



**PALYATİF BAKIM ALAN KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN
BİREYLERİN SPİRİTÜEL İYİLİK DURUMU, BAKIM YÜKÜ VE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Burçin ATAMER

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

EYLÜL 2021

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Burçin ATAMER

06/09/2021

PALYATİF BAKIM ALAN KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN BİREYLERİN
SPİRİTÜEL İYİLİK DURUMU, BAKIM YÜKÜ VE YAŞAM KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Burçin ATAMER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Eylül 2021

ÖZET

Bu tanımlayıcı- ilişki arayıcı çalışmanın amacı kanser hastasına palyatif bakım veren bireylerin spiritüel iyilik durumu, bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Çalışmamızın evrenini Ankara Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji-A ve Palyatif Bakım Servislerinde 21.01.2020- 15.04.2021 tarihleri arasında yatan kanser hastalarının primer bakım verenleri oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme; araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan palyatif bakım alan kanser hastasına bakım veren 135 birey alınmıştır. Veriler “Bakım Veren Tanıtım Formu”, “Hasta Tanıtım Formu”, “Bakım Verme Yükü Ölçeği”, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda t testi ve Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans testi ve Post-Hoc test istatistiklerinden Tukey HSD Tamhane’s testi, Bonferroni testi, Pearson ve Sperman Korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır. Bakım verenlerin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$). Bakım verenlerin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$). Bu sonuçlara göre sağlık profesyonellerinden hemşirelerin palyatif bakım alan kanser hastalarının yanı sıra bakım verenlerinin de spiritüel gereksinimlerinin karşılanması ve bakım yüklerinin azaltılması ve yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik değerlendirme ve destek girişimleri yapmaları önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.2
Anahtar Kelimeler : Bakım veren, Bakım yükü, Spiritüel iyi oluş, Yaşam kalitesi
Sayfa Adedi : 105
Danışman : Prof. Dr. Ülkü POLAT

A STUDY INTO THE RELATION BETWEEN SPIRITUAL GOODNESS STATUS,
CARE BURDEN AND LIFE QUALITY OF THE INDIVIDUALS GIVING CARE TO
CANCER PATIENTS TAKING PALLIATIVE CARE

(M. Sc. Thesis)

Burçin ATAMER

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

September 2021

ABSTRACT

The purpose of this descriptive study is to investigate the relation between spiritual goodness status, care burden and quality of life of the individuals giving care to cancer patients taking palliative care. The population of the study was made up of premiere care givers of cancer in-patients between the dates of 21.01.2020 and 14.04.2021 at the Medical Oncology-A and Palliative Care Services of Ankara City Hospital. A total sum of 135 individuals suitable for the inclusion criteria of the study, volunteering in the study, whose written and oral consents were taken, and giving care to cancer patients taking palliative care were included in the study. The data of the study was collected using “Introduction Form of Care Givers”, “Introduction Form of Patient”, “Care Giving Burden Scale”, “Spiritual Well-Being Scale” and “SF-36 Quality of Life Scale”. In the evaluation of the data showing normal distribution, t test, One-way ANOVA Analysis were used in the independent groups of parametric tests and of Post-Hoc tests Tukey HSD and Tamhane’s. In the evaluation of the data not showing normal distribution, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis Variance test were used and to determine the significant difference source found between the groups as a result of the analysis, Bonferroni test, a Post-Hoc test statistic was used. In order to investigate the relation between data, Pearson and Spearman Correlation analysis and regression analysis was made. A statistically significant and negative relation was found between the Spiritual Well-Being Scale mean scores and Care Giving Burden Scale mean scores ($p < 0.05$). A statistically significant and positive relation was found between the Spiritual Well-Being Scale mean scores and some subdimensions of SF-36 Quality of Life Scale mean scores ($p < 0.05$). Depending on these results, it is recommended that nurses in the group health professionals should carry out evaluation and make supportive attempts to meet the spiritual needs of cancer patients taking palliative care as well as care givers, decrease their care burden and increase their life qualities.

Science Code : 1032.2
Key Words : Caregiver, Burden of care, Spiritual well-being, Quality of life
Page Number : 105
Supervisor : Prof. Dr. Ülkü POLAT

