



**KANSERLİ HASTAYA BAKIM VERENLERDE
DEPRESYON VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN
İNCELENMESİ**

Emel ERCAN

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. M. Fikret GENÇ**

Doktora Tezi-2024

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KANSERLİ HASTAYA BAKIM VERENLERDE
DEPRESYON VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN İNCELENMESİ**

Emel ERCAN

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. M. Fikret GENÇ**

Tez Jüri Üyeleri

**Prof. Dr. Metin F. GENÇ
Prof. Dr. Ali ÖZER
Prof. Dr. Cemil ÇOLAK
Prof. Dr. Edibe PRİNÇCİ
Dr. Öğr. Üyesi Kevser TUNCER**

**MALATYA
2024**

	KABUL ONAY FORMU	Doküman No	İNÜ-KYS-FRM-142
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ		Yayın Tarihi	19.08.2019
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	3 / 82

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Kanserli Hastaya Bakım Verenlerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin
İncelenmesi
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. M. Fikret GENÇ

HAZIRLAYAN
Emel ERCAN

Jürimiz tarafından/....../20...tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda bu tez **oybirliği /oyçokluğu** ile başarılı bulunarak **Anatomi Anabilim Dalı Doktora** Tezi olarak kabul etmiştir.

Jüri Üyelerinin Unvanı Adı Soyadı

İmza

- | | |
|----------------------|-------|
| 1. Unvanı Adı SOYADI | |
| 2. Unvanı Adı SOYADI | |
| 3. Unvanı Adı SOYADI | |
| 4. Unvanı Adı SOYADI | |
| 5. Unvanı Adı SOYADI | |

O N A Y

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/....../20... tarih ve 20....../..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Unvanı Adı SOYADI
Enstitü Müdürü

TC
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYAN

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Kanserli Hastaya Bakım Verenlerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin İncelenmesi” başlıklı doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 25/06/2024

Emel ERCAN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Kanserin Etiyolojisi	3
2.3. Kanserden Korunma ve Tanı	5
2.3.1. Tarama Programları	5
2.3.2. Tanı Yöntemleri	6
2.4. Kanser Tedavisi	6
2.4.1. Kemoterapi.....	6
2.4.2. Radyoterapi	6
2.4.3. Cerrahi	7
2.4.4. Biyolojik Tedavi	7
2.4.5. Hormon Tedavisi	7
2.5. Kanserin Aile Üyeleri Üzerine Etkileri	7
2.5.1. Kanser ve Bakım Verici.....	8
2.5.2. Depresyon	8
2.6. Tükenmişlik	9
2.6.1. Tükenmişlik Tanımı.....	9
2.6.2. Tükenmişliğin Belirtileri.....	9
2.6.3. Maslach Tükenmişlik Modeli	10
2.6.4. Duygusal Tükenme	10
2.6.5. Duyarsızlaşma.....	10
2.6.6. Kişisel başarının azalması.....	10
3. MATERYAL VE METOT	11
3.1. Çalışmanın, Yeri, Zamanı ve Şekli.....	11
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	11
3.3. Verilerin Toplanması	11
3.3.1. Sosyodemografik Özellikler	11
3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDE).....	12

3.3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	12
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	13
4. BULGULAR.....	14
5. TARTIŞMA	34
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
KAYNAKLAR	51
EKLER.....	60
EK-1. Özgeçmiş.....	60
EK-2. Etik Kurul Formu	61
EK-3. Başhekimlik İzin Formu.....	62
EK-4. Anket Formu	63



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince engin bilgi birikimi ve deneyimlerini benden esirgemeyen, tez yazımı aşamasında bana yol gösteren ve her zaman destek olan çok değerli hocam Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ' e

Doktora eğitimime katkısı olan saygıdeğer hocalarım; Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'a, Prof. Dr. Ali ÖZER 'e, Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'e,

Her zaman yanımda olup destekleyen sevgili eşim Tuna ERCAN' a

Bu süreçte zaman zaman ihmal etmek zorunda kaldığım çocuklarım Ali Sencer, Gülce ve Mustafa' ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



ÖZET

Kanserli Hastaya Bakım Verenlerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin İncelenmesi

Amaç: Elazığ il merkezi Fırat Üniversitesi Onkoloji 1 ve Onkoloji 2 Servisinde yatan kanserli hasta yakınlarının Tükenmişlik ve Depresyon düzeylerini belirlemek ve elde edilen bulgular ışığında eksiklik görülen durumlar için öneriler sunmaktır.

Materyal ve Metot: Çalışmamız Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışma olup Fırat Üniversitesi Onkoloji 1 ve Onkoloji 2 Servisinde yatan kanser hastalarına bakım veren 349 hasta yakını üzerinde yapılmıştır. Kullandığımız anket formunda bakım verenlerin demografik özellikleri, Beck Depresyon Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde; verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov testi ile ölçülmüştür. Nicel bağımsız verilerin analizinde Kruskal-Wallis H testi (Post-Hoc Dun-Bonferroni testi), Mann Whitney U testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkinin tespitinde Spearman Korelasyon testi, Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modeli kullanıldı. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza katılan bakım vericilerin yaş ortalaması 42.99 idi. Primer bakım vericilerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 15.07+9.17, Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından olan Duygusal Tükenme alt boyutu puan ortalaması 16.66+7.62, Duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalaması 1.57+1.9 ve Düşük Kişisel Başarı alt boyutu puan ortalaması 12.57+4.49 olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği, Duygusal Tükenme ve Düşük Kişisel Başarı puanı ile bakım verenin yaşı arasında pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (sırası ile $r:0.434$, $p<0.05$, $r:0.360$ $p<0.05$, $r:0.268$ $p<0.05$). Araştırmada cinsiyet, çalışma durumu, bakım esnasında yardım alma, bakım vericinin kronik hastalık durumu, bakım vericinin psikiyatrik tedavi alma durumu, hasta ile aynı evde yaşama durumu vb. faktörlerin depresyonu arttırdığı saptanmıştır. Bakım vericinin kronik hastalığının varlığı, bakım vericinin psikiyatrik tedavi alma durumu, bakım konusunda deneyim sahibi olma durumu vb. faktörlerin tükenmişliği arttırdığı görülmüştür. Hastanın yaşı, hastalığı evresi gibi faktörlerin de depresyon ve tükenmişliği arttırdığı saptanmıştır.

Sonuç: Kanser tedavi programları kanser hastalarının yanı sıra birincil bakıcılarının ruh sağlığı ve yaşam kalitesi yönünden izlemelerini de içermelidir. Sağlık çalışanları tarafından bakım vericilerin genel durumlarının değerlendirilmesi, psikososyal olarak desteklenmesi, depresyon ve tükenmişlik duygusunun azaltılması ve aynı zamanda bakım hizmetinin kalitesini arttırmak açısından uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: Kanser, Bakım Veren, Depresyon, Tükenmişlik

ABSTRACT

Investigation of Depression and Burnout Levels in Cancer Patient Caregivers

Aim: The aim of this study was to determine the burnout and depression levels of the relatives of cancer patients hospitalised in the Oncology 1 and Oncology 2 Services of Firat University, Elazığ city centre and to provide suggestions for deficiencies in the light of the findings obtained.

Material and Method: Our study is a descriptive and cross-sectional study and was carried out on 349 relatives of cancer patients in the Oncology 1 and Oncology 2 wards of Firat University. Demographic characteristics of the caregivers, Beck Depression Scale and Maslach Burnout Scale were used in the questionnaire form. Statistical analyses In statistical analyses; mean, standard deviation, median minimum and maximum values were used in descriptive statistics of the data. The distribution of variables was measured by Kolmogorov Simirnov test. Kruskal-Wallis H test (Post-Hoc Dun-Bonferroni test), Mann Whitney U test were used in the analysis of quantitative independent data. Spearman Correlation test, Multivariate Logistic Regression Model were used to determine the relationship between variables. Significance level was accepted as 0.05.

Results: The mean age of the caregivers who participated in our study was 42.99 years. The mean Beck Depression Scale score of primary caregivers was 15.07+9.17, the mean score of Emotional Exhaustion sub-dimension of Maslach Burnout Scale was 16.66+7.62, the mean score of Depersonalisation sub-dimension was 1.57+1.9 and the mean score of Low Personal Accomplishment sub-dimension was 12.57+4.49. It was determined that there was a significant positive correlation between Beck Depression Scale, Emotional Exhaustion and Low Personal Achievement scores and the age of the caregiver ($r:0.434$, $p<0.05$, $r:0.360$ $p<0.05$, $r:0.268$ $p<0.05$, respectively). In the study, factors such as gender, employment status, receiving help during care, caregiver's chronic disease status, caregiver's psychiatric treatment status, living in the same house with the patient, etc. were found to increase depression. Factors such as the presence of chronic disease of the caregiver, the status of the caregiver receiving psychiatric treatment, having experience in care, etc. were found to increase burnout. Factors such as the age of the patient and the stage of the disease were also found to increase depression and burnout.

Conclusion: Cancer treatment programmes should include the follow-up of cancer patients as well as their primary caregivers in terms of mental health and quality of life. Assessment of the general condition of caregivers by health professionals, psychosocial support, reduction of depression and burnout, as well as improving the quality of care service will be appropriate.

Key words: Cancer, Caregiver, Depression, Burnout

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
D	: Duyarsızlaşma
DKB	: Düşük Kişisel Başarı
DT	: Duygusal tükenme
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Yaş Gruplarının Dağılımı	14
Tablo 4.2. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Eğitim Durumlarının Dağılımı	14
Tablo 4.3. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Sosyal Güvence Durumlarının Dağılımı	15
Tablo 4.4. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Medeni Durumlarının Dağılımı	15
Tablo 4.5. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarının Dağılımı	15
Tablo 4.6. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Bir İşte Çalışma Durumlarının Dağılımı	16
Tablo 4.7. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Gelir Düzeyi Durumlarının Dağılımı.....	16
Tablo 4.8. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Bakım Verdikleri Hastalarının Yaşlarının Dağılımı	16
Tablo 4.9. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Yakınlarının Hastalığının Evresinin Dağılımı	17
Tablo 4.10. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Hastaya Olan Yakınlık Derecelerinin Dağılımı	17
Tablo 4.11. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Bakım Verme Sürelerinin Dağılımı	17
Tablo 4.12. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Hastanın Bakımından Sorumlu Başka Kişinin Olma Durumlarının Dağılımı	17
Tablo 4.13. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Hastaya Bakım Verme Zamanlarının Dağılımı	18
Tablo 4.14. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Hastanın Bakımı İle İlgili Bilgiye Sahip Olma Durumunun Dağılımı	18
Tablo 4.15. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Kendi Sağlıklarını Algılama Durumlarının Dağılımı.....	18

Tablo 4.16. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Kronik Hastalıklarının Olma Durumlarının Dağılımı.....	18
Tablo 4.17. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Psikiyatrik Tedavi Alma Durumlarının Dağılımı	19
Tablo 4.18. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Hastalık Sürecinde Diğer Hasta Yakınlarından Öneri Alma Durumlarının Dağılımı.....	19
Tablo 4.19. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Hasta İle Aynı Evde Yaşama Durumlarının Dağılımı	19
Tablo 4.20. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Evde Bakımından Sorumlu Olduğu Kişi Durumlarının Dağılımı	20
Tablo 4.21. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Daha Önce Hastaya Bakım Verme Durumlarının Dağılımı.....	20
Tablo 4.22. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Devletten Maddi Destek Alma Durumlarının Dağılımı.....	20
Tablo 4.23. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Bakım Verirken Zorluk Yaşadıkları Durumların Dağılımı.....	20

1. GİRİŞ

Kanser, hücrelerin kontrol edilemez şekilde bölünerek çoğalması sonucu ortaya çıkar. Sık rastlanan bir sorun olarak ortaya çıkmıştır. Kanser, varlığını eski çağlardan bu yana sürdürmektedir. İlk olarak Hipokrat kanseri anlamlandırmış, Galen ise kanser hücrelerini isimlendirmek için ‘ Onkos’ (yumru) olarak ifade etmiştir. Kansere sebep olan faktörler arasında; obezite, kötü beslenme, radyasyon, tütün ve tütün ürünleri kullanımı, alkol kullanımı, virüsler, mesleki hastalıklar ve çevre kirleticileri yer alır (1).

Ulusal Kanser Enstitüsü kanseri; vücuttaki hücrelerin kontrol edilemeyen hızda çoğalıp kan dolaşımı yoluyla diğer organlar da etkileyip zarar vermesi olarak tanımlamaktadır (2). Kanser önemli bir halk sağlığı sorunudur. Gelişmiş olan ülkelerde %25 oranında ölümden sorumlu tutulurken, iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Kanser, dünya çapında ölüm nedenleri arasında %10 civarında, hayatı ciddi oranda etkileyen kronik bir hastalıktır (3).

Kanser hastalığı diğer kronik hastalıklara göre daha kötü seyreden bir hastalık olduğu için hissedilen endişe, hastalık dönemi ve tedavi sürecinde yaşanan stres, hasta olan bireyleri ve onlara bakım verenleri diğer hastalıklara nazaran çok daha olumsuz etkilemektedir. Yetişkin bireye kanser teşhisi konulduktan sonra, aile üyeleri genellikle hastalığın teşhisi, tedavi süreci gibi konular başta olmak üzere çok çeşitli ve karmaşık konularla ilgilenmek zorunda kalan birincil bakıcı olurlar. Bu sorumluluklar arasında; tedavi kararları alma, günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olma, tedaviye bağlı olumsuz yan etkileri önleme, duygusal problemlerle başa çıkma sayılabilir (4).

Tanı alan birey kadar aile bireylerinin de gündelik alışkanlıkları önemli ölçüde bozulabileceği için yaşanan bu durum bakım veren bireylerin anksiyete yaşamasına ve psikolojilerinin bozulmasına neden olabilmektedir (5). Kanser hastasının evde bakımı aile üyelerinin rutin alışkanlıklarının değişmesine sebep olabilir (6). Kronik hastalığı olan hastaların aile üyeleri bakım verme rolleri nedeniyle sıkıntı ve stres yaşamaktadırlar. Bu durumun ortaya çıkması depresyon ve tükenmişlik yaşanmasına neden olmaktadır. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda kanserli hasta yakınlarında depresyon düzeyi orta-ciddi olarak, yine kanser hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik düzeyinin arttığı saptanmıştır (7).

Kanserli hastalara bakım veren hasta yakınlarının yaşadığı sorunları ve bu sorunlara çözüm odaklı yaklaşabilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, kanserli hastaya bakım verenlerde depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kanser sağlıklı dokuların mutasyona uğraması ile hızla çoğalması sonucu oluşan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi gelişmelerin artması nedeniyle, hastalığın birinci evrede tanınması, kanser tarama programları, tedavi şeklindeki gelişmeler sebebi ile kanserli hasta prevalansı artmaktadır.

2020 yılı verilerine göre dünya genelinde 19.3 milyon kişiye kanser tanısı konulmuştur. Yaklaşık olarak 10.0 milyon kişi ise bu hastalık nedeni ile kaybedilmiştir. Hastalık türü olarak cinsiyet farklılık göstermektedir. Kadınlarda en sık meme kanseri tanısı konulmaktadır. Tahmini olarak % 11.7 (2.3 milyon) yeni kanser tanısı konulmuş, akciğer kanseri (%11.4), kolorektal kanser (%10.0), prostat kanseri (%7.3) ve mide kanseri (%5.6) olarak kayıtlara geçmiştir. Akciğer kanseri, tahmini olarak 1.8 milyon ölümle (%18) önde gelen kanser türü olmaya devam ederken, bunu kolorektal kanser (%9.4), karaciğer kanseri (%8.3), mide kanseri (%7.7) ve kadın meme (%6.9) kanserleri olarak bildirilmiştir (8).

2.2. Kanserin Etyolojisi

Kanserin oluşum sürecine dair kesin yargılar mevcut değildir. Yapısal nedenlerin yanında, genetik faktörler, çevresel faktörler, sigara-alkol tüketimi ve kötü beslenme alışkanlığı sorumlu tutulmaktadır (9).

Genel olarak kanserlerin oluşma sürecine katkı sunan risk faktörleri dört grupta ele alınabilir:

1- Aile Hikayesi (Genetik) Risk Faktörleri: Kalıtım yoluyla geçen genler nedeni ile aile bireylerinin bir ferdeinde hastalığın görülmesi diğer fertlerinde hastalık ile karşılaşma olasılığını arttırabilir.

2- Biyolojik Risk Faktörleri: Bireyin fiziksel özellikleri de biyolojik faktörler arasında yer alır.

İrk: Bazı ırklarda belli kanser türlerine daha sık rastlanır. Siyahi olan bireylerde prostat kanseri daha sık görülür.

Yaş: Yaşın ilerlemesi ile birlikte kansere yakalanma olasılığı daha fazladır.

Cinsiyet: Bazı kanser türleri cinsiyet ile ilişkilidir. Prostat bezi sadece erkeklerde olduğu için prostat kanseri erkek bireylerde daha fazla, meme kanseri her iki

cinsiyette de görülebilir fakat kadınların meme kanserine yakalanma olasılığı daha fazladır.

Cilt: Açık tenli olan bireylerde cilt kanseri görülme olasılığı daha yüksektir.

3- Çevresel Risk Faktörleri: Kanser oluşumu için çevresel faktörler önem arz eder. Kapalı ortamlarda bulunan asbest, radon, sigaraya maruz kalma kanser oluşumunu arttırabilir.

4- Davranışsal Risk Faktörleri: Sigara kullanmak, düzensiz beslenme şekli, alkol kullanımı ve fiziksel aktivite azlığı kansere neden olabilecek davranışsal faktörler arasında sayılabilir (10).

Kanserin Belirtileri

Tümör hücrelerinin kanser yapıcı etki kazanması sonucu kontrol edilemeyecek şekilde çoğalmaya başlayınca kadar fark edilemeyebilirler (11).

