



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PALYATİF BAKIM ANABİLİM DALI
PALYATİF BAKIM YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KANSER HASTALARINA PRİMER BAKIM VEREN YAKINLARININ
SOSYAL DESTEK ALGILARININ STRES DÜZEYİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cengiz GÜNDÜZ

Danışman: Doç. Dr. Medine KOÇ

TOKAT- 2024

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Medine KOÇ danışmanlığında hazırlamış olduğum “**Kanser Hastalarına Primer Bakım Veren Yakınlarının Sosyal Destek Algılarının Stres Düzeyine Etkisi**” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

30/01/2024

Cengiz GÜNDÜZ

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanması aşamalarında akademik bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak hem bilimsel hem de manevi desteğini sonsuz hissettiğim, her aşamada bana sabırla yol gösteren danışmanım Sayın Doç. Dr. Medine KOÇ'a,

Hayatım boyunca iyi ve başarılı bir insan olmam için çabalayan ve beni bu ilkelerle yetiştiren, güven ve desteklerini her an hissettiğim sevgili annem ve babama,

Tüm bu süreçte her zaman yanımda olan bana güvenen, destekleyen, stresimi azaltan, yol gösteren ve bu hayattaki en büyük şansım olan canım eşime,

Varlığıyla ruhumu şenlendiren ve dinlendiren, gözümün nuru biricik kızıma,

Teşekkürlerimi sunarım...

ÖZET

KANSER HASTALARINA PRİMER BAKIM VEREN YAKINLARININ SOSYAL DESTEK ALGILARININ STRES DÜZEYİNE ETKİSİ

GÜNDÜZ, Cengiz

Yüksek Lisans, Palyatif Bakım Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Medine KOÇ

Ocak 2024 xviii + 93 sayfa

Bu çalışma; palyatif bakım ve tıbbi onkoloji kliniğinde yatarak tedavi edilen kanser hastalarına primer bakım veren yakınlarının sosyal destek algılarının stres düzeyine etkisi ve çeşitli değişkenlerle ilişkisini belirleme amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 5 Temmuz 2022-15 Ocak 2023 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi ile tıbbi onkoloji kliniğinde yatarak takip edilen 47 erkek ve 133 kadın olmak üzere 180 hasta yakını oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği (SBÇTÖ) ve Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu (BVSDÖF) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 25.0 programı kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, parametrik testlerden bağımsız gruplarda t testi ve Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi, Post-Hoc Tukey HSD, Tamhane's, Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Yordama gücünü saptamak üzere basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan istatistiksel testlerde %95 güven aralığı ve $p<0.05$ anlamlılık seviyesi olarak alınmıştır. Bakım verenlerin yaş ortalamasının $51,64\pm 11,78$, bakım süresinin $12,38\pm 15,40$ yıl ve günlük bakım verme süresinin $11,73\pm 4,33$ saat olduğu, bakım verenlerin %73,9'unun kadın, %83,9'unun evli, %90'ının çekirdek ailede yaşadığı, %40'ının ilkokul mezunu ve %93,3'ünün çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %71,1'i sosyal güvencesinin olduğunu, %58,3'ü çalışmadığını, %59,4'ü ev hanımı olduğunu ve %44,4'ü gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bakım verenlerin %41,7'si bakım verdikleri hastanın çocuğu olduğunu, %61,7'si yardım aldıklarını, %72,3'ü fiziksel ihtiyaçlarını karşıladığını ve %63,3'ü hastası ile iyi derecede ilişkisi olduğunu ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin

%56,1'inin kronik hastalığı olduğu, %36,1'inin hipertansiyon tanısı aldığı, %9,4'ünün tanı konmuş ruhsal hastalığı olduğu (depresif bozukluk), %95'inin ruhsal destek almadığı, %6,1'inin ruhsal sorununa yönelik ilaç kullandığı, %94,4'ünün ruhsal destek alma düşüncesinin olmadığı belirlenmiştir. Bakım verilen hastaların hastaların hastalık sürelerinin $19,67 \pm 23,13$ yıl olduğu, %65,6'sının çalışmadığı ve %96,1'inin aile bireyleri ile yaşadığı belirlenmiştir. %56,1'i bakım verilen hastalarının sağlık durumunu “orta” olarak ifade etmiştir. Hastaların %25'inin mide kanseri ve %48,9'unun Evre 3 olduğu; %69,4'ünün kemoterapi, %25'inin radyoterapi ve %7,8'inin hormonterapi aldığı saptanmıştır. Bakım verenlerin BVSDÖF ve SBÇTÖ puan ortalamalarına bakıldığında bakım verenlerin BVSDÖF Araçsal Destek alt boyut puan ortalamasının $19,89 \pm 3,30$, Bilgi Desteği alt boyut puan ortalamasının $9,43 \pm 1,88$, Duygusal Destek alt boyut puan ortalamasının $8,87 \pm 1,60$ ve toplam ölçek puan ortalamasının $38,20 \pm 5,92$ olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin SBÇTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Boyut puan ortalamasının $13,00 \pm 2,45$, İyimser Yaklaşım Alt Boyut puan ortalamasının $9,51 \pm 1,81$, Çaresiz Yaklaşım Alt Boyut puan ortalamasının $10,68 \pm 3,03$, Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyut puan ortalamasının $9,13 \pm 2,20$, Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyut puan ortalamasının $6,20 \pm 1,95$ ve toplam puan ortalamasının $48,53 \pm 4,03$ olduğu belirlenmiştir. BVSDÖF ile SBÇTÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile SBÇTÖ'nin Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır. BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile SBÇTÖ'nin Çaresiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki vardır. Yaptığımız çalışmada, primer bakım verenlerin çevresinden sağladıkları sosyal destek ile stresle başa çıkma arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sosyal destek, primer bakım verenlerin kendine güvenini, iyimserliğini, sosyal desteğe gereksinim duyduklarında çevresinden talep edebilme seviyesini olumlu yönde etkilediği, sosyal desteğin primer bakım verenlerin çaresiz hissetmelerini ve boyun eğici davranış sergilemelerini azalttığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Bakım Veren, Sosyal Destek, Stres Düzeyi, Hasta Yakını

ABSTRACT**THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT PERCEPTIONS OF RELATIVES WHO PROVIDE PRIMARY CARE TO CANCER PATIENTS ON STRESS LEVEL****GÜNDÜZ, Cengiz**

Master Thesis, Department of Palliative Care

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Medine KOÇ

January 2024 xviii + 93 pages

This work; It was conducted in a descriptive, cross-sectional and correlational type to determine the effect of social support perceptions of relatives who provide primary care to cancer patients treated as inpatients in palliative care and medical oncology clinics on stress levels and its relationship with various variables. The sample of the study consisted of 180 patient relatives, 47 men and 133 women, who were followed up as inpatients at Tokat Gaziosmanpaşa University Palliative Care Application and Research Center and medical oncology clinic between 5 July 2022 and 15 January 2023. The data of the study were collected by face-to-face interview method using the Descriptive Characteristics Information Form, the Stress Coping Style Scale (SBSTS) and the Caregiver Social Support Scale Form (BVSDÖF). SPSS for Windows 25.0 program was used to evaluate the data of the research. Data were analyzed using descriptive statistics, parametric tests, t-test in independent groups, One Way Anova Analysis, Post-Hoc Tukey HSD, Tamhane's, Pearson Correlation analysis. Simple linear regression analysis was performed to determine predictive power. In the statistical tests performed, 95% confidence interval and $p < 0.05$ were taken as the significance level. The average age of caregivers is 51.64 ± 11.78 , the duration of care is 12.38 ± 15.40 years and the daily caregiving time is 11.73 ± 4.33 hours. 73.9% of the caregivers are women, 83% are women, It was determined that 9 of them were married, 90% lived in a nuclear family, 40% were primary school graduates and 93.3% had children. 71.1% of caregivers stated that they had social security, 58.3% did not work, 59.4% were housewives and 44.4% stated that their income was more than their expenses. 41.7% of caregivers stated that the patient they cared for had a child, 61.7% stated that they received help, 72.3% stated that their physical needs were met, and 63.3% stated that they had a good relationship with their patient. 56.1% of caregivers had a chronic disease, 36.1% were diagnosed with hypertension, 9.4% had a diagnosed mental illness (depressive disorder), 95% did

not receive psychological support, 6.1% It was determined that 100,000 people used medication for their mental problems and 94.4% of them had no idea of getting psychological support. It was determined that the duration of illness of the patients receiving care was 19.67 ± 23.13 years, 65.6% were not working and 96.1% were living with family members. 56.1% stated the health status of their patients receiving care as "fair". 25% of the patients had stomach cancer and 48.9% had Stage 3; It was determined that 69.4% received chemotherapy, 25% received radiotherapy and 7.8% received hormone therapy. When we look at the mean scores of the caregivers on the BVSDÖF and SBST, the mean score on the Instrumental Support sub-dimension of the caregivers is 19.89 ± 3.30 , the mean score on the Information Support sub-dimension is 9.43 ± 1.88 , and the mean score on the Emotional Support sub-dimension is 8.87 ± 1.60 and the total scale score average was found to be 38.20 ± 5.92 . Caregivers' SDTS Self-Confident Approach Sub-Dimension mean score is 13.00 ± 2.45 , Optimistic Approach Sub-Dimension mean score is 9.51 ± 1.81 , Helpless Approach Sub-Dimension mean score is 10.68 ± 3.03 , Submissive Approach Sub-Dimension mean score is 13.00 ± 2.45 . It was determined that the Dimension mean score was 9.13 ± 2.20 , the Social Support Seeking Approach Sub-Dimension mean score was 6.20 ± 1.95 , and the total score mean was 48.53 ± 4.03 . A statistically significant relationship was found between the BVSDSF and SBST scores averages ($p < 0.05$). There is a statistically significant and positive relationship between the BVSDÖF and all subscale score averages and the Self-Confident Approach, Optimistic Approach and Social Support Seeking Approach subscale score averages of the SBSTÖ. There is a statistically significant and negative relationship between the mean scores of the BVSDS and all subscales and the helpless approach and submissive approach subscales of the SBST. In our study, it was determined that there is a strong relationship between the social support provided by primary caregivers from their environment and coping with stress. It has been observed that social support positively affects primary caregivers' self-confidence, optimism, and ability to ask for social support from those around them when they need it, and that social support reduces primary caregivers' feelings of helplessness and submissive behavior.

Keywords: Cancer, Caregiver, Social Support, Stress Level, The Relatives of the Patient

İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME	vii
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI	viii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	x
ABSTRACT.....	vii
TABLolar LİSTESİ	xvi
KISALTMALAR LİSTESİ	xviii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. KANSER.....	5
2.1.1. Kanserin Tanımı	5
2.1.2. Kanser Epidemiyolojisi	5
2.1.3. Kanser Etiyolojisi.....	6
2.1.4. Kanserin Belirtileri	7
2.1.5. Kanser Tedavisi.....	8
2.2. BAKIM VERME VE PRİMER BAKIM VEREN.....	9
2.2.1. Bakım Vermenin Tanımı.....	9
2.2.2. Bakım Verenlerin Özellikler ve Bakım Verme Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar	10
2.2.3. Kanserli Hasta Yakını Olmak	12
2.3. SOSYAL DESTEK	14
2.3.1. Sosyal Desteğin Tanımı	14
2.3.2. Sosyal Desteğin Önemi	16
2.3.3. Sosyal Destek Türleri.....	17
2.4. STRES	18

2.4.1. Stres Kavramı	18
2.4.2. Stres ve Sosyal Destek.....	20
2.5. STRESLE BAŞA ÇIKMA VE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN SAĞLANMASINDA SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ROLÜ	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	25
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	25
3.5. Araştırma Soruları	25
3.6. Veri Toplama Araçları	25
3.6.2. Kişisel Bilgi Formu	26
3.6.2. Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği.....	26
3.6.3. Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu.....	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	28
3.8.1. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.8.2. Araştırmanın Güçlü Yanları	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
KAYNAKÇA.....	71
EKLER	84
ÖZGEÇMİŞ.....	93

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	30
Tablo 2. Bakım Verenlerin Hastalık Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 3. Bakım Verilen Hastanın Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Tablo 4. Bakım Verenlerin Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamaları.....	35
Tablo 5. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 6. Bakım Verenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 7. Bakım Verilen Hastanın Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 8. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 9. Bakım Verenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 10. Bakım Verilen Hastanın Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 11. Bakım Verenlerin Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	49
Tablo 12. Kanser Hastalarına Primer Bakım Verenlerde Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından Kendine Güvenli Yaklaşım Üzerine Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	50
Tablo 13. Kanser Hastalarına Primer Bakım Verenlerde Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından İyimser Yaklaşım Üzerine Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	50
Tablo 14. Kanser Hastalarına Primer Bakım Verenlerde Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından Çaresiz Yaklaşım Üzerine Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	51

Tablo 15. Kanser Hastalarına Primer Bakım Verenlerde Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından Boyun Eğici Yaklaşım Üzerine Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	51
Tablo 16. Kanser Hastalarına Primer Bakım Verenlerde Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Üzerine Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları	52



KISALTMALAR LİSTESİ

BVSDÖF: Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu

GLOBACAN: Küresel Kanser Gözlemevi

HPV: Human papilloma virüs

IARC: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı

SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde ortalama yaşam süresinin uzaması, teknolojinin sağlık alanında etkin kullanılmasıyla tanı ve tedavi yöntemlerinde görülen yenilikler, sağlık sistemlerinden yararlanma ve sağ kalım oranlarının artması gibi nedenler kanseri kronik bir hastalık konumuna getirmiştir (Dedeli ve ark., 2008). Kanser gelişmiş ülkelerde sık görülen, gelişmekte olan ülkelerde de görülme sıklığı giderek artan, her bölgede, her yaştaki bireyin yakalanabileceği, coğrafi sınırı olmayan evrensel bir hastalık niteliğindedir. Kanser dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Babaoğlu & Öz, 2003). Teşhis konulan hastayla birlikte aile fertleri, hastanın yakın çevresi ve özellikle bakım veren bireyler bu süreçten çok fazla etkilenirler. Kanser tanısı alan hasta sayısının artması aynı oranda bakım verenlerin de artması anlamına gelmektedir. Hastalık tanısı konulduktan sonra bakım veren bireye de önemli sorumluluklar yüklenir. Bir yakınına kanser teşhisinin konulması birey için zor bir deneyimken, hastanın karşılaştacağı belirsizlikler, hastalık süreci, süreçle ilgili problemleri çözme, hastasının kendisine, hastalığına ve tedavi sürecindeki motivasyonunu arttırma ve bu motivasyonu sürdürme bakım veren aile bireylerine düşen ağır ve ciddi sorumluluklardandır (Çetinkaya, 2006). Kanser hastasına hastalık boyunca gerekli destek ve ilgiyi göstermek, bazen de fiziksel olarak günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmak ve hastanın diğer gereksinimlerine destek olmak tam zamanlı bir işe dönüşmektedir (Girgis & Lambert, 2009; Kim & Schulz, 2008). Bakım veren birey, hastanın kişisel bakımını ve günlük yaşam aktivitelerini destekleme, tedavi sürecini kontrol etme, sosyal, duygusal ve finansal destek sağlama gibi birçok sorumluluk üstlenirken bakım verdiği hastanın gereksinimlerini karşılamaya çalışması nedeniyle kendi duygularını ve ihtiyaçlarını önemsememektedirler. Bu da bakım veren bireyin sağlığının bozulması, stres yaşaması ve ruhsal sorunların gelişmesine neden olabilmektedir (Karabulutlu, 2014). Şentürk ve ark., (2018), kanserin hasta yakınları üzerinde yarattığı etkiyi incelemek amacıyla yaptığı literatür çalışmasında kanserli hasta yakınlarının yaşadığı fiziksel sorunlar olarak iştahsızlık, yorgunluk, baş ağrısı; duygusal sorunlar olarak üzüntü, karamsarlık, korku, öfke, stres, depresyon, anksiyete; sosyal sorunlar olarak ise yalnızlık, iş kaybı ve sosyal izolasyon gibi problemler yaşadıkları sonucuna ulaşmışlardır.

Hasta yakınlarının hastalık sürecinde yaptığı davranışlar ve benimsedikleri tutum hastanın kanserle baş etme sürecini ciddi şekilde etkilemektedir. Bu nedenle tedavi sürecinin en önemli parçasını oluşturan hastaya bakım verilirken hasta, bakım veren, ailesi ve yakınları ile bir bütün olarak değerlendirilmelidir (Nekolaichuk ve ark., 1999). Kanser adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık süresinde karşılaşılan zorlukların neticesinde yaşanan stres, hasta ve hasta yakınlarını fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir. Kanser tanısı almış bireye bakım sürecinde hastanın psikolojisinin önemli olduğu kadar, hastayla ilgilenen yakınlarının psikolojik durumları da önemlidir. Bu nedenle hasta ve yakınlarına bütüncül olarak yaklaşılmalı, tüm bireylere destek olunmalıdır (Çivi ve ark., 2011). Pakistan’da 112 kanser hasta yakını ile yapılan bir çalışmada bakım vericilerin aşırı stres ve kaygıları olduğu bulunmuştur. Diğer taraftan hastanın iyilik hali bakım vericilerin ve aile üyelerinin iyilik haliyle ilişkili olduğundan hasta yakınları da en az hastanın kendisi kadar önemsenmesi ve desteklenmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Khan ve ark., 2015).

Kanser hastalarının yaşama tutunabilmesi için, bakım verenlerin bakım konusunda üstüne düşenlerini sağlıklı bir şekilde yerine getirmesi oldukça önemlidir. Fakat bakım veren, üstüne düşen görevleri yerine getirirken, birtakım sıkıntılar yaşamakta ve çevresinin desteğine ihtiyaç duymaktadır. Çünkü bakım vermek oldukça zahmetli bir süreçtir ve iyi yönetilmediği durumda hasta bakımını olumsuz etkilemektedir (Ting Chua ve ark., 2016). Kaçmaz ve ark., (2015) yaptığı çalışmada, kanser hastalarının bakım veren/hasta yakınlarının yaşadıkları gereksinimleri bakım verme konusunda danışmanlık almak, bakımı koordine etmek, bakım sürecinde kararlar almak, hastasına konfor sağlamak gibi bakım verilen döneme özgü çeşitli ihtiyaçlar olduğunu belirlemiştir.

Bakım veren birey, hem bakım veren, hem de gereksinimleri nedeniyle bakım verilen durumunda olup belirsiz bir konuma sahiptir. Bakım verenin yaşadıkları zorluklar, hastasının fiziksel ve duygusal taleplerinden, hayatının son döneminde olmasından, acı çekmesine ve ciddi problemlere tanıklık etmekten kaynaklanabilmektedir (Hasson Ohayon ve ark., 2015). Hastalarda olduğu kadar, hastaya bakım verenler de sosyal anlamda desteklenmeye ihtiyaç duymaktadır. Bu durum sosyal destek kavramının önemini artırmaktadır (Eker ve ark., 2001). Lafcı ve ark., (2020) lisanüstü hemşirelik tezlerinde kanserli hastalarda bakım yükü ve bakım

verenlerde etkilerini araştırmak amacıyla ülkemizde yaptığı araştırmada 17'si yüksek lisans ve 2'si doktora düzeyinde olan dahil edilme kriterini karşılayan 19 teze ulaşmıştır. Yapılan çalışmalarda algılanılan sosyal desteğin yüksek olduğu, aileden algıladıkları sosyal desteğin arttığı takdirde bakım yüklerinin azaldığı, bakım yükleri çok olan bireylerin ise yaşamdan aldıkları doyumlarının azaldığı belirlenmiştir. Uğurlu'nun (2020) pediatrik onkoloji hastalarının annelerinin bakım yükü, algıladıkları sosyal destek, ebeveyn yetkinliği ve sosyal hizmet gereksinimlerinin incelenmesi amacıyla yaptığı doktora tezinde 40 hasta yakını anne ile görüşülmüş, annelerin bakım verme yükü ile algılanan sosyal desteğin aile, arkadaş ve özel bir kişi desteği boyutları ile ebeveyn yetkinliğinin sağlık boyutu arasında orta düzeyde, negatif ve anlamlı bir ilişki bulmuştur. 10 anneden toplanan nitel verilerin içerik analizi sonucu, ailelerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşadığı belirlenmiş; ailenin isel kaynak ve güçlü yönleri destek kaynağı olsa da sosyal hizmet uzmanından psikolojik, sosyal, ekonomik ve eğitsel destek aldıkları ortaya konmuştur.

Stres, mental ya da bedensel gerilime neden olan duygusal, fiziksel ya da kimyasal faktörler olarak açıklanabilir (Hunt, 2003). Pearlin ve ark., (1990) tarafından bakım veren stresinin primer ve sekonder stres olarak iki tipi olduğu bildirilmektedir. Primer stres, bakım verme ile doğrudan ilişkili olup hasta bireyin gereksinimleri ve fiziksel bakımının sağlanması karşılaşılan sorunlardan, sekonder stres bakım verme dışındaki faaliyet ve rollerde karşılaşılan sorunlardan kaynaklanmaktadır (Pearlin ve ark., 1990). Aile üyeleriyle çatışma, sosyal aktivitelerde azalma ekonomik yetersizlikler, iş kaybı gibi durumlar sekonder stresin nedenlerindendir (Parks & Novielli, 2000). Bu stres faktörlerinin bakım verici sağlığı üzerinde doğrudan etkilerinin olduğu belirtilmiştir. Bakım verici stresinin psikolojik sağlığa etkileri; depresyon ve anksiyete, fiziksel sağlık üzerine etkileri; diyabet, ülser, kilo kaybı fiziksel zayıflık, anemi, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, bağışıklık sisteminde zayıflık, uyku düzensizliği ve baş ağrısıdır (Cora ve ark., 2012; Schulz & Sherwood, 2008). McMillan ve ark., (2006) 354 kanser hastasına bakım veren aile yesi ile yaptıkları çalışmada yüksek düzeyde stres altında olduklarını tespit etmişlerdir. Cameron ve ark., (2002) nicel görüşme yöntemiyle ileri evre kanser hastasına bakım veren 44 bakım veren ile görüşmüş ve bakım verenlerin %51'inin emosyonel stres yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Palos ve ark., (2010)'nın kemoterapi alan hastaların bakım verenleri ile

yaptıkları çalışmalarında ise, yirmi haftalık kemoterapi sürecinde tedavi süresi arttıkça bakım verenlerin stres ve üzüntü düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

Kanser hastalarına primer bakım veren yakınlarının sosyal destek algılarının stres düzeyine etkisi ile ilgili çalışmalar sınırlı olup bu konuyla ilgili araştırma eksikliği vardır. Kanser tanısı alan bireylerin bakım veren yakınlarının iyilik hali hasta açısından son derece önemli olup bu yönde çalışma yapılması literatüre önemli katkı sağlayacaktır. Hasta yakınlarının tanınması, kendilerini ifade etmesinin sağlanması ve sosyal destek çevresinin harekete geçirilmesi hasta yakınlarına yönelik çalışma yapılmasını sağlayacak, bu çalışmalardan hasta ve hasta yakını olumlu anlamda etkilenecektir. Bu çalışmanın amacı Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi ile tıbbi onkoloji kliniğinde yatarak tedavi edilen kanser hastalarına primer bakım veren yakınlarının sosyal destek algılarının stres düzeyine etkisini ve çeşitli değişkenlerle ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Kanserin Tanımı

Uygarlık boyunca kanser hayvan ve insanlarda sık görülen bir hastalık olmuştur. Bilinen eski kayıtlara göre kanser MÖ 3000 yılına kadar uzanmaktadır. Kanser kelimesinin yengeç anlamına gelen Latince'de ki “canker” veya “carcinos” kelimelerinden türediği düşünülmektedir. Tümör terimi ise ilk defa MÖ 3. yüzyılda Hipokrat tarafından hastalıklı parçanın etrafındaki şişmiş damarları yengeç bacaklarına benzettiği için kullanılmış, Yunan doktor Galen ise anlamı şişme olan “oncos” terimini kullanmıştır (Baykara, 2016).

Kanser, sağlıklı hücrelerin anormal ve kontrolsüz bir şekilde çoğalması ile hızlıca yayılan bir hastalıktır. Kanser hücrelerinin yayılmasına metastaz denir ve metastaz kontrolsüz büyüme anlamına gelir, eğer bu hücreler kontrol altına alınamazsa ölüm ile sonuçlanabilir (Robinson ve ark., 2007). Ayrıca kanser belirti ve şiddetlenme dönemleriyle kronik bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (Işıksan, 2006).

Kanser ülkelerin coğrafi farklılıklarına ve gelişmişlik düzeylerine özgü olmayıp her bireyde görülebilen belirli bir yaş, cinsiyet, ırk farkı tanımayan, evrensel bir sağlık sorunu niteliğindedir. Bu nedenle kanser dünyada olduğu gibi, ülkemizde de önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Babaoğlu & Öz, 2003).

Kanser hastalığı bireyin hayatını büyük ölçüde etkileyen, yaşamında gözle görülür şekilde bozulmalara sebep olan karmaşık ve çok boyutlu bir hastalık grubudur (Ülger ve ark., 2014). Bireyin ve çevresinin yaşam dengesini; sosyal, ekonomik, psikolojik vb. her alanda olumsuz etkileme gücüne sahiptir (Baykara, 2016).

2.1.2. Kanser Epidemiyolojisi

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de son yıllarda önemli bir artış gösteren kanser hayatı risk taşıyan ve bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında ciddi bir sağlık problemi haline gelmiştir. Dünyada kanser istatistiğine baktığımızda 2012 yılında yeni kanser vakası 14,1 milyonken, yıllık kansere bağlı ölüm sayısı 8,2 milyon; 2018 yılında

18,1 milyon yeni kanser vakası ve 9,6 milyon ölüm; 2020'de ise 19,3 milyon yeni kanser vakası ve 10,0 milyon ölüm vakası bildirilmiştir. Türkiye nüfusu 2018 yılında 81,916,866 iken, yeni vaka sayısı 210,537 ve kansere bağlı ölüm sayısı 116,710 olarak belirlenmiştir. 2020 yılında Türkiye nüfusu 84,339,067, yıllık yeni kanser vaka sayısı 233,834 ve kanser nedeni ölüm sayısı 126,335 olarak bildirilmiştir (GLOBACAN, 2020).

Dünyada hayatları boyunca her 5 kişiden birinin kansere yakalandığı, 11 kadından 1'i ve 8 erkekten 1'inin kansere bağlı hayatlarını kaybettiği bilinmektedir. Küresel Kanser Gözlemevi (GLOBOCAN) 2020 istatistiklerine göre kadın meme kanseri en sık teşhis edilen kanser olarak akciğer kanserini geride bırakmıştır. Tahminen 2,3 milyon yeni vaka (%11,7), bunu akciğer (%11,4), kolorektal (%10,0), prostat (%7,3) ve mide (%5,6) kanserleri izlemiştir. Akciğer kanseri, tahmini 1,8 milyon ölümle (%18) kanser ölümlerinin önde gelen nedeni olmaya devam ederken, bunu kolorektal (%9,4), karaciğer (%8,3), mide (%7,7) ve kadın meme (%6,9) kanserleri izlemiştir (GLOBACAN, 2020).