TEŞEKKÜR

Eğitim sürecim ve tez çalışmam boyunca bana rehberlik edip yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini benimle her daim paylaşan, sevgi, hoşgörü ve anlayışını daima hissettiğim sevgili danışmanım Prof. Dr. Ülkü POLAT’a, tezime verdikleri katkılardan dolayı değerli jüri üyelerine, tezimin uygulama aşamasında olumlu işbirliği içinde olduğum Ankara Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji-A ve Palyatif Bakım Servisi’nin kıymetli ekibine, çalışmaya katılmayı kabul eden değerli bakım verenlere, eğitim sürecim ve tez çalışmam boyunca bana desteğini esirgemeyen, zorluklarla mücadele ederken hep yanımda olup aşmamı sağlayan, her zaman motive eden canım ailem; Dilek ATAMER, Yılmaz TURHAN, Ayça TOPAL, Gülçin ATAMER KÜÇÜK ve Kübra Ceren ATAMER’ e, tez çalışmam boyunca düşünce, fikir ve desteklerinden yararlandığım birbirinden değerli arkadaşlarım; Büşra ÖZER, Hilal KOÇUMOĞLU, Damla YILDIRIM, Berran BİÇER ve kıymetli kardeşlerim; Can Berk KILIÇ ve Nur KÜÇÜK’ e teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Palyatif Bakım Kavramı.....	7
2.2. Palyatif Bakım ve Kanser	7
2.3. Palyatif Bakım İhtiyacı	8
2.4. Palyatif Bakımın Hedefleri	9
2.5. Dünyada Palyatif Bakım	9
2.6. Türkiye’de Palyatif Bakım.....	10
2.7. Palyatif Bakım Modelleri.....	11
2.7.1. Hastane temelli palyatif bakım.....	11
2.7.2. Ev temelli palyatif bakım	11
2.7.3. Toplum temelli palyatif bakım	11
2.8. Palyatif Bakım Merkezleri	12
2.9. Palyatif Bakım Hemşireliği.....	12
2.10. Spiritüel İyilik Durumu.....	12
2.10.1. Spiritüel iyilik hali düzeyinin artırılmasında hemşirelik yaklaşımları .	14
2.11. Bakım Yüğü.....	15
2.11.1. Bakım yükünü etkileyen faktörler	16

	Sayfa
2.11.2. Bakım veren bireye ait özellikler	16
2.11.3. Hastaya ait özellikler	16
2.11.4. Bakım verme ile ilgili özellikler	17
2.11.5. Bakım yükünün azaltılmasında hemşirelerin rol ve sorumlulukları.....	17
2.12. Yaşam Kalitesi.....	18
2.12.1. Yaşam kalitesini etkileyen faktörler.....	19
2.12.2. Palyatif bakım alan kanser hastasına bakım veren bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler.....	19
2.12.3. Yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik hemşirelik yaklaşımları...	19
3. YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Şekli	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.3.1. Örneklemen hesaplanması	21
3.3.2. Örneklem seçim kriterleri	22
3.4. Verilerin Toplanması	22
3.4.1. Veri toplama araçları	22
3.4.2. Uygulama.....	25
3.4.3. Verilerin değerlendirilmesi.....	25
3.4.4. Araştırmanın etik boyutu	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
4.2. Palyatif Bakım Alan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	28
4.3. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	30
4.4. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Ortanca Değerleri.....	31

Sayfa

4.5. Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları Medyan Değerleri.....	32
4.6. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları Medyan Değerleri (n=135)	36
4.7. Palyatif Bakım Alan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları Medyan Değerleri	39
4.8. Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları	41
4.9. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları	43
4.10. Palyatif Bakım Alan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları	44
4.11. Bakım Veren Bireylerin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	45
4.12. Hasta ve Bakım Veren Bireye Ait Özelliklerin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	47
4.13. Hasta ve Bakım Veren Bireye Ait Özelliklerin Spiritüel İyi Oluş Üzerindeki Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	50
4.14. Hasta ve Bakım Veren Bireye Ait Özelliklerin Bakım Verme Yükü Üzerindeki Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	52
4.15. Bakım Veren Bireylerin Spiritüel İyi Oluş ve Bakım Verme Yükünün Yaşam Kalitelerini Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları .	53
5. TARTIŞMA.....	57
5.1. Spiritüel İyi Oluş, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Bakım Verme Yükü Puan Ortalamalarının Tartışılması	57
5.2. Spiritüel İyi Oluş, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin Tartışılması	60
5.3. Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre Spiritüel İyi Oluş, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
6.1. Sonuçlar	71

	Sayfa
6.2. Öneriler	75
KAYNAKLAR	77
EKLER.....	85
EK-1. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	86
EK-2. Veri Toplama Formu.....	88
EK-3. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	91
EK-4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği	92
EK-5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	94
EK-6. Etik Komisyon Onayı	97
EK-7. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	100
EK-8. Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı	101
EK-9. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği İzni	102
EK-10. Bakım Verme Yüğü Ölçeği İzni.....	103
ÖZGEÇMİŞ	104