Kansere neden olabileceği düşünülen belirtiler şunlardır;

Meme değişiklikleri

- Memede veya kol altında kitle varlığı,
- Meme başında şekil değişikliği veya memede akıntı,
- Memede kaşıntı, pullu veya portakal kabuğu görünümlü cilt.

Mesane değişiklikleri

- İdrar yapamama,
- İdrar yaparken ağrı,
- İdrardan kan gelmesi,

Bağırsak değişiklikleri;

- Dışkıda kan,
- Bağırsak alışkanlıklarında değişiklikler olması (konstipasyon ve diyare gibi),
- Geçmeyen öksürük veya uzun süreli geçmeyen ses kısıklığı,
- Şiddetli ve uzun süreli devam eden yorgunluk ve halsizlik.

Ağız değişiklikleri

- Dil üzerinde ve ağız içinde oluşan kırmızı ya da beyaz yaralar,
- Dudakta ya da ağız içinde meydana gelen sebepsiz kanamalar.

Nörolojik değişiklikler

- Geçmeyen baş ağrısı,
- Nedeni belli olmayan nöbetler,
- Algılamada değişiklikler,

- İŖitme sorunları.

Cilt deęiŖiklikleri

- Yeni bir ben oluŖumu veya mevcut bir benin deęiŖmesi,
- İyileŖmeyen bir yara,
- Sarılık (cildin ve gözlerin beyazlarının sararması) (12).

2.3. Kanserden Korunma ve Tanı

Kanser, toplumda yaygın olarak ortaya çıkması, tedavi sürecinin uzun ve masraflı olması ve ölüm oranının yüksek olması nedeni ile yaşamı tehdit eden sağlık sorunlarının başında gelmektedir.

Ařaęıdaki temel risk faktörlerinden uzak durmak ya da değiştirmek kanserden korunmada etkili olabilir.

- Tütün ürünleri kullanımından ve dumanından uzak durmak,
- Düzenli olarak spor yapmak,
- Alkol kullanımını en aza indirmek,
- Hepatit B ve İnsan Papilloma Virüsü (HPV) aşısı yaptırmak,
- Ultraviyole radyasyona maruz kalmamak,
- Uzun süreli radyasyona maruz kalmamak,
- Çevresel hava kirlilięine maruz kalmamak,
- Rutin olan kanser taramalarını yaptırmak (13).

2.3.1. Tarama Programları

Kanser konusunda toplumda farkındalık yaratmak, toplumun kanser hakkında bilgi seviyesini arttırmak ve kanser taramaları yaptırmaları hususunda cesaretlendirmek, kanserle mücadelede en önemli yöntemlerin başında gelmektedir. Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü' nün önerdiği üç kanser türünün taraması yapılmaktadır.

Kadınlarda meme kanseri taraması;

- Her ay kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlık hizmeti vermek,
- Her yıl hekim muayenesi yaptırmak,
- 40-69 yaş aralığındaki kadınların 2 yılda bir mamografi çekimi yaptırmak.

Kadınlarda serviks kanseri taraması;

- 30-65 yaş arası kadınlarda 5 yıl ara ile pap-smear testi ve HPV-DNA testi yaptırmak.

Kolorektal kanser taramaları;

- 50-70 yaş arası kadın ve erkeklerde 2 yıl ara ile gaitada gizli kan testi yapılması,
- 50-70 yaş arası grupta 10 yıl ara ile kolonoskopik muayene yapılması (14).

2.3.2. Tanı Yöntemleri

Bireylerin düzenli sağlık kontrolü yaptırmaları erken tanı açısından önemlidir. Özellikle ailesinde kanser öyküsü olan bireylerin bu konuda daha hassas davranması gerekir. Rutin kan testleri, MR, bilgisayarlı tomografi, endoskopi, kolonoskopi ve genetik testleri kanserin erken teşhis edilmesinde kullanılan yöntemlerdir (15).

2.4. Kanser Tedavisi

Kanser tedavisinde sıklıkla cerrahi müdahale, kemoterapi tedavisi ve radyoterapidir. Kanser tedavisinde amaç hastalığın tam olarak yok edilmesini sağlamak ve hastaların yaşam kalitesinin devamlılığını sağlamaktır.

2.4.1. Kemoterapi

Kemoterapi, kanser hastalığının ilaç verilerek tedavi edilmesidir. Tedavi de amaç, kanser hücrelerinin yok edilmesi ve daha fazla çoğalmasını amaçlar.

Kanser tedavi sürecinde kemoterapi verilmesinin hastalığın türüne ve evresine göre farklılık gösterir. Kemoterapi uygulamasındaki hedefler;

1. Kanser türüne ve evresine göre hastalığı tedavi etmek,
2. Kanser hücrelerinin diğer organları etkilemesini önlemek,
3. Bireyin yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olmak,
4. Hastalığın tekrar nüksetmesini önlemek,
5. Cerrahi tedavi planlanıyorsa kitlenin boyutunu azaltmak (16).

2.4.2. Radyoterapi

Radyoterapi, yüksek enerjili ışınların kanser hücrelerini yok etmek amacıyla kullanılan tedavi yöntemidir. Burada amaç tümör DNA' sının hasara uğratılmasıdır.

Kanser hücrelerinin hasarlanmasına yol açtığı gibi sağlam hücrelerinde genetik açıdan hasar görmesine neden olur. Bu etki ez az seviyede tutulur. Bu tedavi yöntemi kanser hastalarında sıklıkla ve güven ile kullanılır (17).

2.4.3. Cerrahi

Kanser cerrahisi, bir tümörü veya muhtemelen yakındaki bazı dokuları çıkarmak için yapılan bir operasyondur. En eski kanser tedavisi şeklidir ve bugün hala birçok kanser türünü tedavi etmek için kullanılır (18).

2.4.4. Biyolojik Tedavi

Biyolojik tedavi İmmünoterapi olarak da bilinir. Bu tedavi yönteminde amaç kişinin kendi bağışıklık sisteminin daha güçlü hale getirilmesidir (19).

2.4.5. Hormon Tedavisi

Hormon tedavisi, vücut içinde büyümek için hormonları kullanan kanser hücrelerinin büyümesini yavaşlatmak ya da durdurmak için kullanılan tedavi yöntemidir. Özellikle prostat ve meme kanseri tedavisinde sıklıkla kullanılır (20).

2.5. Kanser Aile Üyeleri Üzerine Etkileri

Kanser tedavi süreci yorucu ve karmaşık bir süreç olduğundan dolayı tanı alan hastanın psikolojisini etkilediği gibi kendisine bakım veren bireyi de etkiler. Primer bakım verici olmak bu noktada önem taşır. Çünkü hastanın, hastalığının sürecini takip etmek, tedavi programını izlemek, hastalığın ve ilaçların vermiş olduğu yan etkileri tanımak, hastaya psikolojik yönden destek olmak ve hastanın konforunu en üst seviyede tutmak gibi zor görevleri vardır (21).

Primer bakım vericilerin birçoğu bu duruma hazırlıksız olarak yakalanır. Aynı zamanda bakım verici olmanın gerekliliği konusunda yeterli bilgiye sahip değillerdir. Bu dönemde bakım verici kendini zaman zaman yeterli ya da yetersiz hissettiği noktalar olur. Hastasına yardım edip onun iyileşme sürecine katkıda bulunduğu için kendisini yeterli bir birey olarak görebilir. Fakat bu süreç uzun olduğundan ötürü bakım verende zamanla fiziksel ve ruhsal sağlığında etkilenmeler, uyku düzeninde bozulmalar, sosyal hayatında değişiklikler, kendi ailesine yeterince zaman ayıramamanın vermiş olduğu duygu ile zamanla anksiyete, depresyon ve tükenmişlik yaşanmasına neden (21-23).

2.5.1. Kanser ve Bakım Verici

Kanser hastalığı sürecinde hastanın bakım ve tedavisi ile ilgilenen kişi aile üyelerinden en yakını, primer bakım verici olur. primer bakım verici, hastanın tedavi süreci boyunca yanında olup hastanın tedavi ve bakımını üstlenen kişi olarak ifade edilir (24-26).

Bakım verici olmak, bakım veren birey açısından çok yönlü duyguların yaşandığı ve bireyi her açıdan etkileyebilecek bir roldür. Bakım veren birey bu dönemde hastasına faydalı olmanın sağlamış olduğu pozitif hisler yanında, zamanla kendisinde aynı ritüelleri yaşamış olmanın getirdiği tükenmişlik hissi negatif duyguların da yaşanmasına sebep olabilir (27-29).

Bakım vericinin bakım verme esnasında yaşamış olduğu fiziksel semptomlar; mide-bağırsak problemleri, yetersiz beslenme alışkanlığı, kendilerini kronik olarak yorgun hissetmeleri ve uykusuzluk yaşamaları olarak belirtilmiştir. Psikolojik sorunlar arasında ise; depresyon, anksiyete, tükenmişlik ve algılama problemleri olarak belirtilmiştir (30).

2.5.2. Depresyon

Bakım verme süreci uzun ve yorucu bir süreç olduğunda dolayı bireyleri her yönden oldukça etkiler. Bakım verici bireyin bu süreçte yaşadığı bu sorunlar depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilir (31).

Depresyon, kişinin kendini psikolojik olarak eskisi gibi iyi hissetmediği, mutluluk veren olaylardan eskisi gibi haz almama ve bu duygulara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösteren, çökkünlük, karamsarlık gibi duygular ile kendini gösteren ve yaşam kalitesini düşüren bir hastalıktır (32, 33).

Depresyon kelimesi köken olarak “depress” sözcüğünden gelir. Latince “depressus” yani bitkin, gamlı, kederli anlamına gelir (34).

Toplumda görülme oranı % 15’ dir. Kadın ve erkekler arasında görülme oranı olarak farklılık gösterir. Kadınlarda bu oran %10-26 iken, erkeklerde %3-12 olarak belirtilmiştir. Genel olarak toplumda yaşam boyu prevalans %15 kadardır. Hayat boyu risk erkekler için %3-12, kadınlar için %10-26’dır (35).

Depresyon her yaşta görülebildiği gibi özellikle 40-50 yaş aralığında bu sayı daha da artabilmektedir. Kadınlarda erkeklere göre görülme sıklığı 2 kat daha fazladır (34).

Bakım veren kişinin depresyon yaşaması halinde sağlığı olumsuz olarak etkilenir (36) aynı zamanda toplumda sık görülen bir hastalık olarak ifade edilir (37).

Primer bakım vericinin kendisini tamamen hastasına adanmış olması, günlük yaşamının sekteye uğraması, gelecek kaygısı yaşaması ve iyileşme sürecinin net olmaması bakım veren bireyin depresyon yaşamasına neden olmaktadır (38, 39).

Literatürde kemoterapi alan hastaların bakım verenlerin de depresyon düzeyinin yapılan çalışma sonucunda sınırdan olduğu bulunmuştur (40).

2.6. Tükenmişlik

2.6.1. Tükenmişlik Tanımı

Tükenmişlik en genel anlamıyla duyarsızlaşma (empati kaybı), duygusal tükenme (duygusal yorgunluk) ve kişisel başarıda azalma (yeterlilik ve başarı) duygusu olarak tanımlanır (41).

Tükenmişlik, sağlık alanında gönüllü hizmet verenlerde fark edilen tükenmişliği açıklamak 1974 yılında Freudenberger tarafından kullanılmış ve insanların fazla çalışmalarının sonucu olarak iş gereklerini tam olarak yapamaz duruma gelmeleri anlamında duygusal tükenme durumu olarak (42).

Daha sonra 1981 yılında Maslach ve Jackson tükenmişliği; insanların yaptığı işten ötürü, karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşma, duygusal olarak tükenmişlik yaşamaları ve kişisel başarı ve yeterlilik hislerinin azalması şeklinde tanımlamışlardır (43).

2.6.2. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişliğin en belirgin özellikleri kendini sürekli yorgun hissetme, dikkat dağınıklığı ve karamsarlıktır (44).

Tükenmişlik Sendromunda bedensel ve duygusal tükenmişlik hissi, olumsuz düşünceler, basit işleri bitirmede zorlanma, işten soğuma, unutkanlık, dalgınlık, sindirim sisteminde bozulma, kalp çarpıntısı ve nefes almakta zorlanma, baş, sırt ve bacaklar başta olmak üzere genel vücut ağrısına neden olmaktadır (45).

2.6.3. Maslach Tükenmişlik Modeli

Maslach göre tükenmişlik “ iş gereği sürekli isteklere maruz kalan ve sürekli insanlarla karşılıklı çalışmak zorunda kalan kişilerde görülen fiziksel olarak bitkinlik, kronik yorgunluk ve çaresizlik ve umutsuzluk duygularının yaşanması olarak ifade edilir.

Bu modelin “duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarısızlık” olmak üzere üç boyutu vardır (46).

2.6.4. Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme, kişinin kendi içinde yaşadığı sıkıntıyı ifade etmektedir. Duygusal tükenmişlik hisseden kişi kendini başka insanların isteklerine sürekli olarak maruz kalmaktan dolayı kendini sorun çözme konusunda başarısız hissetmesine bağlı olarak tükenmişlik hissine girmesidir. Tükenmişliğin en önemli belirleyicisidir ve en belirgin şekilde gözlemlenebilen boyutudur (47,48).

2.6.5. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma, kişilerin hizmet ettikleri bireylere karşı hissettikleri olumsuz duygular ve aldırılmaz davranışlardır. (47).

2.6.6. Kişisel Başarının Azalması

Kişisel başarıda azalma, kişinin hizmet sunduğu başka insanlara karşı işini yeterince iyi yapamadığı duygusuna kapılıp kendini yapmış olduğu iş konusunda yetersiz hissetmeye başlamasıdır. (49).

Bireyde bu duygularının devam etmesi sonucu iş yaşamındaki performansı daha da kötüye gider. Tükenmişliğin etkisine ek olarak bireyde depresyon yaşanmasına neden olur. Bazı otoritelere göre, depresyon tükenmişlik sonucu ortaya çıkmakta, bazılarına göre ise iki kavram tamamen birbirinden farklı olgulardır diye tanımlamaktadırlar. Fakat aradaki en önemli fark depresyon hayatımızın belli bir noktasında karşılaşılabileceğimiz bir durum iken, tükenmişlik iş yaşantımızda karşılaştığımız sorunlardan kaynaklanmaktadır (48).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Çalışmanın, Yeri, Zamanı ve Şekli

Çalışmanın yeri Elazığ Fırat Üniversitesi Onkoloji 1 ve Onkoloji 2 servisidir. Araştırma verileri Ocak – Mart 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 16.11.2021 tarihli 2021/2695 karar sayılı onay alınmıştır (EK 1). Daha sonra Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimlik Makamından yazılı izin alınarak çalışmaya başlanmıştır (EK 2).

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji 1 ve Onkoloji 2 Servisinde yatan kanser hastalarına bakım veren yakınları oluşturmaktadır. Araştırmanın Power Analizi yapılmıştır. Örneklem hesabı yapılmadan önce araştırmacı tarafından ön çalışma yapılmıştır. Yapılan ön çalışmada 5 (beş) hasta yakınına Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Ve ölçeğin ortalaması 18.4 olarak bulunmuştur. Örneklem büyüklüğü yapılan power analizinde $\alpha=0.05$, $1-\beta$ (güç) =0.80 alındığında; kanserli hastaya bakım verenlerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin incelenmesinde Beck Depresyon Ölçeği ortalamasının 18.4 puan olabilmesi için en az 349 denek üzerinde çalışmanın yapılması gerektiği hesaplanmıştır.

3.3. Verilerin Toplanması

Veriler Ocak- Mart 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 349 kanserli hastaya bakım veren bireylerde anket formu uygulanmıştır. Anketler, araştırmacı tarafından Fırat Üniversitesi Hastanesi Onkoloji 1servisi ve Onkoloji 2 servisinde yatan hasta yakınlarına anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak toplanmıştır. Anket formu Sosyodemografik özellikler ile Beck Depresyon Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği olarak üç bölümden oluşmaktadır.

3.3.1. Sosyodemografik Özellikler

Anket formunda çalışmaya katılan bakım vericilerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, meslek, aylık ortalama gelir düzeyi olmak üzere sosyodemografik özellikleri bulunmaktadır.

Bakım vericiler yaş gruplarına göre; 18-25 yaş, 26-35 yaş, 36-45 yaş, 46-55 yaş ve 56 yaş ve üzeri olarak gruplandırılmıştır.

Bakım verenlerin eğitim durumu; Herhangi bir okul bitirmemiş, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu ve üzeri olarak gruplandırılmıştır. Bakım veren bireylerin gelir durumu 2022 yılında net asgari ücret 5500 TL olduğundan dolayı asgari ücretin altında ve asgari ücretin üzerinde olarak gruplandırılmıştır.

3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDE)

Beck depresyon envanteri (BDE), Beck ve arkadaşları tarafından kişinin depresyonunun karakteristik özelliklerini ve semptomlarını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmuştur. Her bir madde 0-3 arasında numaralandırılmıştır. Kişinin kendisini en iyi tanımlayan seçeneği işaretlemesi istenir. Daha sonra her bir maddeye verilen puanlar toplanır. En düşük puan 0, en yüksek puan 63' dür. Ölçekteki puanların toplanması ile elde edilen sonuçlar doğrultusunda; 0-9 puan normal düzey, 10-16 hafif düzeyde depresyon, 17-29 orta düzeyde depresyon, 30-63 şiddetli depresyon belirtisini gösterir. Ölçeğin kesme puanı 17'dir. Ölçeğin Türkçe formunda Cronbach alfa katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur (32).

3.3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından “başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu” şeklinde tanımlanmıştır. Tükenmişlik kavramının bugün de kabul gören tanımını Maslach yapmıştır. Maslach tükenmişlik' i insanlarla sürekli birlikte olunan mesleklerde görülen tükenmişlik olarak, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygusunda azalma olarak ifade etmiştir (13). Tükenmişlik boyutunu ölçmede sıklıkla kullanılan Maslach tükenmişlik ölçeğidir.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği' nin duygusal tükenme boyutu dokuz madde, duyarsızlaşma boyutu beş madde ve düşük kişisel başarı boyutu ise sekiz maddeden oluşmuştur.