Ülkemizde cinsiyet ayırmaksızın ilk 5 sırada görünen kanser türü; akciğer, meme, kolorektal, prostat ve tiroid kanserleridir. Bu yaygın görülen kanser türleri, diğer kanser türlerinin toplam sayısından fazlasını oluşturmaktadır. Erkeklerde yaygın olan kanser türü sırlamaya göre akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanserleridir. Kadınlarda ise yaygın olarak meme, tiroid, kolorektal, akciğer ve rahim kanserleri görülmektedir (GLOBACAN, 2020).

Dünya Kanser Raporunda, yaşlanma ve nüfusun artması ile birlikte kanser vaka sayısının da artacağı, düşük ve orta gelirli ülkelerde bu artışın daha fazla olacağı vurgulanmaktadır (IARC, 2020). Dünyada kanserin her 6 ölümden birine sebep olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2020). Ülkemizde de dolaşım sistemi hastalıklarından sonra kanser ölüm nedeni olarak ikinci sırada yer aldığı her 6 ölümden birinin kanser nedeniyle gerçekleştiği bilinmektedir (TÜİK, 2022).

2.1.3. Kanser Etiyolojisi

Kansere genetik, çevresel veya davranışsal süreçler neden olabilmektedir. Bazı kanser hücreleri genetik hasar veya mutasyon kaynaklı oluşurken bazıları da nesiller

arası kalıtsal mutasyonla aktarılır. Bununla beraber kanserin etnik köken, soy, cinsiyet ve yaşla ilişkili olduğu yadsınamaz bir gerçektir (McGinnis ve ark., 2002). Kanserlerin oluşumunda %5-10 genlerin etkisi varken %90-95 çevrenin etkisi olduğu bilinmektedir (Anand, 2008).

Kanserin etkin olduğu çevresel nedenlerden kaçınılarak ve risk faktörlerinden korunarak kansere yakalanma ihtimalinin en az 3'te 1 oranında önlenilebileceği, erken teşhis ve etkin tedavi ile 3'te 1 oranında da kontrol altına alınabileceği bilinmektedir (Lagerlund ve ark., 2015).

Hareketsiz yaşam, obezite, sigara, alkol, hava kirliliği kanser ve diğer bulaşıcılığı olmayan hastalıklar için risk faktörü olarak sayılabilir. Bazı kronik enfeksiyon hastalıkları da kanser için risk faktörü oluşturmaktadır. 2018 yılında teşhis konulan kanserlerin yaklaşık %13'üne karsinogenik enfeksiyonların neden olduğu belirtilmiştir. Hepatit B virüsü, Hepatit C virusü, Human papilloma virüs (HPV) ve Epstein-Barr virüsü bu grup içinde yer alır (De Martel ve ark., 2020). Kanser multifaktöriyel bir hastalıktır ve kansere neden olabilecek faktörler kısaca 3 grupta sınıflandırılabilir.

1-Çevresel nedenler; virüsler, radyasyon, kimyasal maddeler vb.

2-Genetik nedenler; bağışıklık sistemi bozuklukları, hormon bozuklukları, kalıtsal mutasyonlar ve diğer genetik nedenler vb.

3-İşsel nedenler; uyum bozuklukları, travma, stresli yaşam vb. Tüm bu nedenler tek veya birlikte hücreleri etkileyerek zamanla kansere neden olabilmektedirler (Baykara, 2016).

2.1.4. Kanser Belirtileri

Kanserin belirti ve bulguları kanser hücresinin yerleştiği doku ve organlara göre değişim göstermekte, bazen de hiçbir belirti ve bulgu göstermeden rutin kontrol muayenelerinde teşhis edilebilmektedir (Şen & Aydın, 2015). Kanser hastalarında gözlemlenebilen değişikliklere bakacak olursak bunlar; yutma güçlüğü, aşırı kilo kaybı, ses kısıklığı, belirli bir sebebi olmadan geçmeyen öksürük, iyileşmeyen yaralar, kemik ağrısı, vücudun herhangi bir yerinde bir kitle, tuvalet alışkanlıklarında değişiklikler, hazım bozuklukları, iştahsızlık, göğüs ağrısı, baş ağrısı, kol ve omuz ağrısı, vücudun

bazı bölgelerinden (rahim veya makat gibi) kan veya anormal sıvı gelmesi gibi bulgulardır (Pehlivan ve ark., 2022; Şen & Aydın, 2015).

Kronik ve ciddi bir hastalık olan kanser; bilinmezlikler sebebiyle ölüm korkusu, çaresizlik, umutsuzluk, pişmanlık, yalnız kalma kavramlarıyla bağdaştırılan bir hastalıktır. Bu nedenle kanser bireyin ruhsal dengesinde bir takım bozulmalara yol açar. Fizyolojik bir hastalık olan kanser ruhsal ve psikososyal olarak da bir çok problemi beraberinde getirir (Ülger ve ark., 2014). Kanser hastaları yaşadığı bu süreçte değişik ruhsal, duygusal ve davranışsal reaksiyonlar gösterirler (Yıldırım & Gürkan, 2010).

Kanser hastalarında öz güven kaybı, azalan yaşam memnuniyeti, uyum bozuklukları, kişilik bozuklukları, depresif davranışlar, anksiyete bozuklukları, deliryum, demans gibi organik beyin sendromları sık görülmektedir (Özdemir & Taşçı, 2013; Ülger ve ark., 2014).

2.1.5. Kanser Tedavisi

Modern tıp kanser hastalığının tedavisini sağlamanın yanısıra hastalık ortaya çıkmadan önlemeyi amaçlar. Kanser hastalığı ile karşılaşıldığında en etkili tedavi planı yapılmalıdır (Yurtseven, 2018). Tedavideki ana amaç hastalığı iyileştirmek olsa da ömrü uzatmak ve tanıdan sonra kalan yaşam süresinin kalitesini arttırmak hedeflenmektedir (WHO, 2007).

Kanser hastalığının tedavi planı oluşturulurken hastaya tanı konulmasının ardından kanserin evresi, hastanın yaşam kalitesi, hastanın belirtileri ve bunlarla başa çıkabiliyor oluşu, uygulanacak tedavinin ne kadar etkili olacağı gibi faktörler dikkate alınmalıdır. Hastanın fiziksel ve ruhsal durumuna, yaşına, hatta beklentilerine göre uygun tedavi planı yapılması önemlidir. Kanser hastasının durumuna göre küratif ve palyatif tedavi uygulanabilir. Küratif tedavi, hastayı eski sağlığına kavuşturma ve iyileştirme amacı ile uygulanır (Boshuizen & Peeper, 2020). Palyatif tedavi ise bazen küratif tedavi ile birlikte bazende tedavinin sonuç vermediği iyileşme ihtimali olmayan durumlarda hastayı olumsuz etkileyen semptomları azaltma veya yok etme, yaşam kalitesini artırma şeklinde uygulanır (Dahlin, 2015). Küratif tedavide standart olarak kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi operasyon en sık başvuru yöntemleridir. Bu yöntemlere ek olarak hormonoterapi ve biyolojik yöntemlerin kullanılması gibi farklı

tedavi yaklaşımları da diğer yöntemlere destek olacak şekilde tek başına veya birlikte kullanılabilir. Kanserin kişinin kendisine özgü bir hastalık olması, tedavi sürecinin bireye göre farklılık göstermesi ve uygulanan her tedavi yönteminin avantaj ve dezavantajlarının bulunması nedeniyle kesin tedavi yada tek bir tedavi yönteminden bahsetmek imkansızdır (Baykara, 2016).

2.2. Bakım Verme Ve Primer Bakım Veren

2.2.1. Bakım Verme Tanımı

Bakım veren, yaşlılık veya hastalık gibi nedenlerle kendi bakım sorumluluklarını üstlenemeyen kişilerin öz bakımını üstlenen ya da öz bakım konusunda destek olan bireylerdir (Türkoğlu, 2012). Bakım verme; bireyin sorumluluklarını üstlenme ve kişiye yardımda bulunma sürecidir. Bakım verme sadece bir yardım ile sınırlı olmayıp fiziksel destek, manevi destek ve emosyonel destek vermeyi kapsar (Toseland ve ark., 2001).

Bakım verme, profesyonel (formal) ve profesyonel olmayan (informal) bakım olmak üzere iki alt gruba ayrılır (Özgen & Babekoğlu, 2001):

1. Profesyonel (formal) bakım; alanında uzman bireylerin belirli bir ücret karşılığında hastaya sağladığı bakımdır (Timonen, 2009).

2. Profesyonel olmayan (informal) bakım; hastanın çevresindeki kişiler tarafından herhangi bir maddi karşılığı olmaksızın yapılan bakımdır. Hastanın ailesi, arkadaşları, akrabaları tarafından sağlanabilir (Honea ve ark., 2008).

Primer bakım vericiler; kanser hastasının gündelik hayatının sürdürebilmesi, öz bakımının gerçekleşmesi, beslenebilmesi gibi durumlarda birincil destek sağlayan kişilerdir. Aynı zamanda kanser hastalığının tedavisi boyunca sağlık çalışanları/uzmanları ile gerekli iş birliğinin sağlanması ve iletişimin kurulmasında önemli rolleri üstlenirler (Karahan & Güven, 2002). Bakım veren bireyin cinsiyeti, yaşı, sosyal destek ağları, yaşam koşulları, hastalığı nasıl anlamlandırdığı bakım vermenin kişiyi ne düzeyde etkileyeceği konusunda belirleyici olur (Schulz & Sherwood, 2008).

Primer bakım verenler üzerinde, bakım vermenin olumlu ve olumsuz etkileri bulunmaktadır:

Olumlu sonuçlar; bakım verenin yardım etme, sorumluluk sahibi olma, faydalı olma gibi değerlerini geliştirerek bireylerin kişisel gelişimine katkıda bulunur. Özellikle primer bakım verenin gün geçtikçe gelişen bakım verme hizmetleri sayesinde edindiği tecrübeler sonucu primer bakım verenin yaşadığı stres azalır ve etkin baş etme becerileri geliştirebilir.

Olumsuz sonuçlar; bakım verenin fiziksel ve psikolojik refah düzeyinde düşüş, sosyal hayatında izole olma, gelecek endişesi, işsizlik veya tedaviden kaynaklı maddi sıkıntılar yaşaması muhtemeldir (Dupuis ve ark., 2004; Hacıoğlu ve ark., 2010; Uğur & Fadiloğlu, 2012).

Bakım verme, primer bakım vericiler açısından farklı yönleri olan ve birçok zorluk barındıran bir deneyimdir. Sevilen bir kişiye bakım vermek, karşılıklı sadakat ve sevgiyi artırabilir. Hastanın ihtiyaçlarını gidermek için sorumluluklarını yerine getirmek bakım vericinin, öz saygısının yükselmesine, hastalığa ve bakım vermeye yönelik yeni bilgiler edinmesine dolayısıyla kendisini geliştirmesine olanak sağlar (Orak & Sezgin, 2015).

2.2.2. Bakım Verenlerin Özellikleri ve Bakım Verme Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar

Son yüzyılda insan ömrünün uzadığı bilinen bir gerçektir. Yaşam süresinde gözlenen bu artış yaşlı nüfusun çoğalmasına buna bağlı olarak kronik hastalıkların da çoğalmasına sebep olup bakım gerektiren hasta ve yaşlı sayısında muazzam bir sıçrama yaşanmıştır. Hasta kişiler ailesine ve yakınlarına bağımlı hale gelirler. Oldukça ağır bir sorumluluk olan bakım vericilik rolü tüm aile bireyleri için zorlayıcı ve yıpratıcı bir durumdur (Atagün ve ark., 2011).

Bakım veren kişilerin demografik ve kişilik özellikleri arasında yaşı, cinsiyeti, hasta ile yakınlık derecesi, eğitim durumu, bakım verme yeterlilikleri, bakım verme nedeni, bakım verme konusunda başka kişilerin varlığı, problem çözme ve baş edebilme yeterlilikleri, tutumları, finansal kaynakları, bakım verme konusunda uzmanlığı, bakım verme alan bilgisi vb. yer alır (Gür, 2018).

Bakım verme süreci içerisindeki bireyler gündelik yaşam görevleri ile bakım verme sürecine ilişkin görevleri arasında kalabilir ve bu konuda stres yaşayabilirler.

Bakım vermenin getirdiği yükümlülükler sonucu bireyde uykusuzluk, yorgunluk, kas ağrıları ve iştahsızlık gibi fiziksel belirtiler ortaya çıkabilir. Bunun yanı sıra bakım veren bireylerin bağışıklık sistemlerinde düşüş meydana gelmesiyle birlikte hastalıklara karşı direnci azalabilir, depresyon, kilo verme gibi fiziksel ve ruhsal sorunlar gözlemlenebilir (Görgülü & Akdemir, 2010). Bakım verme süreci, primer bakım verenlerin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilemekte olup kendi öz bakımını gerçekleştirmekte zorlandığı ve varsa kronik hastalıklarının tedavisinde aksaklıklar yaşandığı bilinmektedir (Erdoğan & Yavuz, 2014). Bakım verenlerin yaşadığı sorunlar konusunda farkındalık oluşması ve erken müdahale edilmesi primer bakım verici ile hasta ilişkisini, sağlıklarını ve tedaviye odaklanmalarını olumlu yönde etkileyebilmektedir (Uğur, 2006). Bu süreçte primer bakım verenlerin tüm gereksinimleri dikkate alınarak gerek hastanın ve primer bakım verenin gerekse diğer aile üyelerinin hayat standartlarını yükseltmek adına sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar (Bevans & Stenberg, 2012).

Birdenbire kendisini ağır sorumluluklar içinde bulan primer bakım verenlerde, depresyon gibi ruhsal sorunların ortaya çıkma düzeyi diğer bireylere göre daha yüksektir. Eğer bakım veren bireyde depresyon görülürse tedavi edildiği takdirde, bakım vermeye kaldığı yerden devam edebilir. Bakım vermek uzun süre aynı birey üzerinden devam ederse oluşan stres ve gerginlik sonucu hem hasta hem de primer bakım verenin genel sağlık durumları kötü yönde etkilenebilir (Atagün ve ark., 2011). Bakım verenlerde görülen psikolojik belirtiler ihmal edildiğinde, bakım süreci uzadığında ya da hastanın hayatının sonuna yaklaştığında dair bulgular ortaya çıktığında ruhsal sorunlar oluşabilir (Babaoğlu & Öz, 2003).

Bakım verenler tedavi sürecinde genellikle göz ardı edilmekte, bu da beraberinde bakım vericilerde ruhsal sorunların oluşmasına neden olabilmekte, bu durum zamanla daha da ilerleyerek primer bakım verenler aslında “görünmez hasta” olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bakım verenlerin birçoğu kanser hastalarına psikolojik destek vermekte, hastanın kanser hakkında duygularına yönelmekte, ruhsal yaralarını sarmak adına da bakımlar yapmaktadırlar (Deshields ve ark., 2011). Hasta yakınlarının hastalık tanısı almış bireylerden daha fazla psikolojik belirti gösterdiği bir araştırma bulgusu olarak literatüre eklenmiştir (Janda ve ark., 2017). Yapılan bir araştırmaya göre bakım verenlerin diğer insanlara göre daha yüksek ölüm oranına sahip

olduğu bulunmuştur (Bevans & Stenberg, 2012). Ülkemizde yapılan araştırmada, primer bakım verenlerin gün içinde 19-24 saat hasta ile ilgilendiğini sonucu elde edilmiştir (Karabulutlu ve ark., 2013). Bazı durumlarda primer bakım verenin çalışma saatlerinde üst sınır yoktur, bakım gün boyu aralıksız devam edebilmektedir (Given ve ark., 2012). Yapılan bir araştırmada, bakım vericilerin çoğunun günlük çalışma performansının ve iş gücünün azaldığı bulgusu elde edilmiştir (Çivi ve ark., 2011).

Bakım verme süreci içinde görülen ani gelişen durumlarda ve kriz durumlarında oluşan gerilimin üstesinden gelebilmek için primer bakım verenler diğer aile üyelerinden ve yakın çevresinden, arkadaşlarından maddi-manevi destek alma ihtiyacı duymaktadır. Kanser hastasına bakım veren için sosyal desteğin büyük önemi olduğu bilinmektedir. Ancak primer bakım verenlerin çoğu diğer aile üyelerinden veya yakın sosyal çevresinden birtakım nedenler ile destek talebinde bulunmamaktadır (Yıldız ve ark., 2016).

Bakım verenin görevleri, çevre güvenliğini sağlamak, hastalığın gidişatını takip etmek, bakım verme konusunda iş birliği yapmak, maddi ve manevi destek vermek, hastanın temel gereksinimlerinin karşılanması konusunda koordinasyon sağlamak olarak sıralanabilir. Tedavi sürecinde karşılaşılan sorunlara karşı çözüm bulma, hastaya uygulanacak tedaviler için onam verme, hastanın şikayetleri ile baş edebilme, finansal giderleri karşılayabilme bakım vericinin görevleri arasında yer almaktadır (Erdoğan & Yavuz, 2014).

2.2.3. Kanserli Hasta Yakını Olmak

Bireyin aldığı kanser tanısı nedeniyle aile üyeleri arasında rol değişimi, aile üyeleri arasında etkileşimin artması, primer bakım veren ve hasta arasında bağımlı bir ilişkinin ortaya çıkmasına sebep olur. Tüm bireyler için gerekli sosyal desteğin önemi kanser hastaları ve primer bakım verenlerin tedavi sürecinde yaşadığı sorunları azaltmak açısından daha da artmaktadır. Kanser tedavi sürecinde sosyal destek, bireyin bilişsel, ekonomik, sosyal, duygusal açıdan desteklenmesi olup hastalık sebebiyle oluşabilecek kriz durumlarına ve duygudurum sorunlarına karşı, bireyin psikolojik bağlılılığını artırır. Sosyal destek yakın çevresindeki kişi veya kurum/kuruluşlardan tarafından sağlanabilmekte olup primer bakım verenin özverili çalışmasını ve hastalığın tedavisini olumlu yönde etkiler (Ülger ve ark., 2014). Kanser hastalarına primer bakım

verenler üzerinde yapılan bir çalışma sonucu, bakım verenlere eğitim verildiğinde hastalık sürecini daha iyi yönettikleri, anksiyete ve stres seviyelerinin düştüğü, buna bağlı olarak bakım vermeye daha pozitif bir algıyla yaklaştığı ve bakım verme konusunda yüklerinin azaldığı belirlenmiştir (Küçükoğlu, 2019).

Kanser yalnızca hastalık tanısı konulan bireyi değil, bireyin ailesini ve çevresini de etkileyen bir hastalık türüdür. Kanser, hasta bireyi olduğu kadar, hastaya bakım veren bireyi ve aileyi de duygusal, psikolojik, tinsel, sosyal, ekonomik vb. birçok yönden etkiler, hayatında önemli değişikliklere yol açar (Demirsoy, 2008). Kanser nedeniyle ölüm korkusu ile yüzleşen hasta yakınları, belirsizlik içerisinde ve hastayı kaybetme ihtimalinin yarattığı korkuyu hissederek, tedavi sürecinde hastayı korumak adına sosyal izolasyon yaşayabilirler (Atagün ve ark., 2011). Aile üyelerinden birinin kanser tanısı olması, özellikle primer bakım verenin yaşamını her alanda etkilemekte, bakım verenin kendisine yeni bir yaşayış şekli geliştirmesine mecbur bırakmaktadır (Demirsoy, 2008). Kanser hastalık olarak sadece tanı konulan bireyi değil, hastanın yakınlarını ve ailesinin hastalığın bütün süreçlerinde birlikte hareket edilmesini gerektiren bir aile hastalığı olarak görülür (Küçükoğlu, 2019). Kanser hastalığıyla tanışan aile içerisinde üyeler arasında rol kaybı veya rol değişikliği yaşanabileceği gibi aileye yeni roller de eklenebilir (Işıkhani, 2007).

Bireylerin varoluşsal düşünceleri arasında ölümü nasıl konumlandığı, olası bir ölüm/yas durumunda yaşayabileceklerine göre değişiklik gösterebilir. Dini ve kültürel inançlar, yaşanan toplumun bakış açısı, bireyi kendine özgü düşünceleri ölümüne ilişkin düşünceleri şekillendirebilir. Bireyler üzerinde ölümü istememe, ölümüne meydan okuma, inkâr etme, ölümü isteme gelişen tutumlar arasında gözlenebilir. Bireyin yakın çevresinde yaşadığı bir kayıp ile yas da birlikte baş etmesi gereken kavramlara eklenebilir (Karakuş ve ark., 2012).

Kanser tedavisi gören hasta yakınlarının süreci kolay geçirebilmesi, bakım vermenin pratikleşmesi, kendine ve hastaya uygun kaynaklar hakkında bilgi sahibi olması ve bu kaynakları kullanabilmesi gibi birçok açıdan bakıldığında bakım verme konusunda eğitim vermek oldukça önemlidir. Ayrıca hasta yakınlarını yasa hazırlamak ve yas sürecinde desteklemek gerekir (Alam ve ark., 2020).

2.3. Sosyal Destek

2.3.1. Sosyal Desteğin Tanımı

Sosyal destek, bireyin çevresinde bulunan özellikle değer verdiği bireylerden gördüğü sevgi, ilgi, yardımlaşma, güven gibi maddi-manevi tüm pozitif destek mekanizmalarını kapsayabilen kişilerarası etkileşimdir (Kaynar, 2016). Sosyal destek, bireyin saygı görme, ait olma, sevilme, değer görme gibi temel ihtiyaçlarının karşılanması açısından oldukça önemlidir. Sosyal destek, bireyin çevresindekiler tarafından sevildiğine, saygı gördüğüne, kabul edildiğine ve değer verildiğine inanmasını sağlayacak destek sistemleri olarak da karşımıza çıkmaktadır. Bireyin çevresinden alabileceği sosyal destek her şekilde bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığında pozitif etki etmektedir (Başer, 2006).

Sosyal desteğin bireyin hayat boyu karşılaşacağı problemlerle baş etmede olumlu etkileri olacağı düşünülmektedir. Sosyal desteğin birey üzerinde hayatın stres verici yönleriyle baş etmede katkısı olacağı gibi diğer insanlarla karşılıklı olarak problem çözme becerilerini geliştirmek ve genel iyi oluş haline katkıları da bulunmaktadır (Aycan & Eskin, 2005). Yapılan birçok çalışmada sosyal destek bireyin fiziksel, bilişsel, sosyal açıdan sağlıklı ve iyi olma hali için olumlu bir tanımlayıcı olarak literatürde yer almaktadır (Oktan, 2015). Bireyin hayatının başından sonuna kadar karşılaşabileceği birçok olay ve problem durumunda çevresinden alabileceği destek, kendi sağlığını korunmasına yardımcı olacaktır. Sosyal destek bireyin cesaretlenmesine ve bilgi düzeyinin artmasına yardımcı olacaktır (Ardahan, 2006).

Bireylerin, çevresinde oluşabilecek değişiklikler nedeniyle algıladıkları sosyal destek düzeylerinde farklılık oluşabilir. Örneğin, iletişim eksikliği, boşanma, ölüm, yas, resmi ve resmi olmayan kaynaklar konusunda bilgi eksikliği vb. durumlar nedeniyle bireyin algıladığı sosyal destek düzeyinde düşüş meydana gelebilir (Bedel & Kutlu, 2018).

İhtiyaç halinde başvurulabileceği bireylerin olduğu algısı ve var olan destekten memnun olma derecesi sosyal destek kavramının temelidir. Bu unsurlar bireylerin öznel bakış açılarıyla ve kişilikleriyle doğrudan ilişkilidir. Bazı bireyler destek alabileceği hâlihazırda birçok kaynak bulunmasını talep ederken bazı bireyler için sosyal destek

sağlayıcı olarak tek kişi olması bile yeterli olabilmektedir (Karadağ, 2007). Her bireye göre sosyal destek kaynakları değişkenlik gösterebilir. Bir çocuğun sosyal destek kaynakları çekirdek veya geniş aile, arkadaşları, öğretmenleri olabilmekteyken yetişkin bir bireyin sosyal destek kaynakları iş arkadaşları, kardeşleri, akrabaları, sosyal hayatında edindiği arkadaşları, dini liderleri arasında yer alabilir (Bozdoğan, 2011).

Bireyin gündelik hayatta üstlendiği farklı roller bulunmaktadır. Eş olma, arkadaş olma, aile olma gibi roller sayesinde birey sevme-sevilme, değer görme, saygı duyulma ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir. Tam aksini düşünecek olursak sosyal desteğin yetersiz ve dengesiz olduğu durumlarda ise birey karşılaşılabileceği problem durumlarında çekimser davranabilir ve korku, çaresizlik, değersizlik gibi olumsuz duyguların etkisi altına girerek bedensel ve ruhsal sağlığını tehlikeye sokabilecek durumlar ile karşı karşıya kalabilir (Karpaz, 2011).

Algılanan sosyal destek en az sosyal destek kadar önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Algılanan sosyal destek inancı yüksek bireyler ihtiyaç duyduğunda çevresindeki güvenilir kaynaklara ulaşabileceklerini düşündüğünden hayata karşı pozitif bakış açısı geliştirerek algılanan sosyal destek inancı düşük bireylere göre daha cesur adımlar atabilir, daha yüksek öz güvene sahip olabilir, genel ruh hallerinde pozitif anlamlı bir fark bulunabilir (Güneş ve ark., 2014).

Algılanan sosyal destek, bireyin gereksinin duyduğunda psikolojik, maddi veya genel destek sağlayıcılar olarak ailesini, arkadaş çevresini, diğer insanları algılama biçimini ifade eder (Işıkhana, 2016). Algılanan sosyal destek inancı yüksek bireyler gereksinin duyduklarında çevresindeki insanlarda güvenilir kaynaklara sahip olduklarını hissederler aynı zamanda bu bireyler çevreleri tarafından sevildiğini, saygı gördüğünü, değer verildiğini düşünürler. Bireyin sosyal destek kaynaklarında görülebilecek bir fark algılanan sosyal desteğin değişimine neden olur (Yıldırım, 1997). Bireyin sosyal destek görebileceği farklı kaynaklar edinmesi bireyin algılarında olumlu tutumlar geliştirmelerini sağlayabilir (Terzi, 2008).