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Post Hoc Power analizi sonuçları	22
Çizelge 4.1. Bakım veren bireylerin tanıtıcı özellikleri (n=135).....	27
Çizelge 4.2. Palyatif bakım alan hastaların tanıtıcı özellikleri (n=135)	28
Çizelge 4.3. Bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili özellikleri (n=135)	30
Çizelge 4.4. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı, Spiritüel İyi Oluş Ölçeğı ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı puan ortalamaları ve ortanca değerleri (n=135)	31
Çizelge 4.5. Bakım veren bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı alt boyut puanları medyan değerleri (n=135)	33
Çizelge 4.6. Bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı alt boyut puanları medyan değerleri (n=135)	37
Çizelge 4.7. Palyatif bakım alan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı alt boyut puanları medyan değerleri (n=135)	40
Çizelge 4.8. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeğı alt boyutları puan ortalamaları (n=135)	42
Çizelge 4.9. Bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeğı alt boyutları puan ortalamaları (n=135)	43
Çizelge 4.10. Palyatif bakım alan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre bakım veren bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeğı alt boyutları puan ortalamaları (n=135)	45
Çizelge 4.11. Bakım veren bireylerin Spiritüel İyi Oluş Ölçeğı, Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı puan ortalamaları arasındaki ilişki (n:135)	46
Çizelge 4.12. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin canlılık alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları	47
Çizelge 4.13. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin mental sağlık alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları	48
Çizelge 4.14. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin fiziksel rol alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları	48

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.15. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin emosyonel rol güçlüğü alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları	49
Çizelge 4.16. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin sosyal fonksiyon alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları	49
Çizelge 4.17. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin ağrı alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları	49
Çizelge 4.18. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin genel sağlık alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları	50
Çizelge 4.19. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin aşkınlık alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları	50
Çizelge 4.20. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin doğayla uyum alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları	50
Çizelge 4.21. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin anomi alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları	51
Çizelge 4.22. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin anomi alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları	51
Çizelge 4.23. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin spiritüel iyi oluş üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları	51
Çizelge 4.24. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin bakım verme yükü üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları	52
Çizelge 4.25. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün fiziksel fonksiyon üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları	53
Çizelge 4.26. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün fiziksel rol güçlüğü üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları	53
Çizelge 4.27. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün ağrı üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları	53
Çizelge 4.28. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün genel sağlık algısı üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları	54
Çizelge 4.29. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün canlılık üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları	54

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.30. Bakım verenlerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün sosyal fonksiyon üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları.....	54
Çizelge 4.31. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün emosyonel rol güçlüğü üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları.....	55
Çizelge 4.32. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün mental sağlık üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları.....	55

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
GLOBOCAN	Global Küresel Kanser İnsidansı, Mortalite ve Prevalans Cancer Observatory) (Çevrimiçi Veritabanı)
HT	Hipertansiyon
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KY	Kalp Yetmezliği
PB	Palyatif Bakım
SPSS	Statistical Packag for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

Problem tanımı ve önemi

Kanser, hücrelerin kontrolsüz biçimde çoğalıp büyümesine neden olan genlerle ilişkili bir hastalıktır [1].Kanser hasta ve ailesinin yaşam kalitesini etkileyen morbidite ve mortalite oranı giderek artan ciddi bir halk sağlığı sorunudur [2].Küresel Kanser İnsidansı, Mortalite ve Prevalans Çevrimiçi Veritabanı (GLOBOCAN)2018 verilerine göre dünyada 18,1 milyon yeni kanser vakası ve 9,6 milyon kansere bağlı ölüm, 2020 verilerinde ise 19,3 milyon yeni kanser vakası ve yaklaşık 10,0 milyon kansere bağlı ölüm görüldüğü belirtilmiştir [3, 4].Ayrıca 2040 yılında dünya çapındaki yeni kanser vakası sayısının 30,2 milyon olacağı ön görülmektedir[5].Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK) 2019 verilerinde ölümlerin % 18,4' ünün nedeninin iyi ve kötü huylu tümörler olduğu belirtilmiştir [6]. Türkiye' de 2020 yılında ise nüfus 84.339.067 iken, yıllık yeni kanser vaka sayısı 233.834 ve kansere bağlı ölüm 126.335 olarak bildirilmiştir [7].

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen görülme sıklığı giderek artan kanser, hastalarda birçok fiziksel, psikolojik, ekonomik, sosyal ve spiritüel sorunlara neden olmaktadır [8, 9]. Hastalarınbu sorunlardan dolayı günlük yaşamlarını sürdürmesinde zorluk yaşaması bakım verenlerine bağımlılığa ve bakım yüküne neden olabilmektedir. Bakım veren bireylerin bakım verdiği bireyin bakımı dışında rol ve sorumluluklarının olması bakım yükü algısını etkilemektedir. Çünkü kanser hastalığı sadece hastanın değil hastaya bakım veren bireyin de yaşamını olumsuz etkilemektedir [10, 11, 12].

Günümüzde kanser hastasının ve bakım verenlerinin yaşadıkları sorunların azaltılmasında hasta ve aile merkezli yaklaşımı vurgulayan palyatif bakımın önemi giderek artmaktadır [13]. Palyatif bakım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hastaya tanı konulduğu andan itibaren hem hasta hem bakım veren bireye, yas sürecinde ise bakım veren bireye fiziksel, psikolojik, spiritüel, ekonomik, sosyal yönlerden destek sağlayan bir bakım olarak tanımlanmıştır [14].

