecekleri bir gündüz bakım evinin olmasını istemektedirler. (8)

Bakım veren bireylerin, bakım vermenin duygusal stresleri ve bakım verme görevlerinin yönetilmesinde sağlık bakım profesyonellerinden çok az yardım aldığı bildirilmektedir (46).

2.3. Stres

2.3.1. Stres tanımı

Stresin bir çok tanımı yapılmıştır. Stres insan organizmasının iç ve dış etkenlere karşı homeostatik dengeyi korumak için verdiği reaksiyonlardır. (47)

Yine bir başka tanımlamada ise stres 'bireyi zorlayan bir fiziksel ya da psikolojik uyarı karşısında bireyin geliştirdiği uyum amaçlı tepkiler' olarak tanımlanmaktadır. (48)

Ortaya çıkan herhangi bir stres anında vücut homeostatik dengeyi sağlamak amacıyla nöronal ve hormonal sistemlerin aracılığı ile harekete geçmektedir. Vücutta kan basıncı, vücut ısısı, kan şekeri düzeyi, kanın pıhtılaşması, ozmotik basınç ve doku hidrasyonu gibi faaliyetler düzenlenir. Buradaki amaç ise stresli duruma karşı vücudun fizyolojik adaptasyonunu sağlamaktır (7)

Stresle ilgili "Selye'nin Adaptasyon Kuramı" bilinen kuramlardan bir tanesidir. Biyolojik sisteme etkide bulunan herhangi bir uyaran otonom bir tepki ile adrenalin ve ACTH hormonlarının salgılanmasına yol açmaktadır. Bunun sonucu olarak sempatik sistem tonusu yükselir. Buna alarm reaksiyonu denilmektedir. Organizma parasempatik sistem aktivasyonu ile homeostatik dengeyi orijinal düzeyden farklı bir düzeyde tekrar kurmaya çalışır. Buna "Genel Adaptasyon Sendromu" adı verilir. Alarm reaksiyonunu ise direnç dönemi izler. Direnç döneminde uyaranlara karşı uyarılma eşiği yükselmiştir. Uyaranların devam etmesi halinde ise bitkinlik dönemi ortaya çıkar. Eğer iki sistemden birinde yoğun uyaranlar nedeniyle gerilim diğer sistem tarafından karşılanamayacak kadar yüksek ise bitkinlikten bir sonraki durum olan şok durumu ortaya çıkar, bunların sonucunda sistem çöker. Organizma hayatını yitirmez ise daha sonra yeniden dengeyi kurar. (49)

2.3.2. Stresle Başa Çıkma

Stresle başa çıkma, bireyin yaşantısını tehdit edici olarak algıladığı herhangi bir durumda, kendisini içinde bulunduğundan daha iyi bir duruma getirmek için, durumu kontrol etmesini ve davranış örüntüsünü içeren çabaların tümü olarak tanımlanmıştır. (50)

Stresle başa çıkmada genellikle iki strateji kullanılmaktadır. Birinci yaklaşım; "problem odaklı" başa çıkma yaklaşımıdır. Problem odaklı yaklaşımda bireyler problemden uzaklaşmak için öneri alırlar, problemi değiştirecek ve gelecekte tekrar karşılaşmayı önleyecek tedbirler alırlar. İkinci yaklaşım ise, "duygu odaklı" başa çıkma yaklaşımıdır. Bu yaklaşımda, bireyler duygularını erteleme, ağlama, yeme ve içme yoluyla boşaltma eğilimindedirler ve endişelenmemeye çalışmaktadırlar. (51)

Problem çözme becerisi yüksek kişiler, doğrudan stres ortaya çıkaran durumu anlayıp, bu durumu yönetmeye ve onu değiştirmeye çalışmaktadırlar. Bu kişiler stres ortaya çıkaran durumlarda en uygun olan stratejiyi belirleyip stres kaynağı ile mücadele içerisine girmektedirler. Problem çözme becerisi daha düşük olan bireyler ise genellikle duygu odaklı hareket etmektedirler. Duygu odaklı hareket etmek stres ortaya çıkaran durumu doğrudan doğruya değiştirmemekte ama kişinin yaşantısından anlam çıkarmasına ve duygularını yeniden düzenlemesine neden olmaktadır (52)

Folkman ve ark. sekiz çeşit başa çıkma tarzı belirlemişlerdir:

1. Yüzleşme-Mücadele etme

2. Uzaklaşma

3. Kendini kontrol etme

4. Sosyal destek arama

5. Sorumluluğu üstlenme

6. Kaçma-kaçınma

7. Planlı problem çözme

8. Olumlu sonuç çıkarma (53)

2.4. Tükenmişlik Sendromu

2.4.1. Tanımı ve Tarihçesi

Tükenmişlik ile ilgili bilimsel araştırmaların başlamasından çok daha önce ‘’A Burn-out Case’’ isimli bir romanda tükenmişlik kavramından bahsedilmiştir. Graham Greene’nin 1961 yılında yayınlanan bu romanında, bir mimar işiyle ilgili ortaya çıkan zorunluluklarla artık başa çıkamamakta, ruhsal acılar çekmekte ve en sonunda tüm sorunlarını geride bırakarak Afrika ormanlarına kaçmaktadır. Tükenmişlik kavramı ilk olarak 1970’li yıllarda araştırmacıların dikkatini çeken bir kavram olmakla birlikte, günümüze gelinceye kadar birçok araştırmacı tarafından çeşitli tanımları yapılagelmiştir. (54)

Tükenmişlik, bilimsel yayınlara ilk olarak 1974 yılında Herbert J. Freudenberger’in klasikleşmiş olan makalesi “Personel Tükenmişliği” ile girmiştir. Tükenmişlik, H Freudenberger tarafından "enerji, güç veya kaynaklar üzerindeki aşırı taleplerden dolayı tükenmeye başlamak" olarak tanımlanmaktadır. (54)

Tükenmişlik konusunda yapılmış olan çalışmalara öncülük eden isimlerden olan Maslach ve Jackson’a (1986) göre tükenmişlik durumu “yorucu ve problemli insanlarla

yoğun olarak ilgilenen kişilerin duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygularının azalması biçiminde ortaya çıkan bir sendrom" şeklinde açıklanmaktadır. (11)

Sürgevil'in tükenmişlik tanımına bakacak olursak: "Psikosomatik hastalığı, uykusuzluğu, iş ve müşterilere karşı olumsuz tutumu, işe gelmemeyi, alkol ya da ilaç kullanımını, suçluluğu, kötümserliği, ilgisizliği ve depresyonu içeren karmaşık bir sendrom ve enerjinin bol kullanımı sonucu önemli düzeyde enerji eksikliği yaşanması" şeklinde tanımladığını görmekteyiz (55)

İlk tanımlandığı yıllarda tükenmişliğin daha çok insanlarla yüz yüze iletişimi gerektiren işlerde çalışan, insanların taleplerine yoğun bir şekilde maruz kalan kişilerde ortaya çıktığı düşünülmüş olup; özellikle sağlık çalışanları literatürdeki yapılan birçok çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Hizmet veren bireyleri değerlendirmek amacıyla, Maslach ve Jackson (1981) tarafından günümüzde de sıkça kullanılan tükenmişlik ölçeğinin ilk hali olan Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS) geliştirilmiştir.(56)

Freudenberger'in, tıbbi kliniklerde yapmış olduğu çalışmalar esnasında gönüllü bireylerin birçoğunun yaklaşık bir yıl büyük bir heyecanla çalıştıkları gözlemlenmiş ama daha sonraları işlerini ani bir şekilde bıraktıklarını görülmüştür. Bu gönüllü bireylerin birçoğu kötümserlik, engellenmişlik ve depresyon gibi yaşadıkları karışık duyguları tanımlamak amacıyla alışılmış bir tabir olan "tükenmişlik" terimini kullanmışlardır (57)

"Personel Tükenmişliği" kavramına bakılacak olursa, bireylerin işlerinin gereği olarak karşılaştıkları insanlara karşı duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, duyarsızlaşmaları ve kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalması şeklinde ortaya çıkan daha çok insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde görülen bir olgu olduğu bildirilmektedir. Tükenmişlik ve yıpranmanın (wearing down) farklı kavramlar olduğu gösterilmiştir. Aynı şekilde tükenmişlik ile iş doyumsuzluğunun da aynı kavramlar olmadığı bilinmektedir (58)

Tükenme bireylerde genellikle yavaş ve sinsice başlamaktadır. Tükenme durumuna gelmeden önce, genel olarak ya bir iş baskısı, ya da bir aile üyesinin hastalığı gibi bazı çevresel koşullara rastlandığı bilinmektedir. Ortaya çıkış süreci ne kadar ani de olsa tükenme aşamalı ve sürekli gelişen bir durumdur. Bazen çok seyrek olarak, herhangi bir

olay olmadan birdenbire de ortaya çıkabilmektedir. Tükenmiş olan bireyler, zayıf yönlerini iyi gizleyebilen kişiler olduklarından dolayı, genellikle tükenmişlik durumunun ilk dönemlerinde, içlerinde olup bitenlerin farkında değildirler(12).

2.4.2. Tükenmişlik Modelleri

Tükenmişlik sendromu ile ilgili çalışmalar incelendiği zaman, farklı araştırmacılar tarafından farklı tükenmişlik modellerinin geliştirildiği görülmektedir. Bu geliştirilmiş olan modellerden önemli olanları kısaca incelenecektir.

2.4.2.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli

Tükenmişlik konusunda önemli çalışmaları olan Cary Cherniss 1980 yılında tükenmişlik ile ilgili kurduğu modelinde, tükenmişliğin temelinde stresin olduğunu savunmaktadır. Bu tükenmişlik modelinde Cherniss tükenmişliği "işle ilgili stres kaynaklarına bir tepki olarak başlayan, başa çıkma davranışlarını içeren ve işle psikolojik ilişkiyi kesmeyle son bulan bir süreç" olarak tanımlamaktadır. (59)

Bireyin beklentilerinin kurumun beklentileriyle örtüşmediği durumlar strese neden olmaktadır. Stres ortaya çıktığında birey ilk olarak stres kaynağını ortadan kaldırmaya çalışmakta, eğer bu mümkün olmuyorsa stresle başa çıkma tekniklerini devreye sokmaktadır. Stresle mücadelede başarılı olan bireyler eski iyilik hallerine geri dönerek rahatlamakta, ama stresle mücadele etmede başarısız olan bireyler ise son seçenek olarak işiyle psikolojik bağını kesebilmektedir.(55)

Cherniss'in tükenmişlik modelinde tükenmişliğe neden olan stres kaynakları iş yükü, belirlenmemiş amaçlar, müşteri ile yüzyüze ilişki, destek ve denetim eksikliği gibi örgütsel değişkenler ile işgörenin kişiliği, özel hayattan alınan doyum, gelecekle ilgili planlar gibi kişisel değişkenler olarak belirtilmiştir (43)

Bu modelde tükenmişlik nedenleri açıkça ortaya konulup, tükenmişlik durumunda bireyin reaksiyonları ve bu durumla başa çıkma yolları üzerinde durulmuştur.

2.4.2.2. Perlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Perlman ve Hartman (1982) tükenmişliği fiziksel, duygusal ve davranışsal tükenme olmak üzere üç boyutta incelemişlerdir. Stres maruziyetinde ortaya çıkan belirtileri de üç

gruba ayırarak bu boyutlarla ilişkilendirmiştir. Perlman ve Hartman tükenmişlik modelinde tükenmede görülen fiziksel belirtilerin fiziksel boyutu, tutum ve duygulara odaklanan duygusal belirtilerin duygusal boyutu, semptomatik davranışlar üzerine odaklanan duyarsızlaşma ve iş veriminin düşmesi ile ortaya çıkan belirtilerin de tükenmenin davranışsal boyutu yansıttığı belirtilmektedir. Perlman ve Hartman (1982) modellerinde 4 aşamadan bahsetmektedir.

1. **Durumun strese götürme derecesi:** Bireyin ve kurumun beklentilerinin örtüşmemesi durumunda stres ortaya çıkmaktadır. Birey ve kurum arasındaki uyumsuzluğun büyüklüğü stresin derecesini etkilemektedir.

2. **Algılanan stres düzeyi:** Bireysel ve kurumsal değişkenler bireyin stres algısında rol oynayabilmektedir.

3. **Strese verilen tepki:** Herhangi bir strese neden olan durumla karşılaşıldığında bireyler fiziksel, duygusal/bilişsel ve davranışsal tepkilerde bulunmaktadır.

4. **Strese verilen tepkinin sonucu:** Yaşanan stres sonucu bireylerin fizyolojik ve psikolojik sağlık durumları bozulabilir, sorunlar iş ortamına yansır, verilen hizmetin niteliğinde ve niceliğinde bozulmalar görülebilir. (60,61,62)

2.4.2.3. Meier Tükenmişlik Modeli

Meier (1983) kendi tükenmişlik modelini, Bandura'nın (1977) öz yeterlilik kuramını temel alarak geliştirmiştir. Meire'e göre tükenmişlik; ''Bireyin işle ilgili olumlu pekiştirici beklentisinin çok düşük, ceza beklentilerinin çok yüksek olduğu; var olan pekiştiricileri kontrol edebilme yönündeki beklentilerinin düşük olduğu ve pekiştiricileri kontrol edebilmek için gereken davranışları yapmayla ilgili kişisel yeterlilik beklentilerinin düşük olduğu, tekrarlayan iş yaşantılarının sonucu gelişen bir durumdur.'' şeklinde tanımlanmaktadır. (55,63)

2.4.2.4. Pines Tükenmişlik Modeli

Pines'in tükenmişlik modeline bakacak olursak tükenmişliği fiziksel, duygusal ve zihinsel açıdan bir bitkinlik durumu olarak ele aldığı görülmektedir. Pines tükenmişlik modelinde tükenmişliğin temelinde bireyi sürekli olarak duygusal baskı altında tutan iş

ortamları veya işler vardır. Ancak bu iş ortamlarının sadece işe güdülenme düzeyi yüksek olan bireylerde tükenmişliğe yol açtığı belirtilmektedir. Yüksek güdülenme gösteren, hayatın anlamını çok çalışmada ve başarılı olmada arayan bireyler beklentileri karşılanmadığı zamanlarda daha kolay hayal kırıklığı ve bıkkınlığa sürüklenmektedir (64,65)

2.4.2.5. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Edelwich ve Brodsky'in (1980) geliştirdiği tükenmişlik modelinde tükenmişliğin; iş koşulları, müşteri yoğunluğu, düşük ücret, uzun mesai saatleri, bürokratik ve politik zorlamalar veya yüksek idealler ile ulaşılabilen nokta arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu modelde tükenmişlik; "başkalarına yardım sağlayan mesleklerde çalışan bireylerde, çalışma koşullarının bir sonucu olarak; idealizm, enerji ve amaçta görülen ve sürekli olarak artan bir kayıp" şeklinde tanımlanmaktadır(66).

Edelwich ve Brodsky'e göre tükenmişlik 4 evreden oluşur ve ilerleyici bir süreci kapsar. Bu evreler tükenmişliği anlamamızı kolaylaştırmaktadır fakat her zaman birbirini takip etmek zorunda değildir. Ayrıca bireylerin hayatında keskin sınırlarla birbirinden ayrılmadan çoğu zaman iç içe geçmiş durumdadır. (66,67)

1. Evre: Şevk ve coşku evresi

Bu evrede iş yaşamı hayatın merkezinde bulunmakta olup her şeyin önüne geçmiştir. Birey kendini enerji dolu hissetmekle beraber, işle ilgili bütün beklentilere cevap vermeye çalışmaktadır.. Kişi ideallerini gerçekleştirmek için bitip tükenmek bilmeyen bir enerji ile ve üst düzey bir motivasyonla çalışmalarını sürdürmektedir. Bu evrede uykusuzluğa, gergin çalışma ortamlarına, uzun çalışma saatlerine, kendine ve sosyal hayatına zaman ayıramayışına karşı üstün bir uyum sağlama çabası içinde olmaktadır. Bu evrede bulunan kişilerde yüksek bir seviyede umutluluk, görkemli idealler, gerçekçi olmayan beklentiler gözlenebilir. (66,67)

2. Evre: Durağanlaşma evresi

Şevk ve coşku evresinde yüksek enerjiyle çalışan kişi bir zaman sonra yorulmaya başlamakta; kişinin potansiyeli, gücü ve motivasyonu azalmaktadır. İlk başlarda görmezden gelinen veya umursanmayan işle ilgili ortaya çıkan sorunlar bireyi giderek daha

fazla rahatsız etmeye başlar. Şevk ve çoşku dönemlerindeki yüksek ideallerin ve işle ilgili önceliklerin yerini kişisel ihtiyaçlar almaya başlamaktadır. Bu evrede yapılan işin niteliği ve toplumdaki değerine kıyasla kişi için karşılığında ne kadar ücret aldığı veya günde kaç saat çalıştığı daha fazla önem arz eder hale gelmektedir (66,67)

3. Evre: Engellenme evresi

Bir süre sonra başlangıç aşamasındaki ideallerini gerçekleştiremeyen ve kendi kişisel gereksinimlerini karşılayamamaya başlayan birey yoğun bir engellenmişlik duygusu yaşamaya başlamaktadır. Tüm bunlara karşın sistemi değiştirmenin ne kadar zor olduğunu fark ederek, kendini giderek daha güçsüz hissetmeye başlamaktadır. Adaptasyona yönelik baş etme yöntemlerine başvuran, kendini ifade eden, sorunlarını konuşan, iş arkadaşları ve üslerinden destek gören, kendine, aile ve sosyal hayatına zaman ayıran bireyler tükenmişliğin son evresine girmekten kurtulabilmektedir. Bunlara rağmen bazı durumlarda maladaptif yöntemlerle bu durumla başa çıkmaya çalışan bireyler için son evre kaçınılmaz hale gelmektedir. Yine bu dönemde bireylerde bilişsel ve psikiyatrik bir çok semptom ortaya çıkabilmektedir. (66,67)

4. Evre: Umursamazlık evresi

Bu evrelerden sonra tükenmişlikle başa çıkmada yetersiz kalan kişi, kendini savunma amacıyla fiziksel ve mental olarak işinden uzaklaşmaya başlamaktadır. Umursamazlık evresindeki kişiler umutsuluğa düşmüş, teslim olmuş ve ilgisiz tavırlar göstermeye başlamış olabilmektedir. İdealistlikten uzaklaşmaya başlayan birey artık yenilikleri ve gelişmeleri tehdit gibi algılamaya başlamakta ve iş hayatındaki günlük rutin ve mekanik işleyişi korumaya çalışmaktadır. İş ve çalışma hayatı kişisel ve mesleki bir doyum alanı olmaktan çıkarak, hayatını devam ettirebilmek ve para kazanmak için katlanmak zorunda olduğu görevler halini almıştır(66,67)

2.4.2.6. Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli

Bu tükenmişlik modeli Suran ve Sheridan (1985) tarafından ortaya çıkarılmış olup daha çok gözlem ve deneyime dayanmaktadır. Bu modelde dört aşama mevcut olmakla birlikte aşamalardan her biri tükenmişlikle başa çıkmada yararlı olabilecek yaşam tarzlarını

içermektedir. Suran ve Sheridan'a göre tükenmişlik, her bir aşamada yer alan çatışmaların tatmin edici bir şekilde çözülememesinden dolayı ortaya çıkmaktadır. (69)

Bu modeldeki dört basamaktan söz edilmiştir. Bu dört basamağı ele alacak olursak

Bu basamaklar;

Kimlik, rol karmaşası

Kişisel ve mesleki kimlik rollerinin oluştuğu bu zaman dilimi, psikolojik gelişim açısından kritik bir dönemdir. Bu dönemde gerçekleşen ego kimliği ve rol karmaşası arasındaki çatışma, bir meslek seçimi üzerine yoğunlaşmaktadır. Söz konusu çatışmaların kararlılığı, mesleki seçim ile profesyonel ve bireysel hedeflerin belirlenmesinde ağırlık kazanmaktadır. "Kişinin gelişimiyle eğitim gereksinimlerinin dengelenememesi, o kişinin benliğini kişisel ve mesleki bir bütün olarak entegre etmesini önlemektedir. Kişinin benliği kişisel ve mesleki bir bütün oluşturamamaktadır. Böylece gelecekteki bir tükenmişlik için tohumlar atılmış olmaktadır." (70)

Yeterlilik, yetersizlik

Bireyin kişisel sosyal yaşamını ve kimliğini etkin bir şekilde yönetebilme konusunda geliştireceği yeterlilik duygusu; bireyin mesleki yeterliliğe yönelik bireysel çabalarıyla paralel olmalıdır ve bu ikisi arasında bir denge olmalıdır. Bir kişinin benlik değerini sadece mesleki başarıda bulmak zorunda olmadığı söylenebilir. (68)

Verimlilik, durgunluk

Otuzlu yaşlar ile başlayan ve otuzlu yaşların sonlarına kadar süren bu aşama bireyin odaklandığı ve üretici olduğu aşamadır. Bu süreçte özel ilgi, eğilim ve kabiliyetler açık hale gelir. Bu nokta da profesyonel birey, kariyerinin amacını ilk kez sorgulamaya başlamaktadır. "Hepsi bu muymuş?" gibi bir duygu hakim olmaya başladığında ise tükenmişlik kaçınılmaz hale gelmektedir. Verimlilik, bireyin kendisini olduğu gibi ifade etmeyi ve öyle davranmayı öğrenme süreci olarak kabul edilebilir.