- Duygusal tükenme boyutu 9 madde olup (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) numaralı sorulardan,
- Duyarsızlaşma boyutunda 5 madde olup (5, 10, 11, 15, 22) numaralı sorulardan,

- Düşük kişisel başarı boyutu 8 madde olup (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) numaralı sorulardan oluşur.

Ölçeğin Türkçe uyarlamasında ‘ duygusal tükenme’ ve ‘ duyarsızlaşma’ alt boyutu için her bir madde Hiçbir zaman (0), Çok nadir (1), Bazen (3) ve Her zaman (4) olarak puanlandırılmış, ‘ kişisel başarı’ alt ölçek puanı bunun tersi olacak şekilde puanlandırılmış olup bu sebeple düşük kişisel başarı olarak değerlendirilmiştir. Bu sebeple kişisel başarı alt boyutundan yüksek puan alınması tükenmişlik ifade eder. Elde edilen puanların toplanması sonucu duygusal tükenmişlik için 0-36 arası, duyarsızlaşma için 0-20 arası, düşük kişisel başarı için 0-32 arasında değişen puanlar elde edilmiştir.

Ölçeğin Türkçe formunda Cronbach Alfa katsayıları duygusal tükenme alt boyutu için 0.83, duyarsızlaşma alt boyutu için 0.71 ve düşük kişisel başarı alt boyutu için 0.72 olarak bulunmuştur (49,50).

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada uygulanan anketler sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov testi ile ölçülmüştür. Nicel bağımsız verilerin analizinde Kruskal-Wallis H testi (Post-Hoc Dun-Bonferroni testi), Mann Whitney U testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkinin tespitinde Spearman Korelasyon testi kullanıldı. Depresyon durumuna etki eden risk faktörlerini belirlemek için ise Tek ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modeli uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan primer bakım vericilerin (n= 349) yaş ortalaması 42.99 (min: 18, max: 79) olup, primer bakım vericilere ait yaş grubu ve cinsiyet dağılımı Tablo 4.1’ de verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Yaş Gruplarının Dağılımı

Yaş grubu	Sayı	%
18-25	32	9.20
26-35	76	21.8
36-45	101	28.9
46-55	80	22.9
56 ve üzeri	60	17.2
Cinsiyet		
Kadın	180	51.6
Erkek	169	48.4

Araştırma kapsamına alınan primer bakım vericilerin eğitim durumlarına yönelik sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Primer bakım vericilerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; %13.2’si (n=46) herhangi bir okul bitirmemiş, %28.7si (n= 100) ilkokul mezunu, %14.6’sı (n=51))ortaokul mezunu, %25.2’ si (n=88) lise mezunu, %18.3’nün (n=64) üniversite mezunu ve üzeri olduğu görülmüştür (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Eğitim Durumlarının Dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı	%
Herhangi bir okul bitirmemiş	46	13.2
İlkokul Mezunu	100	28.7
Ortaokul Mezunu	51	14.6
Lise Mezunu	88	25.2
Üniversite Mezunu ve Üzeri	64	18.3

Primer bakım vericilerin sosyal güvencelerine bakıldığında %73.6’ sının (n=257) SGK, %2.9’ nun (n=10) hiçbir sosyal güvencesinin olmadığı bulunmuştur. (Tablo4. 3).

Tablo 4.3. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Sosyal Güvence Durumlarının Dağılımı

Sosyal Güvence	Sayı	%
SGK	257	73.6
Özel Sigorta	1	0.3
Yeşil kart	81	23.2
Yok	10	2.9

Primer bakım vericilerin %77.1' nin (n=269)evli, %21.2'nin (n=74) bekar ve %1.7' nin (n=6) dul/boşanmış olduğu görülmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Medeni Durumlarının Dağılımı

Medeni Durum	Sayı	%
Evli	269	77.1
Bekar	74	21.2
Dul / Boşanmış	6	1.7

Araştırmaya katılan primer bakım vericilerin %75.6' sı (n=264) çocuk sahibiydi (Tablo 4.5). Çocuk sahibi olanların %36.1' i (n=126) 1-2 arası, %63.9' u (n=223) 3 ve üzeri çocukları vardı.

Tablo 4.5. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarının Dağılımı

Çocuk Sahibi Olma	Sayı	%
Evet	264	75.6
Hayır	85	24.4

Araştırmaya katılan primer bakım vericilerin % 44.7' si (n=156) herhangi bir işte çalışmaktaydı (Tablo 4.6). Çalışan bakım vericilerin %8.0'ı (n=28) memur olarak çalışmakta idi.

Tablo 4.6. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Bir İşte Çalışma Durumlarının Dağılımı

Çalışma Durumu	Sayı	%
Çalışıyor	156	44.7
Çalışmıyor	193	55.3

Araştırmaya katılan primer bakım vericilerin gelir düzeyinin dağılımı Tablo 4.7’ de verilmiştir.

Tablo 4.7. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Gelir Düzeyi Durumlarının Dağılımı

Gelir Düzeyi	Sayı	%
Asgari Ücretin Altında	313	89.6
Asgari Ücretin Üstünde	36	10.4

Gelir durumu 2022 yılı asgari ücrete göre yapılmıştır.

Araştırmaya katılan primer bakım vericilerin bakım verdikleri hastaların % 36.1’ i (n=126) 66 yaş ve üzerinde bulunmuştur (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Bakım Verdikleri Hastalarının Yaşlarının Dağılımı

Hastaların Yaşı	Sayı	%
16-25	9	2.6
26-35	18	5.2
36-45	21	6.0
46-55	59	16.9
56-65	116	33.2
66 ve üzeri	126	36.1

Çalışmamızda bakım verilen hastaların % 42.1’ inin (n=147) hastalığının evresi üçüncü evrede idi (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Yakınlarının Hastalığının Evresinin Dağılımı

Hastalığın Evresi	Sayı	%
Birinci Evre	2	0.6
İkinci Evre	91	26.1
Üçüncü Evre	147	42.1
Dördüncü Evre	109	31.2

Araştırmaya katılan primer bakım vericilerin hastaya olan yakınlık derecelerinin dağılımı Tablo 4. 10’ da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Hastaya Olan Yakınlık Derecelerinin Dağılımı

Yakınlık Derecesi	Sayı	%
Birinci Derece Yakını	204	68.6
İkinci Derece Yakını	145	31.4

Araştırmaya katılan primer bakım vericilerden %65.5’i (n=229) hastalarına 7 ay ve üzeri süredir bakım vermekte idi (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Bakım Verme Sürelerinin Dağılımı

Bakım Verme Süresi	Sayı	%
0-6 Ay	120	34.5
7 Ay ve Üzeri	229	65.5

Primer Bakım Vericilerin hastasının bakımından sorumlu başka bir kişi daha olma durumlarının dağılımı Tablo 4.12’ de verilmiştir.

Tablo 4.12. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Hastanın Bakımından Sorumlu Başka Kişinin Olma Durumlarının Dağılımı

Bakımdan Sorumlu Başka Kişi Olma Durumu	Sayı	%
Evet	206	59.0
Hayır	143	41.0

Primer Bakım Vericilerin %73.4’ ü (n=256) hastasına tüm gün bakmaktaydı (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Hastaya Bakım Verme Zamanlarının Dağılımı

Bakım Verme Zamanı	Sayı	%
Tüm Gün	256	73.4
Sadece Gündüz	55	15.8
Sadece Gece	29	8.3
Hafta Sonu	9	2.6

Araştırmaya katılan primer bakım vericiler Hastanızın bakımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip misiniz’ sorusuna % 49.9’u (n=174) kısmen bilgi sahibiyim cevabını vermiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Hastanın Bakımı İle İlgili Bilgiye Sahip Olma Durumunun Dağılımı

Bilgi Sahibi Olma Durumu	Sayı	%
Bilgi Sahibiyim	145	41.5
Bilgi Sahibi Değilim	30	8.6
Kısmen Bilgi Sahibiyim	174	49.9

Primer bakım vericilerin % 7.7’si (n=27) kendi sağlığını kötü algılamaktaydı (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Kendi Sağlıklarını Algılama Durumlarının Dağılımı

Kendi Sağlığını Nasıl Algıladı	Sayı	%
İyi	203	58.2
Orta	119	34.1
Kötü	27	7.7

Primer bakım vericilerden % 29.5’ nin (n=103) kronik hastalığı vardı (Tablo4. 16). Kronik hastalığı olanlar arasında %12.0’ ı (n=42) hipertansiyon hastası idi.

Tablo 4.16. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Kronik Hastalıklarının Olma Durumlarının Dağılımı

Kronik Hastalık Durumu	Sayı	%
Var	103	29.5
Yok	246	70.5

Araştırma kapsamında bulunan primer bakım vericilerin hastalarına bakım verme sürecinde kendilerinin psikiyatrik tedavi alma durumunun sorgulanması sonucunda, bakım vericilerin %30.0'ı (n= 30) psikiyatrik tedaviye ihtiyacının olduğunu belirtti (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Psikiyatrik Tedavi Alma Durumlarının Dağılımı

Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Sayı	%
Evet	30	8.6
Hayır	319	91.4

Primer bakım vericilere hastanızın tedavi sürecinde size diğer hasta yakınları tarafından herhangi bir konuda öneride bulunuldu mu sorusuna %13.8'i (n=48) 'Evet' yanıtını vermiştir. Öneri alanların % 8.6'sı (n=30) tedavi sürecine ek olarak bitkisel kür kullanılması hakkında öneri aldığını belirtmiştir (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Hastalık Sürecinde Diğer Hasta Yakınlarından Öneri Alma Durumlarının Dağılımı

Öneri Alma Durumu	Sayı	%
Evet	48	13.8
Hayır	301	86.2

Çalışmamızda Primer bakım vericilerin hastaları ile aynı evde yaşama durumlarına göre dağılımları Tablo 4.19'de verilmiştir.

Tablo 4.19. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Hasta İle Aynı Evde Yaşama Durumlarının Dağılımı

Aynı evde Yaşama Durumu	Sayı	%
Evet	184	52.7
Hayır	165	47.3

Araştırmaya dahil edilen Primer bakım vericilerin %37.5'nin (n=131) evde bakımından sorumlu bireylerin olduğu saptanmıştır. Evde bakımından sorumlu olunan kişilerin %14.6' sını (n=51) bakım vericilerin çocukları oluşturmakta idi. (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Evde Bakımından Sorumlu Olduğu Kişi Durumlarının Dağılımı

Evde Bakımından Sorumlu Kişi Durumu	Sayı	%
Evet	131	37.5
Hayır	218	62.5

Primer bakım vericilerin %73.6' sını (n=257) daha önce herhangi bir hastaya bakım vermediğini söylemiştir. Primer bakım vericilerin daha önce hastaya bakım verme durumlarının dağılımı Tablo 4.21' de verilmiştir.

Tablo 4.21. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Daha Önce Hastaya Bakım Verme Durumlarının Dağılımı

Daha Önce Bakım Verme Durumu	Sayı	%
Evet	92	26.4
Hayır	257	73.6

Çalışmamızda primer bakım vericilerin %94.3' ü (n=329) hastası için devletten maddi destek almamaktaydı (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Devletten Maddi Destek Alma Durumlarının Dağılımı

Devletten Maddi Destek Alma Durumu	Sayı	%
Evet	20	5.7
Hayır	329	94.3

Araştırmamıza katılan primer bakım vericiler hastalarına bakım verme esnasında %28.9' u (n=101) en çok zorlandığı durumun hastasının beslenmesi olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Araştırma Kapsamına Alınan Primer Bakım Vericilerin Bakım Verirken Zorluk Yaşadıkları Durumların Dağılımı

Zorlanılan Durum	Sayı	%
Kişisel Bakım Yapma	50	14.3
Beslenme	101	28.9
Hastaneye götürme	74	24.2
Moral ve motivasyon	100	28.7
Zorlanmıyorum	24	6.90

Ölçeklerden elde edilen tanımlayıcı istatistikler Tablo 4. 24' de verilmiştir. BDÖ' ne ilişkin puanlar 0-47 arasında, MTÖ-Duygusal Tükenme puanı 0-33, MTÖ-Duyarsızlaşma puanı 0-13 ve MTÖ-Düşük Kişisel Başarı puanı 0-32 arasında değişmektedir.

Tablo 4.24. Primer Bakım Vericilerin BDÖ ve MTÖ Skoru Ortalamaları

Ölçekler	Boyut	Sayı	ort+ss
Beck	Depresyon	349	15,07+9,17
	Duygusal Tükenme	349	16,66+7,62
Maslach	Duyarsızlaşma	349	1,57+1,95
	Kişisel Başarı	349	12,57+4,49

Tablo 4.25 incelendiğinde Primer Bakım Vericilerin cinsiyet durumlarına göre depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Kadınların (median:16) depresyon düzeyi, erkeklere (median:10) göre yüksek bulunmuştur. Bakım vericilerin cinsiyet durumlarına göre DT, D ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.25. Primer Bakım Vericilerin Cinsiyet Durumlarına Göre BDÖ, DT, D ve DKB Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Med	min-max	p
BDÖ	Kadın	180	16	0-47	0.001
	Erkek	169	10	0-42	
Duygusal Tükenme	Kadın	180	18	0-33	0.103
	Erkek	169	17	0-33	
Duyarsızlaşma	Kadın	180	1	0-12	0.415
	Erkek	169	1	0-13	
Düşük Kişisel Başarı	Kadın	180	13	0-32	0.478
	Erkek	169	13	0-32	

Primer bakım vericilerin herhangi bir işte çalışma durumlarına göre depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Herhangi bir işte çalışmayan (median:17) bakım vericilerin depresyon puanı çalışanlara (median:10) göre daha yüksek bulunmuştur. Herhangi bir işte çalışma durumuna göre DT, D ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Primer Bakım Vericilerin İşte Çalışma Durumlarına Göre BDÖ, DT, D ve DKB Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Med	Min-max	P
BDÖ	Çalışan	156	10	0-45	0.001
	Çalışmayan	193	17	0-47	
Duygusal Tükenme	Çalışan	156	17	0-33	0.226
	Çalışmayan	193	18	0-33	
Duyarsızlaşma	Çalışan	156	1	0-13	0.917
	Çalışmayan	193	1	0-12	
Düşük Kişisel Başarı	Çalışan	156	12	0-32	0.249
	Çalışmayan	193	13	0-32	

Primer Bakım Vericilerin “hastanın bakımından sorumlu biri daha var mı?” sorusu ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.001$). Bakım vericilerden bakım verme esnasında tek başına bakım verenlerin (med: 16) yalnız bakım vermeyenlere (med:13) göre depresyon düzeyi daha yüksek bulundu. Bu durum Tablo 4.27’ de gösterilmiştir. Bakım vericilerin DT, D ve DKB puanları arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Primer Bakım Vericilerin Dışında Hastaya Bakım Veren Kişinin Olup Olmama Durumuna Göre BDÖ, DT, D ve DKB Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Med	Min-max	P
BDÖ	Var	206	13	0-45	0.001
	Yok	143	16	0-47	
Duygusal Tükenme	Var	206	17	0-31	0.059
	Yok	143	19	0-33	
Duyarsızlaşma	Var	206	1	0-13	1.959
	Yok	143	1	0-12	
Düşük Kişisel Başarı	Var	206	13	0-32	4.496
	Yok	143	12	0-32	

Tablo 4.28’ de bakım vericilerin kronik hastalıkları olma durumlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Bakım vericilerin kronik hastalıkları olma durumlarına göre BDÖ, DT ve DKB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Fakat duyarsızlaşma alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kronik hastalığı olan bakım vericilerin, kronik hastalığı

olmayan gruba göre depresyon düzeyi, Duygusal Tükenme ve Düşük Kişisel Başarı puanı yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.28. Primer Bakım Vericilerin Kronik Hastalıkları Olma Durumlarına Göre BDÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Med	Min-max	P
BDÖ	Var	103	20	0-45	0.001
	Yok	246	11	0-47	
Duygusal Tükenme	Var	103	21	2-33	0.001
	Yok	246	16	0-33	
Duyarsızlaşma	Var	103	2	0-10	0.091
	Yok	246	1	0-13	
Düşük Kişisel Başarı	Var	103	14	4-23	0.001
	Yok	246	12	0-32	

Bakım vericilerin psikiyatrik ilaç kullanımına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.29' da verilmiştir. Psikiyatrik ilaç kullanımına göre BDÖ ve Duygusal Tükenme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$).

Psikiyatrik tedavi alanların, (med:21) psikiyatrik tedavi almayan gruba göre (med:13) depresyon düzeyi yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda psikiyatrik tedavi alanların, (med:24) psikiyatrik tedavi almayan gruba (med:17) göre duygusal tükenmişliği daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Diğer tükenmişlik alt boyutlarından Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.29. Primer Bakım Vericilerin Psikiyatrik Tedavi Alma Durumlarına Göre BDÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Med	Min-max	P
BDÖ	Alan	30	21	10-43	0.001
	Almayan	319	13	0-47	
Duygusal Tükenme	Alan	30	24	2-33	0.001
	Almayan	319	17	0-33	
Duyarsızlaşma	Alan	30	1.5	0-6	0.868
	Almayan	319	1.0	0-13	
Düşük Kişisel Başarı	Alan	30	13.5	8-19	0.384
	Almayan	319	13.0	0-32	

Bakım vericilerin hasta ile aynı evde yaşama durumlarına göre DT, D ve DKB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$). Depresyon puanı ise istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.001$).