Kanser hastasına palyatif bakım veren bireyin hastanın semptomlarını kontrol etme, kriz durumunu yönetme, tıbbi tedavilerin yapılmasını sağlama, duygusal ve fiziksel destek olma gibi birçok görev ve sorumlulukları bulunmaktadır [15]. Bu görevleri yerine getirme

esnasında karşılaştığı fiziksel, psikolojik, ekonomik, sosyal ve spiritüel sorunlar ise literatürde ‘bakım yükü’ olarak ifade edilmiştir [16, 17, 18]. Palyatif kanser hastasına bakım veren bireylerin zaman içinde artan bakım görevleri ve sorumlulukları öznel ve nesnel yük veya ekonomik yüke yol açabilir. Bakım yükü algısı hastanın özelliklerine, bakım verenin özelliklerine ve bakım verme ile ilgili özelliklere göre değişmektedir [8, 15]. Literatürde hastanın yaşı, tanı süresi, evresi, komorbidite, bilişsel ve işlevsel yetersizlikler, davranışsal sorunlar gibi hastayla ilgili faktörlerin bakım yükünü artırdığı belirtilmektedir. Bakım verene ait özelliklerden başlıca cinsiyet, yaş, eğitim, hasta ile yakınlık derecesi, sağlık durumu, kronik bir hastalığı olma, ekonomik durum gibi faktörlerin ve bakım verme ile ilgili özelliklerden ise bakım verme görevleri, bakımda destek alma durumu, sosyal destek alma, bakım verme süresi gibi faktörlerin bakım verenin bakım yükünü ve yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir [8, 19-23].

Kanser hastalarına palyatif bakım veren bireylerin bakım sorumluluklarını yerine getirebilmek için günlük yaşam aktivitelerini hasta bireye göre düzenlemelerine bağlı bakım yüklerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir [2, 21, 24]. Literatürde kanser hastasına palyatif bakım verenlerinde bakım yükünün artmasına bağlı uyku düzeninde bozulma, halsizlik, iştahsızlık, yorgunluk, depresyon, anksiyete, yakınıni kaybetme korkusu, hastası dışındaki rol ve sorumluluklarını gerçekleştirememesi, sosyal çevre ile olan ilişkilerde bozulma, işe gidememe, işten ayrılma gibi birçok fiziksel, psikososyal, ekonomik ve manevi sorunların görüldüğü belirtilmektedir [2, 21, 24]. Mishra ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı bir araştırmaya göre, özellikle kanser hastalarına bakım veren bireylerde depresyon, anksiyete gibi mental sağlık problemlerinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir [22]. Karakaya ve Işıkhani 2020 yılında yaptıkları bir çalışmada, palyatif bakım veren bireylerin hastaya ayırdığı günlük bakım süresinin artmasının fiziksel rol güçlüğü, fiziksel kısıtlılık, ağrı ve mental sağlıksal boyutlarını olumsuz etkilediğini bildirmiştir [23].

Kanser hastasına palyatif bakım veren bireyin yaşam kalitesini etkileyen bir başka faktör de spiritüel iyi oluş düzeyidir [25, 26]. Spiritüelite (maneviyat); kişinin kendisiyle ve çevresindekilerle olan iletişimini değerlendirme, kişisel değerlerini tanıma, yaşamını ve var oluş amacını sorgulama, çevresini anlama ve anlamlandırma, moral gücü, maddi olmayan değerler bütünü şeklinde tanımlanırken [27, 28] bireyin spiritüel gereksinimlerini karşılayabilme düzeyi de spiritüel iyi oluş düzeyi olarak tanımlanmıştır [26]. Spatuzzi ve

arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları bir çalışmada kanser hastalarına bakım verenlerin spiritüel iyi oluş düzeyinin artmasının hasta bakımı ile ilgili yaşadıkları stres düzeyini azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir [26].Yapılan bazı çalışmalarda spiritüel iyi oluş düzeyi yüksek olan hasta ve bakım veren bireylerin inanışlarının da etkisiyle ümitsizliğe kapılmayıp hastalığı daha kolay kabullendiği, hastalık süreci ile daha iyi mücadele ettiği, endişe ve tedirginliklerini aşabildiği ve bu sayede yaşam kalitelerinin düzeldiği gösterilmiştir [25, 29]. Bu nedenle yaşam kalitesinin artırılmasında spiritüel gereksinimlerin belirlenerek bakım sunulması palyatif bakımın temel noktasıdır [29].