Yeniden oluşturma, hayal kırıklığı

Verimlilik, durgunluk süreci devam ederken, kişi bulunduğu noktaya kendisini getiren ilk seçimi sorgulamaya başlamaktadır. Bu dönem meslekten memnuniyetsizliğin gündeme gelebildiği dönemdir. Yeniden oluşturma süreci ise bireyin kişisel ve mesleki yaşamında olmak istediği kişi olması için yeni bir keşfetme süreci olarak tanımlanabilir. (70)

Basamakların hepsini tükenmişlikle ilişkili kendine özgü dinamiklere sahiptir.. Kişisel ve mesleki rol karmaşası oluştuğunda yeterlilik duygusu azalmakta, bireyler mesleki ve sosyal hayatlarını bir bütünlük içerisinde sürdürememektedir. Genellikle kırklı yaşlara gelindiğinde bireyler geçmiş hayatlarını gözden geçirmekte, kendilerini o güne getiren ilk seçimleri sorgulamaya başlamaktadır. Bu sorgulama hayal kırıklıklarıyla sonuçlanabildiği gibi; bireyin kendini, mesleğini ve hedeflerini yeniden tanımlamaya başladığı bir süreci de başlatabilmektedir. (71,72,77)

2.4.2.7. Maslach Tükenmişlik Modeli

Literatür taraması yapıldığında tükenmişlik kavramının birçok araştırmacı tarafından tanımlanmakta olduğu görülmekle beraber, bu modellerin içerisinde en çok kabul gören ve araştırmalarda yaygın olarak kullanılan model Maslach'ın 3 alt boyutu değerlendiren tükenmişlik modelidir. Maslach'ın tükenmişlik modeline göre; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma olmak üzere 3 bileşen mevcut olup, bu bileşenler birbirini etkileyerek neden-sonuç ilişkisine sebep olabilmektedir.

1. Duygusal Tükenme

Tükenmişlik sendromu kompleks bir kavramı ifade etmekle beraber, en belirgin özelliği ve ilk aşaması duygusal tükenme olarak ifade belirtilmektedir. Duygusal tükenme tükenmişliği açıklamada ne kadar gerekli bir kriter olsa bile, bu durum fenomeni tanımlamada tek başına yeterli olduğu anlamına gelmemektedir. Günlük yaşamda çevresindekilere tükendiğini ifade eden bireylerin çoğunlukla yaşadıkları duygusal tükenme deneyimlerine atıfta bulundukları bildirilmektedir(73,74).

Talepler karşısında ezilen kişinin stresle ilişkili olarak kendini sürekli yorgun, bitkin, çaresiz olarak hissetmesi duygusal tükenme olarak tanımlanır. (74,75)

Yeni bir iş gününe başlayacak enerjiden kendini yoksun hissetme, bedensel yorgunluk, hastalıklı hal gibi fiziksel belirtiler, duygusal zorlanmanın artışıyla sıkça gözlenebilir. Duygusal tükenme yaşayan bireylere bakıldığında kendilerini eskisi kadar verimli ve üretken hissetmemekte oldukları, yoğun gerginlik ve engellenmişlik duyguları yaşamakta oldukları bildirilmektedir. Daha öncesi ile kıyaslandığında sorumluluk üstlenmeme, insanlarla ilişkilerini mümkün olan en düşük seviyeye indirgeme, duygudan yoksun katı tutum gibi davranışlar her ne kadar duygusal yükü azaltmaya yönelik olsa da aynı zamanda tükenmişliğin ikinci alt boyutu olan duyarsızlaşmaya geçişe neden olmaktadır. (76)

2. Duyarsızlaşma

Bakım ve hizmet verilen bireylere karşı kişinin, onların kendilerine özgü birer varlık olduklarını dikkate almadan ve duygudan yoksun bir şekilde davranmasını içermektedir. (56)

Duygusal tükenme, tükenmişliğin stresle ilişkili boyutunu yansıtmaktadır ama bireylerin işle ilgili tavırlarını ve kişilerarası boyutu açıklamada yetersiz kalmaktadır. Bu aşamada Maslach tükenmenin bir diğer alt boyutu olan duyarsızlaşmadan söz etmiştir. Maslach'ın tanımına göre ''duyarsızlaşma; tükenmişliğin kişilerarası boyutunu temsil eder ve duyarsızlaşan kişi, kendinden ve hizmet verdiklerinden duygusal ve bilişsel olarak uzaklaşır.'' (74,75)

Duyarsızlaşma tükenme sürecindeki birey tarafından bir tür savunma stratejisi olarak geliştirilmektedir. Tükenme sürecinde olan birey kişilerle olan ilişkilerine mesafe koyarak kendini psikolojik gerginlikten korumaya çalışmaktadır. Bunun yanında hizmet alan bireyleri, insani değerleri olmayan bir obje gibi algılayabilmektedir; bu yolla onların sorunları ve talepleriyle daha kolay baş edeceğini düşünmektedir. (74,78)

3. Kişisel Başarıda Azalma

Maslach'ın tanımlamasına göre kişisel başarı; sorunun üstesinden başarı ile gelme ve kendini yeterli bulma iken, kişisel başarının düşmesi ise, bireyin kendisini işinde yetersiz ve başarısız bulması şeklinde ifade edilmektedir. (56)

. Tükenmişliğin üçüncü bileşeni olan kişisel başarıda azalma, tükenmişliğin diğer boyutlarının bir sonucu gibi görülmektedir. Emosyonel kaynakları zamanla azalan ve ilişkilerine mesafe koyarak kendini korumaya çalışan kişi, bu süreçte kendisi için de olumsuz duygular geliştirebilmektedir. Kişinin, hizmet vermede yetersiz kaldığını, sevilmediğini, sorunlarıyla başa çıkamadığını düşünmesi benliğine saygısını azaltmakta olup, tüm bunların sonucunda kişi artık kendini üretken ve başarılı bir birey olarak görmemektedir. (62,75,79)

2.4.3. Tükenmişlik Sendromunun Önemi

Yaşanılan duygusal, fiziksel ve psikolojik tükenme bireylerin, zamanla heyecanlarını kaybetmelerine yol açmaktadır. Bu durum o kişilerin kişisel başarılarında düşüşe yol açar ve ilişkide içinde oldukları kişilere karşı duyarsızlaşmalarına sebebiyet verir. (56)

Tükenmişlik, sıklıkla kendisini örgütüne adayıp başarı elde etmek için aşırı çalışan, yapması gerekenden fazlasını yapmaya gayret eden kişilerde kendisini göstermektedir. (80)

Yine diğer bölümlerde belirttiğimiz gibi insanlar ile birebir ilişki gerektiren meslek gruplarında tükenmişlik daha fazla görülmektedir (58)

Bu durumundan yola çıkarak sağlık hizmeti vermenin birebir insanlar ile iletişim gerektirdiği düşünülecek olursa hem sağlık hizmeti veren hem de bu hizmeti alan bireyler için ortaya çıkabilecek bir tükenmişlik durumunun çeşitli zorluklara yol açabileceği düşünülebilir.

2.4.4. Tükenmişlik Sendromun Nedenleri

Günümüzde çalışma hayatının en önemli sorunlarından birisinin tükenmişlik olduğu bilinmektedir. Bu tükenmişliğin ortaya çıkmasında pek çok faktör rol oynamaktadır. Tükenmişlik sendromu birden bire oluşmayan, çeşitli faktörlerin katkılarıyla zaman içinde gelişen bir sendrom olarak bilinmektedir. Tükenmişlikle ilgili yapılan çalışmalarda tükenmişliğe neden olan faktörler araştırılmış olup, bu faktörler bireysel faktörler ve örgütsel faktörler olmak üzere iki başlık altında değerlendirilmiştir. (74)

2.4.4.1. Bireysel Faktörler

Tükenmişlik çalışma yaşamında sık olarak karşılaşılabilen bir durum olmakla birlikte, çalışanların büyük bir çoğunluğunun yakalanabilecekleri bir sendromdur. Bununla beraber tükenmişlik birden bire gelişen bir durum değildir. Bazı faktörlerin katkısıyla yavaş yavaş gelişip ortaya çıktıktan sonra bireyin ruhsal dengesini bozabilen, iş, aile ve sosyal hayatında önemli sorunlara neden olabilen durumdur. İşlerini yürütürken yoğun bir şekilde zaman baskısı ile karşı karşıya kalan bireyler, dikkat gerektiren ve özellikle hayati önem gerektiren işlerde çalışanlar, ayrıntıya önem verilmesi gerekli olan işleri yapanların tükenmişliğe daha yatkın oldukları bildirilmektedir. Yapılan iş veya yürütülen pozisyon ne olursa olsun az veya çok her bireyin tükenmişliğe aday olabildiği düşünülmektedir. (81)

Çeşitli kaynaklara bakıldığı zaman farklı kişilik özelliklerinin farklı oranlarda ortaya çıkardığı tükenmişlik riski ile ilişkilendirildiği bildirilmiştir. Zorlanmaya tahammül edemeyen, kaçınarak baş etmeye çalışan, benlik saygısı düşük, kendi yetenek ve kararlarına güvenmek yerine dış kontrol odaklı olmayı tercih eden kişilerin tükenmeye daha yatkın oldukları görülmektedir(74,82)

Kişilik özelliklerinin tükenmişlikle yakından ilişkili bir kavram olduğu bildirilmekte olup literatürde A ve B tipi kişilik olmak üzere iki kategoride incelenmektedir. A tipi kişiliğe sahip bireylerde gözlenen çeşitli davranışlara bakacak olduğumuz zaman;

- Kendini gerçekçi olmayan ölçütlerle değerlendirme
- Hafta sonları veya gece evde çalışma, tatilleri yarıda kesme,
- Kendileriyle ve diğer insanlarla rekabet halinde olma
- Sürekli belli bir zamana yetişme kaygısıyla uzun süre çalışma,
- Astlarına kızma, üstleri tarafından anlaşılmadığını düşünme gibi davranışları sergilediklerini sıkça gözlemleyebilmek mümkündür.(83)

B tipi kişiliğe sahip bireylerde gözlenen çeşitli davranışlara bakıldığı zaman ise;

- Acelecilik, sabırsızlık, hırs ve bencillikten uzak olma,
- Özel hayatıyla iş yaşamı arasına sınır koyma,
- Ekip halinde kolay çalışma,
- Zamanı etkin yönetebilme,
- Stresle daha az karşı karşıya kalma,
- Sosyal faaliyetlerde işle ilgili konulardan mental olarak uzaklaşma
- Beklentilerini değiştirebilme esnekliği gösterme,
- Affedici ve hoşgörülü olma gibi davranışları sıkça gözlemlemek mümkündür. Bu sayede B tipi kişilik gösteren bireyler stresi daha az hissetmekte ve yaşamaktadırlar. (84,85)

Aile ve arkadaşlarıyla sosyal paylaşımda bulunmayan, stresle uygun olmayan yöntemlerle (sigara kullanımı, alkol kullanımı, uyuşturucu kullanımı, kaçınma ve çatışmacı tutum) mücadele etmeye çalışan, kendi için kişisel zaman ayırmayan kişiler tükenmişlik açısından risk taşımaktadır.

A tipi kişilik özellikleri gösteren kişiler, çalışırken zaman baskısını fazlaca üzerinde hissedenler, kendini işine adayanlar ve ayrıntıya önem veren bireylerde yine tükenmişlik açısından artmış risk altında bulunmaktadırlar. (81)

2.4.4.2. Örgütsel nedenler

Geleneksel bakış açısı ile tükenmişlik kavramına bakacak olursak; ilk kez tanımlandığı yıllarda, tükenmişliğin daha çok bireysel özellikler kaynaklı olduğu üzerinde durulmuştur. Bu bakış açısı ile, problemin bireyde olduğu düşünülüp buna bağlı olarak çözümün de bireyin problemlerini ortadan kaldırmakta olduğu düşünülmektedir. Ama takip eden yıllarda yapılan çalışmalarda tükenmişliğin sadece birey odaklı bir sendrom olmadığı ortaya çıkmıştır. Günümüze gelindiğinde ise tükenmişliğin bireysel değişkenlerden çok,

meslek ve iş ortamı ile ilgili değişkenlerden etkilenen "örgütsel faktörler kaynaklı" bir problem olduğu görüşü savunulmaktadır.(86,90)

Örgüt değerleriyle ilgili bazı kavramların ve çeşitli örgütsel nedenlerin tükenmişlikle ilişkili olduğu bulunmuştur. Örgütsel nedenler arasında;

- Hastalar ve idareciler tarafından takdir görememe
- Mola ve dinlenme zamanlarının yetersiz olması
- İşin yüksek performans gerektirmesi
- Yetersiz ücret, çalışmanın karşılığının alınamaması
- Bürokratik işlerin fazla zaman alması
- İş yükünün fazlalığı (nöbet, fazla mesai)
- Kariyer ve terfi olanaklarının olmaması
- Yapılan işi kontrol etme ve etkileme duygusundan yoksun olma
- Rol karmaşası, kendinden ne beklendiğini tam olarak bilmeme
- Yöneticilerin liderlik özelliklerinin yetersiz olması gibi çok çeşitli faktörleri saymak mümkün olabilir.(87,88)

2.4.5. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri

Tükenmişliğin durumunda ortaya çıkabilecek belirtiler genellikle sık görülen belirtiler olup tükenmişlik yaşayan bireylerde genellikle benzer şekillerde ortaya çıkar. Bu bireyler aileleri ve arkadaşlarıyla bir arada oldukları zamanlarda bile kendilerini onlardan uzak hissedebilmektedirler.(12)

Tükenmişlik yaşandığını ortaya koyabilecek belirtileri, fiziksel, davranışsal ve psikolojik belirtiler olmak üzere üç kategoride sınıflandırabilmek mümkündür. Bireylerde tükenme durumunda görülebilecek durumlar şunlardır;

2.4.5.1. Fiziksel belirtiler

- Güçsüzlük, enerji kaybı
- Hastalıklara daha hassas olma
- Baş ağrıları, uyku bozuklukları
- Kronik yorgunluk, bitkinlik hissi
- Dispeptik yakınmalar
- Kas krampları ve bel ağrısı
- Solunum güçlüğü ve taşipne
- Kilo kaybı (89,91,92)

2.4.5.2. Davranışsal Belirtiler

- İşe gitmeye artan direnç, sık sık işi bırakmayı düşünme
- Hastalara bir obje gibi tek tip davranma, küçümseme
- Sigara, alkol, madde kullanmaya eğilim veya kullanımında artış
- İşe geç gelme veya hiç gelmeme
- Sık sağlık mazeret raporu kullanma
- Görevlilere fazla güvenmeme veya onlardan kaçınma
- Alaycı ve suçlayıcı olma
- Ödev veya görevlerini erteleme veya sürüncemede bırakma
- Arkadaşlarıyla iş konusunda konuşmaktan kaçınma
- Alınganlık, ani tepkisellik, takdir edilmediğini düşünme, eleştiriye aşırı duyarlılık
- Tutucu olup değişikliğe direnç gösterme (12,89,91,92)

2.4.5.3. Psikolojik Belirtiler

- Özsaygı ve özgüvende azalma
- Sosyal izolasyon, içe kapanma
- Depresif duygulanım, güvensiz hissetme, çaresizlik hissi
- Başarısızlık, değersizlik, anlamsızlık hissi, apati
- Nezaket, saygı, arkadaşlık gibi pozitif duygulanımda azalma
- Birçok konuda şüphecilik ve endişe hissi, güvensizlik
- Evlilik, aile çatışmaları, aile ve arkadaşlardan uzaklaşma
- Kızgınlık, sabırsızlık, huzursuzluk gibi negatif duygulanımlarda artış
- Teslimiyet, suçluluk duygusu, çaresizlik, kolay ağlama
- Unutkanlık, odaklanamama (89,91,93,94)

2.4.6. Tükenmişlik Sendromunun Sonuçları

Tükenmişlik durumunun bireyler üzerindeki etkilerine bakılacak olursa; iş performansındaki düşüşlere bağlı olarak işin nitelik ve kalitesinde azalmaya, hizmet verilen bireylere ayrılan zamanın azalmasına bağlı olarak iletişim sürelerinin kısalmasına, sinirlilik halinin artmasına, itici davranışlar sergilenmesine, karar alırken dikkatsiz davranılmasına neden olabilecek etkiler gösterdiği bilinmektedir(95)

Sonuçları itibariyle bakılacak olduğunda tükenmişlik durumu bireylerle sınırlı kalmamakla beraber insani ilişkilerde, evlilik ve aile hayatında çeşitli sorunlara sebep olmaktadır. Tükenmişlik durumunu yaşayan birey evine yorgun olarak gelmekte ve evinde geçirdiği zamanın çoğunda aile fertlerine işle ilgili yaşadığı sıkıntılarından bahsetmektedir. Bireyden beklediği ilgiyi göremeyen aile fertleri ise bu durum karşısında kendilerini kırılmış, yalnız ve ihmal edilmiş hissetmektedir.(96)

Tükenme sadece bireysel sonuçlar ortaya çıkarmakla kalmaz. İşe karşı motivasyonu azalmış olan bireyler, insanların taleplerini önemsemeyerek, onlara obje gibi davranarak, saygısız ve alaycı davranışlar sergileyerek hizmet alan bireylerin ruh halini bozmakta, aynı zamanda kurumun imajını da zedeleyebilmektedir.(96)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

İzinler

Araştırma için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruldu. Dosya kurulun 28.01.2016 tarihli toplantısında 2016/760 protokol no ile incelendi ve 20 no'lu karar ile onay verildi. Gerekli izinler tamamlandıktan sonra Onkoloji kliniğinde ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde tedavi alan hastalara ve bakım veren yakınlarına anket uygulandı.

Çalışma Tasarımı

Çalışma kesitsel tipte analitik bir araştırma olarak tasarlandı. ADÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji kliniği ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde 01.02.2016-31.05.2016 tarihleri arasında tedavi alan hastalar ve onlara bakım veren yakınları evren olarak tanımlandı. Örnekleme yapılmadı, hastaların ve bakım veren yakınlarının tamamına ulaşılması hedeflendi.

Anket uygulanmadan önce hastalara ve bakım veren yakınlarına anket ile ilgili bilgi verildi. Anket uygulanması sırasında katılımcılar tarafından yöneltilen sorular gözlemci araştırmacı tarafından yanıtlandı. Veri toplama işlemi tek bir araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Anketör kullanılmadı.

Anket Formu

Anket formu hastalara ve bakım veren yakınlarına ayrı ayrı uygulandı. Hastalara uygulanan anket iki bölümden oluşmaktaydı. İlk bölümde; hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalıkları ile ilgili olan ve tükenmişlik yaşamalarında etkili olabileceğini düşündüğümüz çeşitli faktörleri sorgulayan 16 soru bulunuyordu. Bu sorular araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulmuştu. Sosyodemografik özelliklerle ilişkili sorular; hastaların yaş, cinsiyet, medeni durumları, eğitim ve çalışma durumları ile diğer bazı özelliklerini sorgulamaktaydı. Bunun yanında; hastalık tanısı, tanı aldıktan sonra geçen süre, nüks/relaps varlığı, hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumu gibi tükenmişlikle ilişkili olabileceği düşünülen çeşitli faktörleri araştıran sorular bulunuyordu (Ek 1) .

Hastalara uygulanan anket formunun ikinci bölümünde; kişilerin genel ya da belirgin stres durumları ile baş etmekte kullandıkları yolların belirlenmesi amacıyla 1980'de Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiş olan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır. İlk olarak 66 maddeden oluşacak şekilde tasarlanmış olan ölçeğin Şahin ve arkadaşları tarafından (1995) psikometrik değerlendirmeleri tekrar yapıldıktan sonra toplam 30 maddelik ve 5 ayrı alt gruptan meydana gelen formu oluşturulmuştur. Ölçek "hiç uygun değil"den "çok uygun"a doğru derecelendirilmiş 4'lü likert tipi bir ölçektir. 30 maddeden oluşan ölçeğin alt grupları ve bu gruplardaki maddeler şu şekildedir: 1. İyimser Yaklaşım (2.,4.,6.,12.,18. sorular) 2. Kendine Güvenli Yaklaşım (8.,10.,14.,16.,20.,23.,26.sorular) 3. Çaresiz Yaklaşım (3.,7.,11.,19.,22.,25.,27.,28. sorular) 4. Boyun Eğici Yaklaşım (5.,13.,15.,17.,21.,24.sorular) 5. Sosyal Destek Arama (1.,9.,29.,30.sorular)' dır. Bu tarzlardan stresle başa çıkmada etkili olanları İyimser yaklaşım, Sosyal destek arama ve Kendine güvenli yaklaşım iken etkisiz olanlar ise Boyun eğici yaklaşım ve Çaresiz yaklaşımdır (Ek 3).