Algılanan sosyal destek bireyin kendisini diğer insanların gözünde gördüğü değer ile doğru orantılıdır. Algılanan sosyal destek bireyin bilişsel olarak diğer insanlardan algıladığı sosyal desteğin yeterli olup olmadığıyla ilişkilendirilmiştir. Algılanan sosyal destek bireyin diğer insanlar tarafından sosyal olma ihtiyaçlarının

karşılandığını düşünmesi, ihtiyaç duyduğu hallerde yanında önem verdiği bireylerin olacağına güvenmesi ve diğer insanlarla olan ilişkilerini yeterli ve tatmin edici olarak görmesidir (Hayırlı Hanay, 2022).

2.3.2. Sosyal Desteğin Önemi

Bireyin hayatında sosyal destek olmaması veya hissedeceği sosyal destek noksanlığı, bireyin kendisini tehlikede hissetmesine neden olabilir. Bireyin formal-informal yardım kaynakları açısından bilgi yetersizliği söz konusu olduğunda bireyin algıladığı sosyal destek azalabilir (Yıldırım, 1997). Algılanan sosyal destek, bireyin cesaretlenmesine ve bilgi edinme becerisi geliştirmesine yardımcı olur (Güneş ve ark., 2014). Ayrıca sosyal destek, bireyin hayat boyu karşılaşılabileceği problemlere karşı farklı bir bakış açısı geliştirebilmesine ve ihtiyaç duyduğu zaman yardım arama davranışı kazanmasına destek olacaktır.

Kanser tanısı alan bireylerin ve yakınlarının hayatlarında bilişsel, duygusal, tinsel ve sosyal alanlarda kanser hastalığı derin izler bırakmaktadır. Bireye kanser tanısı koyulmasının ardından hem kanser hastası hem de hasta yakınlarının hayatlarının normal akışında devam edebilmesi için önem verdiği bireyler tarafından sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar (Tuncay, 2010). Gerek kanser hastası gerekse hasta yakını için sosyal destek, duygusal sorunlarla baş edebilmek, psikolojik sağlamlılığını güçlendirmek, maddi-manevi destek sağlamak açısından oldukça önemlidir. Sosyal desteğin ruhsal ve bedensel birçok hastalığın ortaya çıkışı ve tedavisinde, süreci olumlu yönde etkilediği bilinen bir gerçektir. Kanser hastası veya hasta yakını açısından sosyal destek, bireyin temel fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamada önemli rol oynar (Aksüllü, 2004). Sosyal destek, kanser hastaları ve hasta yakınlarının yaşadığı psikolojik gerilimleri azaltmak açısından en önemli yardım kaynaklarından biridir (Ülger, 2014).

Ruh sağlığı uzmanlarının bireyleri kendi yakın çevreleri tarafından sağlanan doğal destekten yararlanmaya yönlendirmesi giderek yaygınlaşmaktadır. Doğal destek sistemleri bireylerin içinde bulunduğu psikolojik problemleri çözme konusunda kolaylaştırıcı etki gösterdiği ve bundan sonraki karşılaşılabileceği ruhsal sorunlara karşı koruyucu ve engelleyici olarak rol oynadığı bilinmektedir (Eker ve ark., 2001). Kanser hastalarının çevresinden sağlayabildikleri sosyal destek, kendi ruh ve beden sağlığının iyi gitmesine katkı sağlayabilir (Dedeli ve ark., 2008). Hastanın yaşam kalitesinin

arttırılmasında önemli olan bakım verenlerin de sosyal desteklerinin iyi olması önemlidir.

2.3.3. Sosyal Destek Türleri

Literatür taraması yapıldığında sosyal destek tiplerinin farklı yazarlar tarafından değişik şekillerde ele alındığı görülmektedir. Cohen ve Wills (1985), sosyal destek tiplerini 4 boyutta incelemiştir;

Duygusal destek (Emotional support); sevmeye, kabul görme, değer verilme gibi bireyin duygularına yönelik ihtiyaçlarının giderilmesidir. Bu destek türü ifade edici destek, değerlilik desteği olarak da adlandırılmaktadır.

Araçsal destek (Instrumental support); maddi yardım veya kaynaklar gibi somut destekleri kapsar.

Bilgisel destek (Informational support); oluşan problemlerle başa çıkma, tanımlama, anlama konusunda verilen desteği içerir. Bilişsel rehberlik olarak da bilinir.

Yaygın destek (Diffuse support); boş zamanları değerlendirme, eğlenme, rahatlama olarak tanımlanabilir. Bu destek biçiminin bireyin sevilme-ait olma ihtiyacının karşıladığı, bireyin konuşarak rahatlama sağladığı varsayılmıştır (Akt. Başer, 2006).

Hasta ve hasta yakınlarının korku ve şüphe ile baş etmesinde yardımcı olabilecek en önemli kaynak sosyal destek olarak karşımıza çıkmaktadır. Sıkıntılarının sürekli hale gelmesi, genel sağlık durumunun giderek bozulması, hastalıkla ilgili stres veren durumların giderek artması bireyler için sosyal desteğin önemini daha da artırmaktadır. Kanserli hastalar ve primer bakım verenleri için duygusal destek, araçsal destek ve bilgi desteği hayati derecede önemlidir. Araçsal destek, ihtiyaç duyulan somut yardımlar; duygusal destek, bireyi zorluklara karşı cesaretlendirerek direncini artırmak; bilgi desteği, başa çıkma yöntemlerini ve hastalığın seyrini kontrol edebilmek için gerekli kaynaklar olarak açıklanabilir (Batlaş, 2004; Cimprich,1999; Nijboer ve ark., 1999).

Sosyal destek, yapılan diğer bir araştırmada ise Gotlieb (1983) tarafından sözel veya sözel olmayan bir bilginin sağlanması, tavsiye verilmesi, yardım olarak

tanımlanmaktadır. Gotlieb (1983) sosyal destek türlerini üç boyutta ele almıştır. Bunlar;

Araçsal destek; maddi veya iş gücü yardımı gibi somut olarak destek olmak,

Enformasyonel destek; bireyin bilgi edinmesini sağlamak ve tavsiye vermek,

Duygusal destek; ilgilenmek, dinlemek, sevgi ve saygı göstermek, düşünmek olarak tanımlanabilir (Akt. Başer, 2006).

Sağlık personelleri tarafından hastaya, primer bakım verene ve diğer aile üyelerine yönelik sağlanacak olan duygusal destek ve bilgi desteği, hastalığın stresiyle başa çıkmayı ve uyum sağlamayı kolaylaştırabilir. Etkin sağlık hizmeti ile aile içinde sosyal ilişkilerin güçlenmesi, ailenin birlikteliği için iletişim, aile ve hastanın yetersizlik gibi negatif duygulardan kurtulması sağlanabilir (Batlaş, 2004; Nijboer ve ark.,1999).

2.4. Stres

2.4.1. Stres Kavramı

Yapılan araştırmalara göre literatürde stresin birçok tanımı bulunmaktadır. Stres Şahin (2010)'e göre, bireyin baskı altında tepki verme süresinin uzamasıyla yaşadığı kaygı ve gerginliğin bireyde tepkisizlik, tutarlı olmayan davranışların ortaya çıkmasına sebep olan bir etkileşimdir. Erdoğan (2015) stresin, bireyin hayatında karşılaştığı zorluklara uyum sağlayabilmek adına oluşan tepkime olduğunu, aniden geliştiğini ve kriz oluşturduğunu ifade etmiştir. Önem Akçakaya (2014) stres tanımı yaparken bireylerin ruh ve beden sağlığına olumlu ya da olumsuz etkiler oluşturabilecek bir tepkime olduğunu belirtmiştir.

Günümüzün en önemli problemlerinden biri olarak görülen stresin, bedensel ve ruhsal birçok hastalığın temelini oluşturduğu düşünüldüğünde önemi her geçen gün artmaktadır. Stres başlı başına hastalık oluşumuna sebep olabilecek bir etken değildir ancak bağışıklık sisteminin direncini düşürdüğünden bedensel ve ruhsal hastalıklara davetiye çıkarmaktadır (Birol & Akdemir, 2003). Bireyin uzun süre yoğun strese maruz kalması beden ve ruh sağlığı üzerinden olumsuz izler bırakır. Stres bireyin alkol ve uyuşturucu gibi maddelere yönelmesine, öfke kontrol problemleri gibi ruhsal ve sinirsel problemlere ilişkin semptomlar gelişmesine neden olabilir. Birey yaşadığı strese bağlı

olarak gözlenebilen veya gözlenemeyen bazı belirtiler gösterebilir. Birey kendi genel sağlığı üzerinde gözlemlediği bu belirtiler ile strese maruz kaldığını fark eder (Aşık, 2021).

Bireyler stresin iç ve dış uyarıcılarına karşı farklı tepki geliştirebilir ve tepkiler her birey için farklı olacak şekilde ortaya çıkabilir (Gökler & Işıtan, 2012). Stres kavramı dört başlık altında ele alınabilir. Bunlar;

Fiziksel belirtiler; yorgunluk, güç kaybı, ülser, mide bulantısı, uyku düzensizlikleri, aşırı terleme, kas ağrısı, yüksek tansiyon, iştahsızlık veya kalp krizi,

Zihinsel belirtiler; aşırı hayal kurma, kafa karışıklığı, bir düşünceyle meşgul olma, bozulmuş muhakeme, unutkanlık, dengesiz ruh hali, artan hatalar,

Duygusal belirtiler; depresyon ve ağlama, öfke patlamaları, saldırganlık veya düşmanlık, sinirlilik, duygusal tükenme, gerginlik, düşük özgüven, hızlı ve sürekli ruh hali değişimleri, aşırı duyarlılık ve savunmasızlık,

Sosyal belirtiler; başkalarını suçlamak, başkalarını eleştirmeye ve incitmeye çalışmak, fazla savunmacı olmak, konuşmamak, başka insanlara güvenmemek, çok erken çıkmak veya ayrılmamak olarak sıralanabilir (Gerring & Zimbardo, 2012).

İnsan bedeninde yaşanan bazı fiziksel değişiklikler, yaşanan stres karşısında ortaya çıkabilir (Kaba, 2019). Stres bireyin beden sağlığı üzerinde rahatsızlıklara tek başına sebep olmasada insan vücudunda hastalık oluşmasına etkisi bulunmaktadır. Ayrıca stresin davranışsal belirtileri olarak; anksiyete, madde kullanımı, stres durumundan uzaklaşmak için normalden çok uyumak veya uykuya dalmada zorluk yaşamak, iştahsızlık veya obezite vb. semptomlar sıralanabilmektedir (Aydın, 2008). Stres, vücudun savunma sistemini çökererek kanserojen hücrelerin oluşmasına, yerleşmesine ve tüm vücuda yayılmasına neden olabilmektedir (Bilge & Çam, 2008).

Genelde stres bireyin çevresinden kaynaklanabilir ve bireyi olumsuz etkileyebilecek, hayatını zor duruma sokabilecek kararlar vermesine sebep olabilir. Bireyin aldığı zamansız ve kötü kararlar stres kaynağının daha da güçlenmesine yol açar. Ruh ve beden sağlığını negatif yönde etkilediği bilinen stres günümüzün önemli sorunlarından biridir. Sosyo-ekonomik durum, yaş, meslek grubu, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik özellikler bireylerin stres seviyesini ve stresi algılama düzeyi

üzerinde etkilidir (Kaba, 2019; Kesen & Akyüz, 2019).

Stres organizmanın uyum sağlama sürecinde ortaya çıkan fizyolojik bir tepkidir. Oluşan yeni durumlara uyum sağlayabilmek adına metabolizma çalışır, enerji harcar, fizyolojik tepkiler üretir (Akman, 2004). Tüm canlı organizmalar hayat boyu karşılaşabilecekleri tehditlerle baş edebilecek stres sistemine sahiptir, fakat stresin biçimi popülasyonlar, türler, bireyler arasında büyük değişiklik gösterebilmektedir (Yağmur & Türkmen, 2017). Bunun yanı sıra stres organizmanın canlı ve uyanık olmasına sebep olabileceği gibi, stresin uzun sürmesi ve strese aşırı maruz kalma durumlarında, bireyde fiziksel, bilişsel, duygusal olumsuzluklara neden olabilir (Akçayaka, 2014).

2.4.2. Stres ve Sosyal Destek

Bireylerin stresle baş edebilme becerileri geliştirme konusunda sosyal desteğin göz ardı edilemeyecek bir önemi vardır. Bireyin stres verici bir durumla karşılaşması durumunda çevresinden aldığı sosyal destek strese karşı koruyucu bir rol oynamaktadır (Abreu ve ark., 2009).

Bireyin stres veren bir olay karşısında göstereceği başa çıkma tarzı kişiler arası ilişkilerde önemli bir faktördür. Bakım vermenin zorlukları karşısında stres yaşayan bakım verenin; arkadaş, komşu, akraba, aile gibi sosyal destek çevresinin olması bakım verenin ruhsal ve fiziksel sağlığında olumlu yönde etkisi olduğu düşünülmektedir (Ardahan, 2006). Her ne kadar eskiye nazaran günümüzde insan ilişkileri çok güçlü olmasa da strese bağlı yaşanan kriz dönemlerinde; birey, doğası gereği çevresinden destek görmek ister (Elkin, 2017).

Yapılan bir araştırmada özellikle aile bireylerinden algılanan sosyal desteğin artması sonucu stresle başa çıkma becerisinin arttığı görülmektedir (Bedel & Kutlu, 2018). Bireyin hayatında karşılaşabileceği stresörlere karşı algılanan sosyal destek, bireyin ruh ve beden sağlığındaki iyi oluşuna katkıda bulunur (Baykan & Şengül, 2013). Yıldız ve Dirik (2019), tarafından yapılan bir çalışmada stresle baş edebilme tutumları ve algılanan sosyal desteğin bağlantılı olduğu sonucu elde edilmiştir. Başka bir araştırmada ise algılanan sosyal destek ile stresin birbiriyle ilişkisi içerisinde olup psikopatolojik hastalıkların tedavisinde bu iki etkeninde göz önünde bulundurularak

değerlendirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Ellison ve ark., 2005).

2.5. Stresle Başa Çıkma ve Algılanan Sosyal Desteğin Sağlanmasında Sağlık Çalışanlarının Rolü

Kanser hem tanı alan bireyi hem de diğer aile üyelerini her bakımdan etkilemekte ve ailenin dengesini derinden sarsmaktadır. Kanser, tanı ve tedavi aşamalarında birey ve ailede çeşitli duygusal ve davranışsal tepkilerin meydana gelmesine sebep olabilir (Colins ve ark., 2011). Kanser üzerinde son yıllarda yaşanan gelişmelerle teşhis ve tedavide önemli adımlar atılmış ve hastaların yaşam süresi artmış olsa da bu durum hasta ve bakım veren bireyler açısından ağırlı ve acılı süreç olarak bireyleri kaygı, panik, ölüm gibi düşüncelerden alıkoyamamıştır (Turan Kavradım & Canlı Özer, 2014). Bu sebeplerle kanser hastalarına ve bakım verenlere karşı sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarını oldukça önemlidir (Sarman, 2019).

Bakım verme sürecinde sağlık personelleri, kötü haberler alarak kontrolünü kaybetmiş, bilinmezlik sebebiyle öfkeli, sorunlarının çözülmesini bekleyemeyen ve sabırsızlanan hasta ve hasta yakınları ile aynı ortamı paylaşmaktadırlar (Beech & Leather, 2006). Sağlık personellerinin karşılaşılan bu problemlerle baş edebilmek, doğru adımlar atabilmek, sağlıklı çözümler için etkili iletişimi becerileri kullanabilmeleri gerekir (McNeill ve ark., 2008). Sağlık personellerinin hasta ve bakım veren ile arasındaki iletişimin güçlü olması için sağlık çalışanının hastaya ve primer bakım verene saygı gösterme, onlara yakınlık gösterme, dürüst olma, uygun sorular sorma, doğru zamanda doğru kelimeler kullanabilme gibi becerilere sahip olması gerekir (Ferreira ve ark., 2016).

Hasta yakınlarının ihtiyaçları Molter (1979) tarafından tanımlanarak; bu ihtiyaçlar beş temel kategoride sınıflandırılmıştır. Bunlar; destek, konfor, yakınlık, bilgi, güvence olarak belirlenmiştir. Sağlık personellerinin bu ihtiyaçları gidermeye yönelik primer bakım verenle kuracağı iletişim tedavinin sağlıklı ilerlemesi açısından önemlidir.

Bakım verme dönemi boyunca hasta ve primer bakım veren ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimin daha özenli ve kuvvetli olması tedaviyi kolaylaştırabilir ve bakım vermenin kalitesini yükseltebilir (Dağ & Baysal, 2017). Hasta ve hasta yakını sağlık

profesyonelleri ile işbirliği içersinde bir tedavi planı oluşturmalıdır. Oluşturulan bu plan, hastanın cinsiyetine, yaşına, eğitim durumuna, kültürel ve ailevi değerlerine uygun olarak belirlenmelidir (Batlaş, 2004; Cimprich,1999).

Bakım vermenin etkin ve faydalı olarak devam edebilmesi için sosyal hizmetler ve sağlık çalışanlarının, multidisipliner ve profesyonel ekibin, hasta ve aile üyelerine bütüncül yaklaşımını gerektirmektedir. Sağlık çalışanları sorumluluk ve yetkinlikleri ile hastanın mevcut sağlık durumunu iyileştirmede, ailesinin toplumsal kaynaklarını fark etmesinde önemli rol oynar. Böylelikle hasta, bakım veren ve aile üyeleri için bakım vermenin kalitesi yükselmiş olur (Sezer ve ark., 2015). Karşılaşılabilecekleri sorunlara karşı bakım verenler; stresi kontrol etme, başa çıkma mekanizmaları geliştirebilme, artan sorumluluklarına, farklılaşan rollerine uyum sağlayabilmek için desteğe ihtiyaç duyarlar. Sağlık çalışanları bakım veren ve aile üyeleri için bilgi edinme, sosyal, psikolojik ve fiziksel destek sağlama, mevcut sosyal desteği güçlendirme gibi görevleri üstlenirler. Sağlık çalışanları, bakım verenlerin başvurabileceği kurumlar, topluluklar, sivil toplum örgütleri, diğer bakım verenler ile bir araya gelebileceği gruplar hakkında bilgi sağlamada önemli rol oynarlar (Karaaslan, 2013).

Sağlık çalışanları, öncelikle hastayı, bakım vereni ve aile üyelerini tanımalı, sosyal destek konusunda araştırma ve değerlendirme yapmalı, ailenin sosyodemografik özelliklerine göre destek alabileceği kaynakları keşfetmeye ve artırmaya yönelik planlar yapmalıdır (Aras & Tel, 2009).

Primer bakım verenler, tedavi sürecinde arkadaş çevresinden, sosyallikten, anne-baba veya eş rollerinden, iş hayatından uzak kalabilirler. Bu durum bakım verenlerde bedensel, ruhsal ve sosyal problemlerin oluşmasına sebep olabilir. Bakım sürecinde planlama yapılırken diğer aile üyeleri ile iletişime geçilerek bakım konusunda farklı destek kaynakları araştırılmalı ve primer bakım verenin yükü hafifletilmeye çalışılmalıdır (Şentürk ve ark., 2018).

Kanser tedavisinin uzun sürmesi, yatılı tedavi süresinin uzaması gibi sebepler aileyi maddi sıkıntıya sokabilir. Bu durumda sağlık personeli aileyi maddi olarak destek sağlayabilecek kurum ve kuruluşlara yönlendirme konusunda rehberlik yapılabilir (Sarman, 2019). Tedavinin uzun sürmesi ayrıca, bakım veren bireylerin beklentilerinin azalmasına, korku, kaygı, üzüntü, çaresizlik gibi olumsuz duyguların ortaya çıkmasına sebep olabilir. Bu durumda primer bakım verene psikososyal destek verilmelidir

(Şentürk ve ark., 2018) Bunlara ek olarak tedavi sürecinin uzaması durumunda, primer bakım verenlerin kendi diyabet, tansiyon, kalp hastalıkları gibi kontrol ve tedavi gerektiren hastalıklarını ihmal edebilirler. Bunun yanı sıra primer bakım verenlerde baş ağrısı, yorgunluk, uyku düzensizliği gibi problemlerde artış yaşanabilir. Bu gibi durumlarda primer bakım verenin duygu ve düşüncelerini dışa vurması için fırsat verilmeli, karşısındaki kişi tarafından dinlenildiği ve anlaşıldığı hissettirilmeli, kendi hastalıklarının tedavisi ve öz bakımının sağlanması için hatırlatmalarda bulunulmalıdır (Şentürk ve ark., 2018).

Sonuç olarak bireyin sağlığını korumasına ve geliştirmesine yardımcı olan sosyal desteğin kanser hastaları ve primer bakım vericilerinin tüm süreç boyunca yaşayabilecekleri sorunları azaltmak ve yaşam kalitelerini yükseltmek için sosyal destek kaynaklarının artırılması oldukça önemlidir (Yüzer ve ark., 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tipte yapılan çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi ile tıbbi onkoloji kliniğinde yatarak tedavi edilen kanser hastalarına primer bakım veren yakınlarının sosyal destek algılarının stres düzeyine etkisini ve çeşitli değişkenlerle ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma 15.07.2022-15.01.2023 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi ile tıbbi onkoloji kliniğinde yatarak tedavi edilen kanser hastalarının primer bakım veren yakınları ile yapılmıştır. Merkez iki katta, toplam 18 yataklı servisle hizmet vermekte, ayrıca ayaktan gününbirlik hasta da bakabilmektedir. Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi 1 müdür, 1 sorumlu hemşire, 9 hemşire, 2 uzman hekim, 50 araştırma görevlisi hekim, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı (görevlendirme), 1 diyetisyen (görevlendirme), 1 fizik tedavi uzmanı, 1 diyanet görevlisi, 4 bakım personeli ve 4 personel; tıbbi onkoloji kliniğinde 30 yataklı olup, 9 hemşire, 1 uzman hekim, 18 asistan, 5 bakım personeli ve 5 personelle ile hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 15.07.2022-15.01.2023 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi ile tıbbi onkoloji kliniğinde yatarak tedavi edilen kanser hastalarının primer bakım veren yakınları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi 15.07.2022-15.01.2023 tarihleri arasında araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan, araştırmaya katılmayı kabul eden 133 kadın ve 47 erkek toplam 180 bakım veren oluşturmuştur.

Örneklem sayısını belirlemede evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılmıştır. Evreni belirlemek için pandemi dönemi öncesi olması nedeniyle 01.01.2019-31.12.2019 tarihleri arasındaki dönem seçilmiş ve bu dönemde tedavi gören hasta sayısı 856'dır. Hesaplanan güç analizine göre %5 hata düzeyi ve %90 güven aralığında çalışmaya en az 206 bakımverenin alınması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Veri toplama döneminin

pandemi dönemine denk gelmesi, hastaların tedavi kaynaklı sorunları nedeniyle hasta yakınlarının görüşmek istememesi sonucu çalışma hesaplanan minimum örneklem büyüklüğünün %87,4'üne ulaşarak 180 bakımverenle tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

1. Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği (SBÇTÖ)
2. Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu (BVSDÖF)

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Bu çalışmanın bağımsız değişkenleri hasta yakınlarının kişisel özellikleridir. Yaş, cinsiyet, meslek, yaşadığı yer, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sigara alkol kullanma durumu, hastasının tanısı, hastayla yakınlık durumu, hastanın bakımından sorumlu olma durumudur.

3.5. Araştırma Soruları

1. Kanser hastalarına primer bakım veren yakınlarının sosyal destek algısı nasıldır?
2. Kanser hastalarına primer bakım veren yakınlarının stres düzeyi nedir?
3. Kanser hastalarına primer bakım veren yakınlarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, tanısı konulmuş herhangi bir kronik ya da ruhsal bir hastalığının bulunup bulunmadığı vb durumlar ile sosyal destek algısı ve stres düzeyi arasında fark var mıdır?
4. Kanser hastalarına primer bakım veren yakınlarının sosyal destek algısı ve stres düzeyi arasında fark var mıdır?

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için Kişisel Bilgi Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği (SBÇTÖ) ve Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu (BVSDÖF) kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu: Araştırmada katılımcılara, araştırmacı tarafından oluşturulan katılımcıların sosyodemografik özellikleriyle (yaş, cinsiyet, meslek, yaşadığı yer, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sigara alkol kullanma durumu, hastasının tanısı, hastayla yakınlık durumu toplam 34 soruluk anket form kullanılmıştır (Ek-2).

3.6.2. Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği (SBÇTÖ): Folkman ve Lazarus tarafından Başa Çıkma Yolları Envanteri olarak geliştirilen 4'lü likert tipi bir ölçektir (Folkman & Lazarus, 1985). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçek 30 maddeden oluşmakta ve maddeler 0-3 arası puanlanmaktadır. Ölçek, “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım”, “Çaresiz Yaklaşım”, “Boyun Eğici Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” şeklinde beş alt boyuttan oluşmaktadır. “Kendine Güvenli Yaklaşım”; 8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26. maddeleri, “İyimser Yaklaşım”; 2, 4, 6, 12 ve 18. maddeleri, “Çaresiz Yaklaşım”; 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28. maddeleri, “Boyun Eğici Yaklaşım”; 5, 13, 15, 17, 21 ve 24. maddeleri ve “Sosyal Destek Arama” 1., 9., 29. ve 30. maddeleri içermektedir. Ölçekte, sosyal destek arama hesaplanırken 1. ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır. Her alt boyuta ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alt boyutlardan alınabilecek minimum ve maximum puanlar sırasıyla “Kendine Güvenli Yaklaşım” için 0-21, “İyimser Yaklaşım” için 0-15, “Çaresiz Yaklaşım” için 0-24, “Boyun Eğici Yaklaşım” için 0-18, “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” için 0-12 şeklindedir. “Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “İyimser Yaklaşım” ile “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” alt boyutlarından alınan puanların artması stresle başa çıkmanın etkili olduğunu, “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyutlarından elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ise, “Kendine Güvenli Yaklaşım” için 0,80, “İyimser Yaklaşım” için 0,68, “Çaresiz Yaklaşım” için 0,73, “Boyun Eğici Yaklaşım” için 0,72 ve “Sosyal Destek Arama” için 0,47 olarak belirtilmiştir (Şahin & Durak,1995) (Ek-3). Bu çalışmada alt boyut Cronbach Alfa değerleri “Kendine Güvenli Yaklaşım” için 0,60, “İyimser Yaklaşım” için 0,46, “Çaresiz Yaklaşım” için 0,53, “Boyun Eğici Yaklaşım” için 0,33 ve “Sosyal Destek Arama” için 0,58 olarak bulunmuştur. Ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek-5).