Bireylerin yaşam ve hastalık süresince yaşamın anlamını bulma, kendini gerçekleştirme, bir misyona sahip olma, huzurlu olma, umut, inanç ve güveni sürdürme, yaratıcılık, kaygılarından kurtulma, hastalığı anlamlandırma, manevi inançlarına saygı gösterilmesi, affetme ve affedilme gibi çeşitli spiritüel gereksinimleri bulunmaktadır [29, 30]. Bu gereksinimler zamana ve palyatif bakım sürecine göre farklılık gösterebilmekte olup hastalık, ölüm, kriz gibi durumlarda daha fazla artmaktadır [29, 31]. Bakım sürecinde bazı bireyler daha fazla endişe, stres, özgüven eksikliği, korku, anksiyete yaşamakta ve bu gereksinimleri yerine getirememektedir. Bunun sonucunda da bakım yükü artmakta, yaşam kalitesi azalmaktadır [26, 32]. Adams ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları bir çalışmada, bakım verenlerin bakım verme zorluklarıyla baş etmede diğer aile üyelerinden destek görmemesinin korku, stres endişe, özgüven eksikliği gibi sorunlara neden olduğu, bu sorunlardan dolayı spiritüel gereksinimlerinin karşılanmadığı belirtilmektedir. Bunun sonucunda da bakım veren bireyin spiritüel gereksinimlerinin arttığı ve yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmektedir [32]. Bu nedenle kanser hastasının yanı sıra bakım verenlerinin spiritüel gereksinimlerinin karşılanması son derece önemlidir.

Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmada, bakım yükünü azaltmada ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasında önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler hastalarının bakımlarını planlarken aynı zamanda gözlem ve inceleme, sözel veya sözel olmayan iletişim yöntemleri ile bakım veren bireylerin de spiritüel gereksinimlerini belirleyebilirler. Bireyler ile empati kurarak ve düşüncelerine saygı duyarak iletişim gerçekleştirebilirler. Bu sayede bireyin konuşarak rahatlamasına, kendini ifade etmesine katkıda bulunabilirler [29]. Bireyin kendini güçlü hissetmesine, hastalıkla baş edebilmesine katkıda bulunmak da hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Ayrıca bakım veren bireyin ‘Neden ben?’, ‘Bunu hak edecek ne yaptım?’ ‘Bu

süreç bana ceza mı?’ gibi sözlerinden bireyin spiritüel gereksinimlerini belirleyebilir ve ona yönelik planlama yapabilirler [31, 33]. Masaj, dokunma, müzik, meditasyon gibi ek yöntemlerle bireyin rahatlamasını sağlayabilirler [31].

Günümüzde bakım verenlerin spiritüel gereksinimlerin karşılanmasının gerekliliğinin bilinmesine rağmen bu gereksinimlerin çok yönlü ve ölçümü zor olması sebebiyle ele alınmadığı belirtilmektedir. Bu durumun bakım verenin bakım yükünde artmaya ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu vurgulanmaktadır [26, 34, 35]. Literatürde hemşirelerin, hasta ve bakım verenlerin spiritüel gereksinimlerinin farkında olsalar da bu gereksinimlerin karşılanmasına yönelik yeterli girişim yapmadıkları belirtilmektedir [36-38]. Bazı çalışmalarda ise hemşirelerin çoğunun spiritüel bakım konusunda yeterli eğitim almadığı, spiritüel iyi oluş düzeyinin yükselmesine katkı sağlamayı gereksiz bulduğu belirtilmektedir [36].

Bakım veren aile üyelerinin gereksinimlerinin erken dönemde tanınması ve karşılanması hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düzelmesinde yararlıdır. Hemşirelerin kanser hastası ve ailesine bakım verirken, hasta ve ailesini bir bütün olarak ele alması ve hemşirelik bakımını bu yönde planlanması yaşam kalitesini artırmada ve bakım yükünü azaltmada son derece önemlidir. Literatürde kanser hastasına palyatif bakım veren bireylerin bakım yükü ve bakım yükünü etkileyen faktörler, bakım yükü ve yaşam kalitesi ilişkisi, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler ve spiritüel iyi oluş düzeyini inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır[20, 21, 23, 25, 26, 39]. Ancak kanser hastasına palyatif bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş düzeyi ile bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın sağlık bakım hizmetlerinin en önemli üyesi olan hemşirelerde kanser hastalarına palyatif bakım verenlerin spiritüel iyilik durumu, bakım yükü ve yaşam kalitesinin bir bütün olarak değerlendirilmesinin önemi konusunda farkındalık yaratacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı

Bu çalışma palyatif bakım alan kanser hastasına bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş düzeyi, bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın önemi

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen görülme sıklığı giderek artan kanser, hastalarda birçok soruna neden olmaktadır [8, 9]. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanan hastalarda palyatif bakım ihtiyacı doğmaktadır. Kendi rol ve sorumluluklarının yanı sıra hastaya ait sorumlulukları da üstlenen bireylerde birçok fiziksel, psikolojik, ekonomik, sosyal ve spiritüel sorun görülmektedir [10-12]. Kanser ilerleyici seyirli bir hastalık olduğu için hasta ve bakım verenlerin bakım yükü zamanla artmakta ve bu durum yaşam kalitesi düzeylerinde azalmaya neden olmaktadır [10, 21, 23].