Hastalara bakım veren yakınlarına uygulanan anket üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri ile tükenmişlik yaşamalarında etkili olabileceğini düşündüğümüz çeşitli faktörleri sorgulayan ve araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulan 36 soru içermekteydi. Sosyodemografik özelliklerle ilişkili sorular; yaş, cinsiyet, medeni durumları, eğitim ve çalışma durumları ile diğer bazı özelliklerini araştırmaktaydı. Bunun yanında; daha önce bakım verme geçmişinin olup olmaması, bakım verme süresi, kronik hastalıklarının varlığı, kanser hakkında bilgi sahibi olma durumu gibi tükenmişlikle ilişkili olabileceği düşünülen çeşitli faktörleri araştıran sorular bulunuyordu (Ek 2).

Bakım vericilere uygulanan anketin ikinci bölümünde hastalara da aynı şekilde uygulanmış olan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği uygulanmıştır (Ek 3).

Bakım veren bireylere son olarak; Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilip, Türkçe'ye uyarlanması ise Ergin (1992) tarafından yapılmış olan orijinal formunda 22 madde bulunan ve bu maddelerin üç boyutta toplandığı Maslach Tükenmişlik Ölçeği uygulanmıştır. Ölçeğin Duygusal Tükenmişlik boyutunda 9 madde, Kişisel Başarı boyutunda 8 madde ve son olarak Duyarsızlaşma boyutunda ise 5 madde bulunmaktadır. Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar ile

Kişisel Başarı alt ölçeğinden alınan düşük puanlar, yüksek düzeyde tükenmişliğe işaret etmektedir.

Ergin (1992) tarafından ölçeğin Türkçe'ye uyarlanan formunda yer alan "işim gereği karşılaştığım kişiler" ve "iş" ifadesi, Duygun tarafından yapılmış olan "zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinde stres belirtileri, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine etkisi" başlıklı çalışmada araştırmacı tarafından gerekli görülen yerlerde "çocuğum", "çocuğumun bakımı" şeklinde değiştirilmiş olup ölçeğin geçerlilik çalışması da yapılmıştır (58,102). Daha sonra psikiyatri hastalarına bakım verenlerin tükenmişliğini değerlendirmek için de uygulanmış ve ifadeler "hastam" şeklinde değiştirilmiştir. Bu araştırmada da benzer şekilde, Kokurcan ve ark. nın çalışmasında olduğu gibi bakım veren tükenmişliğini belirlemek için aynı değişiklikler yapılmıştır. (98) (Ek 4).

Anketin Uygulanışı

Araştırma ADÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji kliniği ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde 01.02.2016-31.05.2016 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden 240 hasta ve 240 bakım veren yakınına uygulandı. Sosyodemografik soruları içeren anket bölümleri hastalara ve yakınlarına araştırmacı tarafından yüz yüze uygulandı. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği ise hastalara ve bakım vericilere öncesinde ölçekler ile ilgili bilgi verilerek kendilerinin cevaplaması istendi. Okuma yazma bilmeyen katılımcılara araştırmacı tarafından ölçeklerin cevaplanması konusunda yardım edildi.

İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri SPSS 17.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri ortalama ve standart sapma, minimum, maximum değerleri kullanılarak gösterilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için p değerinin 0,05'den küçük saptanması koşulu aranmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Simirnov testi ile araştırılmış ve tüm alt faktörlerin (Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt boyutları, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve alt boyutları ve diğer tüm sürekli değişkenler) puan dağılımları normal dağılımla uyumlu bulunmuştur. Araştırma gruplarının sosyo-demografik özellikleri ve diğer kategorik değişkeni olan verilerin

arasında fark olup olmadığını göstermek için Ki Kare Testi kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Student-t Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Farkın kaynağını belirlemek için Post-hoc testlerden Tukey testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerini değerlendirmek için korelasyon analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

4.1.1. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Bulguları

Çalışmaya 240 hasta ve bu hastalara bakım veren 240 yakını katılmıştır. Hastalardan 195 kişi (%81,3) ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan, 45 kişi ise (%18,7) onkoloji kliniğinde yatan hastalardır. Katılımcıların yaş ortalaması 61,1±11,5 ve yaş aralığı 19-89 arasındadır. Hastaların 137'si (%57,1) kadın, 103'ü (%42,9) erkektir. Hastaların 196'sı (%81,7) evli iken, 7'si (%2,9) bekar, 37'si ise (%15,4) boşanmış ya da duldur. Hastaların eğitim durumu sorgulanmış olup 33 kişi ise (%13,8) okuryazar olmadığını, 22 kişi (%9,2) okuryazar olduğunu, 145 kişi (%60,4) ilköğrenim mezunu olduğunu, 21 kişi (%8,8) lise mezunu olduğunu belirtmiştir. Hastaların çalışma durumlarına bakıldığında 12 kişi (%5,0) çalışan, 86 kişi (%35,8) emekli, 3 kişi (%1,3) malulen emekli şeklinde olduğu görülmektedir. 139 kişi ise (%57,9) çalışmadığını belirtmiştir (Tablo-I).

Tablo I. Hastaların sosyodemografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	137	57,1
	Erkek	103	42,9
Medeni Durum	Evli	196	81,7
	Bekar	7	2,9
	Boşanmış/Dul	37	15,4
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	33	13,8
	Okuryazar	22	9,2
	İlköğrenim	145	60,4
	Lise	21	8,8
	Üniversite	19	7,9
Çalışma Durumu	Çalışıyor	12	5,0
	Emekli	86	35,8
	Malulen emekli	3	1,3
	Çalışmıyor	139	57,9
Toplam		240	100

Çalışmada hastaların tanıları sorgulanmış ve en sık akciğer kanseri (n=61, %25,4), meme kanseri (n=60, %25,0) ve kolon kanseri (n=25, %10,4) tanıları belirlenmiştir (Tablo II).

Tablo II. Hastaların tanılarının dağılımı

		N	%
Hastalıkların tanısı	Akciğer kanseri	61	25,4
	Meme kanseri	60	25,0
	Kolon	25	10,4
	Over kanseri	18	7,5
	Endometrium kanseri	16	6,7
	Mide	15	6,3
	Pankreas	9	3,8
	Yumuşak doku	6	2,5
	Larinks	5	2,1
	Beyin	4	1,7
	Karaciğer	3	1,3
	Primeri bilinmeyen	2	0,8
	Testis	1	0,4
	Kemik	1	0,4
Toplam		240	100

Hastaların ne kadar süre (ay) önce tanı aldıkları sorgulanmış ve ortalama tanı süresi 26,7±45,0 ay olarak belirlenmiştir. Tanı süresi aralığı 1 ay-23 yıldır. En eski tanı 1993 yılına, en yeni tanı ise 2016 yılına aittir. Hastalardan 193 kişi (%80,4) tanısını doğru olarak bilmekteyken, 47 kişi (%19,6) hastalığının tanısını doğru bilmemektedir. Hastalara aldıkları tedavi sorulmuş ve birden fazla seçeneğin işaretlenebileceği bu soruda 238 kişiden (%99,2) kemoterapi, 140 kişiden (%58,3) cerrahi ve 73 kişiden (%30,4) radyoterapi cevapları alınmıştır. 50 hasta ise her üç tedavi seçeneğini de aldığını belirtmiştir.

Hastalar, hastalıkları süresince kendilerine en sık yardım eden kişilerin çocukları olduğunu belirtmişlerdir (n=117, %48,8). Hastaların 236'sı (%98,3) kendilerine hastalıkları hakkında bilgi verildiğini belirtmiş, bilgi verilmeyen dört kişiden ikisi ise (%50,0) bilgi verilmesini istemektedir. Hastalıkları hakkında bilgileri olanlar ise bu bilgiyi en çok doktor veya hemşireden (n=236, %100,0) aldığını belirtmiştir.

astaların hastalıklarının evresi ve nüks durumu sorgulanmış, 208 kişinin (%86,7) hastalığı metastatik iken, 32 kişinin (%13,3) lokaldir ayrıca 11 kişi (%4,6) hastalıklarının seyri sırasında nüks durumuyla karşılaştığını belirtmiştir (Tablo III).

Tablo III. Hastaların hastalıkları hakkında bilgi ve düşünceleri

		N	%
Hastanın hastalığını bilme durumu	Evet	193	80,4
	Hayır	47	19,6
Alınan tedaviler *	Kemoterapi	238	99,2
	Cerrahi	140	58,3
	Radyoterapi	73	30,4
Hastalık sürecinde yardım alınan kişi	Eşim	94	39,2
	Çocuk	117	48,8
	Anne baba	5	2,1
	Diğer	24	10,0
Hastalık ile ilgili bilgi verilme durumu	Evet	236	98,3
	Hayır	4	1,7
Bilgisi yoksa bilgi isteyip istememe durumu	Evet	2	50,0
	Hayır	2	50,0
Bilgi kaynağı*	Doktor hemşire	236	100,0
	İnternet	13	92,9
	Dergi	1	0,4
	Diğer	1	0,4
Hastalık evresi	Lokal	32	13,3
	Metastaz	208	86,7
Nüks durumu	Evet	11	4,6
	Hayır	229	95,4
Toplam		240	100

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

4.1.2. Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Tanımlayıcı Bulguları

Bu çalışmaya katılan bakım veren kişilerin sayısı 240'dır. Bunlardan 130'u (%54,2) kadın 110'u ise (%45,8) erkektir. Bakım verenlerin yaş ortalaması 44,9±13,2 olup, yaş aralığı ise 18-71 arasındadır. Bakım verenlerin medeni durumu sorgulanmış ve 197 kişi (%82,1) evli, 36 kişi (%15,0) bekar ve 7 kişi ise (%2,9) boşanmış ya da dul olduğunu belirtmiştir. Bakım veren katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında ise çoğunlukla

ilköğrenim mezunu olduğu belirlenmiştir (n=127, %52,9). Bu kişilerden 88'i (%36,7) çalıştığını, 58'i (%24,2) emekli olduğunu, 95'i ise (%39,1) çalışmadığını belirtmiştir. Hastalara bakım verenler gelir durumlarının ağırlıklı olarak orta seviyede olduğunu belirtmiştir (n=161, %67,1) (Tablo IV).

Tablo IV. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	130	54,2
	Erkek	110	45,8
Medeni Durum	Evli	197	82,1
	Bekar	36	15,0
	Boşanmış/Dul	7	2,9
Eğitim Durumu	Okuryazar	6	2,5
	İlköğrenim	127	52,9
	Lise	42	17,5
	Üniversite	60	25,0
	Okuryazar değil	5	2,1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	88	36,7
	Emekli	58	24,2
	Çalışmıyor	95	39,1
Gelir durumu	Çok iyi	5	2,1
	İyi	49	20,4
	Orta	161	67,1
	Kötü	25	10,4
Toplam		240	100

Hastalara bakım veren katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumları sorgulanmış 74 kişi (%30,8) sigara içerken, 27 kişi (%11,3) alkol kullanmaktadır (Tablo-V).

Tablo V. Bakım verenlerin sigara ve alkol kullanma durumları

		N	%
Sigara içme durumu	Evet	74	30,8
	Hayır	166	69,2
Alkol kullanma durumu	Evet	27	11,2
	Hayır	213	88,8
Toplam		240	100

Hastalara bakım verenlerin kendilerinde kronik bir hastalık olup olmadığı sorgulanmış, 72 kişi (%30,0) kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Bu hastalıklar en sık hipertansiyon (n=33, %45,8) ve diabetes mellitus'tur (n=18, %25,0) (Tablo-VI).

Tablo VI. Bakım verenlerin kronik hastalık durumu ve hastalıklarının dağılımı

		N	%
Kronik hastalık varlığı	Evet	72	30,0
	Hayır	168	70,0
Kronik hastalığın türü*	HT	33	45,8
	DM	18	25,0
	Tiroid hastalıkları	9	12,5
	Kalp hastalıkları	6	8,3
	Romatizmal hastalıklar	5	6,9
	KOAH	2	2,7
	Diğer	17	23,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Bakım veren bireylere evdeki kişi sayısı sorulmuş ve evdeki kişi sayısı ortalama 3,4±1,3, en az 1 kişi en fazla da 8 kişi olarak belirlenmiştir. Ayrıca hastanızın hastalığını biliyor musunuz sorusu yöneltilmiş ve 240 katılımcının tamamı evet cevabını vermiştir.

Kanser hastalarına bakım veren kişilerden 17'sinin (%7,1) evlerinde bakıma muhtaç başka birey vardır. Bakım verenlerin bakım verdikleri kişilere yakınlığı sorulmuş

ve 120 kişi (%50,0) hastanın çocuğu, 83 kişi (%34,63) eşi, 9 kişi (3,8) kardeşi, 7 kişi (%2,9) anne veya babası ve 21 kişi ise (%8,8) diğer şeklinde cevap vermiştir.

Bakım veren kişilerden 239 kişi (%99,6) hastalarının hastalıkları hakkında bilgisi olduğunu ve bu bilgiyi en fazla doktor veya hemşireden edindiklerini belirtmiştir (Tablo VII).

Tablo VII. Bakım verenlerin hastalara yakınlık dereceleri ve hastalarının hastalıkları hakkındaki bilgi durumu

		n	%
Evde bakıma muhtaç başka birey varlığı	Evet	17	7,1
	Hayır	223	92,9
Hastayla yakınlık dereceleri	Anne baba	7	2,9
	Eş	83	34,6
	Çocuk	120	50,0
	Kardeş	9	3,8
	Diğer	21	8,8
Hastalık ile ilgili bilgi durumu	Evet	239	99,6
	Hayır	1	0,4
Bilginin kaynağı *	Doktor hemşire	238	99,6
	İnternet	69	28,9
	Dergi	10	4,2
	Diğer	2	0,8

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Bakım veren bireyler hastalarının kendi hastalıklarını bilip bilmediği sorulduğunda 203 kişi (%84,6) hastamız hastalığını bilmektedir şeklinde cevap vermiştir. 37 kişi (%15,4) ise hastalarının hastalığını bilmediğini belirtmiştir. Hastalarının hastalıklarının öğrenmesini isteyip istemedikleri sorulduğunda tamamı öğrenmelerini istememektedir. Bakım verenlere hastalarının hastalıklarını bilmesini istememesinin nedeni sorgulandığında 37 kişinin tamamı üzülüp morallerinin bozulmamasını istiyoruz şeklinde cevap vermiştir.

Hastalara bakım veren 240 kişiden 141'i (%58,8) kanser hastalığının genetik olabileceğini düşünmekte iken, 119'unun (%49,6) başka yakınlarında da bu hastalığın olduğu bildirilmiştir (Tablo VIII).

Hastalarla onlara bakım verenlerden 130'u (%54,2) aynı evde yaşamaktadır. Aynı evde yaşayanlar ortalama 15,9±17,2 yıldır birlikte yaşamakta olup, bu birliktelik 0-51 yıl arasındadır.

Bakım verenler hastalarına ortalama 22,4±35,9 aydır, 1-260 ay arasında bakım vermektedir ayrıca bu hastaların bakımı bakım verenlerin günlük ortalama 3,2±2,6 saatini, 1-17 saat arasında vaktini almaktadır.

Tablo VIII. Bakım verenlerin hastalarının hastalıkları hakkındaki düşünceleri

		n	%
Hastanın hastalığını bilme durumu	Evet	203	84,6
	Hayır	37	15,4
Kanser hastalığının genetik olabileceğini düşünme	Evet	141	58,8
	Hayır	99	41,3
Başka yakınlarında kanser varlığı	Evet	119	49,6
	Hayır	121	50,4
Hasta ile aynı evde yaşama durumu	Evet	130	54,2
	Hayır	110	45,8
Toplam		240	100

Hastalara bakım veren katılımcılardan 201 kişi (83,8) hastaların tüm ihtiyaçlarını karşıladığını, 33 kişi (%13,8) sadece maddi destek sağladığını, 6 kişi ise (%2,5) yalnızca psikolojik destek sağladığını belirtmiştir. Bakım verenlerden 68 kişi (%28,3) evde ayrıca bakıma yardımcı olan birinin olduğunu belirtmiştir. Hastalara bakım verme işinin bakım verenlerin hayatını ne kadar etkilediği sorgulandığında, 73 kişi (%30,4) hiç etkilemediğini, 47 kişi (%19,6) hafif etkilediğini, 80 kişi (%33,3) orta düzeyde etkilediğini, 31 kişi (%12,9) ağır düzeyde etkilediğini ve 9 kişi (%3,8) çok ağır düzeyde etkilediğini belirtmiştir. 240 bakım verenden 238 kişi (%99,2) hastalarının evde bakımevinden daha iyi bakılacağını düşünmektedir (Tablo IX)

Tablo IX. Bakım verenlerin hastalarına verdikleri bakım hakkındaki düşünceleri

		n	%
Hastaya bakım verilen alan	Maddi destek	33	13,8
	Psikolojik destek	6	2,5
	Tüm ihtiyaçlarını karşılama	201	83,8
Evde bakımda yardımcı olan birilerinin varlığı	Evet	68	28,3
	Hayır	172	71,7
Bakım verici olmanın hayatı zorlaştırma durumu	Hiç	73	30,4
	Hafif	47	19,6
	Orta	80	33,3
	Ağır	31	12,9
	Çok ağır	9	3,8
Hastanın daha iyi bakım aldığı düşünülen yer	Evde	238	99,2
	Bakımevi	2	0,8
Toplam		240	100

Bakım veren katılımcılar hastalarında en çok ortaya çıkan şikayetler arasında en fazla iştahsızlığı (n=119, %51,5), ağrıyı (n=112, %48,5) ve bulantı-kusmayı (n=112, %48,5) belirtmiştir (Tablo-X).

Tablo X Bakım verenlerin hastalarında en çok gördükleri şikayetler

		n	%
Hastalarda en sık görülen şikayetler *	İştahsızlık	119	51,5
	Ağrı	112	48,5
	Bulantı kusma	112	48,5
	Uykusuzluk	73	31,6
	Sinirlilik	44	19,0
	Hastaneye gitmek istememek	11	4,7
	İlaç almak istememek	10	4,3
	Diğer	52	22,5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Kanser hastalarına bakım veren katılımcılardan 208 kişi (%86,7) bakım vermeden önce kendi sağlığını iyi olarak nitelendirirken, bakım veriyor iken kendi sağlığını iyi olarak nitelendirenlerin sayısı 127'dir (%52,9).

Bakım verenlerden şu anda bakımını sağladıkları hasta dışında daha önce herhangi başka bir hastaya bakım verenlerin sayısı 67'dir (%28,0) ve bunlardan en sık bakım verilen annedir (n=19, %28,4). Daha önce verilen bu bakımlardan en sık yine kanser hastası bakımıdır (n=23, %34,3) ve bakım süresi ortalama 35,7±60,9 ay, 1ay-30yıl arasındadır (Tablo XI).

Tablo XI. Bakım verenlerin bakım verme öncesi ve sonrası kendi sağlık düzeylerini algılama durumu ve bakım verme geçmişi

		n	%
Bakım vermeden önce algılanan sağlık düzeyi	İyi	208	86,7
	Orta	29	12,1
	Kötü	3	1,3
Bakım veriyor iken algılanan sağlık düzeyi	İyi	127	52,9
	Orta	102	42,5
	Kötü	11	4,6
Daha önceki bakım verme tecrübesi	Evet	67	28,0
	Hayır	173	72,0
Daha önce bakım verilen kişiler	Anne	19	28,4
	Baba	17	25,4
	Çocuk	9	13,4
	Eş	6	9,0
	Kardeş	3	4,5
	Eşinin anne babası	3	4,5
	Diğer	10	14,9
Daha önce bakım verilen kişilerin hastalıkları	Kanser	23	34,3
	Ameliyat sonrası bakım	7	10,4
	Kalp hastalığı	7	10,4
	Kırık sonrası bakım	4	6,0
	Felç	3	4,5
	Diğer	23	34,3

4.2. Hastaların ve Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Kanser Hakkındaki Düşüncelerinin İlişkisi

Bakım verici olmanın hayatı ne düzeyde etkilediği ile bakım verenlerin cinsiyeti karşılaştırıldığında; bakım verenlerden hayatı hiç veya hafif ile orta, ağır veya çok ağır etkilenenler çoğunlukla kadındır. Ancak etkilenme düzeyleri arasında bakım verenlerin erkek veya kadın olması açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ayrıntılar Tablo-XII'de verilmiştir.

Tablo XII. Bakım verenlerin cinsiyetinin bakım vermenin hayatlarını ne kadar zorlaştırdığı üzerine etkisi

		Bakım Verenlerin Cinsiyeti				χ^2	P
		Kadın		Erkek			
		N	%	n	%		
Bakım verici olmanın hayatı zorlaştırma durumu	Hiç veya hafif	66	55,0	54	45,0	0,067	0,796
	Orta, ağır veya çok ağır	64	53,3	56	46,7		

Bakım verici olmanın hayatı ne düzeyde etkilediği ile bakım verenlerin medeni durumu karşılaştırıldığında; bakım verenlerden hayatı hiç veya hafif etkilenenler ile orta, ağır veya çok ağır etkilenenler çoğunlukla evlidir. Etkilenme düzeyleri arasında bakım verenlerin evli, bekar veya dul/boşanmış olması açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ayrıntılar Tablo XIII'de verilmiştir.