Hastasıyla aynı evde yaşayan (med:17) bakım vericilerin depresyon düzeyi diğer gruba (med:11) göre yüksek bulundu (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. Primer bakım Vericilerin Hasta ile Aynı Evde Yaşama Durumlarına Göre BDÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Med	Min-max	P
BDÖ	Evet	184	17	0-47	0.001
	Hayır	165	11	0-45	
Duygusal Tükenme	Evet	184	18	0-31	0.998
	Hayır	165	17	0-33	
Duyarsızlaşma	Evet	184	1	0-12	0.280
	Hayır	165	1	0-13	
Düşük Kişisel Başarı	Evet	184	13	0-32	0.677
	Hayır	165	13	0-23	

Primer bakım vericilerin evde bakımından sorumlu olduğu kişi durumuna göre DT, D ve DKB puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Fakat depresyon puanı ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0.04$). Evde diğer kişilerin bakımından sorumlu olan (med:14) bakım vericilerin, sorumlu olmayan (med:12.5) gruba göre depresyon düzeyi daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.31).

Tablo 4.31. Primer Bakım Vericilerin Evde Bakımından Sorumlu Olunan Kişi Durumuna Göre BDÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Med	Min-max	P
BDÖ	Var	131	14.0	1-45	0.040
	Yok	218	12.5	0-47	
Duygusal Tükenme	Var	131	17	0-33	0.687
	Yok	218	18	0-33	
Duyarsızlaşma	Var	131	1	0-10	0.675
	Yok	218	1	0-13	
Düşük Kişisel Başarı	Var	131	13	0-32	0.385
	Yok	218	13	0-32	

Tablo 4.32 incelendiğinde bakım vericilerin daha önce hastaya bakım verme durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda DT, D ve BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

DKB puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0.033$). Daha önce hastaya bakım vermeyenlerin (med:13), bakım verenlere (med:12) göre DKB düzeyi daha yüksekti.

Tablo 4.32. Primer Bakım Vericilerin Daha Önce Herhangi Bir Hastaya Bakım Verme Durumlarına Göre BDÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Med	Min-max	P
BDÖ	Evet	92	14	0-43	0,277
	Hayır	257	13	0-47	
Duygusal Tükenme	Evet	92	18	0-33	0.896
	Hayır	257	17	0-33	
Duyarsızlaşma	Evet	92	1	0-10	0.230
	Hayır	257	1	0-13	
Düşük Kişisel Başarı	Evet	92	12	0-32	0.033
	Hayır	257	13	0-32	

Bakım vericilerin devletten destek alma durumlarına göre ölçek puanları ile karşılaştırmaları Tablo 4.33’ de verilmiştir. Puanların karşılaştırılmasında BDÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.33. Primer Bakım Vericilerin Devletten Maddi Destek Alma Durumlarına Göre BDÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Med.	Min-max	P
BDÖ	Alan	20	17	1-41	0.348
	Almayan	329	13	0-47	
Duygusal Tükenme	Alan	20	16.5	0-30	0.460
	Almayan	329	18.0	0-33	
Duyarsızlaşma	Alan	20	1	0-5	0.916
	Almayan	329	1	0-13	
Düşük Kişisel Başarı	Alan	20	13.5	6-32	0.055
	Almayan	329	13.0	0-32	

Bakım vericilerin eğitim durumlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.34’ de verilmiştir. Karşılaştırma sonucunda BDÖ ($p<0.001$), Duygusal Tükenme

($p=0.005$) ve Düşük Kişisel Başarı ($p<0.001$) puanları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Duyarsızlaşma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Herhangi bir okul bitirmemiş olanların depresyon düzeyi ortaokul, lise ve üniversite ve üzeri mezunlardan daha yüksek olarak, ilkokul mezunlarının depresyon düzeyi üniversite ve üzeri mezun olanların depresyon düzeyinden daha yüksek bulunmuştur.

Üniversite ve üzeri mezun olan bakım vericilerin Duygusal Tükenmişlik düzeyi herhangi bir okul bitirmeyen ve ilkokul mezunu olanlardan daha düşük bulundu.

Üniversite ve üzeri mezun olan bakım vericilerin Düşük Kişisel Başarı düzeyinin herhangi bir okul bitirmeyen, ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu olanlardan daha düşük olduğu tespit edildi.

Tablo 4.34. Primer Bakım Vericilerin Eğitim Düzeyine Göre BDÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Gr1	Gr2	Gr3	Gr4	Gr5	p*	P
BDÖ							G1-G3: 0.004
Median	18.5	15.5	14	11	9.5	<0.001	G1-G4: 0.003
Min-max	(6-45)	(0-45)	(0-31)	(0-42)	(0-47)		G1-G5: <0.001
							G2-G5: <0.001
							Diğer >0.05
DT							G2-G5: 0.039
Median	19.5	19	17	18	16	0.005	G1-G5: 0.011
Min-max	(1-30)	(0-33)	(0-29)	(0-30)	(0-31)		Diğer >0.05
D							
Median	1	1	1	2	0.5	0.594	
Min-max	(0-6)	(0-10)	(0-79)	(0-13)	(0-12)		
DKB							G1-G5: 0.004
Median	13	14	13	12	11	<0.001	G2-G5: <0.001
Min-max	(2-23)	(0-32)	(0-32)	(0-20)	(1-23)		G3-G5: 0.005

G1: Herhangi bir okul bitirmemiş, G2: ilkokul mezunu, G3: ortaokul mezunu, G4: Lise mezunu, G5: Üniversite ve üzeri mezunu

p*: Çoklu Karşılaştırma (Kruskal- Wallis), p: (pairwise) karşılaştırması (Dunn- Bonferroni)

Primer bakım vericilerin medeni durumlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Duygusal Tükenme alt boyutu puanı ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.008$). BDÖ, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Evli olan bakım vericilerin Duygusal Tükenmişlik düzeyi bekar olan bakım vericilere göre daha yüksekti (Tablo 4.35).

Tablo 4.35. Primer Bakım Vericilerin Medeni Durumlarına Göre BDÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Gr1	Gr2	Gr3	p*	P
BDÖ					
Median	11	14	14.5	0.178	
(Min-max)	(0-47)	(0-45)	(3-30)		
DT					Gr1-Gr2: 0.007
Median	15	18	11	0.008	Diğer>0.05
(Min-max)	(0-31)	(0-33)	(1-33)		
D					
Median	1	1	0.5	0.817	
(Min-max)	(0-12)	(0-13)	(0-3)		
DKB					
Median	11.5	13	11.5	0.088	
(min-max)	(0-32)	(0-32)	(2-17)		

Gr1: Bekar, Gr2: Evli, Gr3: Boşanmış/ Dul

p*: Çoklu Karşılaştırma (Kruskal- Wallis), p: (pairwise) karşılaştırması (Dunn- Bonferroni)

Bakım vericilerin bakım verdikleri zaman dilimine göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında BDÖ puanı ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Farkın hangi gruptan kaynaklandığı incelendiğinde hastasına tüm gün bakım veren bakım vericilerin depresyon düzeyi sadece gündüz ve sadece gece bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo4. 36).

Tablo 4.36. Primer Bakım Vericilerin Bakım Verdikleri Zaman Dilimine Göre BDÖ, Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Gr1	Gr2	Gr3	Gr4	p*	p
BDÖ						Gr1-Gr2: 0.021
Median	15	10	9	14	<0.001	Gr1-Gr2: 0.002
(min-max)	(0-47)	(0-42)	(0-43)	(6-45)		Diğer >0.005
DT						
Median	18	16	18	18	0.819	
(min-max)	(0-33)	(0-30)	(0-26)	(7-29)		
D						
Median	1	1	1	2	0.200	
(min-max)	(0-13)	(0-7)	(0-10)	(0-10)		
DKB						
Median	13	14	11	13	0.129	
(min-max)	(0-32)	(2-18)	(1-23)	(6-30)		

Gr1: Tüm Gün, Gr2: Sadece Gündüz, Gr3: Sadece Gece, Gr4: Hafta Sonu

p*: Çoklu Karşılaştırma (Kruskall- Wallis), p: (pairwise) karşılaştırması (Dunn- Bonferroni)

Primer bakım vericilerden hasta bakımı konusunda kısmen bilgi sahibi olanların Duygusal Tükenmişlik ve Düşük Kişisel Başarı düzeyi hasta bakımı konusunda bilgi sahibi olanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.37. Primer Bakım Vericilerin Hasta Bakımı Konusunda Sahip Oldukları Bilgi Düzeyine Göre BDÖ, Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Gr1	Gr2	Gr3	p*	p
BDÖ					
Median	13	13	14	0.337	
(min-max)	(0-47)	(4-43)	(0-45)		
DT					Gr1-Gr3: 0.012
Median	16	18.5	18.5	0.015	
(min-max)	(0-31)	(1-24)	(0-33)		
D					
Median	1	0	1	0.199	
(min-max)	(0-13)	(0-10)	(0-10)		
DKB					Gr1-Gr3: <0.001
Median	11	13	14	<0.001	
(min-max)	(0-32)	(6-23)	(4-32)		

Gr1: Bilgi sahibiyim, Gr2: Bilgi Sahibi Değilim, Gr3: Kısmen Bilgi sahibiyim

p*: Çoklu Karşılaştırma (Kruskall- Wallis), p: (pairwise) karşılaştırması (Dunn- Bonferroni)

Primer Bakım Vericilerin kendi sağlıklarını değerlendirmelerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.38’ de verilmiştir.

Bakım verenlerin kendi sağlıklarını değerlendirme düzeylerine göre BDÖ (p<0.001), Duygusal Tükenme (p=0.001), Duyarsızlaşma (p<0.001) ve Düşük Kişisel

Başarı ($p<0.001$) alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Kendi sağlığını iyi olarak değerlendiren bakım vericilerden sağlıklarını orta ve kötü olarak değerlendirenlere göre depresyon düzeyi daha düşük bulundu.

Sağlıklarını kötü olarak değerlendirenlerin duygusal tükenme düzeyi sağlığını iyi ve orta olarak değerlendirenlere göre daha yüksekti.

Sağlıklarını orta olarak algılayanların duyarsızlaşma düzeyi sağlıklarını iyi olarak algılayanlara göre daha fazla olduğu görüldü.

Bakım vericilerden sağlıklarını iyi olarak algılayanların Düşük Kişisel Başarı Düzeyi sağlığını orta ve kötü olarak algılayanlardan daha düşüktü (Tablo 4.38).

Tablo 4.38. Primer Bakım Vericilerin Kendi Sağlıklarını Değerlendirmelerine Göre BDÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Gr1	Gr2	Gr3	p*	p
BDÖ					G1-G2: <0.001
Median	10	19	25	<0.001	G1-G3: <0.001
(min-max)	(0-43)	(2-47)	(10-45)		G2-G3: 0.005
DT					G1-G3: 0.001
Median	17	18	23	0.001	G2-G3: 0.038
(min-max)	(0-30)	(1-33)	(2-33)		
D					G1-G2: <0.001
Median	0	2	1	<0.001	
(min-max)	(0-10)	(0-13)	(0-10)		
DKB					Gr1-Gr2:0.001
Median	12	13	14	<0.001	Gr1-Gr3:0.046
(min-max)	(0-32)	(2-23)	(1-23)		

Gr1: İyi, Gr2: Orta, Gr3: Kötü

p*: Çoklu Karşılaştırma (Kruskall- Wallis), p: (pairwise) karşılaştırması (Dunn- Bonferroni)

Bakım vericilerin hastalarına bakım verme esnasında en fazla zorlandıkları durumların ölçek puanlarıyla karşılaştırılması Tablo 4.39’ da verilmiştir. Karşılaştırma sonucunda zorlanılan durumlar ile BDÖ ($p<0.001$), Duygusal Tükenme ($p<0.001$), Duyarsızlaşma ($p=0.006$) ve Düşük Kişisel Başarı ($p=0.011$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Primer bakım vericilerden bakım verirken hiçbir konuda zorlanmayanların depresyon düzeyi kişisel bakım, beslenme, hastaneye götürüp getirme ve moral – motivasyon konularına göre daha düşük bulundu.

Bakım vericilerden bakım verirken hiçbir konuda zorlanmayan grubun Duygusal Tükenmişlik düzeyi diğer gruptakilere göre daha düşüktü.

Kişisel bakım verirken zorlananların Duygusal Tükenme düzeyi diğer gruba göre yüksekti.

Bakım verenlerden bakım verirken hiçbir konuda zorlanmayan grubun duyarsızlaşma düzeyi kişisel bakım, beslenme ve moral – motivasyon konusunda zorluk yaşayanlardan anlamlı derecede düşük bulundu.

Hiçbir konuda zorlanmayan grubun Düşük Kişisel Başarı düzeyi kişisel bakım, beslenme ve moral – motivasyon konusunda zorlanana göre daha düşüktü.

Tablo 4.39. Primer Bakım Vericilerin Bakım Verirken Zorlandıkları Konuya Göre BDÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Gr1	Gr2	Gr3	Gr4	Gr5	p*	p
BDÖ							G1-G5: <0.001
Median	16.5	14	13.5	13	7.5	<0.001	G2-G5: 0.003
(min-max)	(6-32)	(0-47)	(1-45)	(2-43)	(0-31)		G3-G5: 0.009
							G4-G5: 0.008
DT							G2-G5: <0.001
Median	23	18	17	17	14	<0.001	G3-G5: <0.001
(min-max)	(9-29)	(0-31)	(2-33)	(0-29)	(0-14)		G4-G5: <0.001
D							G1-G5: 0.036
Median	2	1	2	1	0	0.006	G3-G5: 0.005
(min-max)	(0-8)	(0-12)	(0-10)	(0-13)	(0-4)		G4-G5: 0.021
DKB							G1-G5: 0.013
Median	13	13	13.5	12	8	0.011	G2-G5: 0.035
(min-max)	(7-21)	(1-32)	(0-23)	(0-24)	(0-20)		G3-G5: 0.023

G1: Kişisel bakım verirken, G2: Beslenme, G3: Hastaneye götürüp getirme, G4: Moral- motivasyon, G5: Hiçbir konuda zorlanmayan

p*: Çoklu Karşılaştırma (Kruskall- Wallis), p: (pairwise) karşılaştırması (Dunn- Bonferroni)

Tablo 4.40. Primer Bakım Vericilerin Yaşı, Hastalık evresi ve Hastanın yaşı ile BDÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı Puanları Arasındaki Korelasyonun İlişkisi

Yapılan korelasyon analizi sonucunda bakım vericilerin yaşı ve hastanın hastalığının evresi ile depresyon ve tükenmişlik düzeyi arasında pozitif korelasyon, hastanın yaşı ile bakım vericilerin depresyon ve tükenmişlik düzeyi alt boyutu olan duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt boyutu arasında negatif korelasyon, düşük kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Tablo 4.40. Primer Bakım Vericilerin Yaşı, Hastalık evresi ve Hastanın yaşı ile BDÖ, DT, D ve DKB Puanları Arasındaki Korelasyonun İlişkisi

DEĞİŞKEN		Bakım verici yaşı	Hastalık evresi	Hastanın yaşı
BDÖ	r	0.434	0.166	-0.104
	p	0.000	0.002	0.052
	n	349	349	349
DT	r	0.360	0.156	-0.032
	p	0.000	0.004	0.553
	n	349	349	349
D	r	0.079	0.069	-0.020
	p	0.141	0.199	0.707
	n	349	349	349
DKB	r	0.268	0.036	0.050
	p	0.000	0.498	0.351
	n	349	349	349

Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyonda olanlar için lojistik regresyon analizi sonuçlarının bulguları Tablo 4.41’ de verilmiştir.

Buna göre bakım vericilerin kadın olmaları erkeklere nazaran 2.5 kat depresyona girme açısından risk faktörü olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda primer bakım vericilerden herhangi bir işte çalışmayan grubun çalışan gruba göre depresyona yakalanma ihtimali 4.1 kat daha fazla bulunmuştur.

Bakım verenlerden kronik hastalığı olan bakım vericilerin kronik hastalığı olmayanlara nazaran 5.9 kat depresyona girme açısından riskli olduğu sonucuna varılmıştır.

Psikiyatrik tedavi alan bakım verenler tedavi almayanlara göre depresyona girme riski 6.6 kat daha fazla olduğu görülmüştür.

Hastası ile aynı evde yaşayan bakım vericiler 3.8kat depresyona girme açısından daha risklidir.

Bakım vericilerden herhangi bir okul bitirmemiş olanlar üniversite ve üzeri okul bitirmiş olanlara göre depresyona yakalanma riski 6.2 kat fazla olarak bulunmuştur.

Primer bakım vericilerden kendi sağlığını kötü algılayanların kendi sağlığını iyi algılayanlara göre depresyona girme riski 66.7 kat fazla bulunmuştur.

Primer bakım verenlerin hastasına bakım verme esnasında kişisel bakım yaparken zorluk yaşayanların hiçbir konuda zorluk yaşamayanlara göre depresyona girme riski 11.0 kat fazla olduğu saptanmıştır.