Kanser hastasına palyatif bakım veren bireyin yaşam kalitesini etkileyen bir başka faktör de spiritüel iyi oluş düzeyidir [25, 26, 40]. Spiritüel iyi oluş bireyin spiritüel gereksinimlerini karşılayabilme düzeyidir [26]. Bireylerin yaşam boyunca yaşamın anlamını bulma, huzurlu olma, kaygılarından kurtulma gibi gereksinimleri bulunmakta olup bu gereksinimler hastalık, kriz gibi durumlarda daha çok artmaktadır [29-31]. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin spiritüel gereksinimlerin karşılanmasının gerekliliğinin vurgulanmasına rağmen bu gereksinimlerin göz ardı edilmesine bağlı bakım yükü artmakta ve yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmektedir. Bu nedenle bireyin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde bakım yükünün yanı sıra spiritüel iyi oluş düzeyi de dikkate alınmalıdır [9, 26, 35].

Sağlık ekibinin en önemli üyesi olan hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeyi ve yaşam kalitesinin artırılıp bakım yükünün azalmasında büyük sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelerin, bakım veren birey ile empati kurarak konuşması, bireylerin kendini ifade etmesini sağlaması, inançlarına saygı duyması, hasta ve diğer aile üyelerini bakımda aktif tutması, bakım vereni ekonomik destek alabileceği yerlere yönlendirmesi bu görev ve sorumluluklar arasında sayılabilir [2, 41, 42]

Literatürde kanser hastasına palyatif bakım veren bireylerin bakım yükü ve bakım yükünü etkileyen faktörler, kanser hastasına palyatif bakım veren bireylerdeki bakım yükü ve yaşam kalitesinin ilişkisini, kanser hastasına palyatif bakım veren bireylerin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri, kanser hastasına palyatif bakım verenlerde spiritüel iyi oluş düzeyini inceleyen çok fazla çalışma bulunmaktadır [9, 20, 21, 23, 36]. Ancak ülkemizde kanser hastasına palyatif bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş düzeyi ile bakım yükü ve

yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışmanın sağlık profesyonelleri için yönlendirici olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın soruları

1. Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireylerin spiritüel iyilik durumu ne düzeydedir?
2. Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükleri ne düzeydedir?
3. Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireylerin yaşam kaliteleri nasıldır?
4. Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireylerin spiritüel iyilik durumu, bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki nasıldır?

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma, kurum izni alınan Ankara Şehir Hastanesi'nde palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireyler ile yapıldığı için küçük örnekleme sahiptir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım Kavramı

Palyatif kavramı kapatmak, gizlemek anlamlarını taşıyan Latince kökenli ‘palliate’ kelimesinden köken almıştır [43]. Türk Dil Kurumu (TDK) palyatif sözcüğünü hastalığı tamamen iyileştiremeyen ancak hastanın yakınmış olduğu şikayetlerini mümkün olduğunca azaltan veya yok eden geçici bir bakım yöntemi olarak tanımlamıştır [44]. DSÖ palyatif bakımı; ‘Hastaya tanı konulma sürecinden itibaren başlayarak terminal sürece kadar hasta ve bakım verenlerine, terminal süreçten sonraki yas sürecinde ise bakım verenlere fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel yönlerden destek sağlayan bakım yöntemi şeklinde açıklamıştır. [14]. Tüm bu tanımlardan yola çıkarak palyatif bakım hastaya özgü planlanması gereken, bakım veren desteği gerektiren, tedavi yöntemlerinin yetersiz kaldığı aşamada hastayı desteklemenin yanı sıra bakım vereni de destekleyen ve tüm bunları yaparken meslek değerlerini, hasta haklarını ve diğer yasal gereklilikleri göz önünde bulunduran multidisipliner bir bakım felsefesidir [45, 46].

2.2. Palyatif Bakım ve Kanser

Kanser, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygın bir şekilde görülen kronik bir hastalıktır. Kanser hem hasta hem de ailesinin yaşam kalitesini etkileyen ve morbidite ve mortalite oranı giderek artan ciddi bir halk sağlığı sorunudur [1, 2]. Kişilerde fiziksel sorunlarda sebep olmanın yanı sıra acı çekme, belirsizlik endişesi, yetersizlik hissi, anksiyete, işsizlik, sosyal izolasyon birçok psikososyal ve ekonomik sıkıntılara da sebep olmaktadır. [9]. Kanser hastalarına bakım verenlerin, hastaların semptomlarını takip etme, gerekli tıbbi tedavinin uygulanmasını sağlama, bakımı koordine etme, hastanın güvenliği için gerekli şartları sağlama, duygusal destek olma gibi görevleri bulunmaktadır [15]. Bakım verenler tüm bu görevleri yerine getirirken uyku düzeninde bozulma, halsizlik, iştahsızlık, yorgunluk, yetersizlik hissetme, depresyon, anksiyete, yakınıni kaybetme korkusu, hasta dışındaki rol ve sorumluluklarını gerçekleştirememe, sosyal çevre ile olan ilişkilerde bozulma, boş zaman aktivitelerinde kısıtlanma, işe gidememe, işten çıkma yahut çıkarılma, hastaya çok fazla harcama yapmak zorunda kalma gibi ekonomik, fiziksel, psikososyal ve manevi birçok sorunlar ile karşı karşıya kalmaktadır [2, 9, 47]. Kanser ilerleyici seyir gösteren bir hastalık olduğu için hasta ve bakım verenlerin yaşadıkları bu