3.6.3. Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu (BVSDÖF): Ölçek Kumral (2017) tarafından geliştirilmiştir. Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda Bakım

Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu (BVSDÖF)'nin 3 faktörlü ve 14+1 maddeli son halinin yeterli psikometrik özelliklere sahip olduğu bulunmuştur. BVSDÖF'nin üç boyutu Araçsal Destek, Bilgi Desteği ve Duygusal Destek'tir. Ölçekte yer alan maddelerin hangi faktörlerde yer aldığı aşağıda belirtilmiştir. Her faktör için ayrı ayrı puanlar hesaplanabilir. Ölçekten toplam puan da alınabilir. 15. madde puanlamaya dahil değildir. Ek bilgi olarak alınmaktadır. Alt test ve toplam puanların 15. maddeye verilen cevaba göre nasıl farklılaştığı sınımakta veya 15. maddeye verilen cevap öte analizlerde kontrol edilebilmektedir.

Araçsal Destek (2, 3, 4, 5, 6, 8 ve 9. maddeler) bakım verenlerin doğrudan aldığı fiziksel veya maddi desteği ölçmektedir ve 7 maddeden oluşmaktadır. Alınabilecek en yüksek puan 28, en düşük puan 7'dir. Yüksek puan, bakım verenin sosyal ağından araçsal destek aldığını gösterirken, düşük puan bu desteği alamadığını göstermektedir.

Bilgi Desteği (10, 11, 12 ve 13. maddeler) bakım verenlerin yakınlarının hastalığı/durumuyla, bakım süreci boyunca karşılaşabilecekleri zorluklar ve baş etme yöntemleri konusunda bir uzmandan veya benzer durumu yaşayan bakım verenlerden aldığı bilgiyi ölçmektedir. Bilgi Desteği faktörü 4 maddeden oluşmaktadır. Bilgi Desteği boyutundan alınabilecek en yüksek puan 16, en düşük puan 4'tür. Yüksek puan bakım verenin ihtiyacı olan bilgiyi sosyal ağlarından aldığını gösterirken, düşük puan bu desteği alamadığını göstermektedir.

Duygusal Destek (1, 7 ve 14. maddeler) bakım verenin sosyal ağından sevildiği, desteklendiği ve anlaşıldığına dair aldığı desteği ölçmektedir. Duygusal Destek boyutundan alınabilecek en yüksek puan 12, en düşük puan 3'tür. Yüksek puan bakım verenin ihtiyacı olan duygusal desteği aldığını gösterirken, düşük puan duygusal destek alamadığını göstermektedir.

Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları için toplam puan, 0,88 üç alt boyutun Cronbach alfa katsayıları Araçsal Destek için 0,843, Bilgi Desteği için 0,66, Duygusal Destek için 0,665'dir Ölçeğin alt boyutlarının birbirleri ile ve toplam puanla olan korelasyonlarından elde edilen değerler de ölçeğin yapı geçerliğine kanıt teşkil etmiştir (Kumral, 2017) (Ek-4). Bu çalışmada alt boyut Cronbach Alfa değerleri "Araçsal Destek" için 0,81, "Bilgi Desteği" için 0,67, "Duygusal Destek" için 0,66 bulunmuştur. BVSDÖF ölçeği Cronbach Alfa değeri ise 0,85 olarak saptanmıştır.

Ölçek kullanım izini alınmıştır (Ek-6).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzde, minimum, maksimum, medyan, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılımını belirlemek amacıyla basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır (+1,-1). Normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesinde parametrik testlerden bağımsız gruplarda t testi ve Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi ve Post-Hoc testlerinden Tukey HSD ve Tamhane's yararlanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Yordama gücünü saptamak üzere basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan istatistiksel testlerde %95 güven aralığı ve $p<0.05$ anlamlılık seviyesi olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Uygulamalar Etik Kurulu tarafından 23.06.2022 tarihli 21-KAEK-135 kayıt numarası ile etik kurul izni alınmıştır (Ek-7). Araştırmaya başlamadan önce, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi'nden 08.06.2022 ve 171764 sayılı yazı ile izin alınmıştır (Ek-8). Araştırmaya katılma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden bakım verenlere araştırmanın amacı ve sürecine yönelik bilgi verilerek, sözlü bilgilendirilip onamları alınmıştır. Araştırma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine göre gerçekleştirilmiştir.

3.8.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi ile tıbbi onkoloji kliniğinde yatarak takip edilen kanser hastalarına primer bakım veren yakınları ile yapılmıştır.

1. Elde edilen veriler tüm kanser hasta yakınlarına ve evrene genellenemez.
2. Sonuçlar, kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ile sınırlıdır.
3. Araştırmada kullanılan ölçekler öz bildirim ölçekleri olduğundan kendi

durumlarını farklı algılayıp yorumlamış olabilirler.

4. Veri toplama döneminin pandemi dönemine denk gelmesi, temas izole olan hasta ve hasta yakınlarının olması, hastaların tedavi kaynaklı sorunları nedeniyle hasta yakınlarının görüşmek istememesi gibi nedenler çalışmamızın sınırlılıklarındandır.

3.8.2. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Verilerin toplanmasının yüz yüze yapılması, araştırmanın yürütücüsü olan sosyal hizmet uzmanı ile bakım verenlerin görüşerek konuşma imkanı bulması, mevcut durumlarının değerlendirilerek çözüm önerilerinde bulunulması, gerekli rehberlik ve bilgilendirmenin yapılması araştırmanın güçlü yanı olarak belirtilebilir.



4. BULGULAR

Bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım veren özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Buna göre bakım verenlerin yaş ortalamasının $51,64 \pm 11,78$, bakım süresinin $12,38 \pm 15,40$ yıl ve günlük bakım verme süresinin $11,73 \pm 4,33$ saat olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin %73,9’unun kadın, %83,9’unun evli, %90’ının çekirdek ailede yaşadığı, %40’ının ilkokul mezunu ve %93,3’ünün çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %71,1’i sosyal güvencesinin olduğunu, %58,3’ü çalışmadığını, %59,4’ü ev hanımı olduğunu ve %44,4’ü gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bakım verenlerin %74,4’ü sigara ve %96,7’si alkol kullanmadığını ve %15,6’sı bu dönemde sigara kullanımında artma olduğunu ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin %41,7’si bakım verdikleri hastanın çocuğu olduğunu, %61,7’si yardım aldıklarını, %72,3’ü fiziksel ihtiyaçlarını karşıladığını ve %63,3’ü hastası ile iyi derecede ilişkisi olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Veren Özelliklerinin Dağılımı (n=180)

Değişkenler		Ort±SS	
Yaş		51,64±11,78	
Bakım süresi (ay)		12,38±15,40	
Bakım verilen zaman (saat/gün)		11,73±4,33	
		n	%
Cinsiyet	Kadın	133	73,9
	Erkek	47	26,1
Medeni Durum	Evli	151	83,9
	Bekar	29	16,1
Çocuk Varlığı	Yok	12	6,7
	Var	168	93,3
Aile Tipi	Çekirdek Aile	162	90,0
	Geniş Aile	18	10,0
Eğitim Durumu	Okur-yazar	32	17,8
	İlkokul	72	40,0
	Ortaokul	26	14,4
	Lise	26	14,4
	Lisans	24	13,4

Tablo 1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Veren Özelliklerinin Dağılımı (n=180) (Devamı)

Sosyal Güvence	Var	128	71,1
	Yok	52	28,9
Çalışma Durumu	Çalışıyor	45	25,0
	Çalışmıyor	105	58,3
	Emekli	30	16,7
Meslek	İşçi	18	10,0
	Memur	29	16,1
	Emekli	26	14,5
	Ev hanımı	107	59,4
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	62	34,4
	Gelir gidere denk	38	21,2
	Gelir giderden fazla	80	44,4
Sigara Kullanma Durumu	Evet	46	25,6
	Hayır	134	74,4
Bakım Verme Döneminde Sigara Kullanımında Değişim Durumu (n:46)	Sigara kullanımında değişim olmadı	18	10,0
	Sigara kullanımında artma oldu	28	15,6
Alkol Kullanma Durumu	Evet	6	3,3
	Hayır	174	96,7
Hastaya Yakınlık Derecesi	Annesiyim	6	3,3
	Babasıyım	1	0,5
	Eşiyim	73	40,6
	Kardeşiyim	13	7,2
	Çocuğuyum	75	41,7
	Diğer	12	6,7
Yardım Alma Durumu	Evet	111	61,7
	Hayır	69	38,3
Bakım/Destek Verilen Alanlar *Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.	Fiziksel ihtiyaçlarını karşılama	178	72,3
	Psikolojik destek sağlama	30	12,2
	Maddi destek sağlama	38	15,5
Hasta ile Olan İlişki	Çok İyi	34	18,9
	İyi	114	63,3
	Orta	27	15
	Kötü	5	2,8
	Çok kötü	-	-

Bakım verenlerin hastalık özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Buna göre bakım verenlerin %56,1’inin kronik hastalığı olduğu, %36,1’inin hipertansiyon tanısı aldığı, %9,4’ünün tanı konmuş ruhsal hastalığı olduğu (depresif bozukluk), %95’inin ruhsal destek almadığı, %6,1’inin ruhsal sorununa yönelik ilaç kullandığı, %94,4’ünün ruhsal destek alma düşüncesinin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Bakım Verenlerin Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=180)

Değişkenler		n	%
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	101	56,1
	Hayır	79	43,9
Kronik Hastalık *Birden fazla kronik hastalık mevcut olduğu için toplam sayı 101 den fazladır.	Diyabetes Mellitus	29	16,1
	Hipertansiyon	65	36,1
	Kardiyovasküler hastalıklar	15	8,3
	Solunum sistemi hastalıkları	17	9,4
	Romatizmal hastalıklar	38	21,1
	Mide rahatsızlıkları	1	0,6
	Sedef hastalığı	1	0,6
	Behçet hastalığı	1	0,6
Tanı Konulmuş Ruhsal Hastalık Varlığı	Evet	17	9,4
	Hayır	163	90,6
Ruhsal Hastalık Adı	Depresif bozukluk	17	9,4
Ruhsal destek alma durumu	Evet	9	5,0
	Hayır	171	95,0
Ruhsal sorununuza yönelik ilaç kullanma durumu (n=17)	Evet	11	6,1
	Hayır	6	3,3
Ruhsal destek alma düşüncesi	Evet	10	5,6
	Hayır	170	94,4

Bakım verilen hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin dağılımı Tablo 3’te gösterilmiştir. Buna göre bakım verilen hastaların hastalık sürelerinin $19,67 \pm 23,13$ ay olduğu, %65,6’sının çalışmadığı, %38,9’unun ilçede yaşadığı ve %96,1’inin aile bireyleri ile yaşadığı belirlenmiştir. %56,1’i bakım verilen hastalarının sağlık durumunu “orta” olarak ifade etmiştir. Hastaların %25’inin mide kanseri ve %48,9’unun Evre 3 olduğu; %69,4’ünün kemoterapi, %25’inin radyoterapi ve %7,8’inin hormonoterapi aldığı saptanmıştır. Yalnızca bir hastanın cerrahi operasyon geçirdiği bulunmuştur.

Tablo 3. Bakım Verilen Hastanın Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=180)

Değişkenler		Ort±SS	
Hastalık Süresi (ay)		19,67±23,13	
		n	%
Çalışma Durumu	Çalışıyor	14	7,7
	Çalışmıyor	118	65,6
	Emekli	48	26,7
Yaşadığı Yer	İl merkezi	56	31,1
	İlçe	70	38,9
	Köy	54	30,0
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	7	3,9
	Aile bireyleri	173	96,1
Sağlık Durumu	İyi	11	6,1
	Orta	101	56,1
	Kötü	68	37,8
Tıbbi Tanısı	Kolorektal kanser	32	17,8
	Meme kanseri	31	17,2
	Mide kanseri	45	25,0
	Akciğer kanseri	29	16,1
	Diğer kanserler	43	23,9
Diğer Kanserler	Özofagus kanseri	6	3,3
	Yumurtalık kanseri	7	3,9
	Pankreas kanseri	8	4,4
	Beyin tümörü	5	2,8
	Kan kanseri	6	3,3
	Dil kanseri	2	1,1
	Prostat kanseri	6	3,3
Hastalığın Evresi	Evre 1	1	0,6
	Evre 2	59	32,8
	Evre 3	88	48,9
	Evre 4	32	17,7

Tablo 3. Bakım Verilen Hastanın Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=180) (Devamı)

Kemoterapi	Kemoterapi aldı	125	69,4
	Kemoterapi almadı	55	30,6
Radyoterapi	Radyoterapi aldı	45	25,0
	Radyoterapi almadı	135	75,0
Hormonoterapi	Hormonoterapi aldı	14	7,8
	Hormonoterapi almadı	166	92,2
Cerrahi Operasyon	Cerrahi operasyon oldu	1	0,6
	Cerrahi operasyon olmadı	179	99,4

Bakım verenlerin Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu (BVSDÖF) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) puan ortalamaları Tablo 4'te gösterilmiştir. Bakım verenlerin BVSDÖF Araçsal Destek alt boyut puan ortalamasının $19,89 \pm 3,30$, Bilgi Desteği alt boyut puan ortalamasının $9,43 \pm 1,88$, Duygusal Destek alt boyut puan ortalamasının $8,87 \pm 1,60$ ve toplam ölçek puan ortalamasının $38,20 \pm 5,92$ olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin SBÇTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Boyut puan ortalamasının $13,00 \pm 2,45$, İyimser Yaklaşım Alt Boyut puan ortalamasının $9,51 \pm 1,81$, Çaresiz Yaklaşım Alt Boyut puan ortalamasının $10,68 \pm 3,03$, Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyut puan ortalamasının $9,13 \pm 2,20$, Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyut puan ortalamasının $6,20 \pm 1,95$ ve toplam puan ortalamasının $48,53 \pm 4,03$ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Bakım Verenlerin Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=180)

Ölçekler		Ort±SS	Medyan	Minimum	Maksimum
Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu	Araçsal destek	19,89±3,30	20	8	28
	Bilgi desteği	9,43±1,88	9	4	16
	Duygusal destek	8,87±1,60	9	3	12
	Toplam	38,20±5,92	39	15	55
Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği	Kendine Güvenli Yaklaşım	13,00±2,45	13	5	20
	İyimser Yaklaşım	9,51±1,81	10	4	14
	Çaresiz Yaklaşım	10,68±3,03	10	3	20
	Boyun Eğici Yaklaşım	9,13±2,20	9	3	14
	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	6,20±1,95	6	2	11
	Toplam	48,53±4,03	48	35	60

Bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım veren özelliklerine göre BVSDÖF puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir. Buna göre bakım verenlerin cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, aile tipi, sosyal güvence varlığı, meslek, sigara ve alkol kullanma durumu ile BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$). Ayrıca bakım süresi ve günlük bakım verilen süre ile BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Bakım verenlerin eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, bakım verme döneminde sigara kullanımında değişim durumu ve yardım alma durumu ile BVSDÖF ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Bakım verenlerin yaşı ile Bilgi Desteği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre yaş arttıkça Bilgi Desteği puan ortalamaları azalmaktadır.

Lisans mezunu olanların Bilgi Desteği alt boyut puan ortalaması okur-yazar ve ilkökul mezunu olanlara göre daha yüksektir.

Emekli olanların BVSDÖF toplam puan ortalaması ile Araçsal Destek ve Bilgi Desteği alt boyut puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha yüksektir.

Geliri giderinden az olanların BVSDÖF toplam puan ortalaması ile Araçsal Destek ve Bilgi Desteği alt boyut puan ortalamaları diğerlerine göre daha düşüktür.

Bakım verme döneminde sigara kullanımında artma olanların BVSDÖF toplam puan ortalaması ile Araçsal Destek alt boyut puan ortalamaları değişim olmayanlara göre daha düşüktür.

Yardım alanların BVSDÖF toplam puan ortalaması ile tüm alt boyut puan ortalamaları yardım almayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 5. Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Veren Özelliklerine Göre Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180)

Değişkenler	Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu			
	Araçsal Destek	Bilgi Desteği	Duygusal Destek	Toplam
	Ort±SS			
Yaş	r= -0,139 p=0,064	r= -0,150 p=0,045	r=0,004 p=0,953	r=0,124 p=0,098
Bakım Süresi (ay)	r=0,043 p=0,564	r=0,052 p=0,486	r=0,013 p=0,858	r=0,044 p=0,555
Bakım Verilen Zaman (saat/gün)	r=0,110 p=0,143	r=0,082 p=0,272	r=0,098 p=0,191	r=0,114 p=0,128
Cinsiyet				
Kadın	19,67±3,49	9,36±1,83	8,80±1,64	37,84±6,20
Erkek	20,51±2,61	9,63±2,00	9,06±1,46	39,21±4,95
t=	1,493	0,868	0,953	1,367
p=	0,137	0,387	0,342	0,173
Medeni Durum				
Evli	20,03±3,01	9,52±1,81	8,92±1,40	38,48±5,27
Bekar	19,17±4,52	8,93±2,15	8,62±2,39	36,72±8,61
t=	1,288	1,575	0,922	1,469
p=	0,200	0,117	0,358	0,143
Çocuk Varlığı				
Yok	19,58±4,50	9,08±2,77	9,08±1,78	37,75±8,50
Var	19,91±3,21	9,45±1,81	8,85±1,59	38,23±5,73
t=	0,337	0,666	0,471	0,272
p=	0,737	0,506	0,638	0,786

Tablo 5. Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Veren Özelliklerine Göre Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180) (Devamı)

Aile Tipi				
Çekirdek Aile	19,91±3,36	9,51±1,87	8,93±1,56	38,35±6,00
Geniş Aile	19,72±2,78	8,72±1,87	8,33±1,87	36,77±5,05
t=	0,233	1,698	1,509	1,074
p=	0,816	0,091	0,133	0,284
Eğitim Durumu				
Okur-yazar	18,71±3,57	8,84±1,62 ^a	8,78±1,33	36,34±5,74
İlkokul	19,79±2,97	9,30±1,58 ^a	8,80±1,34	37,90±5,03
Ortaokul	20,15±2,85	9,34±2,09 ^{ab}	8,53±2,02	38,03±5,82
Lise	20,46±4,22	9,57±2,31 ^{ab}	9,03±2,02	39,07±7,91
Lisans	20,87±2,95	10,54±1,93 ^b	9,37±1,61	40,79±5,69
F=	1,824	3,144	0,999	2,182
p=	0,126	0,016	0,410	0,073
Sosyal Güvence				
Var	19,95±3,21	9,45±2,03	8,75±1,72	38,15±6,13
Yok	19,75±3,54	9,38±1,47	9,17±1,20	38,30±5,43
t=	0,373	0,221	1,612	0,155
p=	0,710	0,826	0,109	0,877
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	20,57±3,73 ^{ab}	9,63±2,02 ^{ab}	8,80±2,00	39,87±7,09 ^{ab}
Çalışmıyor	19,26±3,22 ^a	9,13±1,58 ^a	8,75±1,51	36,65±5,45 ^a
Emekli	21,06±2,30 ^b	10,00±2,28 ^b	9,40±1,06	40,10±4,88 ^b
F=	4,958	3,647	1,986	4,220
p=	0,008	0,028	0,140	0,016
Meslek				
İşçi	20,94±3,35	10,00±2,22	8,72±1,36	39,66±5,54
Memur	20,31±4,20	10,00±2,53	8,93±2,32	39,24±8,40
Emekli	20,65±2,36	9,53±2,08	9,30±1,40	39,50±5,30
Ev hanımı	19,42±3,16	9,15±1,49	8,77±1,44	37,35±5,22
F=	1,984	2,251	0,832	1,834
p=	0,118	0,084	0,478	0,143
Ekonomik Durum				
Gelir giderden az	18,66±3,35 ^a	8,85±1,66 ^a	8,80±1,30	36,31±5,42 ^a
Gelir gidere denk	20,86±2,72 ^b	9,65±2,09 ^b	9,00±1,50	39,52±5,55 ^b
Gelir giderden fazla	20,38±3,26 ^b	9,70±1,88 ^b	8,86±1,85	38,95±6,19 ^b

Tablo 5. Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Veren Özelliklerine Göre Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180) (Devamı)

F=	7,351	3,179	0,173	4,569
p=	0,001	0,044	0,842	0,012
Sigara Kullanma Durumu				
Evet	20,04±2,79	9,45±1,98	8,70±1,66	38,20±5,31
Hayır	19,84±3,47	9,42±1,84	8,93±1,58	38,19±6,15
t=	0,360	0,107	0,826	0,011
p=	0,719	0,915	0,410	0,991
Bakım Verme Döneminde Sigara Kullanımında Değişim Durumu				
Sigara Kullanımında Değişim Olmadı	21,66±2,89	9,61±2,25	8,88±1,02	40,16±5,24
Sigara Kullanımında Artma Oldu	19,00±2,35	9,21±1,77	8,57±2,00	36,78±5,18
t=	3,426	0,666	0,619	2,147
p=	0,001	0,509	0,539	0,037
Alkol Kullanma Durumu				
Evet	20,66±5,00	8,83±1,72	7,83±2,56	37,33±8,66
Hayır	19,86±3,24	9,45±1,88	8,90±1,55	38,22±5,84
t=	0,581	0,793	1,622	0,364
p=	0,562	0,429	0,107	0,717
Yardım Alma Durumu				
Evet	21,09±2,34	9,73±1,81	9,18±1,33	40,01±4,43
Hayır	17,92±3,71	8,92±1,90	8,33±1,86	35,19±6,83
t=	6,988	2,850	3,553	5,732
p=	0,000	0,005	0,000	0,000

Bakım verenlerin hastalık özelliklerine göre BVSDÖF puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmiştir. Buna göre bakım verenlerin tanı konulmuş ruhsal hastalık varlığı ve ruhsal destek alma durumu ile BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$). Bakım verenlerin kronik hastalık varlığı ve ruhsal destek alma düşüncesi ile BVSDÖF ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Kronik hastalığı olanların BVSDÖF toplam puan ortalaması ile Araçsal Destek ve Bilgi Desteği alt boyut puan olmayanlara göre daha düşüktür.

Ruhsal destek alma düşüncesi olanların BVSDÖF toplam puan ortalaması ile Duygusal Destek alt boyut puan ortalamaları olmayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 6. Bakım Verenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180)

Değişkenler	Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği			
	Araçsal Destek	Bilgi Desteği	Duygusal Destek	Toplam
	Ort±SS			
Kronik Hastalık Varlığı				
Evet	19,29±3,26	9,05±1,78	8,75±1,65	37,10±5,97
Hayır	20,65±3,20	9,91±1,90	9,02±1,52	39,59±5,58
t=	2,795	3,084	1,134	2,849
p=	0,006	0,002	0,258	0,005
Tanı Konulmuş Ruhsal Hastalık Varlığı				
Evet	20,47±3,14	9,00±1,00	9,11±0,92	38,58±4,50
Hayır	19,83±3,32	9,47±1,94	8,84±1,65	38,15±6,06
t=	0,755	0,997	0,662	0,283
p=	0,451	0,320	0,509	0,777
Ruhsal Destek Alma Durumu				
Evet	19,44±4,27	8,88±1,53	8,33±1,41	36,66±6,72
Hayır	19,91±3,25	9,46±1,89	8,90±1,61	38,28±5,89
t=	0,418	0,890	1,035	0,796
p=	0,676	0,375	0,302	0,427
Ruhsal Destek Alma Düşüncesi				
Evet	21,80±2,25	10,40±2,22	10,30±1,05	42,50±4,47
Hayır	19,78±3,32	9,37±1,85	8,78±1,59	37,94±5,91
t=	1,891	1,680	2,960	2,393
p=	0,060	0,095	0,003	0,018

Bakım verilen hastanın sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre bakım verenlerin BVSDÖF puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7’de gösterilmiştir. Buna göre bakım verilen hastanın sağlık durumu, kemoterapi, radyoterapi ve hormon terapi alma durumu ile bakım verenlerin BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$). Ayrıca hastalık süresi ile bakım verenlerin BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$).

Bakım verilen hastanın çalışma durumu, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı ve tıbbi

tanısı ile bakım verenlerin BVSDÖF ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Emekli olan hastaya bakım verenlerin BVSDÖF toplam puan ortalaması ile Araçsal Destek ve Bilgi Desteği alt boyut puan ortalamaları çalışmayan hastalara bakım verenlere göre daha yüksektir.

İl merkezinde yaşayan hastaya bakım verenlerin BVSDÖF toplam puan ortalaması ile Bilgi Desteği alt boyut puan ortalamaları köyde yaşayan hastaya bakım verenlere göre daha yüksektir.

Yalnız yaşayan hastaya bakım verenlerin BVSDÖF toplam puan ortalaması ile Araçsal Destek alt boyut puan ortalamaları aile bireyleri ile yaşayan hastaya bakım verenlere göre daha düşüktür.

Meme kanseri olan hastaya bakım verenlerin Araçsal Destek ve Bilgi Desteği alt boyut puan ortalamaları kolorektal kanseri olan hastalara bakım verenlere göre daha yüksektir.