Tablo XIII. Bakım verenlerin medeni durumunun bakım vermenin hayatlarını ne kadar zorlaştırdığı üzerine etkisi

		Bakım Veren Medeni Durum				χ^2	P
		Evli		Bekar veya dul/boşanmış			
		n	%	n	%		
Bakım verici olmanın hayatı zorlaştırma durumu	Hiç veya hafif	94	78,3	26	21,7	2,295	0,130
	Orta, ağır veya çok ağır	103	85,8	17	14,2		

Bakım verici olmanın hayatı ne düzeyde etkilediği ile bakım verenlerin çalışma durumu karşılaştırıldığında; bakım verenlerden hayatı hiç veya hafif etkilenenler ile orta, ağır veya çok ağır etkilenenler çoğunlukla emekli veya çalışmıyordur. Ancak etkilenme düzeyleri arasında bakım verenlerin çalışan, emekli veya çalışmıyor olması açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ayrıntılar Tablo XIV'de verilmiştir.

Tablo XIV. Bakım verenlerin çalışma durumunun bakım vermenin hayatlarını ne kadar zorlaştırdığı üzerine etkisi

		Bakım verenlerin Çalışma Durumu				**χ2**	**P**
		Çalışıyor		Emekli veya çalışmıyor			
		n	%	n	%		
Bakım verici olmanın hayatı zorlaştırma durumu	Hiç veya hafif	37	30,8	83	69,2	3,517	0,061
	Orta, ağır veya çok ağır	51	42,5	69	57,5		

Bakım verici olmanın hayatı ne düzeyde etkilediği ile bakım verenlerin fiziksel ve/veya psikiyatrik tanı almış kronik bir hastalığının olup olmaması karşılaştırılmış; bakım verenlerden hayatı hiç veya hafif etkilenenler ile, orta, ağır veya çok ağır etkilenenlerin çoğunda kronik hastalık yoktur. Ancak etkilenme düzeyleri arasında bakım verenlerin kronik hastalığı olup olmaması açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ayrıntılar Tablo XV'de verilmiştir.

Tablo XV. Bakım verenlerin kronik hastalık durumunun bakım vermenin hayatlarını ne kadar zorlaştırdığı üzerine etkisi

		Kronik hastalık olma durumu				**χ2**	**P**
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Bakım verici olmanın hayatı zorlaştırma durumu	Hiç veya hafif	40	33,3	80	66,7	1,270	0,260
	Orta, ağır veya çok ağır	32	26,7	88	73,3		

Bakım verici olmanın hayatı ne düzeyde etkilediği ile bakım verenlerin evlerinde bakıma muhtaç başka birey olup olmaması karşılaştırılmış; bakım verenlerden hayatı hiç, veya hafif etkilenenler ile orta, ağır veya çok ağır etkilenenlerin çoğunun evlerinde bakıma

muhtaç başka birey yoktur. Etkilenme düzeyleri ile bakım verenlerin evlerinde bakıma muhtaç başka birey olup olmaması açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ayrıntılar Tablo XVI'da verilmiştir.

Tablo XVI. Bakım verenlerin evde bakıma muhtaç başka birey olup olmamasının bakım vermenin hayatlarını ne kadar zorlaştırdığı üzerine etkisi

		Evde bakıma muhtaç başka birey varlığı				**χ2**	**P**
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Bakım verici olmanın hayatı zorlaştırma durumu	Hiç veya hafif	8	6,7	112	93,3	0,063	0,801
	Orta, ağır veya çok ağır	9	7,5	111	92,5		

Bakım verici olmanın hayatı ne düzeyde etkilediği ile bakım verenlerin hastalarla aynı evde yaşayıp yaşamaması karşılaştırılmış; bakım verenlerden hayatı hiç veya hafif etkilenenler ile orta, ağır veya çok ağır etkilenenlerin çoğunluğu hastalarla aynı evde yaşamaktadır. Ancak etkilenme düzeyleri arasında bakım verenlerin hastalarla aynı evde yaşayıp yaşamaması açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ayrıntılar Tablo XVII'de verilmiştir.

Tablo XVII. Bakım verenlerin hasta ile aynı evde yaşayıp yaşamamasının bakım vermenin hayatlarını ne kadar zorlaştırdığı üzerine etkisi

		Hasta ile aynı evde yaşama durumu				**χ2**	**P**
		Evet		Hayır			
		N	%	n	%		
Bakım verici olmanın hayatı zorlaştırma durumu	Hiç veya hafif	67	55,8	53	44,2	0,269	0,604
	Orta, ağır veya çok ağır	63	52,5	57	47,5		

Bakım verici olmanın hayatı ne düzeyde etkilediği ile bakım verenlerin evlerinde hasta bakımında kendilerine yardımcı olan birilerinin olup olmaması karşılaştırılmış; bakım verenlerden hayatı hiç veya hafif etkilenenler ile orta, ağır veya çok ağır etkilenenlerin çoğunluğunda bakıma yardımcı birileri yoktur. Etkilenme düzeyleri arasında bakım verenlerin evlerinde hasta bakımında kendilerine yardımcı olan birilerinin olup olmaması açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ayrıntılar Tablo XVIII'de verilmiştir.

Tablo XVIII. Bakım verenlerin evlerinde bakımda yardımcı olan birilerinin olup olmamasının bakım vermenin hayatlarını ne kadar zorlaştırdığı üzerine etkisi

		Evde bakımda yardımcı birilerinin varlığı				**χ2**	**P**
		Evet		Hayır			
		n	%	N	%		
Bakım verici olmanın hayatı zorlaştırma durumu	Hiç veya hafif	37	30,8	83	69,2	0,739	0,390
	Orta, ağır veya çok ağır	31	25,8	89	74,2		

Bakım verici olmanın hayatı ne düzeyde etkilediği ile bakım verenlerin daha önce herhangi başka bir hastaya bakım verip vermeme durumu karşılaştırılmış; bakım verenlerden hayatı hiç veya hafif etkilenenler ile orta, ağır veya çok ağır etkilenenlerin çoğunluğunun daha önce başka bir hastaya bakma öyküsü yoktur. Etkilenme düzeyleri arasında bakım verenlerin daha önce herhangi başka bir hastaya bakım verip vermeme durumu açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ayrıntılar Tablo XIX'da verilmiştir.

Tablo XIX. Bakım verenlerin daha önce herhangi başka bir hastaya bakım verip vermemesinin bakım vermenin hayatlarını ne kadar zorlaştırdığı üzerine etkisi

		Başka hastaya bakım verme durumu				**χ2**	**P**
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%		
Bakım verici olmanın hayatı zorlaştırma durumu	Hiç veya hafif	36	30,0	84	70,0	0,518	0,472
	Orta, ağır veya çok ağır	31	25,8	89	74,2		

Bakım verenlerin kanser hastalığının genetik olup olmaması hakkındaki düşünceleri ile bakım verenlerin başka yakınlarında da kanser hastalığının olup olmaması karşılaştırılmış; kanserin genetik olduğunu düşünenlerin büyük çoğunluğunun başka yakınlarında da kanser hastalığı varken, genetik olduğunu düşünmeyenlerin büyük çoğunluğunun başka yakınlarında kanser hastalığı yoktur. Başka yakınlarında kanser hastalığı olanlar kanserin genetik olduğunu düşünmektedir **(χ2=50,464, p<0,001).** Ayrıntılar Tablo XX'de verilmiştir.

Tablo XX. Bakım verenlerin kanser hastalığının genetik olup olmaması düşüncesinin başka yakınlarında bu hastalığın olup olmaması ile karşılaştırılması

		Kanser hastalığının genetik olduğunu düşünme durumu				**χ2**	**P**
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%		
Başka yakınlarında kanser olma durumu	Evet	97	81,5	22	18,5	**50,464**	**<0,001**
	Hayır	44	36,4	77	63,6		

Hastalara bakım verenlerin şu anki sağlık algısı ile bakım öncesi sağlık algısı karşılaştırılmış ve bakım öncesi iyi hissedenlerden bir bölümünün bakım sonrası kendini orta hissettiği tespit edilmiştir. Bakım verme işi bakım verenlerin sağlık algısı üzerine etkili bir faktör olarak tespit edilmiştir **($\chi2=38,944$, $p<0,001$).** Ayrıntılar Tablo-XXI'de verilmiştir.

Tablo XXI. Bakım verenlerin şu anki sağlık algısı ile bakım öncesi sağlık algısının karşılaştırılması

		Şu anki sağlık algısı						**χ2**	**P**
		İyi		Orta		Kötü			
		n	%	N	%	n	%		
Bakım öncesi sağlık algısı	İyi	126	60,6	73	35,1	9	4,3	**38,944**	**<0,001**
	Orta	0	0,0	27	93,1	2	6,9		
	Kötü	1	33,3	2	66,7	0	0,0		

4.3. Bakım Verenlerin Tükenmişlik Durumlarının Değerlendirilmesi

Bakım verenlerin tükenmişlik durumlarını değerlendirmek için Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı alt boyutları ve toplam puanların dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş, üç alt boyut ve toplam puanlar normal dağılımla uyumlu bulunmuştur. Duygusal tükenme puanı ortalaması 18,2±6,8, duyarsızlaşma puanı ortalaması 7,9±2,7, kişisel başarı puanı 34,9±4,3 ve toplam puan ortalaması 39,1±9,4'tür. Katılımcıların ölçekten aldığı minimum ve maksimum puanlar; duygusal tükenme için 9-37 puan, duyarsızlaşma için 5-17 puan, kişisel başarı için 18-40 puan ve toplam puan için 22-66 puan aralığındadır. Ayrıntılar Tablo XXII'de verilmiştir.

Tablo XXII. Bakım verenlerin tükenmişlik alt boyutları ve toplam puan değerleri

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Duygusal Tükenme	18,2	6,4	9,0	37,0
Duyarsızlaşma	7,9	2,7	5,0	17,0
Kişisel Başarı	34,9	4,3	18,0	40,0
Toplam Puan	39,1	9,0	22,0	66,0

4.3.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Bakım Verenlerin Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki

Hastaların cinsiyeti ile bakım verenlerin tükenmişlik durumları karşılaştırıldığında; hastanın cinsiyetinin duygusal tükenme (t=-0,411; p=0,681), duyarsızlaşma (t=-0,355; p=0,723), kişisel başarı (t=-0,033; p=0,974) ve toplam puan (t=-0,386; p=0,700) açısından anlamlı fark yaratmadığı tespit edilmiştir (TabloXXIII).

Tablo XXIII. Hastaların cinsiyeti ile bakım verenlerin tükenmişlik durumları arasındaki ilişki

	Hastanın Cinsiyeti	N	Ortalama	SS	T	P
Duygusal tükenme	Kadın	137	18,0	6,5	-0,411	0,681
	Erkek	102	18,3	6,3		
Duyarsızlaşma	Kadın	137	7,9	2,8	-0,355	0,723
	Erkek	102	8,0	2,6		
Kişisel başarı	Kadın	137	34,9	4,1	-0,033	0,974
	Erkek	102	34,9	4,6		
Toplam puan	Kadın	137	38,9	9,4	-0,386	0,700
	Erkek	102	39,4	8,6		

Hastaların çalışma durumu ile bakım verenlerin tükenmişlik ilişkisi incelendiğinde; duygusal tükenme (F=0,367; p=0,777), duyarsızlaşma (F=0,935; p=0,424), kişisel başarı (F=2,194; p=0,089) ve toplam puan (F=0,593; p=0,620) açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo XXIV).

Tablo XXIV. Hastaların çalışma durumu ile bakım verenlerin tükenmişlik durumları arasındaki ilişki

	Hastaların çalışma durumu	n	Ortalama	SS	F	p	Tukey
Duygusal tükenme	Çalışıyor	11	18,4	5,8	0,367	0,777	-
	Emekli	86	17,8	6,1			
	Malulen emekli	3	21,3	10,7			
	Çalışmıyor	139	18,3	6,6			
Duyarsızlaşma	Çalışıyor	11	8,4	2,4	0,935	0,424	-
	Emekli	86	8,0	2,5			
	Malulen emekli	3	10,3	5,0			
	Çalışmıyor	139	7,8	2,8			
Kişisel başarı	Çalışıyor	11	36,5	2,6	2,194	0,089	-
	Emekli	86	35,5	4,2			
	Malulen emekli	3	38,0	1,0			
	Çalışmıyor	139	34,4	4,5			
Toplam puan	Çalışıyor	11	38,3	5,9	0,593	0,620	-
	Emekli	86	38,2	8,5			
	Malulen emekli	3	41,6	14,4			
	Çalışmıyor	139	39,7	9,4			

Hastaların hastalık evresi ile bakım verenlerin tükenmişlik durumları karşılaştırıldığında; hastalık evresi ile duyarsızlaşma (t=-1,730; p=0,085), kişisel başarı (t=-0,444; p=0,659) ve toplam puan (t=-1,861; p=0,069) açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir ancak duygusal tükenme açısından bakıldığında hastalığı metastatik olan hastalara bakım veren yakınlarının daha fazla tükenmişlik yaşadıkları tespit edilmiştir **(t=-2,216; p=0,032)**. (Tablo XXV).

Tablo XXV. Hastaların hastalık evresi ile bakım verenlerin tükenmişlik durumları arasındaki ilişki

	Hastalık evresi	n	Ortalama	SS	t	p
Duygusal tükenme	Lokal	32	16,1	5,4	**-2,216**	**0,032**
	Metastatik	207	18,5	6,5		
Duyarsızlaşma	Lokal	32	7,1	1,8	-1,730	0,085
	Metastatik	207	8,0	2,8		
Kişisel başarı	Lokal	32	34,6	4,4	-0,444	0,659
	Metastatik	207	35,0	4,3		
Toplam puan	Lokal	32	36,6	8,0	-1,861	0,069
	Metastatik	207	39,5	9,1		

Hastaların kemoterapi aldığı birim ile tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; kemoterapiyi ayaktan veya onkoloji kliniğinde alanlar arasında duygusal tükenme (t=0,531; p=0,598), duyarsızlaşma (t=0,972; p=0,335) ve toplam puan (t=-0,939; p=0,351) açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Kişisel başarı puanları açısından değerlendirildiğinde ise onkoloji kliniğinde tedavi alan hastalara bakım veren yakınları daha tükenmişlerdir. **(t=3,303; p=0,001).** (Tablo XXVI)

Tablo XXVI. Hastaların tedavi aldığı birim ile bakım verenlerin tükenmişlik durumları arasındaki ilişki

	Kemoterapi aldığı birim	n	Ortalama	SS	t	P
Duygusal tükenme	Ayaktan kemoterapi	195	18,2	6,4	0,531	0,598
	Onkoloji kliniği	44	17,7	6,2		
Duyarsızlaşma	Ayaktan kemoterapi	195	8,0	2,7	0,972	0,335
	Onkoloji kliniği	44	7,6	2,6		
Kişisel başarı	Ayaktan kemoterapi	195	35,4	4,0	**3,303**	**0,001**
	Onkoloji kliniği	44	33,0	5,3		
Toplam puan	Ayaktan kemoterapi	195	38,9	9,1	-0,939	0,351
	Onkoloji kliniği	44	40,2	8,7		

4.3.2. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri ile Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki

Bakım verenlerin cinsiyeti ile tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; kadın ve erkek hastalar arasında duyarsızlaşma (t=1,553; p=0,122) ve kişisel başarı (t=-0,820; p=0,413) açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Duygusal tükenme **(t=2,419; p=0,016)**

ve toplam puan **(t=2,573; p=0,011)** açısından bakıldığında ise kadınlar daha fazla tükenmiştir. (Tablo XXVII).

Tablo XXVII. Bakım verenlerin cinsiyeti ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

	Bakım Verenin Cinsiyeti	n	Ortalama	SS	t	P
Duygusal tükenme	Kadın	130	19,0	6,8	**2,419**	**0,016**
	Erkek	109	17,1	5,7		
Duyarsızlaşma	Kadın	130	8,2	2,9	1,553	0,122
	Erkek	109	7,6	2,5		
Kişisel başarı	Kadın	130	34,7	4,7	-0,820	0,413
	Erkek	109	35,2	3,9		
Toplam puan	Kadın	130	40,5	9,2	**2,573**	**0,011**
	Erkek	109	37,5	8,6		

Bakım verenlerin yaşı ile tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; yaş ile duygusal tükenme arasında olumlu yönde, orta düzeyde önemli anlamlı korelasyon vardır **(r=0,268, p=<0,001)**. Ayrıca yaş ile duyarsızlaşma **(r=0,172, p=0,008)** ve toplam tükenmişlik (r=0,194, **p=0,003)** puanları arasında olumlu yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı korelasyon vardır. Yaş ile kişisel başarı arasında korelasyon yoktur (r=0,101, p=0,121). Bakım verenlerde yaş arttıkça duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik artmaktadır.

Bakım verenlerin çalışma durumu ile tükenmişlik ilişkisi incelendiğinde; bakım verenlerden çalışanlar, emekli veya çalışmayanlara göre daha az duygusal tükenmişlik **(t=-2,947; p=0,004),** daha az duyarsızlaşma **(t=-2,173; p=0,031)** ve daha az toplam tükenmişlik **(t=-2,163; p=0,032**) yaşamaktadır. Kişisel başarı açısından ise çalışanlar ile emekli veya çalışmayanlar arasında anlamlı fark yoktur (t=-1,148, p=0,253). (Tablo XXVIII).

Tablo XXVIII. Bakım verenlerin çalışma durumu ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

	Bakım verenlerin Çalışma Durumu	n	Ortalama	SS	t	P
Duygusal tükenme	Çalışıyor	87	16,5	4,9	**-2,947**	**0,004**
	Emekli veya çalışmıyor	152	19,0	7,0		
Duyarsızlaşma	Çalışıyor	87	7,4	2,3	**-2,173**	**0,031**
	Emekli veya çalışmıyor	152	8,2	2,9		
Kişisel başarı	Çalışıyor	87	34,5	4,5	-1,148	0,253
	Emekli veya çalışmıyor	152	35,2	4,2		
Toplam puan	Çalışıyor	87	37,5	7,6	**-2,163**	**0,032**
	Emekli veya çalışmıyor	152	40,1	9,7		

Bakım verenlerin medeni durumu ile tükenmişlik ilişkisi incelendiğinde; kişisel başarı (t=1,059; p=0,294) açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Bakım verenlerden evliler, bekar veya dul/boşanmışlara göre daha fazla duygusal tükenmişlik içerisindedir **(t=2,968; p=0,003)**, ayrıca yine evliler bekar veya dul/boşanmışlara göre daha fazla duyarsızlaşma yaşamaktadır **(t=2,603; p=0,010).** Toplam tükenmişlik açısından da evliler bekar veya dul/boşanmışlara göre daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır **(t=2,424; p=0,018).** (Tablo XXIX).

Tablo XXIX. Bakım verenlerin medeni durumu ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

	Bakım verenlerin medeni durumu	n	Ortalama	SS	t	P
Duygusal tükenme	Evli	197	18,7	6,6	**2,968**	**0,003**
	Bekar veya dul/boşanmış	42	15,5	4,5		
Duyarsızlaşma	Evli	197	8,1	2,7	**2,603**	**0,010**
	Bekar veya dul/boşanmış	42	6,9	2,2		
Kişisel başarı	Evli	197	35,1	4,2	1,059	0,294
	Bekar veya dul/boşanmış	42	34,2	5,1		
Toplam puan	Evli	197	39,7	9,1	**2,424**	**0,018**
	Bekar veya dul/boşanmış	42	36,2	8,3		

Bakım verenlerin gelir durumu ile tükenmişlik ilişkisi incelendiğinde; duygusal tükenme (F=2,585; p=0,054), duyarsızlaşma (F=0,922; p=0,431), kişisel başarı (F=0,710; p=0,547) ve toplam puan (F=1,949; p=0,122) açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo XXX).

Tablo XXX. Bakım verenlerin gelir durumu ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

		N	Ortalama	SS	F	P	Tukey
Duygusal tükenme	Çok iyi	5	14,4	4,3	2,585	0,054	-
	İyi	49	16,3	5,7			
	Orta	161	18,6	6,7			
	Kötü	24	19,5	5,4			
Duyarsızlaşma	Çok iyi	5	6,0	2,2	0,922	0,431	-
	İyi	49	7,8	2,9			
	Orta	161	8,0	2,7			
	Kötü	24	7,9	2,6			
Kişisel başarı	Çok iyi	5	37,2	2,0	0,710	0,547	-
	İyi	49	34,4	5,3			
	Orta	161	35,0	4,1			
	Kötü	24	35,1	4,1			
Toplam puan	Çok iyi	5	31,2	6,7	1,949	0,122	-
	İyi	49	37,8	8,9			
	Orta	161	39,6	9,2			
	Kötü	24	40,2	7,4			

Bakım verenlerin eğitim durumu ile tükenmişlik ilişkisi incelendiğinde; duygusal tükenme **(t=2,582; p=0,010)** ve duyarsızlaşma (t=2,289; p=0,023) açısından ilköğrenim ve öncesi ile lise ve sonrası arasında anlamlı fark vardır. Hem duygusal tükenme hem de duyarsızlaşma açısından ilköğrenim ve öncesi daha fazla tükenmiştir. Kişisel başarı (t=1,372; p=0,171) ve toplam puan (t=1,814; p=0,071) açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo XXXI).