BDÖ referans: <17 Odds oranları ≥ 17 için (birden fazla değişken için geriye dönük eleme yöntemi kullanılmıştır)

Tablo 4.41. Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyonda Olanlar İçin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

		Tek değişkenli		Birden fazla değişkenli	
		Odds oranı (95% G.A.)	p	Odds oranı (95% G.A.)	p
Cinsiyet	Erkek	referans			
	Kadın	2,542 (1,619-3,992)	<0,001		
Çalışma Durumu	Evet	referans		referans	
	Hayır	4,160 (2,564-6,749)	<0,001	2,021 (1,108-3,688)	0,022
Bakımdan sorumlu başka biri varlığı	Var	referans			
	Yok	1,510 (0,972-2,346)	0,067		
Kronik hastalık varlığı	Yok	referans			
	Var	5,892 (3,574-9,715)	<0,001		
Psikiyatrik tedavi alma durumu	Hayır	referans		referans	
	Evet	6,602 (2,745-15,879)	<0,001	3,144 (1,150-8,591)	0,026
Aynı evde yaşama durumu	Hayır	referans		referans	
	Evet	3,879 (2,420-6,220)	<0,001	3,286 (1,812-5,958)	<0,001
Bakımdan sorumlu olunan diğer kişi varlığı	Var	referans			
	Yok	0,921 (0,588-1,441)	0,718		
Daha önce bakım verme durumu	Evet	referans			
	Hayır	0,939 (0,574-1,535)	0,802		
Maddi destek alma durumu	Evet				
	Hayır	0,458 (0,184-1,136)	0,092		
Eğitim durumu	Okul bitirmemiş	6,264 (2,617-14,990)	<0,001		
	İlkokul mezunu	4,104 (1,921-8,769)	<0,001		
	Ortaokul mezunu	2,409 (1,007-5,763)	0,048		
	Lise mezunu	2,368 (1,078-5,202)	0,032		
	Üniversite ve üzeri	referans			
Medeni durum	Bekar	referans			
	Evli	1,272 (0,737-2,196)	0,387		
	Dul/boşanmış	2,083 (0,391-11,097)	0,390		
Bakım verme zamanı	Tüm gün	referans			
	Sadece gündüz	0,424 (0,217-0,829)	0,012		
	Sadece gece	0,219 (0,074-0,648)	0,006		
	Hafta sonu	1,096 (0,288-4,178)	0,893		
Bakım konusunda bilgi sahibi olma durumu	Var	referans			
	Yok	0,513 (0,206-1,275)	0,151		
	Kısmen	1,081 (0,687-1,702)	0,736		
Kendi sağlığı	İyi	referans		referans	
	Orta	8,186 (4,834-13,864)	<0,001	6,480 (3,591-11,693)	<0,001

		Tek değişkenli		Birden fazla değişkenli	
		Odds oranı (95% G.A.)	p	Odds oranı (95% G.A.)	p
algılama durumu	Kötü	66,797 (15,070-296,066)	<0,001	44,015 (9,240-209,676)	<0,001
Bakım verirken zorlanılan durum	Kişisel bakım yaparken	11,000 (2,335-51,829)	0,002	19,782 (2,913-134,338)	0,002
	Beslenmesinde	6,919 (1,541-31,070)	0,012	7,422 (1,209-45,555)	0,030
	Hastaneye götürüp getirmede	7,089 (1,549-32,442)	0,012	8,833 (1,388-56,192)	0,021
	Moral ve motivasyon sağlamada	5,667 (1,257-25,536)	0,024	6,706 (1,088-41,337)	0,040
	Hiçbir konuda zorlanmıyorum	referans		referans	

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda kanserli hastalara bakım veren primer bakım vericilerin depresyon ve tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda Elazığ Tıp Fakültesi Onkoloji servislerinde yatan hastalara bakım veren 349 primer bakım verici araştırmaya dahil edilmiştir. Primer bakım vericilere sosyodemografik özelliklerini ölçen sorular, Beck Depresyon ölçeği ve Maslach Tükenmişlik ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmamızda bakım vericilerin %51.6'sı kadın, %48.4'ü erkek idi. Alacacioğlu'nun İzmir' de 2007 yılında kemoterapi alan 330 hasta ve 330 hasta yakını ile tanımlayıcı ve kesitsel türde yaptığı tez çalışmasında kadın bakım vericileri %57, erkek bakım vericiler oranını %43 olarak bulmuştur (49). Çalışmamızda bakım vericilerin kadın erkek oranları birbirine yakın olarak bulunsa da kadın bakım vericilerin sayısı daha fazla bulunmuştur. Bakım vericilerden kadınların daha fazla olmasının nedeni kadınların çalışma hayatında erkeklere göre daha az yer alması, kadınların bakım konusunda daha becerikli, daha sabırlı olması, yakın ve güçlü ilişki kurabilme yeteneğine sahip olması, erkeklere kıyasla bakım vermenin güçlükleri ile daha iyi mücadele edebilecek olmaları ve hasta bakımının geleneksel olarak kadın görevi olarak kabul edilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Yapmış olduğumuz çalışmada primer bakım vericilerin %41.9' u okur yazar ve ilkokul mezunu, %14.6'sı ortaokul mezunu, %25.2'si lise mezunu ve %18.3'ü üniversite ve üzeri mezun olarak bulundu. Ülkemizde Softa ve arkadaşlarının 2014 yılında Kastamonu şehrinde kemoterapi alan 50 hasta yakını üzerinde yaptığı tanımlayıcı türde olan çalışmasında bakım vericilerin %40.0'ı ilkokul mezunu, %3.02 orta ve lise, %28.0' ı üniversite mezunu olarak bulunmuştur (6). Ustaalioğlu ve arkadaşlarının İstanbul' da 2016 yılında 302 kanser hastası ve 302 kanser hastası yakını ile yapmış oldukları prospektif kohort çalışmasında bakım vericilerin %45.7' sinin okur yazar ve ilkokul mezunu olarak bulunmuştur.(50)

Akdoğan ve arkadaşlarının Antalya, Burdur ve Isparta illerinde 2020 yılında 448 kronik hastalığa sahip hasta yakını ile yapmış olduğu çalışmasında düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin hastasına psikolojik destek verme anlamında daha yetersiz olduğu, tedavi sürecinde hastalarının tedavilerini takip etmede eksik kaldıkları sonucuna varılmıştır (51). Yapılan çalışmaların bulguları doğrultusunda eğitimin önemli bir faktör olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda bakım vericilerin %2.9' nun hiçbir sosyal güvencesi yokken, %73.6' sı SGK' lı, % 23.2' si Yeşil Kart ve % 0.3' nün özel sigortası var idi.

Araştırmamızda bakım vericilerin %77.1' i evli idi.

Bakım vericilerin %75.6'sı çocuk sahibi idi. Çocuk sahibi olanların %63.9' nun üç ve üzeri çocuğu vardı. %55.3'ü herhangi bir işte çalışmamaktaydı.

Ankara ilinde 2013 yılında kemoterapi hizmeti veren 11 hastanede 378 kanser hastası yakını ile tanımlayıcı olarak yapılan çalışmada bakım vericilerin %48.4' ü herhangi bir işte çalışmamaktaydı (52).

Kronik hastalara bakım vermek hem çok zahmetli hem de sürekli ilgi ve destek isteyen bir hastalık grubudur. Bu sebeple bakım vericiler kendilerini sadece bakım veren rolüne odaklamak zorundadır. Bu süreçte iş yaşantısı sekteye uğradığı için maddi olanaksızlıklarla karşılaşmak mümkün olabilir. Bir taraftan hastanın bakımını üstlenip diğer taraftan maddi olarak yetersiz kalmak bakım vericide depresyon ve tükenmişlik yaşanmasına sebep olabilecektir.

Araştırmamızda bakım vericilerin %89.6' sının gelir düzeyi asgari ücretin altındaydı.

Gür'ün 160 kanser hastası yakını ile Şanlıurfa' da 2018 yılında tanımlayıcı tip de yapmış olduğu çalışmasında bakım vericilerin %47.5'de gelirin giderden daha az olduğu bulunmuştur (53).

Sağlık harcamalarının ailenin ekonomik yapısına büyük zarar vermesi veya arazi satmak, altın bozdurmak gibi yoksullaştırıcı harcamalarda bulunmaya sebep olmasına Catastrophic Health Expenditure (CHE) Katastrofik Sağlık Harcaması denmektedir.

Çin'de 2013-2016 yılları arasında 792 ölen kanser hastasının kayıtlarının incelenmesi sonucunda retrospektif olarak yapılan çalışmada Katastrofik Sağlık Harcamalarının kentsel bölgede yaşayan aileler için %94.3, kırsal bölgede yaşayan aileler için %96.1 olarak bulunmuştur (54).

Malezya' da 2013 yılı boyunca 138 kolorektal tanısı almış hasta ve ailesi ile yapılmış prospektif çalışmada ailelerin %47.8'i CHE yaşamış olduğu sonucuna ulaşılmıştır (55).

2015 yılında Çin' de kesitsel olarak yapılan 1344 kanser hastası ile yapılan çalışmaya Özefagus Ca, kolon Ca, Mide Ca, Karaciğer Ca, Akciğer Ca ve Meme Ca tanıli hastalar dahil edilmiştir. Hastaların ve hane halkının %42.78' nin CHE yaşadığı, en fazla %57.89 ile özefagus ca tanısı alanlar ve en az %30.98 ile meme ca tanısı alan hasta ve yakınlarının CHE yaşadığı tespit edilmiştir (56).

Kanser tedavi süreci uzun ve yorucu bir süreç aynı zamanda tedavisi pahalı bir hastalık olduğu düşünüldüğünde bu durum hasta yakınları tarafından ağır sorumluluk içeren bir süreçtir. Hastalığın vermiş olduğu duygusal yük yanında birde maddi olanaksızlıklar eklendiği zaman bu durumun bakım vericiler için tükenmişliğe neden olabileceği düşünülmektedir. 2008 yılında Kore ulusal kanser merkezine kayıtlı 310 kanser hastası yakını ile yapılmış olan çalışmada Bakım vericilerin %61.9'u aile birikimlerinin tamamını tedavide harcadıklarını belirtmişlerdir (57). Kanser tedavisi sadece bizim ülkemiz için değil dünyanın diğer ülkelerinde de maliyetli bir hastalık olduğu ve hane halkının kazancının birçoğunu harcamasına neden olabileceği sonucuna varılabilir.

Çalışmamızda hastaların %36.1' i 66 yaş ve üzeri yaş ortalaması ise 59.74 ± 14.02 idi. Hastaların %42.1' nin hastalık evresi dördüncü evrede ve %0.2' nin hastalık evresi birinci evre idi. Kurt ve arkadaşlarının Edirne' de 2018 yılında bir üniversite hastanesi medikal onkoloji hastanesinde yatarak tedavi gören 110 hastanın primer bakıcıları ile yapmış olduğu çalışmasında hastaların yaş ortalaması $56,17 \pm 12,64$ idi. (58) Arkan ve arkadaşlarının 2016 yılında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji bölümünde tedavi gören kanser hastalarına bakım veren 235 hasta yakınının çalışmaya katılmasıyla yapmış olduğu çalışmada ise hastaların yaş ortalaması $57,19 \pm 11,8$ olarak, %66.4' nün hastalığı dördüncü evre olarak bulunmuştur (59). Hastalık süresince hastalığın şiddeti, seyri ve tedavideki komplikasyonlar sebebiyle yaş faktörü önem arz etmektedir. Yaşın ve hastalığın ileri evre olması hastayı daha yatağa bağımlı hale getirebilmektedir. Yatağa bağımlı olan hastanın bakımı ise fiziksel açıdan bakım veren için zor bir durumdur. Bakım veren kişi özellikle de hareket kabiliyeti az veya hiç olmayan bir kişinin yükünü taşımak zorunda kaldığında bu fiziksel açıdan bakım verenin yükünü artıracaktır. Yaşanan bu durum giderek tükenmişlik hissini artıracaktır.

Araştırmaya katılan primer bakım vericilerin %26.1' i eşi, %2.9' u annesi, %54.8' i çocuğu ve %9.3' ü akrabası idi. Küçükoğlu' nun Ankara ilinde 2019 yılında kemoterapi alan hastalara bakım veren 120 hasta yakını ile tanımlayıcı nitelikte yapmış olduğu çalışmasında bakım vericilerin %47.5' ni eşleri oluşturmaktaydı (60). Bu farklılık bölgesel olarak sosyo kültürel yapının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda primer bakım vericilerin %34.5'i 0-6 ay süre ile ve %65.5'i hastalarına 7 ay ve üzeri süredir bakım vermekte idi. Orak ve arkadaşlarının Samsun ilinde 2011 yılında bir Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Servisi'nde yatarak tedavi alan kanser hastalarına primer bakım veren 195 kişi ile yaptığı tanımlayıcı türdeki

alışmasında bakım vericilerin %57.9'unun altı ay–bir yıl süredir bakım verdiği bulunmuştur (61).

Yıldız ve arkadaşlarının Manisa' da bir devlet hastanesinin Hematoloji-Onkoloji Servisi'nde ayaktan ve yatarak tedavi gören kanserli hastalara bakım veren 200 aile üyesi ile yapmış olduğu kesitsel tipteki araştırmada bakım verenlerin %48.0'nın 1 yıldan daha fazla bir süredir hastalarına bakım verdikleri saptanmıştır (62). Literatürün aksine bizim çalışmamızda primer bakım vericilerin hastalar ile ilgilenme süresi daha fazladır. Hastanın bakım verme süresi uzadıkça bakım verenin duygu durumunda değişimler olabilir. Kanser tedavisi uzun bir süreç olduğu için bu süreç giderek yorucu olmaya başlar. Bakım veren bu duyguların etkisi ile bakım verici rolünde isteksiz davranabilir. Bir de bunlara ek olarak hastalığın prognozu kötüye gitmeye başlarsa, verdiği çabanın boşuna olduğu düşüncesi kişinin kendini daha fazla tükenmiş hissetmesine neden olabilir.

Araştırmamızda bakım verenlerin %59.0'da hasta bakımından sorumlu ikinci bir kişi daha var idi. Karaaslan'ın Ankara' da 2012 yılında tanımlayıcı nitelikte 150 kanser hastası primer bakıcısı ile yapmış olduğu çalışmasında %54.7' sinin bakıma yardımcı ikinci bir kişi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (63). Başka bakım veren tarafından desteklenmek, bakım verme işinin sadece bir kişiye düşmemesi, bakım verme ile ilgili yardım almanın kişinin bakım verme becerilerini geliştirmesine, kendisini duygusal ve fizyolojik yönden daha güçlü hissetmesine olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda primer bakım vericilerin %73.4'ü hastasına tüm gün bakım vermekte idi. Türkoğlu' nun Erzurum ilinde 2010 yılında 190 kanserli hasta yakını ile yapmış olduğu tanımlayıcı- ilişkisel türdeki çalışmasında bakım vericilerin %54.2'sinin günde 19-24 saat arasında bakım verdiğini bildirmiştir (64).

Şahin ve arkadaşlarının Kayseri şehrinde 2014 yılında hematoloji kliniğinde tedavi gören 102 kanser hastası yakını ile yapmış olduğu analitik ve tanımlayıcı çalışmasında hasta yakınlarının %46.7' si hastasına günde 20 saatten fazla süre ile bakım vermekte idi (65).

Kanser, hastalık sürecinin daha zor olmasından ötürü diğer kronik hastalıklar arasında farklılık gösterir. Sadece bir kişinin tüm gün boyunca bakım vermesi hastanın tedavi sürecinin takibi ve bakımının daha konforlu yapılması açısından faydalı olabileceği gibi sadece bu görevin tüm gün boyunca aynı kişi tarafından yapılması bakım veren birey açısından yorgunluk ve tükenmişliğe sebebiyet verebilir.

Yapmış olduğumuz çalışmada bakım vericilerin hastasının bakımı ile ilgili bilgiye sahip olma durumunun sorgulanmasında %49.9'nun bilgi düzeyinin kısmen yeterli,

%41.5'nin yeterli bilgi sahibi olduğu ve %8.6'sının ise bilgi sahibi olmadığı bulunmuştur. Gür' ün Şanlıurfa ilinde 2018 yılında 160 kanserli hasta yakınında bakım verme yükü ve yaşam kalitesini incelediği tanımlayıcı nitelikte yapmış olduğu çalışmada bakım vericilerin %92.5'i bakım konusunda eğitim almadıklarını belirtmiştir. (53).

Bakım ile ilgili bilgi gereksinimi hastanın almış olduğu tedaviden kaynaklanan yan etkileri, hastalık belirtileri ve iyi oluş durumu, semptom yönetimi, hastanın nasıl besleneceği, nelere dikkat etmesi gerektiği hususunda son derece önemlidir. Hasta yakınının bu konularda yetkin olması hastalığın seyri ve hastanın bu süreci daha konforlu geçirmesi açısından oldukça faydalı olacaktır.

Primer bakım vericilerin %58.2' si kendi sağlıklarını iyi algıladıklarını ve %70.5' i herhangi bir kronik hastalığının olmadığını söylemiştir. Çeler ve arkadaşlarının Manisa' da 2017 yılında 100 meme kanseri hasta yakını ile kesitsel türde yapmış olduğu çalışmada bakım vericilerin %7.0 (66), Zuo ve arkadaşlarının 138 jinekolojik kanser hastası ve yakınlarıyla 2018 yılında Çin'de yapmış olduğu kesitsel türdeki çalışmada bakım vericilerin % 63.77' sinde herhangi bir kronik hastalık yoktu (67), 2019 yılında 208 Çinli kanser hastası bakıcılarıyla yapılmış olan bir çalışmada bakım vericilerin %94.7' si sağlık durumlarının iyi olduğu belirtilmiştir. (68). Bu çalışmada bulunan değer bizim çalışmamız bulgusundan bir hayli yüksek bulunmuştur. Farklılığın sebebi olarak etnik köken, beslenme şekli ve yaşam tarzı gibi değişikliklerinden kaynaklanmış olabileceği söylenebilir.

Hastanın bakımının daha sağlıklı ve üst düzeyde yapılması açısından bakım verenlerin sağlıklarının iyi olması önem arz etmektedir. Bakım verenin kronik hastalığa sahip olmaması kaliteli bakım alınması açısından olumlu bir sonuçtur.

Bu çalışmada bakım verme esnasında bakım vericilerin %91.4'ü herhangi bir psikiyatrik tedavi almamaktaydı. Literatürde İstanbul' da 2009 yılında kanser hastası yakınlarının yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla 120 kanser hastası yakını ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmış olan çalışmada kanser hastası yakınlarının bakım verici rolünü üstlenmesi nedeniyle bakım verenlerin %33.0' nın aile ve iş yaşantısında psikiyatrik problemler yaşadığı sonucuna varılmıştır (69).

Semerci ve arkadaşlarının 2021 yılında Türkiye' de kanser tedavisi gören hastaların yakınları ile online olarak 104 kanserli hasta yakını ile gerçekleştirdiği, manevi iyilik durumlarının incelendiği tanımlayıcı türdeki araştırmasında bakım vericilerin %67.31' inin manevi desteğe gereksinim duyuyor musunuz* sorusunu, 'psikolojik yönden desteklenmek istiyorum' şeklinde belirttikleri saptanmıştır (70).