Tablo 7. Bakım Verilen Hastanın Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180)

Değişkenler	Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği			
	Araçsal Destek	Bilgi Desteği	Duygusal Destek	Toplam
	Ort±SS			
Hastalık Süresi (ay)	r=0,077 p=0,302	r=0,041 p=0,584	r=0,071 p=0,346	r=0,075 p=0,315
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	20,14±2,41 ^{ab}	9,85±2,10 ^{ab}	9,07±1,43	39,07±4,98 ^{ab}
Çalışmıyor	19,45±3,36 ^a	9,05±1,69 ^a	8,68±1,59	37,20±5,68 ^a
Emekli	20,89±3,21 ^b	10,22±2,02 ^b	9,27±1,62	40,39±6,21 ^b
F=	3,364	7,479	2,422	5,368
p=	0,037	0,001	0,092	0,005
Yaşadığı Yer				
İl merkezi	20,55±3,10	9,89±1,96 ^a	9,23±1,79	39,67±5,98 ^a
İlçe	19,92±3,22	9,38±1,96 ^{ab}	8,67±1,62	37,98±5,93 ^{ab}
Köy	19,16±3,51	9,01±1,59 ^b	8,75±1,30	36,94±5,61 ^b
F=	2,469	3,072	2,121	3,072
p=	0,088	0,049	0,123	0,049

Tablo 7. Bakım Verilen Hastanın Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180) (Devamı)

Kiminle Yaşadığı				
Yalnız	16,85±4,37	8,42±2,63	8,28±2,36	33,57±8,97
Aile bireyleri	20,01±3,20	9,47±1,84	8,89±1,57	38,38±5,72
t=	2,518	1,445	0,987	2,129
p=	0,013	0,150	0,325	0,035
Sağlık Durumu				
İyi	19,09±3,78	9,36±1,12	8,45±1,80	36,90±6,26
Orta	20,00±3,02	9,27±1,76	8,94±1,24	38,22±5,17
Kötü	19,85±3,63	9,67±2,13	8,83±2,00	38,36±6,90
F=	0,390	0,921	0,478	0,287
p=	0,678	0,400	0,621	0,751
Tıbbi Tanısı				
Kolorektal kanser	18,56±3,39 ^a	8,96±1,69 ^{ab}	8,71±1,54	36,25±5,57
Meme kanseri	20,87±3,93 ^b	9,51±1,92 ^{ab}	9,25±2,01	39,64±7,40
Mide kanseri	19,35±2,90 ^{ab}	8,84±1,69 ^a	8,75±1,76	36,95±5,29
Akciğer kanseri	20,44±2,64 ^{ab}	10,06±1,30 ^b	8,72±1,13	39,24±3,95
Diğer kanserler	20,37±3,35 ^{ab}	9,90±2,26 ^{ab}	8,93±1,42	39,20±6,31
F=	2,816	3,269	0,653	2,436
p=	0,027	0,013	0,626	0,051
Kemoterapi				
Kemoterapi aldı	19,73±3,35	9,38±1,95	8,91±1,64	38,03±6,15
Kemoterapi almadı	20,25±3,18	9,54±1,70	8,78±1,51	38,58±5,40
t=	0,970	0,529	0,501	0,572
p=	0,333	0,597	0,617	0,568
Radyoterapi				
Radyoterapi aldı	20,08±3,13	9,11±1,61	8,64±1,65	37,84±5,61
Radyoterapi almadı	19,82±3,36	9,54±1,95	8,94±1,58	38,31±6,03
t=	0,455	1,329	1,101	0,464
p=	0,650	0,186	0,272	0,643
Hormonoterapi				
Hormonoterapi aldı	18,50±3,32	9,28±1,13	8,85±1,51	36,64±5,32
Hormonoterapi almadı	20,01±3,28	9,44±1,93	8,87±1,61	38,33±5,96
t=	1,653	0,305	0,037	1,024
p=	0,100	0,761	0,971	0,307

Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre SBÇTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8’de gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların aile tipi, sosyal güvence durumu, ekonomik durumu, sigara ve alkol kullanma durumu ve bakım verme döneminde sigara kullanımında değişim durumu ile SBÇTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$). Ayrıca bakım süresi ve günlük verilen bakım zamanı ile SBÇTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin yaşı ile SBÇTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre bakım verenleri yaşı arttıkça Kendine Güvenli Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt boyut puan ortalamaları azalırken Boyun Eğici Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları artmaktadır.

Bakım verenlerin cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek ve yardım alma durumu ile SBÇTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Kadınların İyimser Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksektir. Evli olanların Kendine Güvenli Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt boyut puan ortalamaları bekarlara göre daha yüksektir.

Çocuğu olanların Boyun Eğici Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları olmayanlara göre daha yüksektir.

Lisans mezunu olanların Çaresiz Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları okur-yazar olanlara göre daha düşük; lise ve lisans mezunu olanların Boyun Eğici Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları diğerlerine göre daha düşük; lisans mezunu olanların Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt boyut puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksektir.

Çalışanların Kendine Güvenli Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha yüksek; emeklilerin Çaresiz Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha düşük; çalışanların Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt boyut puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksektir.

Memurların Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt boyut puan ortalamaları emekli ve ev hanımlarına göre daha yüksektir.

Yardım alanların Kendine Güvenli Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt boyut puan ortalamaları almayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 8. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180)

Değişkenler	Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği				
	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
	Ort±SS				
Yaş	r= -0,240 p=0,001	r= -0,005 p=0,950	r= -0,017 p=0,818	r= 0,238 p=0,001	r= -0,168 p=0,025
Bakım Süresi (ay)	r=0,095 p=0,207	r=0,079 p=0,294	r=0,016 p=0,835	r=0,039 p=0,602	r=0,101 p=0,176
Bakım Verilen Zaman (saat/gün)	r=0,049 p=0,510	r=0,025 p=0,743	r=0,105 p=0,161	r=0,058 p=0,440	r=0,034 p=0,646
Cinsiyet					
Kadın	12,93±2,63	9,69±1,90	10,81±3,14	9,45±2,30	6,15±1,91
Erkek	13,19±1,88	9,00±1,42	10,29±2,66	8,23±1,59	6,36±2,07
t=	0,602	2,299	1,014	3,343	0,635
p=	0,548	0,023	0,312	0,001	0,526
Medeni Durum					
Evli	13,22±2,31	9,56±1,70	10,54±2,83	9,15±1,90	6,33±1,99
Bekar	11,86±2,86	9,27±2,32	11,41±3,86	9,00±3,41	5,51±1,61
t=	2,787	0,780	1,421	0,355	2,087
p=	0,006	0,437	0,157	0,723	0,038
Çocuk Varlığı					
Yok	13,58±3,82	9,33±2,14	10,50±3,26	6,83±2,75	6,00±1,70
Var	12,96±2,34	9,52±1,79	10,69±3,02	9,29±2,07	6,22±1,97
t=	0,842	0,362	0,216	3,883	0,376
p=	0,401	0,718	0,829	0,000	0,708
Aile Tipi					
Çekirdek aile	13,03±2,48	9,48±1,77	10,80±2,92	9,04±2,23	6,17±2,00
Geniş aile	12,72±2,21	9,83±2,17	9,61±3,77	9,88±1,77	6,44±1,42
t=	0,515	0,780	1,589	1,538	0,545
p=	0,608	0,436	0,114	0,126	0,587

Tablo 8. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180) (Devamı)

Eğitim Durumu					
Okur-yazar	12,59±2,80	9,50±1,64	11,50±2,65 ^a	10,18±2,26 ^a	5,96±1,71 ^a
İlkokul	12,72±2,13	9,69±1,81	10,68±2,75 ^{ab}	9,40±1,92 ^a	5,80±1,79 ^a
Ortaokul	13,15±2,46	9,38±2,17	10,34±3,48 ^{ab}	9,42±2,13 ^a	6,16±2,21 ^a
Lise	13,00±2,71	9,23±1,79	10,73±3,35 ^{ab}	7,96±2,77 ^b	6,29±1,85 ^a
Lisans	14,25±2,36	9,45±1,71	8,83±2,69 ^b	7,87±1,03 ^b	7,66±1,99 ^b
F=	2,075	0,370	3,910	6,769	4,557
p=	0,086	0,829	0,005	0,002	0,002
Sosyal Güvence					
Var	12,96±2,47	9,39±1,87	10,66±3,18	9,27±1,93	6,35±2,04
Yok	13,09±2,42	9,80±1,64	10,73±2,65	8,78±2,76	5,84±1,69
t=	0,314	1,375	0,133	1,340	1,577
p=	0,754	0,171	0,894	0,182	0,117
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	14,17±2,83 ^a	9,24±1,90	10,64±3,46 ^{ab}	8,91±1,68	7,26±2,13 ^a
Çalışmıyor	12,54±2,36 ^b	9,59±1,83	11,10±2,96 ^a	9,29±2,34	5,85±1,79 ^b
Emekli	12,86±1,43 ^{ab}	9,66±1,60	9,26±2,04 ^b	8,90±2,39	5,83±1,68 ^b
F=	7,542	0,694	4,460	0,677	9,679
p=	0,001	0,501	0,013	0,510	0,000
Meslek					
İşçi	13,55±2,68	9,55±1,72	11,44±3,53	9,16±2,14	6,61±2,22 ^{ab}
Memur	13,96±2,79	9,00±1,96	10,20±3,53	8,24±1,29	7,48±1,90 ^a
Emekli	12,69±1,56	9,23±1,33	9,50±2,00	8,76±2,62	5,30±1,76 ^b
Ev hanımı	12,72±2,44	9,71±1,87	10,97±2,94	9,45±2,24	6,00±1,80 ^b
F=	2,425	1,460	2,311	2,663	7,246
p=	0,067	0,227	0,078	0,050	0,000
Ekonomik Durum					
Gelir giderden az	12,67±2,56	9,48±1,65	10,58±2,84	9,06±2,17	5,79±1,63
Gelir gidere denk	13,15±1,83	9,36±1,42	11,18±2,41	9,05±2,35	6,28±2,16
Gelir giderden fazla	13,18±2,62	9,61±2,08	10,52±3,41	9,22±2,18	6,48±2,04
F=	0,844	0,247	0,611	0,123	2,294
p=	0,432	0,782	0,518	0,884	0,104

Tablo 8. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180) (Devamı)

Sigara Kullanma Durumu					
Evet	13,18±1,72	9,29±1,74	10,70±2,86	8,68±1,81	6,08±1,86
Hayır	12,93±2,67	9,59±1,83	10,67±3,10	9,29±2,31	6,25±1,99
t=	0,598	1,004	0,067	1,643	0,504
p=	0,551	0,317	0,947	0,102	0,615
Bakım Verme Döneminde Sigara Kullanımında Değişim Durumu					
Sigara kullanımında değişim olmadı	14,11±1,27	9,27±1,99	10,72±2,05	8,27±1,60	5,83±1,94
Sigara kullanımında artma oldu	12,60±1,74	9,25±1,62	10,75±3,26	9,14±2,10	6,03±1,71
Sigara kullanmıyorum	12,94±2,66	9,60±1,83	10,66±3,10	9,24±2,28	6,29±2,01
F=	2,268	0,613	0,011	1,539	0,556
p=	0,106	0,543	0,989	0,217	0,574
Alkol Kullanma Durumu					
Evet	13,3±2,25	10,00±2,96	12,16±4,83	8,50±2,07	5,83±1,32
Hayır	12,99±2,46	9,50±1,77	10,63±2,95	9,15±2,21	6,21±1,97
t=	0,331	0,663	1,221	0,714	0,473
p=	0,741	0,508	0,224	0,476	0,637
Yardım Alma Durumu					
Evet	13,45±2,23	9,66±1,80	10,37±3,03	9,05±2,26	6,62±1,92
Hayır	12,29±2,65	9,29±1,82	11,19±2,99	9,29±2,10	5,52±1,84
t=	3,122	1,336	1,746	0,706	3,744
p=	0,002	0,183	0,082	0,481	0,000

Bakım verenlerin hastalık özelliklerine göre SBÇTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9’da gösterilmiştir. Buna göre bakım verenlerin tanı konulmuş ruhsal hastalık varlığı ve ruhsal destek alma durumu ile SBÇTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin kronik hastalık varlığı ve ruhsal destek alma düşüncesi ile SBÇTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Kronik hastalığı olanların Kendine Güvenli Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları olmayanlara göre daha düşük iken Boyun Eğici Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir.

Ruhsal destek alma düşüncesi olanların Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt boyut puan ortalamaları olmayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 9. Bakım Verenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180)

Değişkenler	Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği				
	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
	Ort±SS				
Kronik Hastalık Varlığı					
Evet	12,60±2,47	9,68±1,71	10,91±3,04	9,76±2,04	5,99±1,87
Hayır	13,51±2,35	9,30±1,92	10,39±3,01	8,32±2,15	6,48±2,03
t=	2,516	1,396	1,140	4,559	1,679
p=	0,013	0,164	0,256	0,000	0,095
Tanı Konulmuş Ruhsal Hastalık Varlığı					
Evet	13,29±2,82	9,58±1,54	11,58±2,55	8,64±2,14	6,47±2,00
Hayır	12,97±2,42	9,50±1,84	10,58±3,06	9,18±2,21	6,17±1,95
t=	0,508	0,170	1,296	0,955	0,586
p=	0,612	0,865	0,197	0,341	0,559
Ruhsal Destek Alma Durumu					
Evet	13,11±2,20	9,22±1,48	11,22±2,90	9,11±1,83	5,88±1,83
Hayır	13,00±2,47	9,53±1,83	10,65±3,04	9,13±2,22	6,22±1,96
t=	0,132	0,499	0,546	0,031	0,497
p=	0,895	0,619	0,586	0,975	0,620
Ruhsal Destek Alma Düşüncesi					
Evet	13,30±1,70	9,10±1,19	10,80±3,22	9,30±1,76	8,00±1,49
Hayır	12,98±2,49	9,54±1,84	10,67±3,02	9,12±2,23	6,10±1,93
t=	0,389	0,747	0,125	0,245	3,053
p=	0,698	0,456	0,901	0,807	0,003

Bakım verilen hastanın sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre bakım verenlerin SBÇTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmiştir. Buna göre bakım verilen hastanın yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, tıbbi tanısı ve kemoterapi alma durumu ile bakım verenlerin SBÇTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$).

Bakım verilen hastanın hastalık süresi ile bakım verenlerin SBÇTÖ alt

boyutlarından “iyimser yaklaşım” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre hastalık süresi arttıkça iyimser yaklaşım alt boyut puan ortalamaları azalmaktadır.

Bakım verilen hastanın çalışma durumu, sağlık durumu, radyoterapi ve hormon terapi alma durumu ile bakım verenlerin SBCTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışan hastaya bakım verenlerin Sosyal Destek Arama alt boyut puan ortalamaları çalışmayan hastaya bakım verenlere göre daha yüksektir.

Sağlık durumu kötü olan hastaya bakım verenlerin Kendine Güvenli Yaklaşım ve İyimser Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları sağlık durumu orta/iyi olan hastaya bakım verenlere göre daha düşük iken; Çaresiz Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir.

Radyoterapi alan hastaya bakım verenlerin Boyun Eğici Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları radyoterapi almayan hastaya bakım verenlere göre daha yüksektir.

Hormonoterapi alan hastaya bakım verenlerin Boyun Eğici Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları hormonoterapi almayan hastaya bakım verenlere göre daha düşüktür.

Tablo 10. Bakım Verilen Hastanın Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180)

Değişkenler	Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği				
	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
	Ort±SS				
Hastalık Süresi (ay)	r=0,011 p=0,886	r= -0,198 p=0,008	r=0,029 p=0,697	r=0,031 p=0,683	r=0,036 p=0,633
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	12,78±1,80	9,92±1,89	9,92±2,52	9,14±1,83	7,35±1,39 ^a
Çalışmıyor	12,91±2,64	9,52±1,77	10,61±2,98	9,08±2,27	5,89±1,96 ^b
Emekli	13,29±2,13	9,37±1,90	11,08±3,27	9,25±2,17	6,62±1,89 ^{ab}
F=	0,458	0,506	0,885	0,095	5,216
p=	0,633	0,604	0,415	0,909	0,006

Tablo 10. Bakım Verilen Hastanın Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180) (Devamı)

Yaşadığı Yer					
İl Merkezi	13,05±2,70	9,53±1,80	10,58±3,29	9,08±2,40	6,32±1,97
İlçe	12,87±2,40	9,51±2,16	11,08±2,90	8,98±2,13	6,41±2,03
Köy	13,12±2,28	9,50±1,27	10,25±2,90	9,37±2,09	5,81±1,80
F=	0,821	0,005	1,174	0,477	1,583
p=	0,834	0,995	0,311	0,621	0,208
Kiminle Yaşadığı					
Yalnız	13,28±4,53	9,00±2,08	11,00±4,61	8,57±1,71	5,85±2,19
Aile bireyleri	12,99±2,35	9,53±1,80	10,67±2,96	9,15±2,22	6,21±1,95
t=	0,307	0,768	0,281	0,687	0,479
p=	0,759	0,444	0,779	0,493	0,632
Sağlık Durumu					
İyi	14,00±2,00 ^a	10,54±1,63 ^a	10,09±2,42 ^a	7,45±3,44 ^a	7,09±2,07
Orta	13,43±2,47 ^a	9,85±1,73 ^a	10,13±2,69 ^a	8,25±2,06 ^a	6,23±1,75
Kötü	12,20±2,30 ^b	8,85±1,76 ^b	11,58±3,39 ^b	9,22±2,09 ^b	6,01±2,20
F=	6,414	8,737	5,093	3,494	1,471
p=	0,002	0,000	0,007	0,032	0,233
Tıbbi Tanısı					
Kolorektal kanser	12,65±2,30	9,65±1,80	11,28±3,41	9,40±2,10	6,06±2,16
Meme kanseri	13,03±3,19	9,12±1,80	10,25±3,33	8,61±2,85	6,45±1,84
Mide kanseri	13,26±2,54	9,91±1,84	10,22±2,82	9,51±2,07	6,11±1,76
Akciğer kanseri	13,17±1,89	9,79±1,82	10,75±2,84	9,00±2,03	5,86±2,11
Diğer kanserler	12,86±2,26	9,09±1,72	10,97±2,84	9,00±1,97	6,46±1,99
F=	0,355	1,715	0,826	0,949	0,599
p=	0,840	0,149	0,510	0,437	0,664
Kemoterapi					
Kemoterapi aldı	12,98±2,56	9,59±1,81	10,92±3,28	9,12±2,22	6,28±1,95
Kemoterapi almadı	13,05±2,21	9,34±1,81	10,12±2,29	9,16±2,19	6,03±1,96
t=	0,177	0,839	1,640	0,122	0,769
p=	0,860	0,402	0,103	0,903	0,443
Radyoterapi					
Radyoterapi aldı	12,71±2,66	9,28±2,04	11,17±3,01	10,11±2,16	5,93±2,10
Radyoterapi almadı	13,10±2,38	9,59±1,73	10,51±3,02	8,80±2,12	6,29±1,90
t=	0,928	0,973	1,266	3,543	1,078
p=	0,355	0,332	0,207	0,001	0,282
Hormonoterapi					
Hormonoterapi aldı	12,57±1,74	9,00±1,35	9,78±2,22	7,85±1,74	5,57±1,60
Hormonoterapi almadı	13,04±2,50	9,56±1,84	10,75±3,08	9,24±2,21	6,25±1,97
t=	0,687	1,111	1,155	2,281	1,265
p=	0,493	0,268	0,250	0,024	0,208

Bakım verenlerin BVSDÖF ve SBÇTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 11’de gösterilmiştir. BVSDÖF ile SBÇTÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile SBÇTÖ’nin Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır. BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları arttıkça SBÇTÖ’nin Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt boyut puan ortalamaları da artmaktadır.

BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile SBÇTÖ’nin Çaresiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki vardır. Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği ve tüm alt boyut puan ortalamaları arttıkça SBÇTÖ’nin Çaresiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım alt boyut puan ortalamaları azalmaktadır.

Tablo 11. Bakım Verenlerin Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamaları arasındaki ilişki (n=180)

			Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
			Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
Bakım Veren Sosyal Destek Ölçeği Formu	Araşsal Destek	r	,466**	,209**	-,295**	-,286**	,422**
		p	0,000	0,005	0,000	0,000	0,000
	Bilgi Desteği	r	,298**	0,065	-0,140	-,182*	,367**
		p	0,000	0,386	0,060	0,014	0,000
	Duygusal Destek	r	,352**	,223**	-,301**	-,220**	,354**
		p	0,000	0,003	0,000	0,003	0,000
	Toplam	r	,450**	,197**	-,291**	-,277**	,447**
		p	0,000	0,008	0,000	0,000	0,000

Tablo 12’de kanser hastalarına primer bakım verenlerde “Sosyal Desteğin” Stresle Başa Çıkma Tarzlarından “Kendine Güvenli Yaklaşım” üzerine yordama gücünü belirlemeye yönelik yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde sosyal desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından “Kendine Güvenli Yaklaşım” üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisi olduğu görülmektedir ($t= 6,716$; $p=0,000$, $R^2=0,202$, $F=45,107$). Bu sonuca göre Stresle Başa Çıkma Tarzlarından

“Kendine Güvenli Yaklaşım”ın %20,2’lik kısmı sosyal destek düzeyi tarafından açıklanmaktadır. Sosyal destek düzeyindeki 1 birimlik artış Kendine Güvenli Yaklaşım üzerinde 0,187 birimlik artışa neden olmaktadır.

Tablo 12. Kanser Hastalarına Primer Bakım Verenlerde Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından Kendine Güvenli Yaklaşım Üzerine Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları (n=180)

	β	t	p
Sosyal Destek	0,187	6,716	0,000
$R^2=0,202$ $F=45, 107$ $p=0,000$			

Tablo 13’te kanser hastalarına primer bakım verenlerde “Sosyal Desteğin” Stresle Başa Çıkma Tarzlarından “İyimser Yaklaşım” üzerine yordama gücünü belirlemeye yönelik yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde sosyal desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından “İyimser Yaklaşım” üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisi olduğu görülmektedir ($t= 2,684$; $p=0,008$, $R^2=0,039$, $F=7,205$). Bu sonuca göre Stresle Başa Çıkma Tarzlarından “İyimser Yaklaşım”ın %3,9’luk kısmı sosyal destek düzeyi tarafından açıklanmaktadır. Sosyal destek düzeyindeki 1 birimlik artış İyimser Yaklaşım üzerinde 0,060 birimlik artışa neden olmaktadır.

Tablo 13. Kanser Hastalarına Primer Bakım Verenlerde Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından İyimser Yaklaşım Üzerine Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları (n=180)

	β	t	p
Sosyal Destek	0,060	2,684	0,008
$R^2=0,039$ $F=7,205$ $p=0,008$			

Tablo 14’te kanser hastalarına primer bakım verenlerde “Sosyal Desteğin” Stresle Başa Çıkma Tarzlarından “Çaresiz Yaklaşım” üzerine yordama gücünü belirlemeye yönelik yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde sosyal desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından “Çaresiz Yaklaşım” üzerinde negatif yönde anlamlı etkisi olduğu görülmektedir ($t= -4,054$; $p=0,000$, $R^2=0,085$, $F=16,433$). Bu sonuca göre Stresle Başa Çıkma Tarzlarından “Çaresiz Yaklaşım”ın %8,5’lik kısmı sosyal destek düzeyi tarafından açıklanmaktadır. Sosyal destek düzeyindeki 1 birimlik artış Çaresiz Yaklaşım üzerinde 0,149 birimlik azalışa

neden olmaktadır.

Tablo 14. Kanser Hastalarına Primer Bakım Verenlerde Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından Çaresiz Yaklaşım Üzerine Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları (n=180)

	β	t	p
Sosyal Destek	-0,149	-4,054	0,000
R ² =0,085 F=16,433 p=0,000			

Tablo 15’te kanser hastalarına primer bakım verenlerde “Sosyal Desteğin” Stresle Başa Çıkma Tarzlarından “Boyun Eğici Yaklaşım” üzerine yordama gücünü belirlemeye yönelik yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde sosyal desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından “Boyun Eğici Yaklaşım” üzerinde negatif yönde anlamlı etkisi olduğu görülmektedir (t= -3,839; p=0,000, R²=0,076, F=14,738). Bu sonuca göre Stresle Başa Çıkma Tarzlarından “Boyun Eğici Yaklaşım”ın %7,6’lık kısmı sosyal destek düzeyi tarafından açıklanmaktadır. Sosyal destek düzeyindeki 1 birimlik artış Boyun Eğici Yaklaşım üzerinde 0,103 birimlik azalışa neden olmaktadır.

Tablo 15. Kanser Hastalarına Primer Bakım Verenlerde Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından Boyun Eğici Yaklaşım Üzerine Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları (n=180)

	β	t	p
Sosyal Destek	-0,103	-3,839	0,000
R ² =0,076 F=14,738 p=0,000			

Tablo 16’da kanser hastalarına primer bakım verenlerde “Sosyal Desteğin” Stresle Başa Çıkma Tarzlarından “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” üzerine yordama gücünü belirlemeye yönelik yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde sosyal desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisi olduğu görülmektedir (t= 6,676; p=0,000, R²=0,200, F=44,568). Bu sonuca göre Stresle Başa Çıkma Tarzlarından Sosyal Destek Arama Yaklaşımı’nın %20’lik kısmı sosyal destek düzeyi tarafından açıklanmaktadır. Sosyal destek düzeyindeki 1 birimlik artış Sosyal Destek Arama Yaklaşımı üzerinde 0,148 birimlik artışa neden olmaktadır.

Tablo 16. Kanser Hastalarına Primer Bakım Verenlerde Sosyal Desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Üzerine Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları (n=180)

	β	t	p
Sosyal Destek	0,148	6,676	0,000
$R^2=0,200$ $F=44,568$ $p=0,000$			

5. TARTIŞMA

Kanser, hasta kadar hastanın yakınlarını da etkileyen bir hastalık olup tüm ailenin yaşamı üzerinde birçok etkiye neden olmaktadır. Bakım veren eğer aile üyeleri ise tanı aşamasından son zamana kadar geçen sürecin en önemli unsuru olduklarından onların tanınması, sosyal desteğin belirlenmesi ve stresle ilişkisinin incelenmesi ve tartışmalar ışığında çözümler üretilmesi hem kanser hastası hem de bakım veren için önem kazanmaktadır.

Araştırmada, kanser tanısı alan hastaların primer bakım veren yakınlarının algıladıkları sosyal destek düzeylerinin stresle baş etme becerilerine etkisi incelenmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda, bakım verenlerin çeşitli demografik özelliklerine göre sosyal destek düzeyinin ve stresle başa çıkma tarzlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre incelendiğinde katılımcıların yaş ortalamasının $51,64 \pm 11,78$ olduğu belirlendi (Tablo 1). Yapılan literatür taramalarında çalışmamıza benzer sonuçlar olduğu görülmüştür. Küçükoğlu (2019)'nın çalışmasında ortalama $48,4 \pm 12,60$ yaş, Karaslan (2013) çalışmasında ortalama $44,93 \pm 11,86$ yaş, Atamer (2021)'in çalışmasında ortalama $45,39 \pm 13,78$ yaş ve Cho ve ark., (2013) çalışmasında ortalama $43,2 \pm 0,4$ yaş olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin çoğunluğunu çalışmayan, ev hanımı ve emekli kişiler oluşturduğu için edinilen sonuç beklenen yaş aralığında olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin verdiği cevaplara göre bakım verenlerin dörtte üçünün kadın olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Uğur ve Fadiloğlu (2012)'nin yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %72'lik bölümünün kadınlardan oluştuğunu belirtmiştir. Dionne-Odom ve ark., (2016)'nın yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %64.4'ünün kadın olduğu saptanmıştır. Konu ile ilgili benzer araştırmalarda da bakım veren bireylerin çoğunun kadın olduğu belirlenmiştir (Badihian ve ark., 2017; Ergen, 2017; Robb ve ark., 2014). Yaptığımız çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olması kültürümüzün ataerkil bir yapıda olması, toplum olarak bakım verme rolünün kadının görevi olduğunun düşünülmesi, erkeklerin daha fazla çalışma hayatında olması, bakım sorumluluğunun ailedeki kadınların üstlenmesi ile ilgili olabilir.