Tablo XXXI. Bakım verenlerin eğitim durumu ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

	Bakım veren eğitim durumu	n	Ortalama	SS	t	P
Duygusal tükenme	İlköğrenim ve öncesi	138	19,0	6,7	**2,582**	**0,010**
	Lise ve sonrası	101	16,9	5,7		
Duyarsızlaşma	İlköğrenim ve öncesi	138	8,3	2,9	**2,289**	**0,023**
	Lise ve sonrası	101	7,4	2,3		
Kişisel başarı	İlköğrenim ve öncesi	138	35,3	3,9	1,372	0,171
	Lise ve sonrası	101	34,5	4,9		
Toplam puan	İlköğrenim ve öncesi	138	40,0	9,1	1,814	0,071
	Lise ve sonrası	101	37,9	8,8		

Bakım verenlerin fiziksel ve/veya psikiyatrik kronik bir hastalığının olup olmaması ile tükenmişlik puanlarının karşılaştırılmasında kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında kişisel başarı (t=1,923; p=0,056) açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ancak duygusal tükenme **(t=3,487; p=0,001)** açısından, duyarsızlaşma **(t=2,618; p=0,009)** açısından ve toplam puan açısından **(t=2,299; p=0,022)** fiziksel ve/veya psikiyatrik kronik bir hastalığı olan bakım verenler daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır (Tablo XXXII).

Tablo XXXII. Bakım verenlerin kronik hastalık varlığı ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

	Kronik hastalık varlığı	n	Ortalama	SS	t	P
Duygusal tükenme	Evet	72	20,3	7,5	**3,487**	**0,001**
	Hayır	167	17,2	5,7		
Duyarsızlaşma	Evet	72	8,6	2,9	**2,618**	**0,009**
	Hayır	167	7,6	2,6		
Kişisel başarı	Evet	72	35,8	3,6	1,923	0,056
	Hayır	167	34,6	4,6		
Toplam puan	Evet	72	41,2	9,9	**2,299**	**0,022**
	Hayır	167	38,2	8,5		

4.3.3. Bakım Verenlerin Alışkanlıkları İle Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki

Bakım verenlerin sigara kullanma durumu ile tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında duygusal tükenme (t=-0,146; p=0,884), duyarsızlaşma (t=-1,131; p=0,260), kişisel (t=-1,378; p=0,171) ve toplam puan (t=0,257; p=0,798) açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo XXXIII).

Tablo XXXIII. Bakım verenlerin sigara kullanma durumu ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

	Bakım verenlerin sigara kullanma durumu	n	Ortalama	SS	t	P
Duygusal tükenme	Evet	74	18,0	6,2	-0,146	0,884
	Hayır	165	18,2	6,5		
Duyarsızlaşma	Evet	74	7,6	2,5	-1,131	0,260
	Hayır	165	8,0	2,8		
Kişisel başarı	Evet	74	34,3	4,6	-1,378	0,171
	Hayır	165	35,2	4,2		
Toplam puan	Evet	74	39,3	8,7	0,257	0,798
	Hayır	165	39,0	9,2		

Bakım verenlerin alkol kullanma durumu ile tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; alkol kullanan ve kullanmayanlar arasında duygusal tükenme (t=-0,441; p=0,662), duyarsızlaşma (t=-0,448; p=0,657), kişisel (t=-0,934; p=0,356) ve toplam puan (t=-0,059; p=0,953) açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo XXXIV).

Tablo XXXIV. Bakım verenlerin alkol kullanma durumu ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

	Bakım verenlerin alkol kullanma durumu	n	Ortalama	SS	t	P
Duygusal tükenme	Evet	27	17,6	6,4	-0,441	0,662
	Hayır	212	18,2	6,4		
Duyarsızlaşma	Evet	27	7,7	2,7	-0,448	0,657
	Hayır	212	7,9	2,7		
Kişisel başarı	Evet	27	34,3	3,7	-0,934	0,356
	Hayır	212	35,0	4,4		
Toplam puan	Evet	27	39,0	9,0	-0,059	0,953
	Hayır	212	39,1	9,1		

4.3.4. Bakım Verenlerin Bakım Verme Geçmişi İle Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki

Bakım verenlerin hastayla yakınlık derecesi ile tükenmişlik ilişkisi incelendiğinde; duygusal tükenme açısından ciddi anlamlılık tespit edilmiştir **(F=5,310; p<0,001).** Hastası çocuğu veya eşi olan bakım verenler diğer bakım verenlere göre daha fazla duygusal

tükenmişlik yaşamaktadır. Duyarsızlaşma puanları açısından incelendiğinde yine hastası çocuğu veya eşi olan bakım verenler diğer bakım verenlere göre daha fazla duyarsızlaşma yaşamaktadır **(F=2,641; p=0,035).** Kişisel başarı yönünden anlamlı fark tespit edilmemiştir (F=1,953; p=0,103). Toplam puan açısından özellikle çocuğuna bakım verenler daha fazla tükenmiştir **(F=3,319; p=0,011).** (Tablo XXXV).

Tablo XXXV. Bakım verenlerin hastayla yakınlık derecesi ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

	Bakım verenlerin hastayla yakınlık derecesi	n	Ortalama	SS	F	p	Tukey
Duygusal tükenme	Anne/baba	7	24,1	7,4	**5,310**	**<0,001**	**1>3** **1>5** **2>3** **2>5**
	Eş	83	20,0	6,7			
	Çocuk	120	17,0	6,0			
	Kardeş	8	17,1	6,6			
	Diğer	21	15,7	4,5			
Duyarsızlaşma	Anne/baba	7	9,1	2,9	**2,641**	**0,035**	**1>5** **2>5**
	Eş	83	8,5	2,9			
	Çocuk	120	7,7	2,6			
	Kardeş	8	7,6	2,1			
	Diğer	21	6,6	2,1			
Kişisel başarı	Anne/baba	7	36,0	1,4	1,953	0,103	-
	Eş	83	35,7	3,6			
	Çocuk	120	34,3	4,8			
	Kardeş	8	33,5	6,4			
	Diğer	21	36,0	3,4			
Toplam puan	Anne/baba	7	45,2	10,8	**3,319**	**0,011**	**1>3** **1>5** **2>5**
	Eş	83	40,8	8,9			
	Çocuk	120	38,5	9,0			
	Kardeş	8	39,2	9,5			
	Diğer	21	34,2	6,1			

Bakım verenlerin daha önce başka bir hastaya bakım verip vermemesi ile tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; daha önce bakım verenler ile vermeyenler arasında duygusal tükenme (t=-0,736; p=0,463), duyarsızlaşma (t=-0,589; p=0,557), kişisel (t=1,157; p=0,249) ve toplam puan (t=-1,254; p=0,212) açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo XXXVI).

Tablo XXXVI. Bakım verenlerin daha önce başka bir hastaya bakım verip vermemesi ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

	Bakım verme deneyimi olma	n	Ortalama	SS	t	P
Duygusal tükenme	Evet	67	17,6	6,5	-0,736	0,463
	Hayır	172	18,3	6,4		
Duyarsızlaşma	Evet	67	7,8	2,5	-0,589	0,557
	Hayır	172	8,0	2,8		
Kişisel başarı	Evet	67	35,4	4,2	1,157	0,249
	Hayır	172	34,7	4,4		
Toplam puan	Evet	67	38,0	8,9	-1,254	0,212
	Hayır	172	39,6	9,0		

Bakım verenlerin evlerinde kendilerine bakım konusunda yardımcı birinin olup olmaması ile tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; bir yardımcıya sahip olanlar ile olmayanlar arasında duygusal tükenme açısından ciddi fark vardır **(t=-4,004; p<0,001).** Evde yardımcısı olmayanlar çok daha fazla duygusal tükenmişlik yaşamaktadır. Duyarsızlaşma (t=-1,598; p=0,113) ve kişisel başarı açısından değerlendirildiğinde yardımcısı olanlar ile olmayanlar arasında fark yoktur (t=-1,808; p=0,073). Toplam puan açısından ise fark vardır **(t=-2,339; p=0,020)**. Yardımcısı olmayanlar toplam puan açısından daha fazla tükenmiştir (Tablo XXXVII).

Tablo XXXVII. Bakım verenlerin evlerinde kendilerine bakım konusunda yardımcı birinin olup olmaması ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

	Evde bakımda yardımcı varlığı	n	Ortalama	SS	T	P
Duygusal tükenme	Evet	68	15,6	4,9	**-4,004**	**<0,001**
	Hayır	171	19,2	6,6		
Duyarsızlaşma	Evet	68	7,5	2,7	-1,598	0,113
	Hayır	171	8,1	2,7		
Kişisel başarı	Evet	68	34,1	4,8	-1,808	0,073
	Hayır	171	35,3	4,1		
Toplam puan	Evet	68	37,0	7,5	**-2,339**	**0,020**
	Hayır	171	40,0	9,5		

Bakım verenlerin evlerinde başka bakıma muhtaç birey varlığı ile tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; evlerinde başka bakıma muhtaç birey olanlar ile olmayanlar arasında duygusal tükenme (t=1,114; p=0,279), duyarsızlaşma (t=0,899; p=0,380), kişisel (t=-0,171; p=0,866) ve toplam puan (t=1,266; p=0,220) açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo XXXVIII).

Tablo XXXVIII. Bakım verenlerin evlerinde başka bakıma muhtaç birey varlığı ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

	Evde bakıma muhtaç başka birey varlığı	n	Ortalama	SS	T	p
Duygusal tükenme	Evet	17	19,7	6,0	1,114	0,279
	Hayır	222	18,0	6,4		
Duyarsızlaşma	Evet	17	8,5	2,6	0,899	0,380
	Hayır	222	7,9	2,7		
Kişisel başarı	Evet	17	34,7	5,4	-0,171	0,866
	Hayır	222	34,9	4,3		
Toplam puan	Evet	17	41,5	7,8	1,266	0,220
	Hayır	222	38,9	9,1		

Bakım verenlerin kanser hastalığının ailesel olup olmadığı düşüncesi ile tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; kanserin ailesel olduğunu veya olmadığını düşenenler arasında duygusal tükenme (t=0,558; p=0,577), duyarsızlaşma (t=1,102; p=0,272), kişisel (t=-0,740; p=0,460) ve toplam puan (t=1,077; p=0,283) açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo XXXIX).

Tablo XXXIX. Bakım verenlerin kanser hastalığının ailesel olup olmadığı düşüncesi ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

	Kanser hastalığının ailesel olabileceğini düşünme	n	Ortalama	SS	T	p
Duygusal tükenme	Evet	140	18,3	6,5	0,558	0,577
	Hayır	99	17,9	6,2		
Duyarsızlaşma	Evet	140	8,1	2,8	1,102	0,272
	Hayır	99	7,7	2,5		
Kişisel başarı	Evet	140	34,8	4,6	-0,740	0,460
	Hayır	99	35,2	3,9		
Toplam puan	Evet	140	39,7	9,2	1,077	0,283
	Hayır	99	38,4	8,8		

Bakım verenlerin hastayla aynı evde yaşayıp yaşamaması ile tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; hastayla aynı evde yaşayanlar ve yaşamayanlar arasında duygusal tükenme açısından fark yoktur (t=1,879; p=0,063). Duyarsızlaşma puanları açısından da iki grup arasında fark tespit edilmemiştir (t=1,206; p=0,229). Kişisel başarı puanları açısından fark vardır **(t=2,597; p=0,010)**. Hastayla aynı evde yaşayanlar bakım verme konusunda daha başarılıdır. Toplam puan açısından ise anlamlı fark tespit edilmemiştir (t=0,441; p=0,660) (Tablo XXXX).

Tablo XXXX. Bakım verenlerin hastayla aynı evde yaşayıp yaşamaması ile tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması

	Hasta ile aynı evde yaşama durumu	N	Ortalama	SS	t	P
Duygusal tükenme	Evet	130	18,8	6,6	1,879	0,063
	Hayır	109	17,3	6,1		
Duyarsızlaşma	Evet	130	8,1	2,8	1,206	0,229
	Hayır	109	7,7	2,6		
Kişisel başarı	Evet	130	35,6	3,7	**2,597**	**0,010**
	Hayır	109	34,1	4,9		
Toplam puan	Evet	130	39,4	9,3	0,441	0,660
	Hayır	109	38,8	8,7		

4.3.5. Bakım Verenlerin Bakım Verme Süresi İle Tükenmişlik Durumu Arasındaki İlişki

Bakım verenlerin bakım verme süresi ile duygusal tükenme puanları arasında korelasyon yoktur (r=0,123, p=0,058). Bakım verenlerin bakım verme süresi ile duyarsızlaşma puanları arasında olumlu yönde, zayıf düzeyde, anlamlı bir korelasyon vardır **(r=0,212, p=0,032).** Bakım verenlerin bakım verme süresi ile kişisel başarı puanları arasında korelasyon yoktur (r=-0,044, p=0,145). Bakım verenlerin bakım verme süresi ile toplam puanları arasında korelasyon yoktur(r=0,110, p=0,091). Bakım verenlerin bakım verme süresi arttıkça duyarsızlaşması artmaktadır. Duygusal tükenme, Kişisel başarı durumu ve toplam tükenmişlik ise etkilenmemektedir (Tablo XXXXI)

Tablo XXXXI. Bakım verenlerin bakım verme süresi ile tükenmişlik durumu arasındaki ilişki

	Bakım verme süresi	
	R	P
Duygusal tükenme	0,123	0,058
Duyarsızlaşma	**0,212**	**0,032**
Kişisel başarı	-0,044	0,145
Toplam puan	0,110	0,091

4.4. Hastaların ve Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Değerlendirilmesi

Hastaların ve bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzlarını değerlendirmek için Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama alt boyut puanlarının dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş ve beş alt boyutun puanları her iki grup için de normal dağılımla uyumlu bulunmuştur.

Hastaların iyimser yaklaşım puanı ortalaması 15,0±1,8, kendine güvenli yaklaşım puanı ortalaması 21,3±1,9, çaresiz yaklaşım puanı 20,0±3,0'tür. Ayrıca boyun eğici yaklaşım puanı ortalaması 15,2±2,4 ve sosyal destek arama puanı 11,5±1,6'dır. Hastaların ölçekten aldığı minimum ve maksimum puanlar; iyimser yaklaşım için 9-20 puan, kendine güvenli yaklaşım için 16-28 puan, çaresiz yaklaşım için 12-29 puan, boyun eğici yaklaşım

için 6-22 puan ve sosyal destek arama için 7-15 puandır. Ayrıntılar tablo XXXXII'de verilmiştir.

Tablo XXXXII. Hastaların stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının değerleri

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
İyimser Yaklaşım	15,0	1,8	9,0	20,0
Kendine Güvenli Yaklaşım	21,3	1,9	16,0	28,0
Çaresiz Yaklaşım	20,0	3,0	12,0	29,0
Boyun Eğici Yaklaşım	15,2	2,4	6,0	22,0
Sosyal Destek Arama	11,5	1,6	7,0	15,0

Bakım verenlerin iyimser yaklaşım puanı ortalaması 15,7±2,5, kendine güvenli yaklaşım puanı ortalaması 22,9±3,0, çaresiz yaklaşım puanı ortalaması19,0±3,8'dir. Ayrıca boyun eğici yaklaşım puanı ortalaması 14,7±3,1 ve sosyal destek arama puanı ortalaması 11,7±2,1'dir. Bakım verenlerin ölçekten aldığı minimum ve maksimum puanlar; iyimser yaklaşım için 5-20 puan, kendine güvenli yaklaşım için 7-28 puan, çaresiz yaklaşım için 8-28 puan, boyun eğici yaklaşım için 6-24 puan ve sosyal destek arama için 5-16 puandır. Ayrıntılar Tablo XXXXIII'de verilmiştir.

Tablo XXXXIII. Bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının değerleri

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
İyimser Yaklaşım	15,7	2,5	5,0	20,0
Kendine Güvenli Yaklaşım	22,9	3,0	7,0	28,0
Çaresiz Yaklaşım	19,0	3,8	8,0	28,0
Boyun Eğici Yaklaşım	14,7	3,1	6,0	24,0
Sosyal Destek Arama	11,7	2,1	5,0	16,0

Hastaların ve bakım verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar ayrı ayrı hesaplanmış ve hesaplanırken her alt boyutun soru sayısına bölünerek alt boyut aritmetik ortalamaları bulunmuş ve en yüksek ortalamaya sahip olan alt boyut o kişinin stresle başa çıkma yöntemi olarak belirlenmiştir. Buna göre hastalarda en sık iyimser yaklaşım tarzı (n=83, %34,7), en az ise çaresiz yaklaşım tarzı (n=10, %4,2) öne çıkmıştır. Bakım verenlerde ise yine en sık iyimser yaklaşım tarzı (n=97,

%40,4), en az çaresiz yaklaşım tarzı (n=9, %3,8) öne çıkmıştır. (Tablo XXXXIV ve XXXXV)

Tablo XXXXIV. Hastaların stresle başa çıkma tarzlarının dağılımı

		N	%
Stresle başa çıkma tarzları	İyimser Yaklaşım	83	34,7
	Kendine Güvenli Yaklaşım	75	31,4
	Sosyal Destek Arama	58	24,3
	Boyun Eğici Yaklaşım	13	5,4
	Çaresiz Yaklaşım	10	4,2

Tablo XXXXV. Bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzlarının dağılımı

		N	%
Stresle başa çıkma tarzları	İyimser Yaklaşım	97	40,4
	Kendine Güvenli Yaklaşım	76	31,7
	Sosyal Destek Arama	48	20,0
	Boyun Eğici Yaklaşım	10	4,2
	Çaresiz Yaklaşım	9	3,8

4.4.1. Hastaların ve Bakım Verenlerin Çeşitli Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki

Hastaların cinsiyeti ile stresle başa çıkma tarzları puanları karşılaştırıldığında; erkek ve kadınlar arasında iyimser yaklaşım (t=-0,645; p=0,520), kendine güvenli yaklaşım (t=-0,309; p=0,757), çaresiz yaklaşım (t=1,075; p=0,284), boyun eğici yaklaşım (t=-0,061; p=0,951) ve sosyal destek arama (t=1,619; p=0,107), puanları açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo XXXXVI).

Tablo XXXXVI. Hastaların cinsiyeti ile stresle başa çıkma tarzları puanlarının ilişkisi

	Hastaların Cinsiyeti	n	Ortalama	SS	T	P
İyimser yaklaşım	Kadın	136	14,9	1,8	-0,645	0,520
	Erkek	103	15,1	1,8		
Kendine güvenli yaklaşım	Kadın	136	21,3	2,0	-0,309	0,757
	Erkek	102	21,4	1,8		
Çaresiz yaklaşım	Kadın	136	20,2	3,0	1,075	0,284
	Erkek	102	19,8	2,9		
Boyun eğici yaklaşım	Kadın	136	15,2	2,6	-0,061	0,951
	Erkek	102	15,2	2,1		
Sosyal destek arama	Kadın	136	11,7	1,7	1,619	0,107
	Erkek	102	11,3	1,6		

Bakım verenlerin cinsiyeti ile stresle başa çıkma tarzları puanları karşılaştırıldığında; erkek ve kadınlar arasında iyimser yaklaşım (t=-0,610; p=0,543), kendine güvenli yaklaşım (t=-0,403; p=0,687), boyun eğici yaklaşım (t=1,511; p=0,132) ve sosyal destek arama (t=-1,065; p=0,288), puanları açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Çaresiz yaklaşım açısından ise erkek ve kadın arasında fark vardır (t=2,596; p=0,010). Kadınlar erkeklere göre daha fazla çaresiz yaklaşımı benimsemişlerdir (Tablo XXXXVII).

Tablo XXXXVII. Bakım verenlerin cinsiyeti ile stresle başa çıkma tarzları puanlarının ilişkisi

	Bakım Verenlerin Cinsiyeti	n	Ortalama	SS	t	P
İyimser yaklaşım	Kadın	130	15,6	2,6	-0,610	0,543
	Erkek	110	15,8	2,4		
Kendine güvenli yaklaşım	Kadın	130	22,8	3,2	-0,403	0,687
	Erkek	109	23,0	2,8		
Çaresiz yaklaşım	Kadın	130	19,6	4,0	**2,596**	**0,010**
	Erkek	109	18,3	3,4		
Boyun eğici yaklaşım	Kadın	130	15,0	3,1	1,511	0,132
	Erkek	109	14,3	3,0		
Sosyal destek arama	Kadın	130	11,6	2,0	-1,065	0,288
	Erkek	109	11,9	2,1		

4.4.2. Hastaların ve Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması

Hastalardan iyimser yaklaşıma, kendine güvenli yaklaşıma, çaresiz yaklaşıma, boyun eğici yaklaşıma ve sosyal destek arama tarzlarına sahip olanlar ile bakım verenlerden iyimser yaklaşıma, kendine güvenli yaklaşıma, çaresiz yaklaşıma, boyun eğici yaklaşıma ve sosyal destek arama tarzlarına sahip olanlar arasında olumlu yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir korelasyon vardır. Yani hastalar ve bakım verenler bu beş stresle başa çıkma tarzının değişkenlerinden benzer şekilde etkilenmiştir. Ayrıntılar Tablo XXXXVIII'deki gibidir.