sorunlar zamanla artmaktadır. Bu durum hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Bu nedenle hasta ve bakım verene yönelik uygun bakım ve tedavi yöntemleri planlanmalıdır [20, 21]. Kansere yalnızca hastayı değil ailesini de etkilemesi nedeniyle aile hastalığı olarak görülmektedir [2]. Kanser hastasına bakım verenler aile üyelerinden anne, baba, eş ya da çocuk olabildiği gibi akraba, arkadaş, bakıcı gibi aile dışından da olabilir. Kanser hastalarına aile içinden ya da aile dışından bakım veren bireylerin bakım yükü ile karşılaştıkları bilinmelidir [2]. Kanser tedavisinde amaç diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi hastalığı tamamen yok edemese de bireyin iyilik halini sağlamak ya da hayatta kalım süresini mümkün olabildiğince uzatabilmektir. Bununla birlikte tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusunun artmış olmasına bağlı kronik hastalıklar ve bakım ihtiyacı da artmıştır. Bu durum istenilen kanser tedavisine yönelik amaçların gerçekleşmesinde engel oluşturabilmektedir [48, 49]. Bu nedenle hastalığın tanı ve tedavi sürecini yürütmeyi amaçlayan sağlık hizmetlerinin yanı sıra rehabilitasyon ve bakım hizmetlerini içeren palyatif bakımın önemi giderek artmaktadır [14, 48]. DSÖ palyatif bakımın hasta tanısının konulduğu andan itibaren verilmesinin önemini belirtmiştir. Ancak günümüzde hospis bakım verilmesi gereken son dönemde olan kişilere palyatif bakım sunulduğu görülmektedir [49].

2.3. Palyatif Bakım İhtiyacı

DSÖ' ne yaşamı tehdit eden hastalığı bulunan bireyler palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır. (kalp yetmezliği, hipertansiyon, siroz, astım, KOAH, böbrek yetmezliği, kanser, diyabet, AIDS, Parkinson, demans, Multiple Skleroz, Romatoid Artrit, konjenital anomaliler vb). [14]

Kanser hastaları arasında ise özellikle fiziksel fonksiyonlarında önemli derecede azalma gösteren, kronik ağrıları olan, tedavi etkinliği olmayan ya da tedavi kaynaklı şikayetleri artan, fiziksel (şiddetli ağrı, kusma, ishal, kabızlık gibi) veya psikolojik problemleri (anksiyete, deliryum gibi) kontrol altına alınamayan ve son dönemde olan bireylerin palyatif bakım ihtiyacı bulunmaktadır [9, 49]. Bu bireyler çaresizlik, bilinmezlik endişesi, umutsuzluk, tükenmişlik, ölüm korkusu gibi negatif duygu ve düşünceleri çok daha yoğun yaşadıkları için palyatif bakıma daha çok ihtiyaç duymaktadırlar [49].

2.4. Palyatif Bakımın Hedefleri

Palyatif bakımın hedefleri, hasta ve bakım veren bireylerin süreç içindeki gereksinimleri doğrultusunda değişiklik gösterse de genel olarak şöyle sıralanabilir:

- Hasta ve bakım veren bireylere hastalığın semptomları, prognozu, tedavisi ve tedavinin olası komplikasyonları hakkında bilgi vererek endişe ve bilinmezlik korkularını ortadan kaldırma,
- Hasta bireyin bakımına tanı anından itibaren başlayarak semptom yönetimini sağlama ve böylece hem hasta hem de bakım veren bireyin yaşam kalitesini artırma [49],
- Hastaların ve bakım veren bireylerin hastalığın yanı sıra ölümün de doğal bir süreç olduğunu kabullenmesini ve gelecek için planlar yapabilmelerini, hayata umutla bakabilmelerini sağlama [16],
- Bakım verenlerin, hasta bakımının sadece fiziksel değil psikososyal, ekonomik ve spiritüel yönleriyle de ele alınabilmesini sağlama [49],
- Hastaların manevi değerleri, gelenek ve kültürlerini dikkate alarak bakım planlama,
- Hasta bakımına hastayı da katarak aktif tutabilme,
- Hastanın çektiği ağrı düzeyini ve diğer rahatsız eden belirtileri yok ederek/ azaltarak hastanın konforunu sağlayabilme ve hastanın kalan yaşam süresini kaliteli geçirmesini sağlama [14, 50],
- Hastanın prognozu kötü olsa bile hastanın ve hastaya bakım veren kişilerin ihtiyaçlarının mümkün olduğunca karşılayarak yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlamadır [16, 51].