Çalışmamızda bakım vericiler her ne kadar da psikiyatrik tedavi almadıklarını belirtse de bu durum psikolojik olarak tam bir iyilik hali olmayabilir. Hasta yakınları hastalarını ön planda tutup kendilerini ikinci plana atabildikleri için hekim ve hemşire tarafında desteklenip farkındalık sağlanmalı, gerekli durumlarda ilgili birimlere yönlendirilmelidirler.

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin %52.7' si hastalığı süresince hastası ile aynı evde yaşıyor idi. Kaya ve arkadaşlarının 2013-2015 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi KBB servisinde yatan 112 kanser hastası ve yakını ile yaptığı tanımlayıcı ve kesitsel türdeki çalışmasında bakım vericilerin %56.3' ü hastası ile aynı evde yaşamaktaydı. (71). Literatür incelemesi sonucunda Ankara ilinde 2013 yılında 378 kanser hastası ile tanımlayıcı türde yapılmış olan çalışma bulgularına göre bakım vericilerin %57.42 ü hastası ile beraber yaşıyor idi (52).

Çalışmamızda bakım vericilerin yarısında fazlasının hastasıyla aynı evde yaşadığı bulunmuştur. Sürekli olarak hem hastanede hem de evde hasta ile beraber olmak bakım veren kişi için fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklara sebep olabilir. Bu gibi durumların yaşanması süreklilik arz ettiğinde bakım verende zamanla tükenmişlik yaşanmasına neden olabilir. Bakım verenin kendine yetemediği durumlarda hastanın da bakım gereksinimleri sekteye uğrayabilir.

Çalışmamızda bakım vericilerin %62.5' i evde bakımından sorumlu olduğunuz kişi var mı sorusuna “hayır” demiştir. Karaaslan' ın Ankara' da 2013 yılında 150 kanser hastası bakım vericisiyle yaptığı tanımlayıcı türdeki çalışmasında primer bakım vericilerin %74.7'si evde bakmakla yükümlü olduğunuz kişi var mı sorusuna “hayır” yanıtını vermiştir. (63). Kanser tedavi süreci ve hasta bakımı yeterince zahmetli ve yorucu bir iş olması nedeniyle bakım verenin başka bir sorumluluğunun olmaması hem hasta hem de kendi faydası açısından daha faydalı olacaktır.

Primer bakım vericilerin daha önce hastaya bakım verme durumlarının incelenmesi sonucunda katılımcıların %73.6' sı daha önce herhangi bir hastaya bakım vermediğini söylemiştir. Uludağ'ın Aydın ilinde 2016 yılında 240 kanser hastası yakınlarıyla yaptığı tanımlayıcı türdeki çalışmasında hasta yakınlarının %72.0' nın daha önce hastaya bakım vermediği bulunmuştur. (72). Alkan ve arkadaşlarının 2019 yılında Türkiye'nin kuzey illerinden birinde yer alan bir üniversite hastanesinde Onkoloji hastalarına bakım veren 106 bakım vericide sosyal destek gereksinimleri ve baş etme mekanizmalarını araştırdığı tanımlayıcı ve ilişki arayıcı çalışmasında bakım vericilerin %67.0' ı daha önce herhangi bir hastaya bakım vermediği ifade etmiştir (73).

Hasta bakımında tecrübe sahibi olmanın önemli bir yeri vardır. Primer bakım verici olmak mutluluk vericidir ama aynı zamanda da stres vericidir. Birde buna ek olarak daha önce herhangi bir hastaya bakım vermemiş olmak ve deneyimli olmamak eklendiği zaman bu durum daha fazla stres yaşanmasına neden olabilir. Bakım vericilerin bakım konusunda tecrübesiz olmalarında sağlık profesyonellerine özellikle hemşirelere eğitim verme açısından büyük sorumluluk düşmektedir. Yapılan çalışmalarda eğitim verilen bakıcılar ile verilmeyen bakıcılar karşılaştırıldığında; eğitim alan bakıcıların daha az stres ve anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (74).

Çalışma kapsamındaki bakım vericilerin %94.3' ü hastaların bakımı esnasında devletten maddi destek almıyor idi. 2019 yılında Singapur'da en büyük kanser merkezinde yatan 599 kanser hastası ve yakını ile yapılmış olan kesitsel olarak yapılan çalışmada hem hastalar hem de bakıcıları arasında bilgi alanında ihtiyaç puanı en yüksek olan madde “ hastalara devletten veya özel kuruluşlardan maddi destek sağlanması” olmuştur (75).

Bu çalışmada bakım vericilerin hastalarına bakım verirken en çok zorluk yaşadıkları durum arasında %28.9 beslenme, %14.3 ile kişisel bakım verme olmuştur. Orak ve arkadaşlarının 2011 yılında Samsun' da kanser hastalarına primer bakım veren 273 aile bireyi ile yapmış olduğu tanımlayıcı tipdeki çalışmasında, hastaların yardım almadan yemek yeme, giyinebilme, banyo yapması gibi faaliyetlerin bakım yükünü etkilemediği fakat yarımsız tuvalete gitme, dışkı ve idrarını yarımsız yapabilme durumlarının bakım yükünü etkilediği, kişisel bakımını yapamayan hastalara bakım veren bakım vericilerin bakım yükü puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. (76).

Görgülü ve arkadaşlarının Ankara' da 2010 yılında 30 kanser hastası yakını ile yaptığı çalışmasında hasta yakınlarının %66.7' si bakım verirken en çok beslenmede zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir Beslenme, tedavi ve hareket, bireyin hijyen gereksinimlerinin karşılanması, ilaçların temin edilmesi, banyo yaptırma ve mali konularda güçlük yaşadıkları bildirilmiştir. (77).

Yapmış olduğumuz bu çalışmada bakım vericilerin hafif düzeyde depresyon ve düşük düzeyde tükenmişlik yaşadıkları bulunmuştur.

Özhan'ın Sakarya' da 2019 yılında palyatif bakım merkezinde bakım görmekte olan 30 terminal dönem kanser hastalarının yakınları ile yapmış olduğu kesitsel türdeki çalışmasında hasta yakınlarının %56.7' sinde depresyon gözlemlendiğini bulmuştur (78). Bulunan bu değer bizim sonucumuzdan yüksektir. Aradaki farkın hasta grubunun hepsinin palyatif bakım gerektiren ve son dönem kanser hastası olması nedeniyle bakım

verenin daha fazla sorumluluk almasına, psikolojik olarak daha fazla etkilenmesine neden olmasından ve örneklem grubunun bizim grubumuzdan düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada bakım veren bireylerden kadınların depresyon düzeyi erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.001$). Kanseri hasta yakınlarıyla ilgili 35 makalenin dahil edilmesiyle yapılmış olan meta- analiz çalışmasında kadın primer bakım vericilerin depresyon düzeyinin erkek primer bakım vericilere nazaran daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (79).

Ateş ve arkadaşlarının Karadeniz Teknik üniversitesi radyasyon Onkolojisi ünitesinde 2015-2016 yılları arasında 100 kanser hastası ve 100 bakım vericisi ile yaptığı kesitsel-tanımlatıcı türdeki çalışmasında kadınların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (80).

Amerika Birleşik Devletleri'nde bakım verenin yaşam kalitesi ve cinsiyet ile ilişkisini incelemek için 448 kanser hastasına bakım veren ile yapılan araştırmada erkek bakım vericilerin, bakım verme esnasında kendilerini başarılı hissetmelerini sağlayan olumlu bir durum olarak yorumlamaları, kadınlara göre daha az stresli oldukları sonucuna varılmıştır (81).

Bu farklılığın sebebi olarak çalışmaya katılan bakım vericilerin kültürel yönden bizim toplumumuza göre farklı olması, toplumsal cinsiyet rollerini aşmış yenilikçi bakış açısına sahip olan kişilerden oluşmuş olması olarak değerlendirilebilir.

Birçok kültürde olduğu gibi, bizim kültürümüzde de, bakım verici olmanın kadına daha çok yakıştırılması ve sadece kadınlara ait bir iş olarak algılanması, kadınların annelik ve ev işleri sorumluluğunun yanına ek olarak bakım verici rolünün de eklenmesi sonucu bireyin yaşadığı stres artacaktır.

Araştırmamızda primer bakım vericilerin bir işte çalışma durumlarına göre depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Herhangi bir işte çalışmayan bakım vericilerin depresyon puanı çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çeşitli çalışmalara bakıldığında, primer bakım verenlerin depresyon düzeyini etkileyen diğer değişkenlerden biri de gelir düzeyidir. Gelir seviyesinin düşmesi ile depresyon düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Geng ve arkadaşlarının kanser hastasına bakım verenlerde depresyon yaygınlığını belirlemek için yaptığı sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında bakım vericinin işsiz olmasının depresyonu arttırdığı sonucuna varılmıştır (82).

641 kanser hastası ve bakım vericisi ile Çin’ de 2014-2015 yılları arasında kesitsel olarak yapılmış çalışmada hasta yakınlarının %64.6’ sı tedavi süresince maddi yük yaşadıklarını belirtmiştir (83).

Bu durum beklenebilir bir bulgudur. Çünkü bakım verme sürecinde bireyin çalışma hayatından geri kalması ve bakım alan hastasının ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli olan giderlerin fazlalaşması gibi faktörler bakım vericinin üzerinde olumsuz etkiler oluşmasına zemin hazırlayacaktır.

Çalışmamızda depresyon saptanan grubun bakım için aile üyelerinden destek almadığı görülmüştür. Literatürde bizim çalışmamızı destekleyen çalışmalar mevcuttur. 2020 yılında Ugandalı 366 kanser hastası bakım vericileriyle yapılmış olan çalışmada depresyon saptanmayan grubun daha fazla sosyal destek aldıkları sonucuna ulaşılmıştır (84).

Ailede bakım verenlerin hissettikleri stres düzeyini belirlemek için Yunanistan’ da 121 kanser hastası bakım vericisi ile yapılan kesitsel türdeki çalışmada sürekli olarak başkasından yardım alan grubun yaşam doyumu almayan gruba göre daha yüksekti (85).

Bu sonuç diğer aile bireylerinden yardım almayan bakım veren bireyin depresyon düzeyinin daha yüksek olabileceğini göstermektedir. Hastasına bakım veren primer bakım vericilerin bakım esnasında desteğe ve yardıma ihtiyaç duyduğu bu sonuçlar doğrultusunda desteklenmektedir. Bir diğer kişiden yardım ve destek almak bakım verenin yaşayabileceği sıkıntıları ve çaresizliği büyük ölçüde azaltabilir. Hastasının bakımını üstlenen primer bakım vericinin ihtiyaçları tespit edilip, alınacak önlemler sayesinde kişinin depresyonu azaltılabilir.

Soylu ve arkadaşlarının Kayseri ilinde 2013-2014 yılları arasında 100 kanser hastası ve 100 kanser hastası bakım vericisi ile yapmış olduğu çalışmasında diğer aile üyelerinden destek alma ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (86).

Farklılığın sebebi yapılmış olan bu çalışmada bakım vericilerin % 91.0’ı bakım verirken diğer aile üyelerinden destek aldığını belirtmiştir. Bu sonuç bizim bulduğumuz sonuçtan bir hayli yüksek olduğundan dolayı fark yaratmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan primer bakım vericiler arasında, herhangi bir kronik hastalığı olanların depresyon puanı, duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı puanı sağlıklı olan bakım vericilerden daha yüksek bulundu ve bu sonuç anlamlı bir fark oluşturdu($p=0.001$).

Eyiör ve arkadaşlarının İzmir Ege Üniversitesi Onkoloji Kliniğinde yatan 93 kanser hastasına bakım veren primer bakım vericiyle yaptığı kesitsel ve tanımlayıcı

nitelikteki çalışmasında bakım vericilerin fiziksel semptomlarının (ağrı, hastalık, yorgunluk gibi) artması ile depresyon düzeyini de arttırdığını sonucuna ulaşılmıştır (87).

Literatürde Florida da 2022 yılında 80 akciğer kanseri hastasının bakım veren eşleri ile yapılmış olan çalışmada daha iyi sağlık durumu bildiren bakıcıların depresif belirtilerinin daha düşük olduğu vurgulanmıştır (88).

Hastasına bakım veren primer bakım vericiler kendilerini tamamen bakım görevine adadıkları için var olan hastalıklarını ihmal ettikleri ve bu sebeple tedavilerinde eksik kaldıkları söylenebilir. Nihayetinde başkasına önem vermek ve bakıcı olmanın zorlukları bakım vericilerin kendi sağlıklarını olumsuz etkiler. Primer bakım vericilerin hastalıklarından dolayı yaşadığı olumsuz etkiler nedeniyle hastasına bakım vermede zorluk yaşamasına neden olabilir. Bu yaşanan zorluklar nedeniyle kendisini bakım verme konusunda yetersiz hissetmeye başlayabilir. Bu yetersizlik hissi kişide depresyon ve tükenmişlik yaşanmasına neden olabilir.

Yapılan bu çalışmada bakım vericilerin psikiyatrik ilaç kullanımına göre tedavi alan grubun depresyon düzeyi ve duygusal tükenme puanı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur($p=0.001$). Almanya’ da 2011-2013 tarihleri arasında palyatif kanser hastalarına bakım veren ailelerde anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin ölçüldüğü 72 kişi ile yapılan çalışmada bakım verenlerin %29.2’ si yüksek depresyon düzeyine sahip olmasına rağmen psikolojik destek için profesyonel yardım almadığı saptanmıştır (89). Literatürde bakım veren ailelere yönelik psikolojik müdahalelerin bakım verende oluşabilecek psikolojik sıkıntıyı azaltabileceği vurgulanmıştır (90).

Kronik hastalıklar arasında en ağır olan kanser tedavisinde bakım vericilerin bakım verme esnasında hem fiziksel hem de psikolojik olarak olumsuz deneyimler yaşamaları ve bu süreci yönetmekte zorluk yaşamaları beklenen bir sonuçtur. Bu süreç bakım verenlerde bir süre sonra büyük bir stres kaynağı halini almakta ve psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bu noktada hastaya daha faydalı olunabilmesi açısından hasta yakını sağlık profesyonellerince yönlendirilip desteklenmelidir.

Toptaş’ın Ankara’ da 2013 yılında 378 kanser hastası yakını ile tanımlayıcı olarak yapmış olduğu çalışmasında hastasıyla aynı evde yaşayan bakım vericilerin, aynı evde yaşamayanlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur (52). Literatürde Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesinde 2008-2009 tarihleri arasında 135 bakım veren ile tanımlayıcı nitelikte yürütülen çalışmasında hastasıyla aynı evde yaşayanların yaşamayanlara göre sürekli öfke puanı yüksek bulunmuştur (91).

1994-1997 yılları arasında Pensilvanya'daki 18 sağlık kurumundan kanser hastalarının yakınlarının saptanması sonucu 187 bakım verici ile yapılmış olan çalışmada uzun süre bakım sunma ve sürekli aynı ortamı paylaşmaktan kaynaklanan gerginliğin sonucunda hem hasta hem de bakım verenin sağlığının olumsuz etkilendiği sonucuna varılmıştır (92). Bizim çalışmamız bulguları ile literatür uyumludur. Çalışmamızda hastası ile aynı evde yaşayan bakım vericilerin depresyon düzeyi yaşamayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($p=0.001$)

Bu çalışmada bakım vericilerden bakmakla yükümlü olduğu başka kişilerin olduğu grubun depresyon düzeyi olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.001$). Yıldız ve arkadaşlarının Erzurum 2013-2015 yılları arasında 250 kanserli hasta yakınlarıyla tanımlayıcı ve kesitsel türde yapmış olduğu çalışmasında bakım verenlerin evde bakmakla yükümlü olduğu başka kişi olan grubun bakım yükü olmayan gruba göre yüksekti (93). Bakım vericilerin zamanının büyük bir kısmını hastasıyla birlikte geçirmesi, bakım verenin kendine zaman ayıramaması, sosyal hayatından uzak kalması, fiziksel ve psikolojik olarak yıpranması bunlara ek olarak bir de evde bakmak zorunda kaldığı kişi varlığı eklenince depresyon düzeyinin daha da artacağı söylenebilir.

Yaptığımız bu çalışmada bakım vericilerin daha önce herhangi bir hastaya bakım verme durumlarına göre daha önce bakım veren grubun vermeyen gruba göre Düşük Kişisel Başarı düzeyi daha yüksekti.

Kanserli hastalara bakım veren bireylere yapılan planlı eğitimin bakım yükü üzerine olan etkisini belirlemek amacı ile 50 hasta yakını ile tanımlayıcı ve yarı deneysel olarak yapılan bir araştırmada uygulanan planlı eğitimin bakım verenlerde kaygı düzeyinin azalmasına buna bağlı olarak bakım yükünün de azaldığı sonucuna varılmıştır (94).

Hollanda' da Amsterdam ve Groningen bölgelerinde bulunan 10 hastane ile ortaklaşa yürütülen 148 yeni tanı almış kolon kanseri bakım vericisiyle yapılan çalışmada hasta bakımı konusunda deneyime sahip olan bakıcıların daha düşük düzeyde depresyona sahip olduğu, deneyim sahibi olmayanları ise zaman içinde daha yüksek depresyon düzeyine sahip olacakları bildirilmiştir (95).

Kanser hastası ve onlara bakım veren aile bireyleri sağlık profesyonelleri tarafından bilgi eksiklikleri saptanmalı ve saptanan gereksinimler doğrultusunda eğitim planı oluşturulmalıdır. Bilgi eksikliğinin giderilmesi ile bakım verici kendini bakım verme konusunda daha başarılı hissetmesinde faydalı olacaktır.

Çalışmamızda eğitim seviyesinin düşmesiyle depresyon ve tükenmişlik düzeyinin arttığı saptandı.

2015-2016 tarihlerinde bir üniversite hastanesine başvuran Kemoterapi alan meme kanserli hastalara bakım veren yakınlarının yaşam kalitesini ölçmek amacıyla tanımlayıcı olarak 77 hasta yakını ile gerçekleştirilen çalışmada ortaöğretim mezunu olan bakım veren hasta yakınlarının ilköğretim mezunu olanlara göre tanıya yaklaşım alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (96).