Tablo XXXXVIII. Hastaların ve bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları puanlarının karşılaştırılması

	Bakım verenler									
	İyimser yaklaşım		Kendine güvenli yaklaşım		Çaresiz yaklaşım		Boyun eğici yaklaşım		Sosyal destek arama	
Hastalar	R	p	R	p	R	p	r	p	r	P
İyimser yaklaşım	**0,203**	**0,002**	**0,186**	**0,004**	-0,082	0,207	-0,048	0,461	0,115	0,077
Kendine güvenli yaklaşım	**0,139**	**0,032**	**0,258**	**<0,001**	0,024	0,715	-0,049	0,452	0,035	0,591
Çaresiz yaklaşım	-0,033	0,614	-0,018	0,779	**0,182**	**0,005**	**0,185**	**0,004**	-0,040	0,536
Boyun eğici yaklaşım	-0,073	0,262	-0,004	0,953	**0,300**	**<0,001**	**0,355**	**<0,001**	-0,036	0,576
Sosyal destek arama	0,114	0,080	0,054	0,408	0,013	0,837	0,000	0,994	**0,246**	**<0,001**

4.4.3. Bakım Verenlerin Toplam Tükenmişlik Puanları İle Hasta ve Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Hastalardan boyun eğici yaklaşımı kullananların puanları ile toplam tükenmişlik puanları arasında olumlu yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir korelasyon vardır. Hastalardan toplam tükenmişliği yüksek olanlar daha fazla boyun eğici yaklaşımı benimsemektedir. Bakım verenlerden iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşımı kullananların puanları ile toplam tükenmişlik puanları arasında olumsuz yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir

korelasyon vardır. Bakım verenlerden iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşıma sahip kişiler daha az tükenmiştir. Bakım verenlerden çaresiz yaklaşımı kullananların puanları ile toplam tükenmişlik puanları arasında olumlu yönde, orta düzeyde anlamlı bir korelasyon vardır. Yine bakım verenlerden boyun eğici yaklaşım puanları ile toplam tükenmişlik puanları arasında olumlu yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir korelasyon vardır. Bakım verenlerden çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşıma sahip kişiler daha fazla tükenmiştir (Tablo XXXXIX).

Tablo XXXXIX. Bakım verenlerin toplam tükenmişlik puanları ile hasta ve bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzı puanlarının karşılaştırılması

		Toplam Tükenmişlik (Bakım verenler)	
		R	p
Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları	İyimser yaklaşım	-0,030	0,647
	Kendine güvenli yaklaşım	-0,041	0,531
	Çaresiz yaklaşım	0,116	0,074
	Boyun eğici yaklaşım	**0,149**	**0,021**
	Sosyal destek arama	-0,115	0,077
Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları	İyimser yaklaşım	**-0,250**	**<0,001**
	Kendine güvenli yaklaşım	**-0,231**	**<0,001**
	Çaresiz yaklaşım	**0,366**	**<0,001**
	Boyun eğici yaklaşım	**0,194**	**0,003**
	Sosyal destek arama	-0,081	0,210

5. TARTIŞMA

Kanser hastalığı daha önceki zamanlarda ölüme neden olan bir hastalık olarak görülürken, günümüzde diğer kronik hastalıklar gibi kontrol altına alınabilecek, uzun seyirli bir hastalık olarak görülmektedir (2)

Kanser hastalığı uzun süren tedaviler gerektirmekte ve bu süre içerisinde gerek hastalar gerekse onlara bakım veren yakınları çeşitli zorluklar ile karşılaşabilmektedirler.

Kanser hastalarına uzun süreli bakım verme sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi bakım verenin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir süreci içermektedir. (97)

Bakım verme esnasında bakım veren kişide ortaya çıkan bedensel ve duygusal etkiler "yük" olarak tanımlanan durumun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. "Yük" kavramı, bakım verme sürecinin bakım veren kişiler üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaya çalışan araştırmacılar tarafından tanımlamıştır. (38)

Son dönemde artan kanser vakaları ve bununla beraber gelişen yeni tedavi imkanları nedeniyle kanser hastalarının bakımı uzun zamana yayılmaktadır. Bu süreç içerisinde onlara bakım veren yakınlarında ortaya çıkan stres nedeniyle stresini kontrol altına almakta zorlanan yakınlarında tükenmişlik ortaya çıkabileceği düşünülerek kanser hastalarına bakım veren yakınlarının tükenmişlik ve stresle başa çıkma tarzlarını etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlandı.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin yaş ortalaması 44,9±13,2 olarak tespit edilmiştir. Yaşlılara bakım veren yükünün araştırıldığı bir başka araştırmada bakım verenlerin yaş ortalaması 48.54 + 14.07 olarak tespit edilmiştir. Bir başka çalışmada da bizim araştırmamızla benzer şekilde yaş ortalaması 44,93± 11,86 olarak tespit edilmiştir. (127,130)

Çalışmaya katılan bakım verenlere bakım vermeden önce ve bakım verme esnasında kendi sağlıklarını nasıl hissettikleri sorulduğunda, bakım vermeden önce kendini iyi hissettiğini söyleyen bakım verenlerin birçoğunun bakım verme esnasında sağlıklarını orta veya kötü düzeyde hissettikleri görüldü.

Yapılan bir araştırmada ise bakım veren kişilerin bakımın başlamasından önceki ve sonraki sağlık durumları karşılaştırılmış olup çalışmamız ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bakım veren bireyler yakınlarının hastalığından sonra kendi sağlık durumlarının eskiye göre daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada bakım verenlerin en sık görülen semptomlarının uyku ve beslenme ile ilgili olduğu bildirilmiştir. (118)

Çalışmamıza katılan bakım verenlere bakım verme işinin hayatı ne kadar zorlaştırdığı soruldu. 120 hasta yakını hiç veya hafif cevabını verirken 120 hasta yakını ise orta, ağır veya çok ağır cevabını vermiştir. Bu bulguların bakım verenlerin demografik verileri ile olan ilişkisi araştırıldığında ise eğitim, cinsiyet, gelir durumu gibi demografik verilerle anlamlı bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Aynı şekilde kanser hastalığının genetik olduğunu düşünen ve düşünmeyenler arasında da hayatı zorlaştırma bakımından anlamlı bir bulguya rastlanmamıştır. Literatüre bakıldığı zaman bakım verenlerin farklı düzeyde güçlük yaşadıkları bildirilmiş ve bireyin güçlük algılama düzeyini etkileyen faktörlerin tam olarak gösterilebilmesinin zor olduğu belirtilmiştir (115-116)

Kanser hastalarına bakım veren yakınları ile ilgili yapılan bir çalışmada bakım verenlerin duygusal sorunlar yaşadığı, kişisel planlarında değişiklik ortaya çıktığı, iş hayatı ile ilgili düzenlemeler yaptıkları, uyku problemlerinin ortaya çıktığı ve bakım verme işinin bakım vericiyi sınırlandırdığı bildirilmiştir. (117).

Çalışmamızda bakım veren bireylerin tükenmişlik durumları cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; kadın ve erkek bakım vericiler arasında duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmazken, duygusal tükenme alt boyutunda ve toplam tükenmişlik düzeyinde kadınların erkeklere göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır. Bir başka çalışmada da duygusal tükenme oranları erkeklere göre bakım veren kadınlarda anlamlı olarak yüksek saptandığı bildirilmektedir. (123)

Literatüre bakıldığında görme engelli çocuklara bakım veren ebeveynlerinin tükenmişlik düzeylerini araştıran bir çalışmada cinsiyetler arasında tükenmişlik düzeylerinin anlamlı oranda etkilenmediği görülmektedir. (122)

İnmeli hastalara bakım veren yakınları üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ise erkeklerin kadınlara göre daha fazla tükenmiş oldukları bildirilmektedir. (121)

Yapılan bir çalışmada kadınların iş stresi konusunda daha duyarlı oldukları ve bu durumun tükenmişliklerine daha çok etki edeceği düşünülmüş ancak araştırmaya göre erkeklerle kadınlar arasında az bir fark olduğu görülmüştür. (100)

Erkek bakım verenlerin bakım verdikleri kişiden psikolojik olarak uzak durarak bakım konusunda daha az stres yaşamaları ve bakım sürecinin ortaya çıkardığı stres karşısında kadınlarla kıyaslandığında daha etkin baş etme yöntemlerini kullanmaları sonucunda daha az yük yaşamalarının muhtemel olduğunu düşünen araştırmacılar da mevcuttur. (129)

Yaptığımız çalışmada bakım verenlerin yaşları arttıkça duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Bir başka çalışmada da bulgularımız ile uyumlu olarak yaş ilerledikçe tükenmişlik düzeyinin arttığı bildirilmiştir. (101) Bu durumun aksini savunan araştırmacılarda vardır. Yapılan bir araştırmada katılımcıların yaşı ve çalışma süresi arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın azaldığı tespit edilmiştir (102). Yine aynı şekilde genç çalışanların mesleki tecrübelerinin az olması ve beklenti ve ideallerinin yüksek olması nedeniyle daha fazla tükenmişlik hissettikleri düşünülen çalışmalar mevcuttur.(104).

Çalışmamızda hastaların çalışma durumlarına göre bakım veren yakınlarının tükenmişlik durumları değerlendirildiğinde anlamlı bir bulguya rastlanmamıştır. Yapılan diğer bir çalışmada ise duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı açısından çalışan hastaların yakınlarının daha fazla tükenmiş oldukları bildirilmiştir. (121)

Bakım vericilerin medeni durumları ile tükenmişlik durumları karşılaştırıldığında evli olanların bekar veya dul/boşanmış olanlara göre daha fazla duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma içerisinde olduklarını tespit ettik. Toplam tükenmişlik açısından da evliler bekar veya dul/boşanmışlara göre daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır. Bu durum evli olan hasta yakınlarının hasta ile aynı evde yaşamasından dolayı hastalarla iletişiminin daha fazla olmasına ve ortaya çıkan zorluklarla daha çok karşı karşıya kalma durumunda olmalarına bağlanabilir. Evli olmanın tükenmişlik riskini artırdığına dair literatürde başka çalışmalarda mevcuttur. (103)

Yapılan başka bir çalışmada ise medeni durum ile tükenmişlik ilişkisine bakıldığında çalışmamızdan farklı olarak dul/boşanmış olanların evli olanlara göre daha

yüksek duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları olduğu bulunmuştur (98). Maslach ve Jackson evlilerde tükenmişliğin daha az görülmesini, başkalarının sorumluluğunu üstlenmenin kazandırdığı yaşam deneyimine bağlamaktadır. (56-74).

Bakım verenlerden herhangi bir kronik hastalığa sahip olanların kronik hastalığı olmayanlara göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik açısından daha fazla tükenmiş olduklarını tespit ettik. Başka bir çalışmada ise kronik hastalığı olanların olmayanlara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında daha az tükenmiş olduğu bulunmuştur. (120)

Tükenmişlik durumunun kanser, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı romatoid artrit, ve depresyon gibi hastalıklarla yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre, diyabetli ve obez bireylerin tükenmişlik düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır (119)

Bakım verenlere kanser hastalığının genetik geçişli olup olmadığı sorusu sorulduğunda, ailesinde bakım verdiği hastadan başka bir kanser hastası olan bireyler diğerlerine oranla anlamlı şekilde kanserin genetik geçişli bir hastalık olduğu görüşünü bildirmişlerdir. Bu durumun bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri ile olan ilişkisi değerlendirildiğinde her iki grup arasında tükenme alt boyutlarında ve toplam tükenmişlikte anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Ankara Üniversitesinde yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarına bakım veren bireylerden hastalığın ailesel geçişli olabileceğini düşünen hasta yakınlarında ailesel geçişli olmadığını düşünenlere oranla duyarsızlaşma puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. (98)

Hastaların cinsiyetleri ile onlara bakım veren yakınlarının tükenmişlik seviyeleri karşılaştırıldığında tükenmişlik seviyelerinde anlamlı bir farklılığa rastlanmadı. Yapılan bir başka çalışmada da bulgularımız ile uyumlu olacak şekilde hastanın cinsiyetinin bakım verenin tükenmişlik düzeyi üzerinde anlamlı bir fark ortaya çıkarmadığı tespit edilmiştir. (122) Bu durumun aksine erkek hastalara bakım verenlerin, kadın hastalara bakım beren bireylere oranla daha fazla tükenmişlik yaşadığı da bildirilmiştir. (108)

Hastaların hastalıklarının evresini lokal veya metastatik olarak sınıflandırdığımız çalışmamızda hastasının evresi metastatik olan bakım vericilerin duygusal tükenme açısından diğer hasta yakınlarına oranla daha fazla tükenmiş oldukları tespit edildi.

Demans hastalarına bakım veren yakınları ile yapılan bir çalışmada da bulgularımızı destekler biçimde demansın evreleri ilerledikçe algılanan bakım yükünün arttığı bildirilmiştir. (126)

Onkoloji kliniği ve Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların yakınları tükenmişlik açısından karşılaştırıldığında kişisel başarı alt boyutunda onkoloji kliniğinde tedavi alan hastaların yakınları daha tükenmiş olarak tespit edildi. Onkoloji kliniğinde yatan hastaların, günlük ayaktan kemoterapi alarak tedavilerine devam eden hastalara oranla semptom ve şikayetlerinin daha ağır olabileceği ve bu durumun ortaya çıkardığı strese bağlı olarak onlara bakım veren yakınlarının kişisel başarı anlamında kendilerini daha tükenmiş hissedebilecekleri düşünüldü.

Çalışmamıza katılan bakım vericilerden emekli olan veya çalışmayanlar, çalışan bakım vericiler ile tükenmişlik açısından kıyaslandığında emekli veya çalışmayan grubun çalışanlara oranla daha fazla duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik yaşadıkları tespit edildi. Bu durumun çalışan bakım vericilerin iş yaşamına devam edip günlerinin belirli kısmında bakım verici olmanın dışında günlük yaşamın içerisinde yer alarak bakım verici olmaktan doğabilecek stresi daha az yaşamalarına bağlı ortaya çıkabileceği düşünüldü.

Gelir durumları açısından bakıldığında bakım veren bireylerin tükenmişlik seviyeleri ile gelir durumları arasında anlamlı bir farka rastlanmadı. Çalışmamız ile uyumlu olarak gelir durumunun tükenmişlik üzerinde etkili bir faktör olmadığını düşünen başka araştırmacılarda mevcuttur. (125)

Çalışmamızdan farklı olarak gelir düzeyinin artmış tükenmişlik üzerinde etkili bir faktör olduğunu düşünen araştırmalarda vardır. Engelli çocuklara bakım veren ebeveynlerinden gelir durumu en düşük olan grubun en fazla tükenmişlik seviyesine sahip olduğunu belirten araştırmacılar; düşük gelire sahip olmanın engellilik sebebiyle artmış masrafları karşılamakta zorlanan bireylerin tükenmesine yol açtığı şeklinde yorumlamışlardır. (107,124)

Çalışmamıza katılan bakım verenlerden eğitim durumları ilköğrenim ve öncesi olanlar, eğitim durumları lise ve üzerinde olan bakım vericilere göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yönünden daha fazla tükenmiş olarak tespit edildi. Zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynler üzerinde yapılmış olan bir araştırmada ise eğitim durumunun bireylerin tükenmişlik seviyesi üzerinde anlamlı bir farka yol açmadığı bildirilmektedir. (125)

Literatüre bakıldığında, eğitim düzeyi artmasıyla beraber problem çözme becerilerinin ve sıkıntıyla başa çıkmanın olumlu yönde etkilendiği vurgulanmıştır. Eğitim düzeyinin artmasının farkındalığı arttırdığı ve daha yüksek direnme gücünü beraberinde getirdiği ifade edilmiştir (105, 106).

Eğitimli kişilerin iletişim becerilerinin genellikle daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda stres yönetim teknikleri gibi yaşam becerilerine sahip olma olasılıklarının da daha yüksek olduğu bildirilmiştir. (5)

Sigara veya alkol kullanan bakım vericiler ile kullanmayan bakım vericiler arasında tükenmişlik alt boyutları ve toplam tükenmişlik seviyelerinde anlamlı düzeyde bir farka rastlanmamıştır.

Çalışmaya katılan bakım vericilerin çoğunluğunun hastaların çocukları oldukları tespit edilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada da hastalara bakım veren yakınlarının çoğunlukla onların çocukları olduğu tespit edilmiştir.(98) Başka bir çalışmada ise bakım verenlerin büyük bir kısmının hastaların eşleri olduğu bildirilmiştir. (114)

Yine çalışmamızdaki bakım verenlerin çoğunluğu kadın bakım verenlerdi. Literatürde de benzer şekilde kadınların bakım verme işine erkeklere oranla daha fazla katıldıklarına dair çalışmalar mevcuttur. (120). Akın ve Demirel (2003) kadınların erkeklere oranla bakım verme işlevine daha uygun görülmesinin en önemli nedeninin; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesine bağlı olabileceğini bildirmişlerdir (113). Bir başka araştırmacı ise bakım veren kişinin genelde bayan olduğunu, eş veya evin büyük kızının bu sorumluluğu üstlendiğini bildirmiştir (133).

Hastalarına bakım veren bireylerin hastaları ile yakınlık dereceleri ve tükenmişlik seviyeleri karşılaştırıldığında çocuklarına bakım veren bireylerin daha fazla duygusal

tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik içinde oldukları tespit edilmiştir. Kokurcan A nın şizofreni hastalarına bakım veren yakınları üzerinde yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin hastalara yakınlık derecesi ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir farka rastlanmadığı bildirilmiştir (98)

Literatüre bakıldığında, okul öncesi yaşlardaki çocukların anne babalarıyla yapılan bir çalışmada, özel gereksinimli çocuğa sahip anne ve babalarla, normal çocuğa sahip anne babalar karşılaştırılmıştır. İki grup arasında ebeveynlik stresi ve aile işlevleri bakımından zaman içerisinde değişme ortaya çıkmadığı bildirilmiştir. Ancak özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerde çocukların bakımlarıyla bağlantılı olarak yaşanan sorunların anne/babaların stresini ve buna bağlı olarak tükenmişliklerini arttırdığı görülmüştür (112).

Daha önceden başka bir hastaya bakım verme deneyimi olan bakım verenler ile deneyimi olmayanlar arasında tükenmişlik seviyeleri bakımından anlamlı bir farka rastlanmadı.

Bakım vermede deneyimli olan bireylerin ortaya çıkabilecek herhangi bir problem karşısında daha tecrübeli olmaları nedeniyle bu problemi daha kolay aşacakları ve strese daha az maruz kalacakları ve sonuç olarak daha az tükenmişlik içinde olabilecekleri düşünülmesine rağmen araştırmamıza göre bakım vermede tecrübeli olmanın tükenmişlik üzerinde etkili bir faktör olmadığı görüldü.

Çalışmamıza katılan bakım verenlere onlara bakımda yardımcı olan başka birilerinin olup olmama durumu soruldu. Bakım vermede yardımcısı olmadığını belirtenler ile yardımcı birilerinin olduğunu belirtenler arasında tükenmişlik düzeyleri açısından anlamlı bir fark olduğu görüldü. Bakımda yardımcısı olmayan grubun diğer gruba oranla çok daha fazla duygusal tükenme ve toplam tükenme yaşadıkları belirlendi. Bu durum hasta bakımında yardımcısı olan kişilerin stres durumları karşısında kendilerini yalnız hissetmedikleri ve bakım ile ilgili ortaya çıkan işlerin paylaşılması nedeniyle kişilerin daha az strese maruz kaldığı şeklinde yorumlanmıştır.

Yapılan başka bir araştırmada ise bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ve bakım yükünü etkileyen etmenlerin ilişkisi incelenmiş olup sosyal destek ve bakım yükü arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür. Dolayısıyla daha yüksek sosyal destek alanların daha düşük bakım yükü puanlarına sahip oldukları ve aileden sağladıkları

desteğin bakım yükünü azalttığı bulunmuştur (109). Buradan yola çıkarak bizim çalışmamızda da başka yakınlarından destek alan bakım verenlerin bakım yüklerinin azaldığı ve onları tükenmeye götürecek faktörlerin yardım almayanlara oranla daha az olduğu düşünülebilir.