Bakım verenlerin tamamına yakının evli olduğu ve çocuk sahibi olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 1). Altaş (2020)'in yaptığı çalışmada benzer sonuçlar

çıkarak hasta yakınlarının büyük oranda (%80,1) evli olduğu bildirilmiş ve çalışmamızı destekler niteliktedir. Karaslan (2013)'ın çalışmasında bakım vericilerin çoğunluğunun evli (%78,7) ve çocuk sahibi (%74) olduğu, Ülgen (2019)'un çalışmasında bakım vericilerin %73'ünün evli, %72,5 inin çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Alanyazı taramasında bakım vericilerin çoğunlukla evli ve çocuk sahibi bireyler olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Cora ve ark., 2012; Palos ve ark., 2011; Yeh ve ark., 2009). Bu bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin tamamına yakınının çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır (Tablo 1). Ülgen (2019)'ın yaptığı çalışmada bakım verenlerin, %69,8 inin çekirdek ailede yaşadığı, Bahadır Yılmaz ve Ata (2017)'nin yaptığı çalışmada bakım vericilerin %64,0'ünün çekirdek aile yapısında olduğu belirlenmiştir. Bu durum toplumumuzun geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına evrilmesinin ve bireyselleşmenin artmasının sonucu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin eğitim durumları incelendiğinde yarıya yakınının ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Tok (2023)'un çalışmasına göre ilköğretim mezunları hasta yakınlarının %42,2'sini oluşturmaktadır. Karaaslan (2013)'ın çalışmasında bu oran %40,7'dir. Literatüre bakıldığında benzer çalışmalar mevcuttur (Babaoğlu & Öz, 2003; Gündüz, 2019; Yeh ve ark., 2009). Çalışmalarımızdan farklı olarak Şen (2022)'in çalışmasında ise bakım vericilerin eğitim düzeyi lise ve üstü olup %75,3 oranında olduğu bildirilmiştir. Çalışmalarda belirlenen eğitim düzeylerinde ortaya çıkan farklı oranların çalışmanın yapıldığı bölgenin gelişmişlik düzeyinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin hastaya bakım verdiği sürenin $12,38 \pm 15,40$ ay ve günlük bakım verme süresinin $11,73 \pm 4,33$ saat olduğu ve bakım verenlerin yarıdan fazlasının bakım verme konusunda yardım aldıkları saptanmıştır (Tablo 1). Ülgen (2019)'ın bakım verenler üzerinde yaptığı çalışmasında bakım vericilerin %33'ünün bakım süresinin 19 saat ve üzerinde olduğu, %55'inin ise 3 ila 10 aydır hastasına bakım verdiği ve %46,4'ünün bakım veren olarak başka bir kişiden destek aldığı saptanmıştır. Karaslan (2013) çalışmasında ise bakım verenlerin %58'inin 6 aydan daha fazla bakım verdiği, %54'ünün ise bakım verme sürecinde başkalarından yardım aldığı tespit edilmiştir. Zaybak ve ark., (2012) çalışmasında ise bakım verenlerin %65'inin bakım verme süresinin 0-3 ay arasında olduğu, %71'inin yardım alarak

dönüşümlü bakım verdiği belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin çoğunun sosyal güvencesinin olduğu, yarısının çalışmadığı, yarısından fazlasının ev hanımı olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Ülgen (2019) bakım verenler üzerinde yaptığı çalışmasında bakım verenlerin %86,5'inin sosyal güvencesinin olduğu, %68,9'unun çalışmadığı, %31,52'sinin ev hanımı, olduğunu tespit etmiştir. Karakuş (2022)'un çalışması incelendiğinde bakım verenlerin %86'sının sosyal güvenceye sahip olduğu, Aksakal (2014)'ın çalışmasında ise hasta yakınlarının çoğunluğunu (%38,2) ev hanımlarının oluşturduğu, Tok (2023)'un çalışmasında hasta yakınlarının %59,5'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Bu bulgular çalışmamızı destekler niteliktedir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin gelir durumuna bakıldığında yarıya yakının gelirinin giderinden fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Kaya (2019)'un çalışmasında bakım veren bireylerin gelir durumu incelendiğinde %46,7'sinin gelirinin giderinden fazla olduğu, Akyar ve Akdemir (2009)'in yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %50'sinin gelirinin giderden fazla olduğu belirlenmiştir. Bradley ve ark., (2009) ise bakım verenlerin üçte birinin (%33) orta düzeyde gelire sahip olduğunu saptamıştır. Türkiye nüfusunun yarıdan fazlası orta düzeyde gelire sahiptir (TÜİK, 2022). Çalışmamız sonuçları TÜİK verileri ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin bakım verdikleri kişilere yakınlığı incelendiğinde tamamına yakınının hastanın birinci derece yakını olduğu, yarıya yakının bakım verdikleri hastanın çocuğu olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Uludağ (2016)'ın çalışmasında bakım verenlerin %50,0'sinin hastanın çocuğu olduğu, Şengör (2018)'in çalışmasında bakım verenlerin %37,6'sının bakım verdiği hastanın çocuğu olduğu tespit edilmiştir. Altaş (2020)'ın çalışmasında benzer olarak hasta yakınlarının yarıya yakınının hastanın çocuğu (%54,7) olduğu, Cho ve ark., (2013) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %35,7'sinin ise hastanın çocuğu olduğu saptanmıştır. Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Bakım verenlerin çoğunun hastanın çocukları olması geleneksel Türk aile yapısı ve güçlü aile bağlarının korunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin alkol ve sigara kullanma durumuna bakıldığında dörtte üçü sigara kullanmadığını, tamamına yakını alkol kullanmadığını ve bakım verenlerin altıda biri bu dönemde sigara kullanımında artma olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 1).

Yıldırım (2017)'ın yaptığı çalışmaya göre hasta yakınlarının %93,1'i alkol kullanmadığını, %77,7'si sigara kullanmadığını belirtirken %11,6'sı sigara kullanımında artış olduğunu belirtmiştir. Uludağ (2016)'ın çalışmasında ise katılımcıların %69,2'si sigara kullanmazken %78,7'si alkol kullanmamaktadır. Çalışmamız bu araştırmalarla benzer özellikte olup literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Bakım verenlerin hastalık durumu incelendiğinde yarıdan fazlasının kronik hastalığı olduğu, en çok hipertansiyon tanısı aldığı, çok azının tanı konmuş ruhsal hastalığı olduğu (depresif bozukluk), tamamına yakının ruhsal destek almadığı, birkaçının ruhsal sorununa yönelik ilaç kullandığı, tamamına yakınının ruhsal destek alma düşüncesinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 2). Araştırmamıza benzer olarak Tok (2023)'un çalışmasında hasta yakınlarının %48,3'ünün sağlık sorununun bulunduğu, Akyar ve Akdemir (2009) yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının %66'sının tanı konulmuş bir hastalığının olduğu, Arslan ve Rençber (2022) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %66'sının kronik hastalığı olduğunu belirlenmiştir. Bu durum bakım vermenin meşakkatli olduğunu, bireyin bedensel ve ruhsal olarak yorgun olduğundan hastalıklara karşı koyamadığını göstermektedir.

Bakım alan hastaların yarıdan fazlasının çalışmadığı, katılımcıların yarıya yakınının ilçede yaşadığı, tamamına yakının aile bireyleri ile yaşadığı ve az bir bölümünün yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların dörtte birinin mide kanseri olduğu; yarısının 3. Evre kanser olduğu, yarıdan fazlasının kemoterapi, dörtte birinin radyoterapi ve çok azının hormonterapi aldığı saptanmıştır (Tablo 3). Karaaslan (2013)'ün yaptığı çalışmada bakım verilen hastaların %87,3'ünün çalışmadığı, %22,7'sinin jinekolojik kanser nedeniyle tedavi gördüğü, %42'sinin hastalığın 3. Evre'sinde olduğu, bakım verilen hastaların %22,7'sinin "Taxol ve Karboplatin" adlı kemoterapi tedavisini aldığı bildirilmiştir. Ergen (2017)'in yaptığı çalışmada bakım alan hastaların %83,7'sinin çalışmadığı, %99,3'ünün aile ile birlikte yaşadığı ve %70,7'sinin kemoterapi aldığını belirlemiştir. Yapılan çalışma belirtilen yönlerle benzerlik gösterse de kanser türü açısından ayrılmaktadır. Bu durum çalışmanın yapıldığı bölgedeki katılımcıları etkileyen risk faktörleri ve hastaneye başvurma oranları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin BVSDÖF alt boyutlarından en yüksek puanın

“Araçsal Destek” alt boyutundan en az puanı ise “Duygusal Destek” alt boyutundan aldığı görülmektedir (Tablo 4). BVSDÖF ölçeğinden toplam en fazla 55 puan alınabileceği göz önünde bulundurulursa bakım verenlerin algıladığı sosyal destek düzeylerinin iyi olduğu söylenebilir. Yapılan literatür taramasında BVSDÖF ile yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kanser hastalarına bakım verenlerde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile yapılan çalışmalara bakıldığında en çok puanı “Aile” alt boyutundan aldıkları, en az puanı ise “Özel Kişi Desteği”nden aldıkları görülmüştür (Bıçak, 2016; Uyar, 2023). Yaşadığımız toplumun kültür yapısına bağlı olarak aile bağlarının güçlü olması nedeniyle bakım verenlerin sosyal destek gereksinimini aileden sağladığı düşünülmektedir.

Stresle başa çıkma alt boyutlarından “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” etkili yöntem olarak adlandırılırken “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” ise etkisiz yöntem olarak adlandırıldığı bilinmektedir. Çalışmamıza katılan bakım verenlerin en fazla “Kendine Güvenli Yaklaşım” tarzını benimsediği, en az ise “Sosyal Destek Arama Yaklaşımını” benimsediği belirlenmiştir (Tablo 4). Çalışmamızda “Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “İyimser Yaklaşım” alt boyut puanlarının yüksek olması bakım verenlerin stres ile etkili bir şekilde baş edebildiklerini göstermektedir. Çalışmamıza benzer olarak Uludağ (2016)’ın kanser hastalarına bakım verenler üzerinde yaptığı çalışmada bakım verenlerin SBÇTÖ alt boyutlarından en fazla “Kendine Güvenli Yaklaşım” tarzından puan aldığı, en az puanı ise “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı”ndan aldığı sonucuna ulaşmıştır. Saygı (2012)’nin kanserli çocuklara bakım verenler ile yaptığı araştırmasında ise bakım verenlerin en sık “Kendine Güvenli Yaklaşım” tarzını en az oranda ise “Çaresiz Yaklaşım” tarzını benimsedikleri belirlenmiştir. Kaya (2019)’nın hastasına evde bakım verenlerle yaptığı çalışmasında bakım verenlerin en sık “Kendine Güvenli Yaklaşım” tarzına başvurduğu, en az ise “Sosyal Destek Arama Yaklaşımını”na başvurduğu belirlenmiştir.

Bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım veren özelliklerinin BVSDÖF puan ortalamalarının karşılaştırılmasına göre cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, aile tipi, sosyal güvence varlığı, meslek, sigara ve alkol kullanma durumu ve hastaya verilen bakım süresi ile günlük bakım verilen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5). Çalışmamıza benzer olarak Karaaslan

(2013)'ın yaptığı çalışmada bakım verenlerin algıladığı sosyal desteğe medeni durumun, çocuk sayısının, cinsiyetin, eğitim durumunun, çalışma durumunun gelir düzeyinin etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Çelik (2023)'in çalışmasında da yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, aile tipi, çalışma durumu, bakım verme süresinin bakım verenlerin algıladığı sosyal destek düzeyinde etkisi olmadığı sonucuna varmıştır. Algılanan sosyal destek düzeyinin seçilen örneklem grubu ve bakımverenlerin çevresinden yardım alıp almama durumuna göre bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım veren özelliklerinden etkilendiği, bu nedenle istatistiksel olarak anlamlı yada anlamsız sonuçlar çıktığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin yaşına göre sosyal destek düzeyleri incelendiğinde BVSDÖF alt boyutu olan “Bilgi Desteği” puan ortalamaları ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Yaş arttıkça “Bilgi Desteği” puan ortalamaları azaldığı belirlenmiştir (Tablo 5). Bizim çalışmamız ile benzerlik gösteren çalışmalar mevcuttur (Göriş ve ark., 2013; Karakurt ve ark., 2020; Kılıç, 2018; Yurtsever, 2013). Farklı olarak Arıkan ve ark., (2019) yürüttüğü çalışmada gençlerin sosyal destek algısının yaşlılara göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca farklı kanser hastaları ile yapılan çalışmalarda yaş değişkeni ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşıldığı görülmüştür (Ayaz ve ark., 2008; Aydın, 2017; Çalışkan ve ark., 2015; Öztunç ve ark., 2013). Bu durum örneklem seçimi ile ilişkilendirilebilir.

Bakım verenlerin sosyal destek düzeyleri öğrenim düzeylerine göre incelendiğinde lisans mezunu olanların BVSDÖF alt boyut “Bilgi Desteği” puan ortalaması okur-yazar ve ilkokul mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Kılıç (2018) ve Uyan (2019)'ın yaptıkları çalışmalar incelendiğinde hastalarına bakım veren bireylerin eğitim düzeyi arttıkça algılanan sosyal destek seviyesi de yükselmektedir. Bu sonuçlar bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Literatürde bakım verenlerde eğitim düzeyi yükseldikçe algılanan sosyal destek düzeyinin arttığı sonucuna ulaşan benzer çalışmalar mevcuttur (Coşkun & Akkaş, 2009; Dayapoğlu & Tan, 2009; Tan ve ark., 2005). Yapılan araştırmada kanser hastalarına bakım verenlerin algıladığı sosyal destek ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenen çalışmalara da ratlanılmıştır (Gündüz, 2019; Karaaslan, 2013). Araştırmalarda farklı sonuç çıkması bizim yaptığımız çalışmaya katılan bakım

verenlerin eğitim seviyesi arttıkça sosyal destek kaynaklarına daha kolay ulaştığı ve farkındalığının arttığı şeklinde açıklanabilir.

Bakım verenlerin gelir durumuna göre algıladığı sosyal destek düzeyi incelendiğinde emekli olanların BVSDÖF toplam puan ortalaması ile “Araçsal Destek” ve “Bilgi Desteği” alt boyut puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu, geliri giderinden az olanların BVSDÖF toplam puan ortalaması ile “Araçsal Destek” ve “Bilgi Desteği” alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Fernandez-Alvarez ve ark., (2009) hastalarına bakım veren bireyler ile yaptıkları çalışmada ekonomik geliri düşük olanların yardım ihtiyaçlarının arttığı, sosyal bağlarının zayıfladığı görülmüştür. Göriş ve ark., (2013) çalışmasında ise ekonomik geliri yüksek bakım verenlerin geliri düşük olanlara göre algılanan sosyal destek seviyesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Uyan (2019)’ın çalışmasında bireylerin ekonomik geliri arttıkça algılanan sosyal destek düzeyinin yükseldiği tespit edilmiştir. Araştırmamızın literatür ile benzerlik gösterdiği görülmüştür. Alanyazı taramasında bakım verenlerin gelir durumunun sosyal desteği etkilemediği sonucuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur (Karaaslan, 2013; Yiğit, 2009). Bu farklılık seçilen örneklem grubundan kaynaklanmış olabilir. Çalışmamıza katılan bakım verenlerin gelir düzeyi ve sosyal statüsü arttıkça çevresinden gördüğü sosyal desteğin arttığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin sigara ve alkol kullanma durumu ile BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Bakım verme döneminde sigara kullanımında artma olanların BVSDÖF toplam puan ortalaması ile “Araçsal Destek” alt boyut puan ortalamaları değişim olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Yıldırım (2017)’ın yaptığı çalışmada sigara ve alkol kullanma ile sosyal destek arasında anlamlı fark bulunmadığı belirtilmiştir. Aile bireylerinin sıklıkla sigara alkol, sağlıksız ve dengesiz beslenme gibi genel sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyecek başa çıkma yöntemlerini kullandıkları bilinmektedir (Beesley ve ark., 2011). Bizim çalışmamızda ise sosyal destek algısı daha düşük olan primer bakım verenlerin sigara kullanımında artış olduğu tespit edilmiştir.

Bakım verme konusunda yardım alan bakım verenlerin BVSDÖF toplam puan ortalaması ile tüm alt boyut puan ortalamaları yardım almayanlara göre daha yüksek

olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Gündüz (2019)'ün yaptığı çalışmada bakım verme konusunda yardımcı birisi bulunan bakım verenlerin algıladığı sosyal desteğin bakım verme konusunda yardım almayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yeh ve ark., (2009) da çalışmasında çevresinden yardım alamayan, sosyal desteği yetersiz olan veya hiç sosyal desteği olmayanların genel sağlık durumlarının olumsuz etkilenebileceği belirtilmiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olanların sosyal destek seviyesinin hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu, ruhsal destek alma düşüncesi olanların olmayanlara göre sosyal desteğinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6). Çalışmamıza benzer olarak Atagün ve ark., (2011) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan bakım verenlerde sosyal desteğin kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular bakım verenin kronik hastalık varlığı nedeniyle kısıtlandığı, sosyal desteğe ulaşmada zorlandığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda emekli olan hastaya bakım verenlerin BVSDÖF toplam puan ortalaması ile “Araçsal Destek” ve “Bilgi Desteği” alt boyut puan ortalamaları çalışmayan hastaya bakım verenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Literatürde benzer çalışma olmayıp hastanın maddi durumunun iyi olması bakım veren hasta yakınının da aldığı sosyal desteğin iyi düzeyde olduğunu düşündürmektedir.

İl merkezinde yaşayan hastaya bakım verenlerin BVSDÖF toplam puan ortalaması ile “Bilgi Desteği” alt boyut puan ortalamaları köyde yaşayan hastaya bakım verenlere göre daha yüksektir (Tablo 7). Bu durum il merkezinde hasta ve yakınlarının sunulan hizmetlere daha fazla ulaşmaları ile açıklanabilir.

Yalnız yaşayan hastaya bakım verenlerin BVSDÖF toplam puan ortalaması ile “Araçsal Destek” alt boyut puan ortalamaları aile bireyleri ile yaşayanlara göre daha düşüktür (Tablo 7). Bu durum yalnız yaşayan bireyin gelirinin düşük olmasına ve hasta yakınlarının da dolaylı olarak maddi desteğini olumsuz yönde etkilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Meme kanseri olan hastaya bakım verenlerin “Araçsal Destek” ve “Bilgi Desteği” alt boyut puan ortalamaları kolorektal kanseri olan hastalara bakım verenlere göre daha yüksektir (Tablo 7). Bu durum meme kanseri hastalarının aktif çalışmaya devam etme oranının daha yüksek olması, hem hasta hem de bakım verenlerin sosyal

ağlarını devam ettirmesi ve bilgi desteğine daha rahat ulaşması ile açıklanabilir.

Bakım verenlerin yaş değişkenine göre stres düzeyleri incelendiğinde bakım verenlerin yaşı arttıkça “Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” alt boyut puan ortalamaları azalırken “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları arttığı görülmüştür (Tablo 8). Pakyüz ve ark., (2019) yaptığı çalışmada yaş arttıkça “Kendine Güvenli Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları azalırken “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları arttığı bulunmuştur. Erol (2019)’un hasta yakınları ile yaptığı çalışmasında 40 yaş ve üzerinde olan hasta yakınlarının diğerlerine göre daha fazla “Boyun Eğici Yaklaşım” sergileme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir. Erkuran (2015)’ın bakım verenler ile yaptığı çalışmasında 29 yaş ve altı bireylerin “Kendine Güvenli Yaklaşım”ın daha fazla olduğu görüşmüştür. Çalışmamız bu yönüyle literatürle benzerlik göstermektedir. Alanyazı taramasında Karaaslan (2013)’ın bakım veren bireyler üzerinde yaptığı çalışmasında en yüksek stres düzeyinin 60 ve üzeri yaş grubunda görüldüğü, yaş ve stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Onwumere ve ark., (2011) araştırmalarında yaş ile stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir sonuç elde etmediği görülmüştür. Yaptığımız çalışmada yaş ilerledikçe stresin de doğru orantılı olarak artması bakım verenlerin algıladığı ve yaşadığı stresin artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin cinsiyet değişkenine göre stres düzeyi incelendiğinde kadınların “İyimser Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Erkuran ve Altay (2020)’ın stresle başa çıkma tarzları ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında; erkeklerin daha çok “İyimser Yaklaşım” ve “Kendine Güvenli Yaklaşım” tarzını sergilediği, kadınların ise daha çok “Çaresiz Yaklaşım”, “Boyun Eğici Yaklaşım”, “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” tarzını sergilediği tespit edilmiştir. Gün (2017) kadın bakım verenlerin “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” tarzını, erkek bakım verenlerin ise “Kendine Güvenli Yaklaşım” tarzını kullandığını tespit etmiştir. Bizim çalışmamızda ise kadınların erkeklere göre stresle başa çıkmada “İyimser Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” tarzını daha fazla benimsediği tespit edilmiştir. Toplumumuzun kadınlara ve erkeklere yüklediği roller ve sorumluluklar gereği kadınların daha çok ev işleri, çocuk ve hasta bakımı gibi görevleri üslenmesi bahsedilen araştırmamızda edindiğimiz bulguların sebebi olarak gösterilebilir. Literatürde

cinsiyet değişkeninin stres düzeyini etkilemediği sonucuna varan çalışmalarda mevcuttur (Kim ve ark., 2007; Malak & Dicle, 2004).

Bakım verenlerin evli ve çocuk sahibi olma durumuna göre stres düzeyi incelendiğinde evli olanların “Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” alt boyut puan ortalamaları bekarlara göre daha yüksek olduğu, çocuğu olanların “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Öner (2012) kanser hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmada evli ve çocuk sahibi olan bakım verenlerin yaşadığı stresin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Gürbüz (2009) çocuklarına bakım veren bireyler ile yaptığı çalışmasında çocuğu olan ebeveynlerin çocuğu olmayanlara göre, çocuk sayısı fazla olan ebeveynlerin diğer ebeveynlere göre “Boyun Eğici Yaklaşım” tarzının daha fazla kullandığını tespit etmiştir. Alanyazı taramasında çalışmamızın aksine Gün (2017)’ün çalışması gibi bekar olanların “Kendine Güvenli Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları evli olanlara göre yüksek çıkan veya Tuğrul (2015)’un çalışmasında olduğu gibi medeni durum ile SBÇTÖ alt boyutları arasında ilişki olmadığı sonucuna varan çalışmalar mevcuttur. Çalışmalardaki bu farklılığın bakım verenin hastaya bakım konusunda aile bireylerinden destek alıp almamasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin eğitim durumuna göre stres düzeyi bulguları incelendiğinde lisans mezunu olanların “Çaresiz Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları okur-yazar olanlara göre daha düşük; lise ve lisans mezunu olanların “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları diğerlerine göre daha düşük; lisans mezunu olanların “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” alt boyut puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksektir (Tablo 8). Erkuran ve Altay (2020)’in yaptığı çalışmada SBÇTÖ’nün alt grupları arasında lisans mezunlarının “Kendine Güvenli Yaklaşım” puanları en fazla okuryazar grupta ise “Boyun Eğici Yaklaşım” değerlerine göre daha fazla bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Kaya (2019)’nın çalışmasında yüksekokul grubunun “İyimser Yaklaşım” ve “Kendine Güvenli Yaklaşım” tarzının okur yazar olmayan bakım verenlerde “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” tarzının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yıldız (2016)’nın psikiyatri hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmasına göre lisans mezunu olan bakım verenlerin “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” tarzı puan ortalamasının daha az olduğu

görülmüştür. Çalışma sonuçlarımız ve literatür incelendiğinde eğitim seviyesi yüksek olanların daha olumlu başetmeye sahip olduğunu söyleyebiliriz.

Bakım verenlerin stres düzeyi çalışma durumuna göre bakıldığında çalışanların “Kendine Güvenli Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha yüksek; çalışanların “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” alt boyut puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek; emeklilerin “Çaresiz Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha düşük; Memurların “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” alt boyut puan ortalamaları emekli ve ev hanımlarına göre daha yüksektir (Tablo 8). Kaya (2019)’nın çalışmasına göre memur grubunun “Kendine Güvenli Yaklaşım” tarzının diğerlerine göre daha çok benimsediği, diğer (serbest) meslek grubunun “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” puanlarının daha yüksek olduğu, emekli olanlarda ise “İyimser Yaklaşım” tarzının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Demirtaş (2013) ise çalışmasında stres düzeyi ile çalışma durumunu arasında ilişki olmadığı sonucuna varmıştır. Bu farklılığın nedeninin kişinin sosyal destek çevresi ve çalışmadan elde edebileceği gelirlerle ilgisi olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin hastasına bakım verirken yardım alma durumunun stres düzeyine göre incelendiğinde yardım alanların “Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” alt boyut puan ortalamaları almayanlara göre daha yüksektir (Tablo 8). Gürbüz (2009)’ün çocuklarına bakım veren ebeveynler ile yaptığı çalışmada ev işlerinde ve hasta çocuğunun bakımında yardım alan ebeveynlerin “Sosyal Destek Arama” puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Şener (2009)’in çocuğuna bakım veren anneler ile yaptığı çalışmada eşinden bakım konusunda yardım alan annelerin “Kendine Güvenli Yaklaşım” tarzını, eşinden yardım almayanların ise “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” tarzını benimsedikleri sonucuna varılmıştır. Literatür ve bizim çalışmamızdaki bulgular yardım alanların stresle başetmede daha iyi durumda olduğunu göstermektedir.

Kronik hastalığı olan bakım verenlerin “Kendine Güvenli Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları olmayanlara göre daha düşük iken “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ruhsal destek alma düşüncesi olanların “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” alt boyut puan ortalamaları olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9). Gök Uğur ve Çatıker (2019) yaptıkları araştırmada, kronik

hastalığı olan bakım vericilerin olmayanlara nazaran stres seviyesinin daha yüksek olduğunu belirtmiş, kronik hastalığın bakım stresini etkilediğini, kronik hastalığı olan bakım verenlerin olmayan bakım verenlere göre daha yüksek bakım stresi yaşadıklarını tespit etmiştir. Temizel ve Dağ (2014)'ın çalışmasında depresif rahatsızlığı olanların “Kendine Güvenli Yaklaşım” ve “İyimser Yaklaşım” puanlarının daha az olduğu, Şahin ve Durak (1995)'in çalışmasında ise depresif belirti yüksekse “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Erol (2019)'un çalışmasında ise ruhsal hastalık riski arttıkça Çaresiz Yaklaşım, “Boyun Eğici Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” alt boyut puan ortalamalarının da arttığı görülmüştür. Desbiens ve ark., (2001) ile Langman (2016)'ın yaptığı çalışmada bakım verenlerin sağlık sorunlarının olmasının bakım stresini etkilediği belirlenmiştir. Bizim çalışmamız ve literatür incelendiğinde kronik hastalığı olan bakım verenlerin stresle baş etmesinin daha güç olduğunu söyleyebiliriz.