2019-2020 arasında İran’ da 300 kanser hastası bakım vericisiyle yapılmış olan çalışmada bakım vericilerin eğitim seviyesinin düşük olması bakım verme yükünü arttırdığı ve bakım verme yükü ile depresyon arasında pozitif korelasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır (97).

Bu sonuç eğitim düzeyi düşük olan bakım vericilerin problem çözümünde yetersiz kalması, stres yönetiminde gerekli olan kaynakları etkili kullanamamaları, sosyal yönden destek olacak kaynakları kullanmakta sıkıntı yaşamaları sonucunda tükenmişlik ve depresyona daha yatkın olabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda primer bakım vericilerden evli olanların duygusal tükenmişliği bekar olan bakım vericilere göre yüksek bulunmuştur. Literatürde İstanbul 2018’ de 143 primer bakım vericide bakım yükü ve tükenmişlik düzeyinin ölçüldüğü kesitsel ve tanımlayıcı olan çalışmada medeni durum ile tükenmişlik arasında ilişki saptanmamıştır (98).

Yapmış olduğumuz bu çalışmada bakım vericilerden hastasına tam gün bakım verenlerin depresyon düzeyi sadece gündüz ve sadece gece bakım veren gruba göre yüksek bulunmuştur.

2019 yılında İzmir’de 222 kanser hastası ile tanımlayıcı ve kesitsel türde yürütülen çalışmada bakım verenlerin günlük bakım verme süresi ile bakım yükünün karşılaştırıldığı çalışmada, günde 18 saat ve üzeri bakım veren grubun bakım verme yükü daha az süreli bakım verenlere göre anlamlı şekilde yüksek olarak bulunmuştur (99).

Bir eğitim ve araştırma hastanesinin onkoloji servisi kemoterapi ünitesinde Nisan 2011 - Mart 2012 tarihleri arasında ayaktan tedavi gören 160 hastanın bakım verenleri ile yapılmış olan kesitsel türdeki çalışmada üçüncü kürden sonra bakım verme süresi arttıkça bakım verenlerin psikiyatrik yönden semptomlarının ve bakım verme yüklerinin arttığı bulunmuştur (100).

Bakım sürecinde yardım almak önemlidir. Bakımı tek başına ve uzun süreli devam ettirmek kişide depresyon oluşumuna sebebiyet verdiği görülmektedir. Bakım veren

kişilerin bu aşamada desteklenmeye ihtiyaçları vardır. Bir diğer kişiden yardım almak ve bakım verilen süreyi kısaltmak bakım vericinin yükünü ve yaşayabileceği sıkıntıların bir kısmını azaltabilir. Bu durumu iyileştirmek için bakım verenlerde periyodik olarak özellikle kendilerini çok stresli ve tükenmiş hissettiklerinde bakım verme zamanı veya görevlerini farklı aile üyeleri arasında yer değiştirmek faydalı olacaktır.

Çalışmamızda primer bakım vericilerden hastaların bakımı konusunda kısmen bilgi sahibi olanların Duygusal Tükenme ve Düşük Kişisel Başarı düzeyi bilgi sahibi olanlardan yüksek bulunmuştur. Literatürde 30 bakım verici ile Erzurum’ da yapılan tek gruplu ön-test son-test yarı deneysel tipte yapılan çalışmada, kanserli çocuğun bakım vericilerinin bakım konusunda eğitim verildikten sonra yaşam doyumu toplam puan ortalamaları incelendiğinde yaşam doyumundaki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (101). Çalışmamızın bulgularına dayanarak bakım vericilerin hasta bakımı konusunda daha kapsamlı bilgi ve eğitime ihtiyaçlarının olduğu söylenebilir. Bu ihtiyaçların yeterli olarak karşılanamamasında, doktor ve hemşirelerin iş yükünün fazla olması sebebiyle sadece hastanın fiziksel sağlığına yönelik çalışmaları ve bu sebeple hastanın bakımı konusunda hasta yakınları ile yeterince iletişime geçemedikleri söylenebilir.

Bakım verenlerin kendi sağlıklarını kötü ve orta düzeyde hissedenlerin depresyon, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı düzeyleri kendi sağlıklarını iyi hissedenlere göre daha yüksek bulundu.

Literatür incelemesi sonucunda kanser bakımının kalitesi ve bakım verenin refahını incelemek amacı ile yapılmış olan derleme de kronik olarak stres altında olan kanser hastası bakım vericilerin zamanla kendi sağlıklarının da tehlikeye girebileceği ve bu durumun bakım verme kapasitelerini azaltabileceği vurgulanmıştır. Örneğin yaralanmalar, yaşa bağlı hareket değişikliği ve kendi sağlık durumlarında olumsuzluk yaşayan bakıcılar hastaya yüksek kaliteli bakım sağlamak için fiziksel olarak yeteneklerini zamanla kaybedebilirler. Bu durum bakım vericide tükenmişlik, yetersizlik hissi yaşamasına ek olarak zihinsel, duygusal ve yaşam kalitesi gibi unsurlarda da değişiklik yaşanmasına neden olabilir (102).

Elde edilen veriler doğrultusunda aile üyelerinden birinin hastalanması diğer aile üyelerinin de sağlığını dolaylı yoldan olumsuz etkileyebilir. Aileden birinin kaybedileceği korkusunu yaşamak, bakım verende ruhsal sıkıntı yaşanmasına, kendi öz bakımını yapmasını ihmal etmesine ve kendi sağlığını daha önemsiz görüp ikinci plana

itmesine sebep olabilir. Bunlara ek olarak hastanın günlük rutin bakımlarının üstüne klinik açıdan da sorumluluklarını taşımak kişinin tükenmişlik yaşamasına neden olabilir.

Yapılan analiz sonuçları doğrultusunda bakım vericilerin bakım verirken en çok zorlandıkları konu ile depresyon ve tükenmişlik puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda hastanın kişisel bakımını yaparken zorlananların depresyon ve tükenmişlik düzeyi diğer gruplara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Giresun ilinde 2019 yılında Palyatif onkolojik hastalara bakım veren 80 bakım verici ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan bir çalışmada bakım vericilerin hastasına bakarken en önemli sorunları arasında; hasta bakımına ilişkin şikayetler (alt bezi değiştirme, pozisyon verme vb.), hastalığa ait şikayetler (ağrı, ateş vb.) ve tükenmişlik olduğu bildirilmiştir (103).

2008-2009 yıllarında Yunanistan’ da 212 kanser hastası bakıcısı ile yapılmış olan bir çalışmada bakıcı depresyonu ile hastaların kendi kendine bakım yapabilme yetisi olmaması ve olağan aktivitelerini gerçekleştirmede sorun yaşamaları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (104).

Yapılan korelasyon analizi sonucunda bakım vericilerin yaşı ve hastanın hastalığının evresi ve hastalık sürecinde hasta ile ilgilenme süresi ile depresyon ve tükenmişlik düzeyi arasında pozitif korelasyon, hastanın yaşı ile bakım vericilerin depresyon ve tükenmişlik düzeyi alt boyutu olan duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt boyutu arasında negatif korelasyon, düşük kişisel başarı puanı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Literatürde çalışma sonuçlarımızı destekleyen araştırmalara rastlanmıştır. İran’ da 2019-2020 yıllarında 300 kanserli hasta yakını ile kesitsel olarak yapılan çalışmada genç hastaya bakım verenlerin depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur (105).

Bu bağlamda kanser hastalıklarıyla ilgili derneklerin/kuruluşların aile üyelerinin bakım yükü ve tükenmişliğini azaltmayı hedefleyen sosyal destek programları ve etkinlikler düzenlemesinin hasta ve aile üyesi için faydalı olacağı düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında Elazığ ili Fırat Üniversitesi Hastanesi Onkoloji 1 ve Onkoloji 2 servislerinde yatan hastalara bakım veren primer bakım vericilerin depresyon ve tükenmişlik düzeyleri incelenmiş olup, çalışmanın bulguları doğrultusunda şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Araştırmaya katılan primer bakım vericilerin yaş ortalaması 42.99 olarak bulunmuştur. Yaş ile depresyon ve tükenmişlik arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Bakım vericilerin yaşın artması ile birlikte depresyon ve tükenmişliğin de arttığı görülmüştür.
- Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin %51.6' sı kadın bakım vericilerden oluşmaktadır. Kadınların erkeklere göre daha fazla depresyon yaşadıkları görülmüştür.
- Çalışma kapsamında bakım veren kişilerin %28.7' si ilkökul mezunundan oluşmaktadır. Eğitim seviyesinin düşmesi depresyon, duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı düzeyini arttırdığı görülmektedir.
- Çalışma kapsamında bakım veren kişilerin %77.1' i evliydi. Evli olanların daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır.
- Bakım veren bireylerin %55.3' ü herhangi bir işte çalışmıyordu. Herhangi bir işte çalışmayanların daha fazla depresyon yaşadıkları görülmüştür.
- Ortalama gelir seviyesi ile depresyon ve tükenmişlik arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Geliri giderinden fazla bakım veren bireylerin daha az depresyon ve tükenmişlik yaşadıkları tespit edilmiştir. Maddi sıkıntı yaşayanların depresyon ve tükenmişlik durumu yaşadığı tespit edilmiştir.
- Araştırma kapsamındaki bakım vericilerin bakım verdikleri hastaların %36.1' i 65 yaş ve üzerinde idi. Hastanın yaşı ile depresyon ve tükenmişlik arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. 65 yaş ve üzeri hastaya bakım verenlerin daha az depresyon ve tükenmişlik yaşadığı görülmüştür.
- Bakım verilen hastaların %31.2' sinin hastalığı dördüncü evrede idi. Hastalığı evresi ile depresyon ve tükenmişlik arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. İleri evre kanser hastasına bakım verenlerin daha fazla depresyon ve tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır.

- Yedi ay ve daha uzun süredir bakım verenlerin daha fazla depresyon ve tükenmişlik yaşadığı görülmüştür.
- Bakım verme sürecinde diğer aile üyelerinden yardım almayanların daha fazla depresyon yaşadıkları görülmüştür.
- Tüm gün bakım verenlerin depresyon durumları fazla bulunmuştur.
- Daha önce hastaya bakım vermeyenlerin kişisel başarı düzeyi bakım verenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Kendi sağlıklarını kötü değerlendiren bakım vericilerin depresyon ve tükenmişlik durumları fazla bulunmuştur.
- Bakım verme esnasında psikiyatrik tedavi almayanların depresyon ve duygusal tükenmişlik düzeyi daha fazla bulunmuştur.
- Hastası ile aynı evde yaşayan primer bakım vericilerin depresyon durumları, hastası ile aynı evde yaşamayanlara göre fazla bulunmuştur.
- Evde bakımından sorumlu olduğu kişi olan bakım vericilerin depresyon düzeyi olmayanlardan fazla olduğu görülmüştür.
- Çalışmamızda bakım vericilerin %28.9' u hastalarına bakım esnasında hastalarını beslemede sorun yaşadıklarını söylemiştir. Beslenme konusunda sorun yaşayanların depresyon ve tükenmişlik durumları daha fazla bulunmuştur.

Bu çalışmanın bulguları doğrultusunda, halk sağlığı alanında önemli bir yer teşkil eden kanser hastalarına bakım verenler için temel sağlık gereksinimleri ve kendilerine destek olacak programlarının planlanması, geliştirilmesi ve uygulanmasına ihtiyaç duyulduğunu gözlemlemek mümkün olmuştur. Bu bulgular ışığında şunlar önerilebilir:

- Cinsiyet, yaş ve medeni durum gibi faktörlerin bakımda oluşturduğu etkiler göz önüne alınarak kadın bakım vericiler, ileri yaşlardaki bakım vericiler ve evli olan bakım vericilerin bu durumdan daha fazla etkilendiği görüldüğünden dolayı bu kişilerin takibinin daha düzenli ve profesyonel kişilerce yapılması ve kendilerinin bu konuda desteklenmesi,
- Maddi yetersizliğin bakım veren kişi üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler sebebiyle bakım veren kişilerin maddi olarak desteklenmesi, destek olacak kaynaklar konusunda gerekli yönlendirmelerin yapılması ve yapılan tüm tanı ve tedavi giderlerinin ücretsiz olarak verilmesi,

- Düşük eğitim seviyesine sahip bakım vericiler ile özellikle ilgilenilmeli, yetersiz oldukları konularda desteklenmeli ve eğitimler verilmeli,
- Bakıma ara vermeden devam eden bakım vericilerin depresyon ve tükenmişliği daha fazla yaşadıkları için bakım sürecinin diğer aile üyeleri tarafından paylaşılması hususunda teşvik edilmesi,
- Bakım veren bireylerin bakımını sürdürdükleri hastaları kadar kendi sağlıklarını da önemsemeleri, dinlenmeleri, kaliteli zaman geçirmeleri konusunda önerilerde bulunulması,
- Hasta bakımı konusunda deneyim sahibi olmayan bakım vericilere doğru ve etkili bakım sunma konusunda sağlık çalışanları tarafından özellikle zaman ayrılıp eğitim verilmeli ve takibi yapılmalı,
- Bakım verme süreci kişiyi fiziksel olarak etkilediği gibi psikolojik olarak da etkilediği unutulmamalı. Bu bağlamda bakım veren bireylerin düzenli olarak psikologlar eşliğinde takibinin yapılması ve değerlendirilmesi,
- Sağlık çalışanları tarafından bakım vericilerin sağlık sorunları ve bu sorunların çözümü konusunda rehberlik, danışmanlık ve yol gösterici olmaları sağlanmalı,
- Ortalama yaşam süresinin artması, tıbbi gelişmelerin yaygınlaşması ve kanser hastalığının uzun ve zorlu bir süreç olmasından ötürü “ bakım " görevinin daha fazla ön plana çıkmasına neden olmuştur. Bu sebeple üzerinde durulması gereken önemli bir konu haline gelmiştir. Bu bilgiler ışığında kanserli hastalara bakım verenlerde depresyon ve tükenmişlik ile ilgili çalışmaların daha fazla yapılarak konu ile ilgili literatürün zenginleştirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Ataseven H, Sayın K. Her Yönüyle Kanser. Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Matbaası, 2020:14-5.
2. Xie, L, Shen C, Shi, Y, MM; Li, H. Caregiver burden among primary family caregivers of patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. a- cross sectional study from suzhou, china. Cancer Nursing 2021, 44(6): 556-66.
3. Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi 2011, 53(4): 248-53.
4. Mor V, Allen S, Malin M. The psychosocial impact of cancer an older versus younger patients and their families. Cancer Supplement, 1994, 74(7): 2118-27.
5. Papastavrou, Evridiki PhD, Charalambous, Andreas PhD, Tsangari, Haritini PhD, Karayiannis, George RN. The Burdensome and Depressive Experience of Caring. Cancer Nursing 2012, 35(3): 187-194.
6. Softa HK, Çelik A, Başbilen H. Kemoterapi alan hasta yakınlarında depresyon. Kastamonu Sağlık Akademisi 2016, 1(1): 56-70.
7. İlhan H. Palyatif bakım hastalarının bakıcılarında tükenmişlik düzeylerinin sosyal yaşamları arasındaki etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Tıp Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2018.
8. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2021, 71(3): 209–49.
9. Risk Factor and Cancer. https://www.cdc.gov/cancer/risk_factors.htm Son Erişim tarihi: 21.Kasım.2022.
10. Kanser Nedir Belirtileri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir>. Son Erişim Tarihi: 09.Aralık.2021
11. Aktaş SH, Akbulut H. Kolorektal Kanserde Anjiyogenez ve Anti-anjiyogenik Tedaviler. Türk Onkoloji Dergisi 2014, 29(2): 67-79.
12. Cancer Diagnostics. <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/symptoms> E.T Son Erişim Tarihi: 09. Aralık.2021.
13. Reducing Cancer Risks. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_2 Son Erişim Tarihi: 25.Kasım.2022.

14. Kanser Taramaları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>. Son Erişim Tarihi: 25.Kasım.2022.
15. Baykara O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2016, 5(3): 154-65.
16. Kanser Tedavisi. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi>. Son Erişim Tarihi: 26.Kasım.2022.
17. Enç N. İç Hastalıkları Hemşireliği. 3. Baskı. İstanbul Nobel Tıp Kitapevi, 2021: 471.
18. What is Cancer Surgery. <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/surgery/what-cancer-surgery> Son erişim Tarihi:13. Aralık.2021
19. Özlük AA, Oytun MG, Günenç D. Kanser immünoterapisi. FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi 2017, 2(1): 21-3.
20. Hormonal Tedavi. <https://sagligim.gov.tr/hormonal-tedavi.htm>. Son Erişim Tarihi:13. Aralık.2021.
21. Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz SÇ. Yüğü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016, 13(3): 216-25.
22. Lee, HJ, Park EC, Kim SJ, Lee SG. Quality of life of family members living with cancer patients. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2015, 16 (16): 6913-7.
23. Lafcı D, Yıldız E, Toru F, Karakaya D. Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verenlere etkisi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2020, 7(2): 105-13.
24. Erdoğan Z, Yavuz DE. Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2014, 23(4): 726-36.
25. Özer S. Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2010, 1(1):3-7.
26. Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016, 5(4): 54-66.
27. Altay B, Erkuran H, Avcı İA. Alzheimerli hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 2018, 3(2): 1-8.
28. Tayaz E, Koç A. Engelli bireye bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Bakırköy Tıp Dergisi 2018, 14(1) : 44-52.
29. Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2012, 14(2): 73-80.