Akciğer kanserli hastalara bakım veren yakınları ile yapılan bir araştırmada bakım verirken başka birinden destek almayan kişilerde Obsesif Kompulsif Bozukluk, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon ve Psikotizmin görülme sıklığının diğerlerine oranla daha fazla olduğu bildirilmiştir. (128)

Bakım veren bireylerin bakım verdikleri hasta dışında evlerinde bakıma muhtaç başka biri olup olmaması ile tükenmişlik düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Tükenmişlik durumunun stres kaynaklarına uzun süre maruz kalınması sonucunda ortaya çıktığı, evde bakıma muhtaç başka bireyin olması durumunda bakım veren kişinin bu strese maruz kalabileceği ve sonunda tükenmişlik durumunun diğer bireylere göre daha kolay ortaya çıkabileceği düşünüldü. Ancak yaptığımız araştırma sonucunda bakım verenlerin evlerinde bakıma muhtaç başka birey olmasının tükenmişlik üzerinde etkili bir faktör olmadığı gözlemlenmiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların bakım veren yakınlarına hastalarının evde mi yoksa bir bakımevinde mi daha iyi bakılacağı soruldu ve sadece iki tane bakım veren bakımevinde daha iyi bakım alacaklarını bildirdi. Yapılan başka bir araştırmada toplumumuzda eş ya da aile üyesinin bakım sorumluluğunu üstlenmenin kültürel olarak kabul gören, bir kurumda bakım almasını tercih etmenin ise kabul görmeyen bir durum olduğu, bu nedenle bireylerin bakım gereksinimi olan yakınlarına genellikle evde bakımdan başka bir seçenek aramadıkları bildirilmiştir. (129)

Hasta ile aynı evde yaşamayan bakım verenlerin aynı evde yaşayanlara oranla kişisel başarı açısından daha fazla tükenmişlik yaşadıkları tespit edildi. Hasta ile aynı evde yaşayanların ortaya çıkan zorluklara karşı daha hazırlıklı ve tecrübeli olmalarının sonucunda kendilerini kişisel başarı açısından daha başarılı görüyor oldukları düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan bakım vericilerin bakım verme süreleri arttıkça daha fazla duyarsızlaşma yaşadıkları belirlenmiştir. Bakım verme süresi uzadıkça bakım verenlerin strese maruz kalma oranlarının arttığı ve bunun sonucunda tükenmişlik seviyelerinin arttığı düşünülebilir. Başka bir çalışmada da bakım verme süreleri arttıkça bakım verenlerin duygusal tükenme düzeylerinin arttığı bildirilmiştir. (123)

Stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarında stresle başa çıkmada etkili yöntemlerin sosyal destek arama, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım olduğu bilinmektedir. Stresle başa çıkmada etkisiz olduğu düşünülen yöntemler ise çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımdır. Çalışmamızda bakıldığında en sık iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama alt boyutlarının kullanıldığı tespit edilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada ise bakım verenlerin yine etkili yöntemlerden olan kendine güvenli yaklaşımı benimsedikleri görülmüştür. (132)

Çalışmamıza katılan hastaların cinsiyetleri ile stresle başa çıkma tarzlarını karşılaştırdığımızda erkek ve kadın katılımcılar arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Çalışmamız ile benzer şekilde cinsiyetler arası farklılık olmadığını belirten çalışmalar bildirilmiştir (110,111).

Ürtikerli hastalar ile ilgili yapılan bir çalışmada ise erkeklerin kadınlara göre kendine güvenli yaklaşım puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (131)

Hastalara bakım veren yakınlarının cinsiyetleri ile stresle başa çıkma tarzları karşılaştırıldığında kadın bakım verenlerin erkeklere oranla daha fazla çaresiz yaklaşımı kullandıkları belirlenmiş ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Çalışmamızın tükenmişlik ile ilgili kısmında da belirtildiği üzere kadın bakım verenler duygusal ve toplam tükenmişlik yönünden erkeklere oranla daha fazla tükenmiş olarak tespit edilmiştir. Buradan yola çıkarak stresle başa çıkmada etkisiz bir yöntem olduğu düşünülen çaresiz yaklaşımı daha fazla kullanan kadın bakım verenlerin streslerini kontrol altına almakta daha çok zorlandıkları ve bunun sonucu olarak daha fazla tükenmişlik yaşadıkları düşünülebilir. Ortaya çıkan bir sorun ile etkili baş etme yöntemleri kullanıldığı zaman, bu sorunun birey üzerindeki olumsuz etkilerinin azalması sonucunda bireylerin tükenmişlik düzeylerinde azalma olabileceği düşünülebilir. Bir diğer çalışmada

da ise çalışmamızdan farklı olarak bakım verenlerin cinsiyetleri ile stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı ilişki tespit edilmediği bildirilmiştir.(133)

Hastaların ve onlara bakım veren yakınlarının stresle başa çıkma tarzları karşılaştırıldığında ise anlamlı şekilde kullandıkları tarzlar arasında korelasyon olduğu görüldü.

Bakım verenlerden iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşımı kullananların daha az tükendikleri belirlenmiştir. Bakım verenlerden çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşıma sahip kişilerin ise daha fazla tükenmişlik yaşadıkları tespit edilmiştir. Burada tespit edilen bulgularda stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımın etkisiz yöntemler olduğu görüşünü desteklemektedir. Yapılan bir araştırmaya göre duygusal tükenme ve stres arasında karşılıklı ilişki olduğu saptanmıştır; buna göre yüksek düzeyde duygusal tükenme strese neden olmakta iken yüksek düzeyde stresin de duygusal tükenmeye neden olduğu bildirilmiştir (99).

Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının değerlendirildiği bir çalışmada da benzer şekilde stresle başa çıkmada etkisiz olduğu düşünülen boyun eğici yaklaşımı benimseyen bakım verenlerin diğerlerine oranla daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları bildirilmiştir. Yine aynı çalışma sonuçlarına göre etkili yöntemlerden kendine güvenli yaklaşımı seçen bakım verenlerin diğerleri ile kıyaslandığı zaman duygusal tükenme yaşamadıkları bildirilmiştir. (133)

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda kanserli hastalara bakım veren bireylerin tükenmişliğinin;

- Hastanın hastalığının evresi,
- Hastanın tedavi aldığı birim,
- Hasta ile aynı evde yaşama,
- Bakım verenin cinsiyeti,
- Bakım verenin yaşı,
- Bakım verenin çalışma durumu,
- Bakım verenin medeni durumu,
- Bakım verenin eğitim durumu,
- Bakım verme süresi,
- Bakım verenin kronik bir hastalığının olması,
- Bakım veren kişiye bakımda yardımcı birilerinin olmaması,
- Bakım verenin hastaya yakınlık derecesi ile anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir.

Diğer taraftan stresle başa çıkma tarzlarına bakıldığında;

- Stresle başa çıkma tarzlarından "çaresiz yaklaşım" tarzını kadınların erkeklere oranla anlamlı şekilde daha çok kullandıkları ve kadınların tükenmişlik düzeylerinin erkeklere oranla daha fazla olduğu,
- Bakım veren bireylerden çaresiz yaklaşımı ve boyun eğici yaklaşımı kullananların daha fazla tükenmişlik yaşadıkları,
- Bakım veren bireylerden iyimser ve kendine güvenli yaklaşımı kullananların ise daha az tükenmişlik yaşadıkları göze çarpmaktaydı.

Tükenmişliği önleme ve farkındalığı artırma ile ilgili olarak;

- Hastalara ve bakım veren yakınlarına kanser hastalığı ile ilgili bilgilendirme çalışmaları yapılması,

- Hastalara ve bakım veren yakınlarına yönelik psikososyal destek ekiplerinin kurulması,
- Aile içi sorumluluk paylaşımı yaparak bakım veren bireylerin bakım yüklerinin paylaşılmasının sağlanması,
- Sağlık çalışanlarının tükenmişlik konusunda farkındalığını arttırarak bakım verenlere yönelik tükenmişlik değerlendirmesinde bulunmalarının sağlanması,
- Stresle etkin başa çıkma tarzlarının hasta ve yakınlarına anlatılması,
- Hastalara ve yakınlarına stresle etkin başa çıkmanın tükenmişlik üzerindeki etkisinin anlatılması önerilebilir.

ÖZET

KANSER HASTALARI VE BAKIM VEREN YAKINLARININ TÜKENMİŞLİK DURUMLARI VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI

Giriş ve amaç: Tükenmişlik sendromu son yıllarda çeşitli araştırmalara konu olan ve bireylerin iş yaşamlarını etkileyen bir durum olarak göze çarpmaktadır. Yapılan araştırmaların önemli bir grubunu ise kronik hastalıkları olan hastalara bakım veren yakınları oluşturmaktadır. Ortaya çıkan kronik stresin tükenmişlik durumuna neden olabildiği düşünülmektedir. Bu açıdan kişilerin stresle başa çıkma tarzları ile tükenmişlik arasında ilişki olduğu düşünülebilir. Bu çalışma ile ADÜ Tıp Fakültesi hastanesinde tedavi alan hastaların stresle başa çıkma tarzlarını ayrıca hastalara bakım veren yakınlarının tükenmişlik durumlarını etkileyen faktörler ile stresle başa çıkma tarzlarını tespit etmeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem: Kesitsel analitik bir araştırma olarak planlanan çalışmaya, ADÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji kliniği ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde 01.02.2016-31.05.2016 tarihleri arasında tedavi almakta olan 240 hasta ve 240 yakını katıldı. Anket formu hastalara yöneltilen iki, bakım veren yakınlarına yöneltilen üç bölümden oluşmaktaydı. Anket Formlarının ilk bölümlerinde sosyodemografik özellikler ve tükenmişlikle ilişkili olabilecek çeşitli faktörleri araştıran sorular yer alıyordu. Anket formunun ikinci kısımda ise, bireylerin stresle başa çıkma tarzlarını değerlendiren Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanıldı. Bakım vericilere uygulanan üçüncü bölümde ise bireylerin tükenmişlik durumlarını değerlendiren Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanıldı. Katılımcılara, araştırmacı tarafından sosyodemografik bilgileri içeren anket formu yüzyüze uygulanmıştır. Hastalardan ve yakınlarından MTÖ ve SBTÖ formlarını ise kendilerinin doldurmaları istendi. Veriler SPSS 17.0 istatistik programıyla oluşturulan veri tabanına işlenerek istatistiksel değerlendirme yapıldı.

Bulgular: Çalışmamıza katılan kadın bakım vericilerin erkeklere göre, daha fazla duygusal ve toplam tükenme yaşadıkları saptandı. Hastaların hastalık evresinin ilerlemesi ile bakım veren yakınlarının tükenmişlik düzeylerinin arttığı tespit edildi. Bakım verme süresi arttıkça bireylerin daha fazla duyarsızlaşma yaşadıkları tespit edildi.

Bakım verenlerin gelir durumu, sigara ve alkol kullanımı, daha önce bakım verme tecrübesinin olması, evde bakıma muhtaç başka birey varlığı gibi çeşitli sosyodemografik özelliklerin tükenmişlik durumlarına etkisinin çok sınırlı olduğu veya hiç olmadığı saptandı.

Bakım veren bireylerden bir işte çalışan bireylerin daha az tükenmişlik yaşadıkları tespit edildi. Ayrıca bakım veren bireyin kronik hastalığının olması, eğitim durumu, medeni durumu, hasta ile aynı evde yaşaması, hastaya yakınlık durumu, bakıma yardımcı başka bireyin olmaması gibi faktörlerin tükenmişlik üzerinde etkili olduğu tespit edildi.

Hastaların ve yakınlarının stresle başa çıkma tarzlarında etkili yöntemler olarak düşünülen tarzları daha fazla kullandıkları tespit edildi. Bakım verenlerden kadınların erkeklere oranla etkisiz yöntemlerden olan çaresiz yaklaşımı daha fazla kullandıkları tespit edildi. Stresle başa çıkmada etkili yöntemi kullananların diğerlerine oranla daha az tükenmişlik yaşadıkları görüldü. Etkisiz yöntemi kullananların ise daha fazla tükenmişlik yaşadıkları tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamızda bakım veren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin ve stresle başa çıkma tarzlarının tükenmişlik üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Bu anlamda saptanan risk faktörlerine ve stresle etkin başa çıkma tarzlarının benimsenmesine yönelik hazırlanacak eğitim ve müdahale programlarının, tükenmişliğin fark edilmesi ve önlenmesinde etkili olacağını düşünmekteyiz.

ABSTRACT

BURNOUT AMONG CANCER PATIENTS AND CAREGIVERS AND THEIR STYLES OF COPING WITH STRESS

Introduction and Aim of Study: Burnout syndrome, which has an impact on individuals' professional lives, has drawn attention in recent years as the focus of various research studies. Caregivers who provide care for patients with chronic illness constitute an important group of participants on which the research has been conducted so far. It is believed that chronic stress can lead to burnout, and thus it can be inferred that there is a relationship between individuals' burnout and their styles of coping with stress. In this study, it is aimed to examine not only the factors that affect caregiver burnout but also the styles of both patients who receive treatment at Adnan Menderes University Research and Training Hospital and their caregivers regarding coping with stress.

Material and Methods: 240 caregivers and also 240 patients who received treatment in the Oncology Clinic and Outpatients Chemotheraphy Unit at Adnan Menderes University Research and Training Hospital between 01.02.2016-31.05.2016 attended the study which was designed as cross-sectional analytical research. The questionnaire used in the study consisted of two parts for the patients and three parts for the caregivers. The first parts of the questionnaires covered socio-demographic characteristics of the participants and questions investigating various factors that may be related to burnout. Moreover, The Stress Coping Style Inventory (SCSI) that evaluates individuals' styles of coping with stress was used in the second part of the questionnaires. In the third part, administered only to the caregivers, Maslach Burnout Inventory (MBI) that aims to evaluate the state of burnout that individuals experience was used. The part of the questionnaires related to socio-demographic characteristics of the participants was conducted by the researcher as a face-to-face survey. However, both the patients and caregivers were asked to answer the rest of the questionnaires by themselves. The data gathered from the participants was analysed through a program for statistical analysis, SPSS 17.0.

Results: The results showed that female caregivers who attended the present study were more emotionally and socially exhausted compared to male caregivers. It was also found that the caregivers' levels of burnout increased as the patients' disease progressed. Furthermore, as the length of time a patient receive care increased, individuals experienced

more desensitisation. Socio-demographic characteristics such as the caregivers' income status, habits of smoking and drinking alcohol, prior experience of caregiving, the presence of other family members in need of nursing at home either have very limited or no impact at all on burnout.

It was found that the caregivers who were employed experienced less burnout. Also, factors such as the fact that caregivers also have a chronic illness and that they live in the same house with the patient, the caregivers' educational background, marital status, relationship with the patient and lack of other individuals who might provide care for the patient take effect on burnout.

The results demonstrated that both the patients and the caregivers used strategies that are believed to be effective more than ineffective ones. Female caregivers used helpless approach, which is one of the ineffective strategies, more than male caregivers. It was revealed that the individuals who used effective strategies to cope with stress experienced less burnout compared to others. It was also found out that the ones who used ineffective strategies experienced more burnout.

Conclusion: In the present study, it was revealed that the caregivers' socio-demographic characterisitics and their styles of coping with stress have an influence on burnout. Therefore, it is believed that both training and intervention programs regarding risk factors and also aiming to make individuals adopt effective styles to cope with stress will be useful not only to take into consideration but also to prevent burnout.

KAYNAKLAR

1. (Kanser Daire Başkanlığı http://kanser.gov.tr/Dosya/caistatistik/ANArapor2012sooonn .pdf Erişim tarihi:01.05.2016)

2. Atıcı, E. (2007). Tıp Tarihinde Kanser ve Lösemi, Türk Onkoloji Dergisi, 22(4): 197-204

3. Şahin ZA. Polat H. Ergüney S. Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009, 12:1-9.

4. Schulz, R., Sherwood, P. R. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. The American Journal of Nursing, 108 (9): 23–27

5. Uğur, Ö., Fadıloğlu Ç., (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doktora Tezi, İzmir

6. Selye H. The story of the adaptatıon syndrome, The American Journal of the Medical Sciences, 1952, 224,6:711.

7. Selye H. The physiology and pathology of exposure to stress, England: Acta, Inc,1950, 822:203.

8. Dindo L, Recober A, Marchman J, Hara MW, Turvey C. One-day behavioral intervention in depressed migraine patients: effects on headache, The Journal of Headache and Pain, 2014, 54:528-538.

9. Şahin NH, Stresle Başa Çıkma. 1994. Türk Psikologlar Derneği Yayını No:2. Özyurt Matbaası, Ankara.

10. Mercan S, Altunay İK. Psikiyatri ve Dermatolojinin Ortak Çalışma Alanı: Psikodermatoloji. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006; 17(4): 305-13.

11. Maslach C, Jackson SE (1986). Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA Consulting Psychologist Press

12. Ören N, Türkoğlu H. Öğretmen Adaylarında Tükenmişlik. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İlke), 2006; (16): 1-10.

13.Johnson, R.M., Gorman, L. M., Bush, N. (2006). Psychosocial Nursing Care Along The Cancer Continuum. ONS Publishing Division, Piittsburg, Pennsylvania, p: 585- 610.

14. (http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/what-is-cancer)

15. Sigerist HE. The historical development of the pathology and therapy of cancer. In: Marti-Ibanez F, editor. On the history of medicine. New York: MD Publications Inc; 1960. p. 59-65.

16. Cancer. World Health Organization (WHO). http://www.who.int/mediacentre/ factsheets/fs297/en/inde x.html Erişim tarihi: 01.05.2016

17. International Agency For Research On Cancer (IARC). Cancer Worldwide. In: Stewart B, Wild CP, eds. World Cancer Report 2014. IARC Nonserial Publication; 2014. p.16-81.

18. (National Academia of Science. Delivering high-quality cancer care: Charting a new course for a system in crisis. Institute of Medicine of National Academies[serialontheInternet]September2013[citedMay2015].Erişimadresi:https://www.iom.edu/~/media/Files/Report%20Files/2013/Quality-Cancer-Care/qualitycancercare_rb.pdf 03.05.2016)

19. International Agency for Research on Cancer (IARC). World Cancer Report 2008. (Edited by Peter Boyle and Bernard Levin) Lyon; 2008.).

20. (Kanser Daire Başkanlığı http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ ANA_rapor_2013v01_2.pdf).

21. (Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0. IARC Cancer Base No. 5. Lyon, IARC Press.).

22. (International Agency For Research On Cancer (IARC). Press release N° 224, Lyon–London, 3 February 2014).

23. (Merlo LM,Pepper JW,Reid BJ ve Çal.ark.(2006).Canser as an evolutionary and ecological process.Nat Rev Cancer 6:924-935)

24. (Ringer DP,Schnipper LE. Principles of Cancer Biology. İn:Lenhard RE, Osteen RT,Gansler T;eds. Clinical Oncology Atlanta: American Cancer Society; 2001:21-35.

25. Dalay N.Kanser Biyolojisi. Topuz E, Aydıner A, Karadeniz AN;eds. Klinik Onkoloji.İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitisü Yayınları;2000:48-53).

26. (Siemiatycki J,Richardson L,Boffetta P (2006).Occupation In:Schottenfeld D,Fraumeni JF,eds.,Cancer epidemiology and prevention:New York:Oxford University Press:322-354).

27. (Katsouyanni K and Pershagen G(1997).Ambient air pollution exposure and cancer.Cancer Causes Control 8:284-291).

28. Yarbro, C. H., Frogge, M. H., Goodman, M. (2005). Cancer Nursing Principles And Practice. Jones And Bartlett Publishers. Massachusetts.

29. (Parkin DM (2006).The global healt burden of infection-associated cancers in the year 2002.(Enfeksiyon ile ilişkili kanserlerin 2002 yılı dünya genelinde sağlık yükü) Int J Cancer 118;3030-3044).

30. (Cogliano V, Baan R, Straif K ve diğerleri(2005).Carcinogenicity of human papilloma virusses. Lancet Oncol 6:204).

31. (IARC (2002).IARC Handsbooks of Cancer Prevention Volume 6.Weight control and physical activity.Lyon,Fransa. International Agency for Research on cancer.)

32. (IARC(2000).IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans,volume 75, lonizing radiation, part 1: X and Gamma-radiatıon and Neutrons.Lyon,France:İnternatıonal Agency for Research on Cancer).

33. (Cardis E, Krewski D, Boniol M, ve diğerleri (2006).Estimates of the cancer burden in Europe from radioactive fallout from the Chernobyl accident.Int J Cancer 119:1224-1235).

34. IARC (1992) .IARC Monographs on the monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans,volume 55. Lyon,Fransa. International Agency for Research on cancer.

35. Toseland, R.W., Smith, G., and McCallion, P. (2001) Family caregivers of the frail elderly", handbook of social work practice with vulnerable and resilent populations (Gitterman, A. eds). Columbia University Press, Newyork. s.548-581.

36. Özgen, Ö., Babekoğlu, Y. (2001). Yaşlı, Aile ve Toplum: Değişen Roller, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 1(1): 44-50.

37. Archbold, P.G., Stewart, B.J., Greenlıck, M.R.,Harvath, T. (1990). Mutuality and Preparedness as Predictors of Caregiver Role Strain, Research in Nursing and Health, 13: 375–384.