Bakım verilen hastanın hastalık süresi ile bakım verenlerin SBÇTÖ alt boyutlarından “İyimser Yaklaşım” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre hastalık süresi arttıkça “İyimser Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları azalmaktadır (Tablo 10). Wilson ve ark., (2018) yaptığı çalışmada bakım verme süresinin artmasının bakım verenler üzerinde oluşan stresi arttırdığı sonucuna varılmıştır. Bizim çalışmamız ve literatür incelendiğinde hastanın hastalık süresi arttıkça bakım verenlerin bu durumla başetmede zorlandıklarını söyleyebiliriz.

BVSDÖF ile SBÇTÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile SBÇTÖ'nün “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır. BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları arttıkça SBÇTÖ'nün “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” alt boyut puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 11). Yaptığımız çalışmada, primer bakım verenlerin çevresinden sağladıkları sosyal destek ile stresle başa çıkma arasında pozitif bir bağlantı olduğunu saptanmıştır. Sosyal destek, primer bakım verenlerin kendini güvenini, iyimserliğini, sosyal desteğe gereksinim duyduklarında çevresinden talep edebilme seviyesini olumlu yönde etkiler. BVSDÖF ve

tüm alt boyut puan ortalamaları ile SBÇTÖ'nün "Çaresiz Yaklaşım" ve "Boyun Eğici Yaklaşım" alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki vardır. BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları arttıkça SBÇTÖ'nün "Çaresiz Yaklaşım" ve "Boyun Eğici Yaklaşım" alt boyut puan ortalamaları azalmaktadır (Tablo 11). Araştırmamız sonucunda, sosyal desteğin primer bakım verenlerin çaresiz hissetmelerini ve boyun eğici davranış sergilemelerini azalttığı görülmüştür. Primer bakım verenin çevresinden aldığı sosyal destek arttıkça çaresiz hissetmesinin ve boyun eğici davranış sergilemesinin azaldığı tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalara baktığımızda Ayraller ve ark., (2020)'nin onkolojik palyatif bakımda yatan hastaların bakımını üstlenen bireyler ile yaptığı çalışmasında bakım verenlerin karşılaştığı sorun ve zorlukların bakım verici bireyde algılanan stresi arttırdığı, bakım verenlere psiko-sosyal destek verilerek stresin etkileri azaltılması gerektiği belirtilmiştir. Kaya (2019)'nin hastasına evde bakım verenlerle yaptığı çalışmada bakım verenlerin "Kendine Güvenli Yaklaşım" tarzı ve "İyimser Yaklaşım" tarzı arttıkça stres düzeyinin azaldığı, bakım verenlerin "Boyun Eğici Yaklaşım" ve "Çaresiz Yaklaşım" tarzı arttıkça stres düzeyinin de arttığı görülmektedir. Aynı çalışmada stres düzeyi ile sosyal destek arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmış, bakım verenlerin algıladığı sosyal destek arttıkça streslerinin azaldığı belirlenmiştir. Ateş ve Bilgili (2013)'nin omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerle yaptığı çalışmasında algıladığı sosyal desteği yüksek olan bakım verenlerin "Kendine Güvenli Yaklaşım" ve "Sosyal Destek Arama Yaklaşım"ı alt ölçek puanlarının da yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Karaaslan (2013) yaptığı çalışmada sosyal desteğin stresi etkilediğini, sosyal destek ile stres arasında negatif anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Kroemeke ve Sobczyk-Kruszelnicka (2022) hücre nakli yapılan hastaya bakım veren yakınları ile yaptığı çalışmada, bakım verenlerin daha fazla destek aldıklarında kendilerini daha iyi hissettiklerini bulmuşlardır. Güneş Çalıcıoğlu (2018)'nin kanserli çocuklarına bakım veren ebeveynler ile yaptığı çalışmada algılanan sosyal destek seviyeleri arttığında depresyon seviyelerinin azaldığını bulmuştur. Literatür ile çalışma bulgularımız benzerlik göstermektedir.

Sosyal desteğin Stresle Başa Çıkma Tarzlarından "Kendine Güvenli Yaklaşım" (Tablo 12), "İyimser Yaklaşım" (Tablo 13) ve "Sosyal Destek Arama Yaklaşımı"

(Tablo 16) üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisi olduğu bulunmuş; “Çaresiz Yaklaşım” (Tablo 14) ve “Boyun Eğici Yaklaşım” (Tablo 15) üzerinde negatif yönde anlamlı etkisi olduğu belirlenmiştir. Litetartürde kanser hastalarına bakım verenlerin sosyal desteği ve stresi arasındaki ilişkiyi inceleyen SBÇTÖ ile yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Hemodiyaliz hastalarına bakım veren yakınları ile Güdük ve ark., (2022) yaptıkları çalışmada çok boyutlu algılanan sosyal desteğin tüm alt boyutları ile algılanan stres arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Kömürçü (2020) de hemodiyaliz hastalarına bakım verenler ile yaptığı çalışmada; hasta yakınlarının algılanan sosyal destek düzeyleri ile SBÇTÖ “İyimser Yaklaşım” ve “Kendine Güvenli Yaklaşım” alt boyutu arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğunu, “Çaresiz Yaklaşım” alt boyutu arasında negatif yönlü ve orta düzeyli ilişki olduğu, “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyutu arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki olduğunu belirlemiştir. Bizim çalışmamız ve literatür bulgusuna göre sosyal desteği fazla olanların stresle daha iyi başedebildiklerini söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda palyatif bakım ve onkoloji biriminde yatarak tedavi edilen kanser hastalarına primer bakım veren yakınlarının sosyal destek algılarının stres düzeyine etkisi ve çeşitli değişkenlerle ilişkisini değerlendirdik. Çalışmamız neticesinde elde ettiğimiz sonuçlara göre;

- Kanser hastalarına primer bakım veren yakınlarının yaş ortalamasının $51,64 \pm 11,78$, bakım süresinin $12,38 \pm 15,40$ ay ve günlük bakım verme süresinin $11,73 \pm 4,33$ saat olduğu saptanmıştır.
- Bakım veren hasta yakınlarının dörtte üçünü (%73,9) kadınların oluşturduğu, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%83,9) evli ve en az bir çocuğa sahip olduğu (%93,3), tamamına yakınının (%90) çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir.
- Bakım verenlerin yarıya yakınının (%40) eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu, katılımcıların yarıdan fazlasının (%71,1) sosyal güvencesinin olduğu, yarıya yakınının (%44,4) gelirinin giderinden fazla olduğu, yarıdan fazlasının (%59,4) ev hanımı olduğu ve yarıdan fazlasının (%58,3) çalışmadığı saptanmıştır.
- Bakım verenlerin tamamına yakınının (%96,7) alkol kullanmadığı, dörtte üçünün (%74,4) sigara kullanmadığı ve katılımcıların çok azının (%15,6) bakım verme döneminde sigara kullanımında artış olduğu belirlenmiştir.
- Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre yarıya yakınının hastanın çocuğu (%41,7) olduğu görülmüştür. Katılımcıların yarıdan fazlasının bakım verme konusunda (%61,7) yardım aldıkları, bakım verilen hastanın en fazla (%72,3) fiziksel ihtiyaçlarına yardımcı oldukları ve yarıdan fazlasının (%63,3) hastası ile iyi derecede ilişkisi olduğu saptanmıştır.
- Hastaya primer bakım verenlerin yarıdan fazlasının (%56,1) kronik hastalığı olduğu, yarıya yakınının (%36,1) hipertansiyon tanısı aldığı, çok azının (%9,4) tanı konmuş ruhsal hastalığı olduğu (depresif bozukluk) belirlenmiştir. Katılımcıların tamamına yakınının (%95) ruhsal destek almadığı ve ruhsal destek almayanların tamamına yakınının (%94,4) ruhsal destek alma düşüncesinin olmadığı, katılımcıların birkaçının (%6,1) ruhsal sorununa yönelik ilaç kullandığı belirlenmiştir.
- Bakım verilen hastaların hastalık sürelerinin $19,67 \pm 23,13$ ay olduğu, hastaların

yarıdan fazlasının (%65,6) çalışmadığı, yarıya yakınının (%38,9) ilçede yaşadığı ve tamamına yakınının (%96,1) aile bireyleri ile yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların dörtte birinin (%25) mide kanseri ve yarısının (%48,9) 3. Evre kanser olduğu, hastaların yarıdan fazlasının (%69,4) kemoterapi, dörtte birinin (%25) radyoterapi ve çok azının (%7,8) hormon terapi aldığı saptanmıştır.

- Bakım verenlerin BVSDÖF'ün "Araçsal Destek" alt boyut puan ortalamasının $19,89 \pm 3,30$, "Bilgi Desteği" alt boyut puan ortalamasının $9,43 \pm 1,88$, "Duygusal Destek" alt boyut puan ortalamasının $8,87 \pm 1,60$ ve toplam ölçek puan ortalamasının $38,20 \pm 5,92$ olduğu saptanmıştır.
- Bakım verenlerin BVSDÖF ve alt boyut puan ortalamaları ile sosyodemografik ve bakım veren özelliklerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular incelendiğinde; eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, bakım verme döneminde sigara kullanımında değişim durumu, yardım alma durumu, kronik hastalık varlığı ve ruhsal destek alma düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$).
- Bakım verilen hastanın çalışma durumu, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı ve tıbbi tanısı ile bakım verenlerin BVSDÖF ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$).
- Bakım verenlerin SBÇTÖ "Kendine Güvenli Yaklaşım" alt boyut puan ortalamasının $13,00 \pm 2,45$, İyimser Yaklaşım alt boyut puan ortalamasının $9,51 \pm 1,81$, "Çaresiz Yaklaşım" alt boyut puan ortalamasının $10,68 \pm 3,03$, "Boyun Eğici Yaklaşım" alt boyut puan ortalamasının $9,13 \pm 2,20$, "Sosyal Destek Arama Yaklaşımı" alt boyut puan ortalamasının $6,20 \pm 1,95$ olduğu belirlenmiştir.
- Bakım verenlerin SBÇTÖ ve alt boyut puan ortalamaları ile sosyodemografik ve bakım veren özelliklerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular incelendiğinde; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek durumu, yardım alma durumu, kronik hastalık varlığı ve ruhsal destek alma düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$).
- Bakım verilen hastanın hastalık süresi, çalışma durumu, sağlık durumu, radyoterapi ve hormon terapi alma durumu ile bakım verenlerin SBÇTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

saptanmıştır ($p<0,05$).

- BVSDÖF ile SBÇTÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile SBÇTÖ'nin “Kendine Güvenli Yaklaşım”, İyimser Yaklaşım ve “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır. BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları arttıkça SBÇTÖ'nin “Kendine Güvenli Yaklaşım”, İyimser Yaklaşım ve “Sosyal Destek Arama Yaklaşımı” alt boyut puan ortalamaları da artmaktadır.
- BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile SBÇTÖ'nin “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki vardır. BVSDÖF ve tüm alt boyut puan ortalamaları arttıkça SBÇTÖ'nin “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyut puan ortalamaları azalmaktadır.

Öneriler;

Hasta ve bakım veren bireylerin gereksinimleri multidisipliner bir yaklaşımla sağlık çalışanları tarafından sorgulanmalı, gereksinimleri doğrultusunda bilgilendirme ve yönlendirmelerde bulunulmalıdır.

Kanserli hastalar makro düzeyde ailesi ve çevresi ile birlikte ele alınmalı, bütüncül yaklaşımla değerlendirilmeli, bakım veren bireylerin hiçbir gereksinimi göz ardı edilmemelidir.

Sağlık çalışanları olarak hastanın hastaneye yattığı andan itibaren tedavisinin nasıl ilerleyeceği, ilaçlarını nasıl kullanması gerektiği ve bakımının nasıl olacağı konusunda hasta ve yakınları için eğitim planlanmalıdır.

Sosya Hizmet Uzmanı hasta yakınları ile bakımın tek bir kişi üstünden yürümemesi konusunda görüşmeli, sosyal destek sistemini harekete geçirmelidir.

Bakım verenlerin maddi olanaklardan ve sosyal destek sistemlerinden daha fazla yararlanabilmeleri ve stresi daha az düzeyde hissetmeleri için sosyal hizmet uzmanı tarafından bilgilendirilmelidir.

Bakım verenler daha rahat stresle başa çıkabilmeleri için psikolojik destek almaları konusunda sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmeli ve

cesaretlendirilmelidir.

Palyatif bakım merkezleri sayısı daha da artırılarak hasta ve yakınının tedavi sürecini rahat ve konforlu geçirmesi sağlanmalıdır.



KAYNAKÇA

- Abreu, D.P., Alcantara, Casas, F., S.C., González-Carrasco, M., Montserrat, C. ve Viñas, F., 2017. Peer violence in the school environment and its relationship with subjective well-being and perceived social support among children and adolescents in Northeastern Brazil. *Journal of Happiness Studies*, 18 (5), 1507-1532.
- Akman, S., 2004. Stresin Nedenleri ve Açıklayıcı Kuramlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 34 (35), 40– 55.
- Aksakal, H., 2014. Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi. (Yüksek Lisans Tezi), Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Aksüllü, N., 2004. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-85.
- Akyar İ. ve Akdemir N., 2009. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16 (3), 32-49.
- Alam, S., Hannon, B. ve Zimmermann, C., 2020. Palliative care for family caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, 38 (9), 926-936.
- Alpar, R., 2017. Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler. Detay Yayıncılık, Ankara.
- Altaş, H., 2020. Ölüm olgusu ve hasta yakınlarında ölüme ilişkin tutumlar. *Ekev Akademi Dergisi*, 24 (82), 139-150.
- Altınbaş, M. 2005, *Onkoloji El Kitabı*. 2.Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, s:301-303,
- Anand, P., Kunnumakara, A.B., Sundaram, C., Harikumar, K.B., Tharakan, S.T., Lai, O.S, Sung, B. ve Aggarwal B.B., 2008. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharmaceutical Research*, 25 (9), 2097-2116.
- Aras, A. ve Tel, H., 2009. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 10 (2), 63-68.
- Ardahan, M., 2006. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (2), 68-75.
- Arıkan, F., Körükcü, Ö., Artuk Uçar, M., Özcan, K., Sezgin Göksu, S. ve Coşkun, H.Ş., 2019. Kanser hastalarına bakım verenlerin sosyal destek düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 5 (3), 398-407.
- Arslan, H.N. ve Rençber, E., 2022. Evde sağlık hizmeti alanlara bakım verenlerin yükü ve stresle başa çıkma durumlarının değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 9 (1), 33-39.
- Aşık, E., 2021. Depresyon ve Hemşirelik Bakımı. *Palyatif Bakım ve Hemşirelik*, Editörler: Özveren, H. ve Gülnar, E.. Akademisyen Kitapevi, Ankara, 337-344.
- Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Özpolat, A.Y., 2011. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 3 (3), 513-552.
- Atamer, B., 2021. Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Spiritüel İyilik Durumu, Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
- Ateş, E. ve Bilgili, N., 2013. Omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle baş etme ve sosyal destek. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3), 1-12.
- Ayaz, S., Efe, Ş.Y. ve Korukluoğlu, S., 2008. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri*

- Tıp Bilimleri Dergisi, 28 (6), 880-885.
- Aycan, Z. ve Eskin, M., 2005. Relative contributions of childcare, spousal support, and organizational support in reducing work-family conflict for men and women: The case of Turkey. *Sex roles*, 53 (7), 453-471.
- Aydın, İ., 2008. İş Yaşamında Stres, Pegem Yayınları, 3. Baskı, Ankara.
- Aydın, İ.H., 2017. Kanser Hastalarında Umut-Umitsuzluk ve Sosyal Destek İlişkisi: Şanlıurfa İlinde Tedavi Gören Hastalar Örneği. (Yüksek Lisans Tezi), Cumhuriyet Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Ayraller, A., Akturan, S. ve Kumlu, G., 2020. Onkolojik palyatif bakım servisi'nde yatan hastaların bakımını üstlenen bireylerin algılanan stres düzeyleri ve strese etki eden faktörlerin belirlenmesi: Kesitsel bir çalışma. *Konuralp Medical Journal*, 12 (2), 227-235.
- Ayyıldız, T., Şener, D.K., Kulakçı, H. ve Veren, F., 2012. Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin stresle baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11 (2), 1-12.
- Babaoğlu, E. ve Öz, F., 2003. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5 (2), 24-33.
- Badihian, S., Choi, E. K., Kim, I. R., Parnia, A., Manouchehri, N., Badihian, N., Tanha, J.M., Guallar, E. ve Cho, J., 2017. Attitudes toward cancer and cancer patients in an urban Iranian population. *The Oncologist*, 22 (8), 944-950.
- Bahadır Yılmaz, E. ve Ata, E.E., 2017. Nörolojik hastalığı olan bireylerin bakım vericilerinin bakım veren yükü ile stresle başa çıkma biçimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8 (3), 145-149.
- Başer, Z., 2006. Aileden Algılanan Sosyal Destek İle Kendini Kabul Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Baltaş, A. ve Baltas Z., 2004. Stres ve Başa Çıkma Yolları. *Remzi Kitabevi*, İstanbul, s 30-80.
- Baykan, H. ve Şengül, S., 2013. Zihinsel engelli çocukların annelerinde depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkma tutumları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14 (1), 30-39.
- Baykara, O., 2016. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (3), 154-165.
- Bedel, A. ve Kutlu, A., 2018. Başa çıkma stratejilerinin algılanan sosyal desteğe göre incelenmesi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8 (15), 107-122.
- Beech, B. ve Leather, P., 2006. Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*, 11 (1), 27-43.
- Beesley, V.L., Price, M.A. ve Webb, P.M., 2011. Loss of lifestyle: Health behaviour and weight changes after becoming a caregiver of a family member diagnosed with ovarian cancer. *Supportive Care in Cancer*, 19 (12), 1949-1956.
- Bevans, M. ve Sternberg, E.M., 2012. Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, 25, 398-403.
- Bıçak, D., 2016. Kanserli Hasta Ve Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), İnönü Üniversitesi. İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.

- Bilge, A. ve am, O., 2008. Kanseri nlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 16-21.
- Bilir, N., 2008. Sigara ve Kanser. 1.Baskı, Sağlık Bakanlığı Yayın No:731, Ankara, s.7-8.
- Birol, L. ve Akdemir, N., 2003. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, s. 243-304.
- Boshuizen, J. ve Peeper, D.S., 2020. Rational cancer treatment combinations: an urgent clinical need. *Molecular Cell*, 78 (6), 1002-1018.
- Bozdoğan, İ.B.S., 2011. Zihinsel Engelli ocuğa Sahip Ebeveynlerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Yalnızlık Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Bradley, S.E., Sherwood, P.R., Kuo, J., Kammerer, C.M., Gettig, E.A., Ren, D., Rohrer, W.M., Donovan, H.S., Hricik, A., Newberry, A. ve Given, B., 2009. Perceptions of economic hardship and emotional health in a pilot sample of family caregivers. *Journal of Neuro-oncology*, 93, 333-342.
- Cameron, J., Franche, R.L., Cheung, M.A. ve Stewart, D.E., 2002. Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *American Cancer Society*, 94 (2), 521-527.
- Cho, J., Choi, E.K., Shin, D.W., Cho, B., Kim, C. ve Koh, D.H., 2013. Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: A nationwide survey in Korea. *Psycho-oncology*, 22 (10), 2372-2378.
- Cimprich, B., 1999. Prethreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nursing*, 22 (3), 185-194.
- Cohen, S. ve Wills, T.A., 1985. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.
- Cole, J.D. ve Kazarian, S.S., 1988. The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44 (3), 392-397.
- Collins, L.G. ve Swartz, K., 2011. Caregiver care. *American Family Physician*, 83 (11), 1309-1317.
- Cora, A., Partinico, M., Munafo, M. ve Palomba, D., 2012. Health risk factors in caregivers of terminal cancer patients: A pilot study. *Cancer Nursing*, 35 (1), 38-47.
- Coşkun, Y. ve Akkaş, G., 2009. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10 (1), 213-227.
- Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., Ergün, S. ve Tekir, ., 2015. Kanseri hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17 (1), 27-36.
- elik, F., 2023. Kanseri Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Algıladıkları Sosyal Desteğin Bakım Verme Yükü ile İlişkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Biruni Üniversitesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Çetinkaya, Y., 2006. Kanseri Hastalarına Bakım Verenlerde Stres, Stres Yaratan Durumlar Ve Etkilerinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- ınar Pakyüz, S., Dedeli aydam, . ve Koşar Şahin, C., 2019. Sitotoksik kemoterapi alan hastalarda stres belirtileri ve düzeyi ile baş etme yöntemleri arasında ilişki var mıdır ?. *Jaren*, 5 (1), 1-9.

- Çivi, S., Kutlu, R. ve Çelik, H.H., 2011. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53 (4), 248-253.
- Dağ, E. ve Baysal, H., 2017. Hasta ve yakınlarını şiddete yönelten sebeplerin araştırılması-Burdur ili örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 4 (11), 95-118.
- Dahlin, C., 2015. Palliative care: Delivering comprehensive oncology nursing care. *Seminars İn Oncology Nursing*, 31 (4), 327-337.
- Dayapoğlu, N. ve Tan, M., 2009. İmmeli hastaların aileden algıladıkları sosyal destek. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (4), 41- 48.
- De Martel, C., Georges, D., Bray, F., Ferlay, J. ve Clifford, G.M., 2020. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: A worldwide incidence analysis. *The Lancet Global Health*, 8 (2), 180-190.
- Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç. ve Uslu, R., 2008. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(3), 132-139.
- Eol, D., 2019. Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Ruhsal Sağlık Durumlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Doğu Akdeniz Üniversitesi. Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Kuzey Kıbrıs.
- Demirsoy, G., 2008. Jinekolojik Onkoloji Hastalarında Kemoterapiye Bağlı Semptomların Yönetimi. (Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Demirtaş, G., 2013. Multipl Myelomlu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. (Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Desbiens, N.A., Mueller Rizner, N., Virnig, B. ve Lynn, J., 2001. Stress in caregivers of hospitalized oldest-old patients. *Journals Gerontology*, 56 (4), M231-M235.
- Deshields, T.L., Rihanek, A., Potter, P., Zhang, Q., Kuhrik, M., Kuhrik, N. ve O'Neill, J.A. 2012. Psychosocial aspects of caregiving: perceptions of cancer patients and family caregivers. *Support Care Cancer*, 20 (2), 349-356.
- Dionne-Odom, J.N., Lyons, K.D, Akyar, I. ve Bakitas, M.J., 2016. Coaching family caregivers to become better problem solvers when caring for persons with advanced cancer. *Journal of Social Work end Life Palliative Care*, 12 (1-2), 63-81.
- Dişçi, Z. ve Tan, N., 2018. Multiple sklerozlu hastalarda stresle baş etme tarzlarının değerlendirilmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (1), 14- 21.
- Dupuis, S.L., Epp, T. ve Smale, B., 2004. Caregivers of persons with dementia: Roles, experiences, supports and coping: A literature review. *Murray Alzheimer Research and Education Program University of Waterloo. Murray Alzheimer Research and Education Program.*
- Eker, D., Arkar, H. ve Yaldız, H., 2001. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1), 17-25.
- Elkin, N., 2017. Sağlık bilimleri yüksekokulu öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık durumlarının değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (2), 89-96.

- Ellison, M.C., Kozora, E., Patterson, T.L., Wamboldt, F.S. ve Waxmonsky, J.A., 2005. Major life stress, coping styles, and social support in relation to psychological distress in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 14 (5), 363-372.
- Erdoğan, H., 2015. Kanser Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Depresyon Anksiyete ve Stres İle Olan İlişkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Erdoğan, Z. ve Yavuz, D.E., 2014. Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23 (4), 726-736.
- Ergen, M., 2017. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. (Yüksek Lisans Tezi), Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya.
- Erkuran, H. ve Altay, B., 2020. Alzheimer'lı hastaya bakım veren kişilerin bakım yükünün stresle baş etme durumlarına etkisi. *Journal of Health Services and Education*, 3 (2), 52-58.
- Erkuran, H., 2015. Alzheimerlı Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Başetme Durumlarına Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun.
- Esmek, M., 2007. Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofren Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek Ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
- Fernandez Alvarez, R., Rubinos Cuadrado, G., Cabrera-Lacalzada, C., Galindo Morales, R., Gullón Blanco, J.A. ve Gonzalez Martin, I., 2009. Home mechanical ventilation: Dependency and burden of care in the home. *Arch Bronconeumol*, 45 (8), 383-386.
- Ferreira, M., Silva, D., Pires, A., Sousa, M., Nascimento, M. ve Calheiros, N., 2016. Clinical skills and communication in nursing students. In 2 nd International Conference on Health and Health Psychology, 51-60.
- Folkman, S. ve Lazarus, R.S., 1985. If it changes it must be process: Study of the emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-70.
- Gerrig Richard, J. ve Zimbardo Philip, G., 2012. Psikoloji ve Yaşam Psikolojisi Giriş. Nobel Akademik Yayıncılık, s. 616
- Girgis, A. ve Lambert, S. 2009. Caregivers of cancer survivors: The state of the field. In *Cancer Forum*, 33 (3), 168
- Given, B.A., Given, C.W. ve Sherwood, P. 2012. The challenge of quality cancer care for family caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*, 28 (4), 205-212.
- Gök Uğur, H. ve Çatıker, A., 2019. Evde bakım hastalarının bakım vericilerindeki stres düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35 (3), 115-122.
- Gökler, R. ve Işıtan, İ., 2012. Modern çağın hastalığı; Stres ve etkileri. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 1 (3), 154-168
- Görgülü, Ü. ve Akdemir, N., 2010. İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20 (4), 125-132.