30. Lafcı D, Yıldız E, Toru F, Karakaya D. Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verenlere etkisi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2020, 7(2): 105-13.
31. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011, 3(3): 513-52.
32. Toker S, Ayraller A, Özgün R. Evde bakım birimince takip edilen hastaların bakımlarından sorumlu kişilerde depresyon. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2019, 4(4): 428-43.
33. Malhi GS, Mann JJ. Depression. The Lancet 2018, 392(10161): 2299-312.
34. Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Journal Of Contemporary Medicine 2016, 6(1): 51-66.
35. Yüksel N. Agomelatinin klinik kullanımı: major depresyon Klinik Psikiyatri 2012, 15(1): 20-28.
36. Li Q, Lin Y, Xu Y, Zhou H. The Impact of depression and anxiety on quality of life in chinese cancer patient-family caregiver dyads, a cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes 2018, 16(1): 1-15.
37. Loh AZ, Tan JS, Zhang MW, Ho RC. The global prevalence of anxiety and depressive symptoms among caregivers of stroke survivors. Journal Of The American Medical Directors Association 2017, 18(2): 111-6.
38. Softa HK, Çalik A, Halil, Başbilen H. Kemoterapi alan hasta yakınlarında depresyon. Kastamonu Sağlık Akademisi 2016, 1(1):56-70.
39. Duran S, Kaynak S, Karadas A. Depression, anxiety and stress levels in caregivers of palliative patients: a descriptive, cross-sectional study. Fam Pract Palliat Care 2019, 4(3): 120-5.
40. Küçükoglu E. Kemoterapi alan hastaların bakım verenlerinin karşılanmamış gereksinimleri, bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2019.
41. Galaya R, Kinross J, Arulampalam T. Factors associated with burnout syndrome in surgeons: a systematic review. Royal College of Surgeons of England. 2020, 102(6): 401-7.
42. Çankaya M. Özel hastane çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ve bir alan uygulaması. International Journal of Academic Value Studies 2017, 3(9): 1-15.

43. Çam MO, Engin E. Hemşirelerde tükenmişlik. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017, 10(51): 501-7.
44. Ayraller A, Yavuz BG, Bakım B, Karamustafalıoğlu O. Diyaliz ünitesinde çalışan sağlık ekibinde tükenmişlik sendromu. Journal of Academic Research in Medicine. 2011; 1(2): 52-6.
45. Güzel HÇ, Altındağ Ö. Hastane çalışanlarında tükenmişlik sendromunun bel ağrısı, boyun ağrısı, ruhsal durum ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Dergisi 2017, (1)1: 36-45.
46. Yıldız E. Mesleki tükenmişlik ve rehber öğretmenler üzerine bir araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012, 33(2): 37-61.
47. Şentürk S. Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Bozok Tıp Dergisi 2014, 4(3): 48-56.
48. Aktürk N, Akman F, Ellidokuz H, Kınay AM. Türkiye’de radyasyon onkolojisi anabilim dalında çalışmakta olan araştırma görevlisi hekimlerde tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2015, 30(3):109-17.
49. Alacacioğlu A. Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıbbi Onkoloji uzmanlık tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2007.
50. Bala BÖ, Acar E. Türk Toplumunda kanserli hastalar ve yakınları arasındaki depresyon ve depresyonla ilişkili faktörler. Acta Oncologica Turcica. 2017, 50(2): 115-23.
51. Akdoğan E, Kaya. E Kronik hastalığa sahip olan bireylere bakım veren hasta yakınlarının hastalık süreci yönetimine ilişkin davranışlarının incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2022, 25(2): 373-88.
52. Toptaş S. Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
53. Gür SC. Kanserli hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Şanlıurfa: Harran Üniversitesi, 2018.

54. Leng A, Jing J, Nicholas S, Wang J. Catastrophic health expenditure of cancer patients at the end-of-life: a retrospective observational study in China. *BMC Palliative Care*. 2019, 18(1): 1-10.
55. Azzani M, Yahya A, Roslani AC, Su TT. Catastrophic Health Expenditure Among Colorectal Cancer Patients and Families: A Case of Malaysia. *Asia Pacific Journal of Public Health* . 2017, 29(6) : 485–94.
56. Zheng A, Duan W, Zhang L, Bao X, Mao X, Luo Z, Jin F. How great is current curative expenditure and catastrophic health expenditure among patients with cancer in China? A research based on “System of Health Account 2011”. *Cancer Medicine*. 2018, 7(8) :4036–43.
57. Rhee TS, Yun YH, Park S, Shin DO, Lee KM, Yoo HJ, Kim JH, Kim SO, Lee R, Lee YO, Kim NS. Depression in Family Caregivers of Cancer Patients: The Feeling of Burden As a Predictor of Depression. *Journal Of Clinical Oncology* 2008;26(36):5890-5.
58. Kurt S, Ünsar S, Erol E. Kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020, 11(1): 43-8.
59. Arıkan F, Körükçü Ö, Uçar MA, Özcan K, Göksu SS, Coşkun HS. Kanser hastalarına bakım verenlerin sosyal destek düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Akdeniz Tıp Dergisi*. 2019, 5(3):398-407.
60. Küçükoğlu E. Kemoterapi alan hastaların bakım vericilerinin karşılanmamış gereksinimleri, bakım yükü anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç hastalıkları Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2019.*
61. Orak OS, Sezgin S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2015, 6(1):33-9.
62. Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz SÇ. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 2016, 13 (3): 216-25.
63. Karaaslan A. kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, 2013.*
64. Türkoğlu N. Kanserli hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin yaşam kalitesine etkisi. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı*

- Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.
65. Şahin S, Cingil D. hematoloji hastalarına bakım verenlerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021, 24(4): 503-11.
66. Çeler GG, Özyurt BC, Elbi H, Özcan F. Meme kanserli hastaların yakınlarında yaşam kalitesinin ve bakım yükünün değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal. 2018, 18(2): 164-74.
67. Zuo Y, Luo BR, Peng WT, Liu XR, He YL, Zhang JJ. Informal caregiver burden and influencing factors in gynaecological oncology patients hospitalized for chemotherapy: a cross-sectional study. Journal of International Medical Research. 2020, 48(11):1-13.
68. Shou Xu, Huiping Zhang, Jingxin Wang. Caregiver burden and depression among chinese family caregivers: the role of self-compassion. Mindfulness. 2020, 11:1647-54.
69. Karabuğu H. Kanserli hasta yakınlarına bakım verenlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2013.
70. Semerci R, Uysal N, Şahin E, Tayaz E, Özkan S, Koyu HÖ, Kostak MA, Soyer G, Pörücü C. Kanserli hastalara bakım verenlerin manevi iyilik durumları ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 2023, 6(1): 1-13.
71. Kaya N, Bolol N, Ülgen S, İşçi Ç, Özen S, Akgün G. Kanserli bireyin bakımından sorumlu yakınlarının yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Clinical and Experimental Health Sciences 2018, 8(1): 25-3.
72. Uludağ F. Kanser Hastaları ve Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik Durumları ve stresle Başa Çıkma Tarzları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2016.
73. Alkan SA, Çamlıca T, Koç Z. İnformal bakım vericilerin sosyal destek gereksinimleri ve baş etme mekanizmaları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi 2023, 33(1) 157-71.
74. Lutz BJ., Young ME. Rethinking intervention strategies in stroke family caregiving. Rehabil Nur 2010, 35(4):152-60.

75. Chua GP, Su G, Pang Y, Yee ACP, Neo P, Zhou S, Lim C, Wong YY, Qu DL, Pan FT, Yang GM. Supporting the patients with advanced cancer and their family caregivers: what are their pallative care needs? BMC Cancer. 2020, 20(768):1-15.
76. Orak S, Sezgin S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2015, 6(1):33-9.
77. Görgülü Ü, Akdemir N. İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi. 2010, 20(4):125-32.
78. Özhan E. Kanser hastalarının yakınlarının psiko-sosyal durumlarının değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2019.
79. Bedaso A, Dejen G, Duko B. Depression among caregivers of cancer patients. updated systematic review and meta- analysis. Psycho-Oncology. 2022, 31(11):1809-20.
80. Ateş E, Set T, Canyılmaz E, Çakır NG, Yurtsever C, Yöney A. Kanser hastalarının ve onlara bakım veren kişilerin depresyon ve anksiyete durumlarının değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal. 2018, 18(1):61-7.
81. Kim Y, Baker F, Spillers RL. Cancer caregivers' quality of life: effects of gender, relationship, and appraisal. Journal of Pain and Symptom Management. 2007, 34:294-304.
82. Geng H, Chuang D, Yang F, Yang Y, Liu W, Liu L, Tian H. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Medicine. 2018, 97(39):1-8.
83. Li Q, Lin Y, XU Y, Zhou H. The İmpact Of Depression And Anxiety On Quality Of Life İn Chinese Cancer Patientfamily Caregiver Dyads, A Cross-Sectional Study. Health And Quality Of Life Outcome. 2018, 16(1): 1-15.
84. Nuwamaya S, Nkola R, Najjuka SM, Nabulo H, Al-Mamun F, Mamun M, Kaggwa MM. Depression in ugandan caregivers of cancer patients: the role of coping strategies and social support. Psycho-Oncology. 2023, 32(1):113-24.
85. Fellia T, Sarafis P, Bouletis A, Tzenetidis V, Papathanasiou I, Apostolidi TP, Gkena N, Nikolentzos A, Patsopoulou A, Malliarou M. Correlation of Cancer Caregiver's Burden, Stress, and Their Quality of Life. Advances in Experimental Medicine And Biology. 2023, 1425:267-73.

86. Soylu C, Özaslan E, Karaca H, Özkan M. Psychological distress and loneliness in caregiver of advanced oncological inpatients. *Journal Of Healty Psychology* 2016, 21(9) : 1896-1906.
87. Eyigör S, Karapolat H, Korkmaz OK, Uslu R, Durmaz B. Hastanede yatan kanser hastalarının birincil bakıcılarının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon durumu. *İzmir Tepecik Hastanesi Dergisi* 2007, 17(3):163-8.
88. Haley WE, LaMonde LA, Han B, Burton AM, Schonwetter R. Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: Application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*. 2023, 6(2): 215–24.
89. Götze H, Brahler E, Gansera L, Schnabel A, Gottschalk-Peischer A, Köhler N. Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death. *Europen Journal of Cancer Care*. 2018, 27(2): 1-8.
90. Allen RS, Hilgeman MM, Ege MA, Shuster JL, Burgio Idactivi. legacy ties as interventions approaching the end of life. *Journal of Palliative Medicine*. 2008, 11(7):1029-38.
91. Şahin ZA. Kemoterapi hastalarına bakım veren aile bireylerinin gösterdikleri tepkiler ile öfke ifade tarzlarının belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2009.
92. Pasacreta JV, Barg F, Nuamah I, McCorkle R. Participant charecteristics before and 4 months attendance at a fily caregiver cancer. Education program. *Cancer Nursing*. 2000, 23(4):295-303.
93. Yıldız MK. Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2017, 14(3): 176-84.
94. Uğur Ö, Fadiloğlu ZÇ. Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2012, 1(2):53-8.
95. Nijboer C, Tempelaar R, Triemstra M, Van Den Bos GA, Sanderma R. The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. *Cancer*, 2001, 91(5):1029–39.

96. Eskimez Z, Tosunöz İK, Öztunç G, Demirci PY, Paydaş S, Kumaş G. Kemoterapi alan meme kanserli hastalara bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021, 30(1):21-30.
97. Moghaddam ZK, Rostami M, Zeraatchi A, Bytamar JM, Saed O, Zenzorian S. Caregiving burden, depression, and anxiety among family caregivers of patients with cancer: an investigation of patient and caregiver factors. *Frontiers in Psychology*. 2023, 20(14) :1-17.
98. Yurtseven İK. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2018.
99. Ülgen T. Kanser hastasına bakım verenlerin evdeki bakım uygulamaları ve algılanan sosyal desteğin bakım yüküne etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Onkoloji Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2019.
100. Öksüz E, Barış N, Arslan F, Ateş MA. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 2013, 7(1):24-30.
101. Varol E. Kanser hastası olan çocukların bakım vericilerine evde yapılan eğitimin bakım yükü, depresyon ve yaşam doyumuна etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2018.
102. Litzelman K. Caregiver well-being and the quality of cancer care. *Seminars Oncology Nursing*. 2019, 35(4): 348–53.
103. Ayraler A, Akturan S, Kumlu G. Onkolojik palyatif bakım servisinde yatan hastaların bakımını üstlenen bireylerin algılanan stres düzeylerinin ve strese etki eden faktörlerin belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2020, 12(2):227-35.
104. Vrettos I, Kamposioras K, Kontodimopoulos N, Pappa E, Georgiadou E, Haritos D, Papadopoulos AA, Niakas D. Comparing health-related quality of life of cancer patients under chemotherapy and of their caregivers. *The Scientific World Journal*. 2012, 1-9.doi:10.1100/2012/135283.
105. Moghaddam ZK, Rostami M, Zeraatchi A, Bytamar JM, Saed O, Zenzorian S. Caregiving burden, depression and anxiety among family caregivers of patient with cancer: An investigation of patient and caregiver factor. *Frontiers in Psychology*. 2023, 14: 1-17.

EK-4. Anket Formu

Değerli Katılımcılar

Bu çalışma kanserli hastalara bakım verenlerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır. Sorulara vermiş olduğunuz cevaplar çalışmamıza ışık tutacak ve bu konunun daha iyi anlaşılması konusunda çok faydalı olacaktır. Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalı olup, veriler bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Katılımcılar ad ve soyadını kesinlikle belirtmeyeceklerdir. Bu araştırma için siz herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyecek ve size de bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz

1) Yaşınız.....

2) Cinsiyetiniz 1-Kadın 2- Erkek

3) Eğitim durumunuz nedir?

1-Herhangi bir okul bitirmemiş

2-İlkokul mezunu

3-Ortaokul mezunu

4-Lise mezunu

5-Üniversite mezunu ve üzeri

4) Sosyal Güvenceniz nedir?

1) SGK

2) Özel Sigorta

3) Yeşil Kart

4) Yok

5) Medeni durumunuz nedir? 1-Bekar 2-Evli 3-Dul/Boşanmış

6) Evli iseniz çocuğunuz var mı? 1) Evet 2) Hayır

7) Evet ise kaç çocuğunuz var (yazınız).....

8) Mesleğinin nedir (yazınız).....

9) Aylık ortalama geliriniz nedir (yazınız).....TL

10) Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

11) Hastanızın yaşı..... 12) Tanısı 13) Evresi

14) Ne kadar süredir hastanızın bakımıyla ilgileniyorsunuz? Ay.....

15) Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?

1) Eşi

2) Annesi

3) Kızı

4) Oğlu

5) Kız Kardeşi

6) Erkek Kardeşi

7) Gelini 8) Torunu 9) Bakıcısı 10) Diğer.....

16) Hastanızın bakımı ile sorumlu siz dışında biri daha var mı?

1) Evet 2) Hayır

17) Hastanıza hangi zaman dilimlerinde bakım veriyorsunuz?

1) Tüm gün 2) Sadece gündüz 3) Sadece gece
4) Hafta sonu 5) Diğer.....

18) Hastanızın bakımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip misiniz?

1) Bilgi sahibiyim 2) Bilgi sahibi değilim 3) Kısmen bilgi sahibiyim

19) Kendi sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1) İyi 2) Orta 3) Kötü

20) Hastaya bakım veren kişi olarak kronik bir rahatsızlığınız var mı?

1) Evet 2) Hayır

21) Evet ise rahatsızlığınız nedir?.....

22) Bakım verici olmanın size yaşattığı zorluklar nedeniyle şu an psikiyatrik tedavi alıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

23) Hastanız tıbbi tedavi dışında herhangi bir destek tedavi alıyor mu?

1) Evet 2) Hayır

24) Sizin hastanız ile aynı tanıyı almış diğer hasta yakınlarından tedavi süreci ile ilgili herhangi bir öneri alıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

25) Cevabınız evet ise ne tür bir öneri alıyorsunuz?.....

26) Hastanız ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?

1) Evet 2) Hayır

27) Evde bakımından sorumlu olduğunuz başka biri daha var mı?

1) Evet 2) Hayır

28) Cevabınız “ Evet” ise kime bakıyorsunuz?

- 1) Çocuk 2) Anne- baba 3) Eş 4) Akraba 5) Diğer.....

29) Daha önce herhangi bir hastaya bakım verdiniz mi?

- 1) Evet 2) Hayır

30) Hastanızın bakımı için devletten maddi olarak destek alıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

31) Hastanıza bakım verirken en çok hangi konularda zorluk yaşıyorsunuz?

- 1) Kişisel bakım yaparken (tuvalet, banyo, traş ihtiyacı vb) zorlanıyorum.
2) Beslenmesinde zorlanıyorum.
3) Hastaneye götürülmesi hususunda zorlanıyorum.
4) Moral ve motivasyon desteği sağlamak konusunda zorlanıyorum.
5) Hiçbir konuda zorlanmıyorum.
6) Diğer.....

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uygun seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir	Çok nadir	Bazen	Çoğu	Her zaman
1. Hastamdan soğuduğumu hissediyorum.					
2.Günün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3.Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. Hastamın ne hissettiğini hemen anlarım					
5.Hastama sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6.Bütün gün hastamla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7.Hastamın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8.Hastamın bakımına yönelik olarak yaptığım işlerden tükendiğimi hissediyorum.					
9.Yaptığım şeylerle hastamın yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10.Hastama bakmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11.Hastamın bakımının beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12.Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13.Hastamın beni kısıtladığını hissediyorum.					
14.Hastamın bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. Hastama ne olduğu umurumda değil.					
16.Doğrudan doğruya hastamla ilgilenmek bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.Hastamla aramda rahat bir hava yaratırım.					
18.Hastamla ilgilendikten sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19.Hastamın bakımına yönelik olarak birçok kayda değer başarı elde ettim.					
20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21.Hastamla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22.Hastamın, kendisinin bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandığını hissediyorum.					

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Açıklama:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, Bugün Dahil Geçen Hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1) **0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2) **0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3) **0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4) **0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5) **0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 6) **0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7) **0. Kendimden memnunum.**
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8) **0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9) **0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10) **0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11) **0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12) **0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13) **0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14) **0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15) **0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16) **0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17) **0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18) **0. İştahım her zamanki gibi.**
 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.

19) **0. Son zamanlarda kilo vermedim.**

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20) **0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21) **0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.