38. Alpteker H. 65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2008.

39. Bayramova N. Amiyotrofik Lateral Skleroz'lu (ALS) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2008.

40. Chou, K.R. (2000) Caregiver Burden: A concept analiysis. J Pediatr Nurs, 15 (6): 398-407.

41. Honea, N.J., Brıntnall, R., Gıven, B., Sherwood, P., Colao, D.B., Somers, S.C., Northouse, N.L. (2008). Caregiver Strain and Burden, Clinical Journal of Oncology, 12(3):507-516

42. Lıdell, E. (2002). Family Support-A Burden to Patient and Caregiver. European Journal of Cardiovascular Nursing, 1: 149–152

43. Um, M. ve D. F. Harrison (1998), "Role Stressors, Burnout, Mediators and Job Satisfaciton: A Stress-Strain-Outcome Model and an Emprical Test", Social Work Research, 22: 100.

44. Akpınar B. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, , 2009.

45. (Görgülü, Ü. (2010) İleri Evre Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Yorgunluk ve Uyku Kalitesine Hemşirenin Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Etkisi., Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, 270s.)

46. (Reinhard, S.C., Given, B., Petlick, N.H. and Bemis, A. (2008) Supporting Family Caregivers in Providing Care", Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses (Hughes, R.G. eds.), AHRQ Publication, Rockville, s347- 411.).

47. Akdemir, N. & Birol, L., 2005. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı.2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset

48. Torun, A. (1996). Stress ve Tükenmişlik. İçinde Tevrüz, S. (Ed.), Endüstri ve Örgüt Psikolojisi. Ankara: Türkiye Psikologlar Derneği; 43-53.

49. Selye H, Fortier C. Adaptive Reaction to Stress. Psychosom Med. 1950; 12: 149-57.

50. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu E-Dergi, 2011, 4(3):125-130

51. Lazarus, R. S., ve Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York. Springer.

52. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research, Social science & medicine, 1988, 26,3:309-317.

53. Folkman S, Lazarus RS, Schetter CD, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. Journal of Personality and Social Psychology. 1986; 50(5): 992-1003.

54. FREUDENBERGER, Herbert J. (1974), " Staff Burn-Out"Journal of Social Issues, Vol.30, Number 1, 159-165

55. O.Sürgevil, Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu, Ankara, 2006,

56. Maslach, C., ve Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113

57. Yılmaz A, Turan E. (2007) Burnout ın caregıvers of alzheımer patıents, factors leadıng to burnout and copıng ways: scıentıfic letter Turkiye Klinikleri J Med Sci, 27: 445-454.

58. Duygun T (2001) Zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinde stres belirtileri stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine olan etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

59. Yıldırım, F. (1996), Banka Çalışanlarında İş Doyumu ve Algılanan Rol Çatışması İle Tükenmişlik Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

60. Perlman, B. & Hartman, E. A. (1982). Burnout: Summary and future research. Human Relations, 35, 283-305

61. Polatçı, S. (2007). Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Gaziosmanpasa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Analiz). Yüksek Lisans Tezi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat

62. Özkan, C. (2012). Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Mersin

63. Bandura A. Social learning theory. New York: Prentice Hall; 1977:33.

64. Baysal, Asuman (1995). Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekten Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

65. Pines, A. M., & Aronson, E. (1988).Career burnout: Causes andcures. New York: Free Press

66. Edelwich, J. ve A. Brodsky (1980), Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Proffessions, Human Sciences Press, New York.

67. N. Kaçmaz, " Tükenmişlik Sendromu", İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, C. 68, S. 1, İstanbul, 2005, s.30

68. Sürgevil O., Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri, Ankara, 2006

69. Sılığ, A. (2003), Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

70. Kervancı F., Tükenmişlik Sendromunun Örgütsel Bağlılık ve İsten Ayrılma Niyetine Etkisin Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Niğde Üniversitesi, SABE , YYLT , Niğde, 2013

71. Suran, Bernard G.; Sheridan, Edward P. Management of burnout: Training psychologists in professional life span perspectives. Professional Psychology: Research and Practice, Vol 16(6), Dec 1985, 741-752

72. Aksoy, U. (2007). Eskişehir İli Özel Eğitim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir

73. Shirom A. 1989. Burnout in work organizations.In *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, ed. CL Cooper, I Robertson, pp. 25–48. New York:Wiley

74. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 397-422.

75. B. Çapri, B. Gündüz, Üniversite Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi Examining of the Burnout Level of University Students *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi* 38 *Dergisi, 19 (2012) 38-55*

76. Maraşlı, M. (2005). Bazı özelliklerine ve öğrenilmiş güçlülük düzeylerine göre lise Öğretmenlerinin tükenmişlik düzeyleri. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 23 (3), 27-33

77. M. Ertürk, Özel ve Devlet Okullarında Çalışan Okul Öncesi Öğretmenlerin Demografik Değişkenlere Bağlı Olarak Mesleki Tükenmişlik ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması, MÜ, SBE, YYLT, İstanbul, 2012, s.35

78. Türkçarpar, Ü. Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Farklı Değişkenlere Göre Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. TSA / Yıl: 15 S: 3, Aralık 2011

79. Byrne, B.M. (1994). Burnout: Testing for the Validity, Replication, and Invariance of Causal Structure Across Elementary, Intermediate, and Secondary Teachers, *American Educational Research Journal,* 31 (3), 645-673.

80. A.Baltaş - Z.Baltaş, Stres ve Başa Çıkma Yolları, İstanbul, 2002, s.77

81.Y. Kayabaşı, "Bazı Değişkenler Açısından Öğretmenlerin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri", Gazi Üniversitesi (GÜ), Sosyal Bilimler Ensitütisü Dergisi(SBED), S.20, Ankara, 2008, s. 192 – 193

82. Handbook on Burnout and Sleep Deprivation chapter 14

83. Tutar, H. (2007). Kriz ve Stres Yönetimi, Seçkin Yayıncılık, Ankara. S.217

84. CAN, H., AŞAN, Ö. AYDIN, E.M. (2006). Örgütsel Davranış, Arıkan Basım Yayım Dağıtım, İstanbul s:250

85. Eren, E., (2004). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul s.306

86. Çam, O. (1992), "Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenilirliğinin Araştırılması", 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Hacettepe Üniversitesi, Editörler: R. Bayraktar ve İ. Dağ, Ankara, 155-160.

87. Nagy, S., Davis, L. G. (1985). "Burnout: A Comparative Analysis of Personality and Environmental Variables." Psychological Report 57: 1319-1326

88. Çan E, Yavuzyılmaz A, Çan G, Özgün ġ. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi"ndeki Araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. O.M.Ü. Tıp Dergisi 2006;23(1):17–24.

89. Sweeney, John T. ve Summers, Scott L.. (2002), "The Effect of the Busy SeasonWorkload On Public Accountants' Job Burnout", Behavioral Research In Accounting 14, 223-245

90. Maslach, C. ve M. P.Leiter (1997), The Truth about Burnout, Jossey-Bass, San Francisco, Ca.

91. Depression: What is burnout syndrome? U.S. National Library of Medicine. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072470/. Accessed Aug. 28, 2015.

92. Kaçmaz, Nazmiye (2005), "Tükenmişlik (Burnout) Sendromu" İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi Cilt.68, sayı:1,29-32

93. Sabuncuoğlu Z. Örgütsel Psikoloji 2. Baskı, Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları; 1996

94. Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ örneği). Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008;10(2):69-96

95. Erçevik R., Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik, Tükenmişlik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Haliç Üniversitesi , SABE, YYLT, İstanbul, 2010

96. Özler, D. E., (2010).Örgütsel Davranışta Güncel Konular. ss.287-309,Seçkin Yayıncılık: İstanbul.

97. Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. Issues Ment Health Nurs 2003; 24: 175-198.

98. KOKURCAN A. Şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarında tükenmişlik, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2014 tartışma+

99. McManus, I.C., Qinder, B.C., Gordon, D. (2002). The Causal Links Between Stress and Burnout in a Longitudinal Study of UK Doctors. The Lancet, 359: 20, 89-90.

100. Maslach, Christina; Jackson Susan,E .(1985). The Role of Sex and Family Variables in Burnout, Journal Article, sex roles, vol 12, nos 7/8

101. Jones SL, Roth D, Jones PK. Effect of demographic and behavioral variables on burden of caregivers of chronic mentally ill persons. Psychiatric Services 1995; 46: 141-145.

102. Ergin, C. (1992), "Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Uyarlanması", 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Hacettepe Üniversitesi, Editörler: R. Bayraktar ve İ. Dağ, Ankara, 143-154.

103. HahnMary K, Carlotto S. The Burnout Syndrome in monitors that act in a foundation of special protection. Diversitas Perspectiv Psicol. 2008; 4(1):53-62.

104. Cordes CL, Dougherty TW. A Review and an Integration of Research on Job Burnout, The Academy of Management Review, 1993;18(4): 621–656

105. Walters, V. (1993). Stress, Anxiety and Depression Women's Accounts of Their Health Problems Soc Sci Med, 36(4); 393-40

106. Weissman, M. M., Myers, J. K. and Thompson, W. D. (1977). Depression and its treatment in a us urban community 1975-1976. Arch Gen Psychiatry, 38; 417-21.

107. Upadhyaya, G.R., Havalappanavar, N. B. (2008). Stress in parents of the mentally challenged. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 34: 53-55

108. Scazufca M, Kuipers E (1996) Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia Br J Psychiatry. May;168 (5): 580-7.

109. Chiou JC, Chang H, Chen IP, Wanga HH. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2009; 48: 419- 424.

110. Uçman P, Ülkemizde çalışan kadınlarda stresle başa çıkma ve psikolojik rahatsızlıklar. Psikoloji Dergisi. 1990; 7(24), 58-75.

111. Şahin NH, Durak-Batıgün A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlaması, Türk Psikoloji Dergisi. 1995; 10(34): 56-73.

112. Dyson, L. Stephan. (1993). Responce to The Presence Of A Child With Disabilities: Parental Stress And Family Functioning Over Time. American Journal on Mental Retardation, 98(2), 207-218

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

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

115. Blieszner R, Alley J. Family caregiving for the elderly: an overview of resources. Family Relations 1990; 38: 97-102.

116. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. Int J Nurs Stud 2000; 37: 37–43.

117. LOHNE, V., MIASKOWSKI, C., RUSTOEN, T. (2012). The Relationship Between Hope And Caregiver Strain in Family Caregivers of Patients with Advanced Cancer, Cancer Nursing, 35(2): 99-105.

118. Williams AM. Carecivers of persons with stroke: their physical and emotional welbeing. Quality of Life, 1993, 2:213-220.

119. Aydın Ö, Göçmen AY, Okyay MY, Çağlayan EK. Diyabetik Hastalar ve Obezlerde Tükenmişlik Sendromu ve Hematolojik Parametreler, Bozok Tıp Derg 2013;3(3):1-5

120. Şayan E. Kanserde Depresyon ve Tükenmişlik. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü.

121. TUNA M. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Sosyal Desteğin Rolü. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü.

122. Nergiz H. Görme Engelli Çocuk Ebeveynlerinin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi ve Tükenmişlik İle Yaşam Doyumuna Yönelik Yordayıcı Değişkenler. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

123. Kafadar TM. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri. Tıpta Uzmanlık Tezi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

124. Mutlu H. Engelli Çocuğa Sahip Olan Kadınların Tükenmişlik Duyguları ve Evdeki Çocukla İlgili İş Bölümü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı

125. Yıldız C. Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşam Doyumları ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2015

126. Yacı Ö. Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yükü ve Depresyonun Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. 2011

127. Karaarslan A. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

128. Berber K. Akciğer Kanserli Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Sorunları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

129. Akpınar B. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2009.

130. Or R. Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yükü ve Bakım Verenin İyilik Hali. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

131. Çitken A. Kronik İdiopatik Ürtiker Hastalarında Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Strsli Yaşam Olaylarının İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

132. Saygı A. Kanserli Çocukların Primer Bakım Vericilerinin Yaşadıkları Psikososyal Güçlükler İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

133. Yılmaz Dileköz A. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişilik ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. 2003

Ek 1. Hasta Sosyodemografi Formu

KANSER HASTALARI VE BAKIM VEREN YAKINLARININ TÜKENMİŞLİK DURUMLARI VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI

Sayın katılımcı;

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Fatih ULUDAĞ'ın tez çalışmasıdır. Bu çalışma ile bir üniversite hastanesinde tedavi gören kanser hastalarının ve onlara bakım veren yakınlarının tükenmişlik durumları ve stresle başa çıkma tarzalarını değerlendirmeyi amaçlamaktayız. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Elde edile veriler çalışma amaçları dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Ayfer Gemalmaz
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Hastanın

1. Adı soyadı:…….
2. Cinsiyetiniz: (1) Kadın (2) Erkek
3. Yaşınız:…….
4. Medeni durumunuz: (1) Evli (2) Bekar (3)Dul/boşanmış
5. Eğitim durumunuz: (1) Okuryazar (2) İlköğrenim (3) Lise (4) Üniversite
6. Çalışma durumunuz: (1) Çalışıyor (2) Emekli (3) Malulen emekli (4) Çalışmıyor
7. Hastalığınızın tanısı:…….. …….
8. Tanı aldığı tarih:…….. …….
9. Tanı aldığınızdan itibaren geçen süre?..... …….
10. Aldığınız tedaviler (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
(1) Kemoterapi (2) Radyoterapi (3) Cerrahi
11. Hastalık sürecinde size yardımcı olan birisi var mıydı?.....
12. Hastalığınız ile ilgili size bilgi verildi mi? (1)Evet (2) Hayır

13. Hayır ise verilmesini ister misiniz? (1)Evet (2) Hayır

14. Evet ise nereden bilgi edindiniz? (1)Doktor/Hemşire (2)İnternet (3)Dergi (4)Diğer

15. Hastalığınızın evresi: (1) Lokal erken (2) Metastatik ileri

16.Nüks veya relaps var mı? (1)Evet (2) Hayır

Ek 2. Bakım Veren Sosyodemografi Formu

KANSER HASTALARI VE BAKIM VEREN YAKINLARININ TÜKENMİŞLİK DURUMLARI VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI

Sayın katılımcı;

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Fatih ULUDAĞ'ın tez çalışmasıdır. Bu çalışma ile bir üniversite hastanesinde tedavi gören kanser hastalarının ve onlara bakım veren yakınlarının tükenmişlik durumları ve stresle başa çıkma tarzalarını değerlendirmeyi amaçlamaktayız. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Elde edile veriler çalışma amaçları dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Ayfer Gemalmaz
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Bakım verenin

1. Adı soyadı:…….
2. Cinsiyeti: (1) Kadın (2) Erkek
3. Yaşı:…….
4. Eğitim durumu: (1) Okuryazar (2) İlköğrenim (3) Lise (4) Üniversite
5. Medeni durumu (1) Evli (2) Bekar (3)Dul/boşanmış
6. Çalışma durumu: (1) Çalışıyor (2) Emekli (3) Çalışmıyor
7. Çocuk sayısı:……..
8. Gelir düzeyi: (1) Çok iyi "5000 TL üzeri" (2) İyi "3000-5000TLl"
(3) Orta "1300-2999 TL" (4) Kötü "asgari ücret ve altı"
9. Sigara/alkol tüketiyor musunuz? (1)Evet (2)Hayır
10. Fiziksel ve/veya psikiyatrik tanı almış kronik bir hastalığınız varmı? (1) Evet (2) Hayır
11. Evet ise belirtiniz: (1) Hipertansiyon (2) Diyabet (3) KOAH (4) Depresyon
(5) Tiroid hastalığı (6) Kalp hastalığı (7) Romatizmal hastalık (8) Diğer……
12. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?.....
13. Evde bakıma muhtaç başka birey varmı? (1)Evet (2) Hayır

14. Hastayla yakınlık dereceniz:

(1) Anne/Baba (2) Eşi (3) Çocuğu (4) Kardeşi (5) Diğer

15. Hastanızın hastalığını biliyor musunuz? (1)Evet (2) Hayır

16. Bu hastalık ile ilgili bilginiz var mı? (1)Evet (2) Hayır

17. Evet ise nereden bilgi edindiniz? (1)Doktor/Hemşire (2)İnternet (3)Dergi (4)Diğer

18. Hastanız hastalığını biliyor mu? (1)Evet (2) Hayır

19. Hayır ise hastalığını bilmesini ister misiniz? (1)Evet (2) Hayır

20. Cevabınız HAYIR ise neden istemezsiniz**?**.....

21. Kanser hastalığının genetik olabileceğini düşünüyor musunuz? (1)Evet (2) Hayır

22. Başka yakınlarınızda bu hastalık var mı? (1)Evet (2) Hayır

23. Hasta ile aynı evde mi yaşıyorsunuz? (1)Evet (2) Hayır

24. Evet ise ne kadar zamandır hasta ile birlikte yaşıyorsunuz?.....

25. Ne kadar zamandır hastanıza bakım veriyorsunuz?.....

26. Hastanızın bakımı günlük ortalama kaç saatinizi alıyor?.....

27. Hastanın hangi şikayetleri sizi daha çok zorluyor/etkiliyor?.....

28. Hastanıza hangi alanda bakım veriyorsunuz?

(1)Maddi destek (2)Psikolojik destek (3)Tüm ihtiyaçlarını karşılıyorum

29. Hastanızın bakımında size yardımcı olan birileri varmı? (1)Evet……..... (2) Hayır

30. Bakım verici olmak hayatınızı ne kadar zorlaştırıyor?

(1) Hiç (2)Hafif (3) Orta (4) Ağır (5) Çok ağır

31. Hastanız evde mi bir bakım evinde mi daha iyi bakılır?(1)Evde (2)Bakımevinde

32. Hastanızda aşağıdaki durumlardan hangisi/hangileri var? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

(1)Ağrı (2)Bulantı/kusma (3)Sinirlilik (4)İştahsızlık (5)Uykusuzluk

(6)İlaç almak istememek (7) Hastaneye gitmek istememek (8) Diğer……

33. Bakım vermeden önce kendi sağlığınızı algılama düzeyiniz nasıldı?

(1) İyi (2)Orta (3) Kötü

34. Bakım veriyor iken kendi sağlığınızı algılama düzeyiniz nasıl?

(1) İyi (2)Orta (3) Kötü

35. Daha önce herhangi başka bir hastaya bakım verdiniz mi? (1)Evet (2) Hayır

36. Evet ise kime…….Ne kadar zaman…….. Hastalığı……..

Ek 3: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılarla ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse %0'ın altında ki parantezin içine (X) işareti koyun. Çok uygun ise %100'ün altındaki parantezi işaretleyin. Diğer cevaplar için ise size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor? / Size ne kadar uygun?

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA....	%0	%30	%70	%100
1. Kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
2. İyimser olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
3. Bir mucize olmasını beklerim	( )	( )	( )	( )
4. Olayı/olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim	( )	( )	( )	( )
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
11. Olayları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam	( )	( )	( )	( )
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
13. İş olacağına varır diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	( )	( )	( )	( )
15. Problemin çözümü için adak adarım	( )	( )	( )	( )
16. Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	( )	( )	( )	( )
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
19. Herşeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	( )	( )	( )	( )
20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )

21. Mücadeleden vazgeçerim ( ) ( ) ( ) ( )

% 0 %30 %70 %100

22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm ( ) ( ) ( ) ( )

23. Hakkımı savunabileceğime inanırım ( ) ( ) ( ) ( )

24. Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim ( ) ( ) ( ) ( )

25. "Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürdüm ( ) ( ) ( ) ( )

26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim ( ) ( ) ( ) ( )

27. "Benim suçum ne" diye düşünürüm ( ) ( ) ( ) ( )

28. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm ( ) ( ) ( ) ( )

29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım

( ) ( ) ( ) ( )

30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığı beni rahatlatır ( ) ( ) ( ) ( )

Ek 4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Sizden istenen her bir ifadenin örneklediği durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığına çarpı (X) işareti koyarak belirtmenizdir.

MADDELER:

1.Hastamdan soğuduğumu hissediyorum.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

2.Gün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

3.Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

4.Hastamın ne hissettiğini hemen anlarım.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

5.Hastama sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

6.Bütün gün hastamla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

7.Hastamın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

8.Hastamın bakımına yönelik yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

9.Yaptığım şeylerle hastamın yaşamına katkıda bulunduğuna inanıyorum.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

10.Hastamla birlikte olmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

11.Hastamın bakımının beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

12.Çok şeyler yapabilecek güçteyim.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

13.Hastamın beni kısıtladığını düşünüyorum.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

14.Hastamın bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

15.Hastama ne olduğu umurumda değil.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

16.Doğrudan doğruya hastamla ilgilenmek bende çok fazla stres yaratıyor.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

17.Hastamla aramda rahat bir hava yaratırım.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

18.Hastamla birlikte olduktan sonra kendimi canlanmış hissederim.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

19.Hastamın bakımına yönelik birçok kayda değer başarı elde ettim.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

21.Hastamla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )

22.Hastamın bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandığını hissediyorum.

Hiçbir zaman ( ) Çok nadir ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman ( )