- Göriş, S., Kılıç, Z., Elmalı, F., Tutar, N. ve Takcı, Ö., 2016. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hasta bakıcılarının bakım yükü ve sosyal destek düzeyleri. *Holist Nurs Pract*, 30 (4), 227–235.
- Güdük, Ö., Selimoğlu Namoğlu, S. ve Tekin, B.N., 2022. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yakınlarının bakım yükü, stres ve algıladığı sosyal destek ilişkisi: Kesitsel bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (2), 544-553.
- Gün, S., 2017. İnmeli Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik Ve Stresle Baş Etme Durumlarının Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi) Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun.
- Gündüz, F., 2019. Kanserli Hasta Ve Bakım Verenlerinin Algıladıkları Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Aydın.
- Güneş Çalıcıoğlu, S., 2018. Kanser Tanısı ile İzlenen Çocukların Ebeveynlerinin Stres Düzeyleri ve Sosyal Destek Algılarının Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Okan Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Güneş, F., Arslan, C. ve Eliüşük, A., 2014. Atılgnlık eğitiminin üniversite öğrencilerinin kişiler arası problem çözme, algılanan sosyal destek ve atılgnlık düzeyleri üzerine etkisi. *Bartın University Journal of Faculty of Education*, 3 (1), 456-474.
- Gür, C.S., 2018. Kanserli Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü, Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Harran Üniversitesi, Şanlıurfa.
- Gürbüz, D., 2009. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocukların Ebeveynlerinin Depresyon Düzeyleri ve Stresle Basa Çıkma Tarzları. (Yüksek Lisans Tezi), Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri.
- Hacıaloğlu, N., Özer, N., Yılmaz, E., Erdem, N., ve Erci, B., 2010. The quality of life of family caregivers of cancer patients in the east of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 14 (3), 211-217.
- Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Sela-Oren, T., Pizem, M. ve Wolf, I., 2015. Attachment style, social support and finding meaning among spouses of colorectal cancer patients: Gender differences. *Palliative & Supportive Care*, 13 (3), 527-535.
- Hayırlı Hanay, B., 2022. Çocukluk Çağı Travmaları, Algılanan Sosyal Destek ve Evlilik Doyumu ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Maltepe Üniversitesi. Lisansüstü Enstitüsü, İstanbul.
- Honea, N.J., Brintnall, R., Given, B., Sherwood, P., Colao, D.B., Somers, S.C. ve Northouse, N.L., 2008. Caregiver strain and burden. *Clinical Journal Of Oncology*, 12 (3), 507-516.
- Hunt, K.C., 2003. Concepts in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (1), 27-32.
- Işıkhan, V., 2007. Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 18 (1), 15-29.
- Işıkhan, V., 2016. Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu. *Akciğer Kanseri*nde Destek Tedavisi, Editörler: Gülhan, M. ve Yılmaz, Ü., TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, Ankara, 366-391.

- Janda, M., Neale, R., Klein, K., O'Connell D., Gooden, H., Goldstein, D., Merrett, N.D., Wyld, D.K., Rowlands I.J. ve Beesley, V., 2017. Anxiety, depression and quality of life in people with pancreatic cancer and their carers. *Pancreatology*, 17 (2), 321-327.
- Kaba, İ., 2019. Stres ruh sağlığı ve stres yönetimi: Güncel bir gözden geçirme. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (73), 63-81.
- Kaçmaz, N., Yıldırım, N.K., ve Özkan, M., 2015. Kanser hastalarının hasta yakınları/bakım vericileri: Yaşadıkları ve gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31 (2), 98-112.
- Karaaslan, A., 2013. Kanserli Hastalara Bakım Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim dalı, Ankara.
- Karabulutlu, E.Y., 2014. Coping with stress of family caregivers of cancer patients in Turkey. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 1 (1), 55-60.
- Karabulutlu, Y.E., Akyıl, R., Karaman, S. ve Karaca, M., 2013. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 28 (1), 1-9.
- Karadağ, İ., 2007. İlköğretim Beşinci Sınıf Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Sosyal Destek Kaynakları Açısından İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Karahan, A. ve Güven, S., 2002. Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5 (4) 155-159.
- Karakurt, P., Tuncer, S.K., Çiltaş, N.Y. ve Doğan, M., 2020. Determination of caregiver burden and social support levels among caregivers providing care for patients hospitalized in palliative care clinics. *Galician Medical Journal*, 27 (4), E2020414.
- Karakuş, G., Öztürk, Z. ve Tamam, L., 2012. Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21 (1), 42-79.
- Karpat, D., 2011. Yaygın Gelişimsel Bozukluk Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Yaşadığı Yas Tepkilerinin, Evlilik Uyumlarının Ve Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Kaya, E., 2019. Hastasına Evde Bakım Verenlerde Stres Düzeyi Ve Stresle Başa Çıkma Sosyal Desteğin Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Balıkesir.
- Kaynar, G., 2016. Boşanma Sürecindeki Kişilerin Baş Etme Becerileri, Bilişsel Çarpıtmalar, Yılmazlık ve Sosyal Destek Algıları Açısından İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Kocaeli Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Kesen, M. ve Akyüz, B., 2015. Üniversite örgüt kültürü algılamaları ve demografik değişkenlerin algılanan stresi yordayıcı değişkenler olarak incelenmesi. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5 (1), 71-94.
- Khan, F., Pallant, J. ve Brand, C., 2007. Caregiver strain and factors associated with caregiver self-efficacy and quality of life in a community cohort with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 29 (16), 1241-1250.
- Khan, Z., Zia, A., Watson, P.J., Johnson, K., Nielsen, M. ve Chen, Z., 2015. Stress and psychological and social resources for coping in informal family caregivers of cancer patients in Pakistan. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6 (11), 1070-1075.

- Kılıç, G., 2018. Yaşlı Hastalara Evde Bakım Veren Bireylerin Sosyal Destek Algıları, Bakım Yükleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.
- Kıbar, E., 2021. Kanser hastalarına bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimleri, öz yeterlik ve iyilik hallerinin belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Akdeniz Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya.
- Kim, Y. ve Schulz, R., 2008. Family caregivers strains comparative analysis of cancer caregiving with dementia, diabetes, and frail elderly caregiving. *Journal of Aging and Health*, 20 (5), 483-503.
- Kim, Y., Baker, F. ve Spillers, R., 2007. Cancer caregivers' quality of life: Effects of gender, relationship, and appraisal. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 34 (3), 294-304.
- Korkmaz, Z. ve Yalçın, B., 2018. Sağlık hizmetlerinde iletişim becerilerinin önemi ve sosyodemografik değişkenler açısından analizi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16 (4), 368-391.
- Kömürcü, C., 2020. Diyaliz Hastaları Ve Bakım Verenlerinde Stresle Baş Etme Stratejileri, Sosyal Destek Ve Maneviyat Algısının Travma Sonrası Büyümeye Etkisinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisan Tezi), Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Zonguldak.
- Kroemeke, A. ve Sobczyk-Kruszelnicka, M., 2022. Daily stress and received social support in hematopoietic cell transplant patient-caregiver dyads. *Anxiety, Stress, & Coping*, 35 (6), 673-686.
- Kumral, S., 2017. Türk Kültüründe Bakım Verenlerin Sosyal Destek İhtiyaçlarını Ölçen Bir Sosyal Destek Ölçeği Geliştirme Çalışması: Bakım Vereninin Aldığı Sosyal Destek Ölçeği. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Küçüköğlu, E., 2019. Kemoterapi Alan Hastaların Bakım Verenlerinin Karşılanmamış Gereksinimleri, Bakım Yükü, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Lafcı, D., Yıldız, E., Toru, F. ve Karakaya, D., 2020. Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verenlere etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7 (2), 105-113.
- Lagerlund, M., Hvidberg, L., Hajdarevic, S., Pedersen, A., Runesdotter, S., Vedsted, P. ve Tishelman, C., 2015. Awareness of risk factors for cancer: A comparative study of Sweden and Denmark. *BMC Public Health*, 15 (1), 1-9.
- Langman, N., 2016. Caregivers of dementia patients mental health screening support. *Clinician Reviews*, 26 (6), 42-49.
- Longman, A.J., Atwood, J.R., Sherman, J.B., Benedict J.B. ve Shang, T.C., 1992. Care needs of home-based cancer patients and their caregivers. *Cancer Nursing*, 15 (3), 182-190.
- Malak, A.T. ve Dicle, A., 2008. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18 (2), 118-121.
- McGinnis, J.M., Williams-Russo, P. ve Knickerman, J.R., 2002. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*, 21 (2), 78-93.
- McMillan, S. C., Small, B. J., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L. ve Haley W.E., 2006. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer a randomized clinical trial. *Cancer*, 106 (1), 214-222.

- McNeill, C., Shattell, M., Rossen, E. ve Bartlett, R., 2008. Relationship skills building with older adults. *Journal Nursing Education*, 47 (6), 269-71.
- Molter, N.C., 1979. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart Lung*, 8 (2), 332-339.
- Nekolaichuk, C.L., Jevne, R.F. ve Maguire, T.O., 1999. Structuring the meaning of hope in health and illness. *Social Science & Medicine*, 48 (5), 591-605.
- Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Sanderman, R. ve Vanden Bos, G.A., 1999. Negative and positive reactions to giving care to cancer patients: Psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA), *Social Science & Medicine*, 48(9), 1259-1269.
- Oktan, V., 2015. Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişimine etkisi. *Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21 (21), 183-192.
- Onwumere, J., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Freeman, D., Fowler, D. ve Garety, P., 2011. Coping styles in carers of people with recent and long-term psychosis. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 199 (6), 423-424.
- Orak, O. ve Sezgin, S., 2015. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6 (1), 33-39.
- Önem Akçakaya, R., 2014. Stres ve stresle baş etmede psikiyatrik yaklaşım. *Turkish Family Physician*, 5 (2), 18-25.
- Öner, Ö.İ., 2012. Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı, Elazığ.
- Özdemir, Ü. ve Taşcı, S., 2013. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1 (1), 57-72.
- Özgen, Ö. ve Babekoğlu, Y., 2001. Yaşlı, aile ve toplum: Değişen roller. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1 (1), 44-50.
- Öztunç, G., Yeşil, P., Paydaş, S. ve Erdoğan, S., 2013. Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention*, 14 (1), 571-578.
- Öztürk Kaynar, Ö. ve Vural, F., 2018. Assessment of the caregiver burden of caregivers of colorectal cancer patients. *Turkish Journal Colorectal Disease*, 28, 164-71.
- Palos, G., Mendoza, T.R., Liao, K.P., Anderson, K.O., Garcia-Gonzalez, A., Hahn, K., Nazario, A., Ramondatte, L. M., Valero, V., Lynch, G.R., Libaja-Weiss, M.L. ve Cleeland, C.S., 2011. Caregiver symptom burden: The risk of caring for an underserved patient with advanced cancer. *Cancer*, 117 (5), 1070-1079.
- Parks, S.M. ve Novielli, K.D., 2000. A practical guide to caring for caregivers. *American Family Physician*, 62, 2613-2622.
- Pearlin, I., Mullan, J., Semple, S. ve Skaff, M., 1990. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30 (5), 583-594.
- Pehlivan, Z., Güner, S.G. ve Nural, N., 2022. Kanser hastalarında bir semptom konstipasyon: Literatür incelemesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7 (1), 139-144.
- Robb, K.A., Simon, A.E., Miles, A. ve Wardle, J., 2014. Public perceptions of cancer: a qualitative study of the balance of positive and negative beliefs. *BMJ Open*, 4 (7).

- Robinson, E., Gerhardt, A., Vannatta, K. ve Noll, B., 2007. Parent and family factors associated with child adjustment to pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 400-410.
- Sarman, A., 2019. Palyatif/pediyatrik palyatif bakımın tarihsel gelişim süreci, ilkeleri ve hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (3), 153-160.
- Saygı, A., 2012. Kanserli Çocukların Primer Bakım Vericilerinin Yaşadıkları Psikososyal Güçlükler İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Scherbring, M., 2002. Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population. *Oncology Nursing Forum*, 29 (6), 70-76.
- Schulz, R. ve Sherwood, P.R., 2008. Physical and mental health effects of family caregiving. *The American Journal of Nursing*, 108 (9), 23-27.
- Sezer, A., Demirbaş, H. ve Kadioğlu, H., 2015. Evde bakım hemşireliği: Mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23 (2), 160-165.
- Şahin, N.H., 2010. Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 170 s, Ankara.
- Şahin, N.H. ve Durak-Batıgün, A., 1995. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), 56-73.
- Şen, A.Ö., 2022. Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinde Özgeçililik Davranışlarının Psikolojik Dayanıklılık ve Bakım Yüküne Yordayıcı Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir.
- Şen, F. ve Aydın, A., 2015. Kanserde Tanı, Sınıflandırma ve Evrelendirme. *Onkoloji Hemşireliği*, Editör: Can, G., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 73-93.
- Şener, F., 2009. 5-14 Yaş Serebral Palsi'li Çocuğa Sahip Annelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ve Denetim Odağı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Şengör, K., 2018. Onkolojik Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Kansere İlişkin Tutumları. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Şentürk, S., Bıçak, D. ve Akça, D., 2018. Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5 (1), 35-39.
- Tan, M., Okanlı, A., Karabulutlu, E. ve Erdem, N., 2005. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8 (2), 32- 39.
- Terzi, Ş., 2008. Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3 (29), 1-11.
- Timonen, V., 2009. Toward an Integrative Theory of Care: Formal and Informal Intersections In: Roberto K.A, Mancini J.A. (Eds.). *Human Development And The Lifespan: Antecedents, Processes And Consequences Of Change*. Md: Lexington: Lanham.
- Ting Chua, C., Tianwu, J., Yeewong, Y., Qu L., Yingtan, Y., Huineo, P.S. ve Suyin pang, G., 2016. Caregiving and its resulting effects the care study to

- evaluate the effects of caregiving on caregivers of patients with advanced cancer in Singapore. *Cancers*, 8 (11), 105.
- Tok, S., 2023. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Hasta Yakınlarının Anksiyete, Depresyon Ve Psikolojik Sağlık Düzeylerinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Palyatif Bakım Ana Bilim Dalı, Tokat.
- Tuğrul, M., 2015. Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yükleri Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Tuncay, T., 2010. Kanserele baş etmede destek grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21 (1), 59-71.
- Turan Kavradım, S. ve Canlı Özer, Z., 2014. Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6 (2), 154-164.
- TÜİK, 2022. Ölüm nedeni istatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679> (15.01.2024)
- Türkoğlu, N. ve Kılıç, D., 2012. Effects of care burdens of caregivers of cancer patients on their quality of life. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13 (8), 4141-4145.
- Toseland, R.W., Smith, G. ve McCallion, P., 2001. Family Caregivers of The Frail Elderly. *Handbook Of Social Work Practice With Vulnerable And Resilient Populations*, Ed: Gitterman, A., s: 548, Columbia University Press, Second Edition.
- Uğur, Ö. ve Fadiloğlu, Z.Ç., 2012. Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 53-58.
- Uğur, Ö., 2006. Onkoloji Hastasına Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. (Doktora Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Uğurlu, Z., 2020. Pediatrik Onkoloji Hastalarının Annelerinin Bakım Yükü, Algıladıkları Sosyal Destek, Ebeveyn Yetkinliği Ve Sosyal Hizmet Gereksinimlerinin İncelenmesi: Bir Karma Yöntem Araştırması. (Yüksek Lisans Tezi), Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Uludağ, F., 2016. Kanser Hastaları ve Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik Durumları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. (Uzmanlık Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın.
- Ulusoy, M., Şahin, N.H. ve Erkmen, H., 1998. Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 12 (2), 163-172.
- Uyan, B., 2019. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Uyar, D., 2023. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimleri. (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Ülgen, T., 2019. Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Evdeki Bakım Uygulamaları Ve Algılanan Sosyal Desteğin Bakım Yüküne Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi. Onkoloji Hemşireliği, İzmir.

- Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L. ve Tarhan, M.O., 2014. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 85-92.
- WHO, 2008. Cancer Control, World Health Organization Guide for Effective Programmes, Diagnosis and Treatment. Switzerland, 2, 1-37.
- WHO, 2022. Cancer key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (15.01.2024).
- Wilson, K.N.S., Velez, E.G., Angelica, J., Wiggs, K., Savransky, A. ve Tranel, D.A., 2018. A novel twoday intervention reduces stress in caregivers of persons with dementia. Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions, 4, 450- 460.
- Wild, C.P., Weiderpass, E. ve Stewart, B.W., 2020. Published by the International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report. Lyon, France.
- Yabacı, S., 2019. Dermatoloji Polikliniklerine Başvuran Kronik Kaşıntılı Hastalarda Stres Düzeyi ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. (Yüksek Lisans Tezi), Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Ortak Programı, Yozgat.
- Yağmur, T. ve Türkmen, S.N., 2017. Ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyelerinde algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık. Manisa CBU Journal of Institute of Health Science, 4 (1), 542-548.
- Yeh, P.M., Wieraga, M.E. ve Yuan, S.C., 2009. Influences of psychological well- being, quality of caregiver-patient relationship, and family support on the health of family caregivers for cancer patients in Taiwan. Asian Nursing Research, 3 (4), 154-166.
- Yıldırım, E., 2017. Kanser Hastası Yakınlarının Algıladığı Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Aydın Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı, İstanbul.
- Yıldırım, İ., 1997. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 13 (13), 81-87.
- Yıldırım, S. ve Gürkan, A., 2010. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 26 (1), 87-97.
- Yıldız, E., 2016. Kronik Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri Ve Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.
- Yıldız, E., Dedeli, Ö. ve Pakyüz, S.Ç., 2016. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 13 (3), 216-225.
- Yıldız, K. ve Dirik, D., 2019. Algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkide algılanan öz yeterliliğin rolü. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 17 (2), 132- 144.
- Yiğit, H., 2009. Yaşlıların sosyal yaşam desteğini algılamaları. (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Yurtseven, K.İ., 2018. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin, Bakım Yükü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İstanbul.

- Yurtsever, S., Özge, A., Kara, A., Yandım, A., Kalav, S. ve Aydın D., 2013. The relationship between care burden and social support in Turkish Alzheimer patients' family caregivers: Cross-sectional study. *Journal of Nursing Education Practice*, 3, 1-12.
- Yüzer, S., Yiğit, R. ve Taşdelen, B., 2006. Çocuğu hastanede yatan annelerin aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (4), 54-62.
- Zaybak, A., Yapucu Güneş, Ü., Günay İsmailoğlu, E. ve Ülker, E., 2012. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (1), 48-54.



EKLER

EK-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırma ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Tıbbi Onkoloji Kliniği'nden yatarak takip edilen hastalarda kanser hastalarına primer bakım veren yakınlarının sosyal destek algılarının stres düzeyine etkisini belirlemek amacıyla bir bilimsel araştırma olarak planlanmıştır.

Hasta yakınları üzerinde uygulanacak olan bu çalışmaya, tıbbi durumunuz bu koşullara uyduğu için sizi de davet ediyoruz. Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile vermelisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz.

Kararınızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Gönüllüye herhangi bir sorumluluk yüklenilmemektedir. Bu araştırmada yer almak için öngörülen süre 10-15 dakikadır.

Bu çalışma da adınız soyadınıza ait bilgiler kullanılmayacaktır. Anket kapsamında sizlerden derlenen veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde resmi, özel kişi veya kuruluşlara açıklanmayacak, vermiş olduğunuz tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün; Adı Soyadı:

İmzası :

Adresi:

Tel:

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının; Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Medine KOÇ

İmzası :

EK-2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı; bu çalışma, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi palyatif bakım ve onkoloji biriminde yatarak tedavi edilen kanser hastalarına primer bakım veren yakınlarının sosyal destek algılarının stres düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Lütfen her soruyu ve ölçek maddelerini boş bırakmadan doldurunuz. Sorulara ve ölçek maddelerine vereceğiniz yanıtlar araştırma dışı bir amaç için kullanılmayacaktır. Her bir soruya dikkatlice okuyup vereceğiniz yanıtlar, araştırma için önem arz etmektedir. Katkılarınızdan ve sabrınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Medine KOÇ
Sosyal Çalışmacı Cengiz GÜNDÜZ

1. Yaşınız? (Lütfen yazınız):.....

2. Cinsiyetiniz? 1. () Kadın 2. () Erkek

3. Medeni Durumunuz?

1. () Evli 2. () Bekar 3. () Boşanmış 4. () Dul/Eşi vefat etmiş 5. () Ayrı yaşıyor

4-Aile tipiniz:

1. () Çekirdek aile 2. () Geniş aile 3. () Parçalanmış aile 4. () Diğer (Lütfen Belirtiniz).....

5. Kaç çocuğunuz var? (Lütfen yazınız):.....

6. Eğitim durumunuz?

- 1. () Okur-yazar
- 2. () İlkokul
- 3. () Ortaokul
- 4. () Lise
- 5. () Lisans
- 6. () Lisansüstü

7. Sosyal güvenceniz? 1. () Var 2. () Yok

8. Çalışma durumunuz?

1. () Çalışıyor 2. () Çalışmıyor 3. () Emekli

9. Mesleğiniz nedir?

1. () İşçi 2. () Memur 3. () Emekli 4. () Ev hanımı
5. () Diğer (Lütfen yazınız):.....

10. Hastanızın çalışma durumu: 1. () Çalışıyor 2. () Çalışmıyor 3. () Emekli

11. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1. () Gelir giderden az
- 2. () Gelir gidere denk
- 3. () Gelir giderden fazla

12. Kronik hastalığınız var mı? 1. () Evet 2. () Hayır

13. Cevabınız evet ise bu hastalığınızın adı nedir?

- 1. () Diyabetes Mellitus
- 2. () Hipertansiyon
- 3. () Kardiyovasküler hastalıklar
- 4. () Solunum sistemi hastalıkları
- 5. () Romatizmal hastalıklar
- 6. () Diğer (Lütfen yazınız):.....

14. Tanı konulmuş ruhsal hastalığınız var mı?

1. () Evet (Lütfen yazınız):..... 2. () Hayır

15. Şimdiye kadar ruhsal destek aldınız mı?

1. () Evet 2. () Hayır

16. Yanıtınız evet ise ruhsal sorununuza yönelik ilaç kullanıyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

17. Yanıtınız hayır ise ruhsal destek almayı düşünüyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

18. Sigara kullanıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır

19. Yanıtınız evet ise bakım verdiğiniz dönemde sigara kullanımında değişim durumunuz:

- 1. () Sigara kullanımında azalma oldu
- 2. () Sigara kullanımında değişim olmadı
- 3. () Sigara kullanımında artma oldu

20. Alkol kullanıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır

21. Yanıtınız evet ise bakım verdiğiniz dönemde alkol kullanımında değişim durumunuz:

- 1. () Alkol kullanımında azalma oldu
- 2. () Alkol kullanımında değişim olmadı
- 3. () Alkol kullanımında artma oldu

22. Hastanızın yaşadığı yer: 1. () İl merkezi 2. () İlçe 3. () Köy

23. Hastanız kiminle birlikte yaşıyor?

- 1. () Yalnız 2. () Aile bireyleri ile 3. () Diğer (Lütfen yazınız):

24. Hastaya primer (birincil) bakım veren olarak yardım alıyor musunuz?

- 1. () Evet 2. () Hayır

25. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?

- 1. () Annesiyim 2. () Babasıyım 3. () Eşiyim 4. () Kardeşiyim
- 5. () Çocuğuyum 6. () Diğer (Lütfen yazınız):

26 Bakım verdiğiniz hastanızın sağlık durumunu nasıl algılıyorsunuz?

- 1. () İyi 2. () Orta 3. () Kötü

27. Bakım verdiğiniz hastanızın tıbbi tanısı?

- 1. () Kolorektal Kanseri
- 2. () Meme Kanseri
- 3. () Mide Kanseri
- 4. () Diğer (Lütfen yazınız):

28. Hastanıza hastalığı nedeniyle aşağıdakilerden hangileri uygulandı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1. () Kemoterapi
- 2. () Radyoterapi
- 3. () Hormonaterapi
- 4. () Cerrahi operasyon
- 5. () Diğer (Lütfen yazınız):

29. Hastanızın hastalık süresi (Lütfen yazınız) :

30. Hastanıza ne kadar süredir bakıyorsunuz (Lütfen yazınız):

31. Günde ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz (Lütfen yazınız):

32. Bakım/destek verdiğiniz alanlar hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1. () Fiziksel ihtiyaçlarını karşılama
- 2. () Psikolojik destek sağlama
- 3. () Maddi destek sağlama
- 4. () Diğer (Lütfen yazınız):

33. Hastanızın Hastalığının evresi (Lütfen yazınız) :

34. Hastanız ile ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?

- 1. () Çok İyi 2. () İyi 3. () Orta 4. () Kötü 5. () Çok Kötü

EK-3

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar 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 **GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI** hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

Sizi ne kadar tanımlıyor

Bir sıkıntı olduğunda.....	% 0	% 30	% 70	% 100
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim	()	()	()	()
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- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	()	()	()	()
20-Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25- “keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	()	()	()	()
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 varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()

EK-4

BAKIM VEREN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ FORMU

AÇIKLAMA: Aşağıdaki ifadeleri okuyup sizin yaşantınızı ne kadar yansıttığını işaretleyiniz.

(İfadeye çok katılıyorsanız 4, katılıyorsanız 3, katılmıyorsanız 2, hiç katılmıyorsanız 1 olarak işaretleyiniz).

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Çok Katılıyorum
1	Acil borca ihtiyacım olduğunda borç isteyebileceğim insanlar var.	1	2	3	4
2	Ben yakınım ile ilgilenirken ailenin diğer üyelerine göz kulak olan kişiler var.	1	2	3	4
3	Ben yokken baktığım yakınım a göz kulak olacak kişiler var.	1	2	3	4
4	Benim fiziksel ve ruhsal olarak iyi olup olmadığım ile ilgilenen kişiler var.	1	2	3	4
5	Bir yere giderken ihtiyacım olduğunda benimle gelecek kişiler var.	1	2	3	4
6	Kendi zor durumda olsa bile, ihtiyacımız olduğunda bana ve yakınım a yardımcı olacak insanlar var.	1	2	3	4
7	Sorunlarımı anlayan kişiler var.	1	2	3	4
8	Yakınım için doktora gitmemiz gerektiğinde bizi götürecek insanlar var.	1	2	3	4
9	Yakınım a bakarken yanlış yaptığım şeyler olursa bunu bana söyleyecek kişiler var.	1	2	3	4
10	Yakınım a bakarken yaptıklarım a saygı duyduğunu ifade eden kişiler var.	1	2	3	4
11	Yakınım a nasıl bakacağım a dair öneriler veren kişiler var.	1	2	3	4
12	Yakınım ın hastalığı sırasında ve sonrasında karşılaşabileceğim sorunlar hakkında bana bilgi verebilecek kişiler var.	1	2	3	4
13	Yakınım ın yaşadığı durumu anlamama yardımcı olacak ve bilgiler verecek kişiler var.	1	2	3	4
14	Yakınım ile ilgili korkularımı ve endişelerimi paylaşabildiğim insanlar var.	1	2	3	4

15	Başkalarından sevgi, şefkat, saygı, onay, cesaretlendirmeye ihtiyaç duyduğunuzda aşağıdaki davranışlardan hangisi sizi en iyi tanımlar? <u>Bir tanesini</u> yanındaki kutucuğa çarpı işareti koyarak seçiniz.
	Yakınım a bakma konusunda ihtiyacım olan şeyleri açıkça söylerim ve çevremdeki kişilerden talep ederim.
	Yakınım a bakma konusunda ihtiyacım olan şeyleri insanlara söylemem ve onlardan yardım talep etmem.
	Yakınım a bakarken ortaya çıkan ihtiyaçlarım çevremdeki kişiler tarafından görülebilir durumdadır; ama bu ihtiyaçlarım için onlardan/hiç kimseden yardım istemem.