2.5. Dünyada Palyatif Bakım

Orta Çağ'da palyatif bakım yerine hospis kelimesi kullanılmıştır. Hospis, seyahat eden yolcuların dinleneceği, korunabileceği yerler olarak görülmüştür. 1842 yılında Jeanne Garnier tarafından son dönemini yaşayan bireylere bakım verilmesi amacıyla Fransa'da ilk palyatif bakım ünitesi kurulmuştur. Palyatif bakım kavramını ilk olarak ortaya atan isim Cicely Saunder arkadaşlarıyla birlikte 1967 yılında Londra'da palyatif bakımın öncüsü niteliğinde görülen ilk modern hospis merkezi Christopher's Hospis'i kurmuştur. 1974 yılında Balfour, Kanada'daki ilk palyatif birimi olan Royal Victoria Hastanesi'ni açmıştır. 1990'lı yıllarda Kanada, İngiltere gibi birçok gelişmiş ülkede palyatif bakım hızla

gelişmeye başlamıştır. Günümüzde ise palyatif bakım ile ilgili çalışmalar sayesinde palyatif bakım merkezleri hızla artmaya devam etmektedir [52].

2.6. Türkiye’de Palyatif Bakım

Türkiye’ de hastalara palyatif bakım sunacak hospis benzeri ilk merkez 1993 yılında İstanbul’da Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan Kanser Bakımevi’dir. Bu merkez sosyal güvenlik kurumlarının yeterli ödeme yapmaması, bağış miktarlarının yetersiz olması, hasta ve ailesi tarafından hospis bakımın doğru anlaşılmaması gibi nedenlerden dolayı 1997’ de kapatılmıştır. Hospis benzeri diğer palyatif bakım merkezi ise 2006 yılında Hacettepe Onkoloji enstitüsü Vakfı tarafından kurulmuştur. Eski bir Ankara evi 12 yataklı merkeze çevrilmiştir. Ancak yasal bir düzenleme olmadığı için bu merkez kanserli bireylere Hacettepe Umut Evi adı altında bakım vermiştir [53].

2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından palyatif bakım modeli oluşturabilmek için çalışmalar yapılmıştır [54]. Hastanelerde palyatif bakım birimlerinin oluşturulabilmesi için gerekli yasal düzenlemeler yapılmış ve 2010 yılında 2 yataklı Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi açılmıştır. Daha sonra erişkin hastalar için Ankara Ulus Devlet Hastanesi’nde kapsamlı ilk palyatif bakım merkezi açılmıştır. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Pallia-Türk Projesi dahilinde 2009-2015 Ulusal Kanseri Kontrol Programı yayınlanmıştır ve bu programda palyatif bakım tanımlanmıştır. 2012-2013 yılları arasında merkezlerin açılması gittikçe hızlanmıştır [53, 54].

2015 yılında palyatif bakım merkezlerinin tanımını, taşıması gereken fiziki özelliklerini, bu merkezlerde çalışan kişilerin görev, yetki ve sorumluluklarını anlatan Yeni Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın hazırlamış olduğu yönerge ile palyatif bakımın tanımlanması, palyatif bakım bilincinin oluşturulması ve 2023 yılına kadar uzman kişiler tarafından verilen palyatif bakım hizmetinin artırılması hedeflenmektedir [45].

Günümüzde ise hasta ve bakım veren bireylere olan katkılarından dolayı palyatif bakım merkezleri giderek artmaktadır [54]. Sağlık Bakanlığı’nın Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2018 internet verilerinden elde edilen verilere göre 79 ilde toplam 3899 yatak

kapasiteli 297 tane palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır[55]. Sağlık Bakanlığı tarafından bu merkezlerde çalışan personele gerekli eğitimi sağlanmaktadır [54].

2.7. Palyatif Bakım Modelleri

Hasta ve hastaya bakım veren bireye kaliteli bakım hizmeti verilebilmesi adına birçok palyatif bakım modeli olsa da hepsinin ortak amacı aynı olup hasta ve bakım veren bireye fiziksel, sosyal, ruhsal ve spiritüel yönden destek sağlamaktır. Palyatif bakım modelleri kısaca 3 başlık altında toplanmaktadır [46]:

2.7.1. Hastane temelli palyatif bakım

Son yıllarda hızla artan bu bakım modelinin amacı şikayetleri gitgide artan, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen, temel gereksinimlerini karşılamakta zorluk çeken hastaların bakım kalitesini artırmak ve dolaylı olarak bakım maliyetini de azaltmaktır. Esas sorumluluk hasta ve bakım veren üzerindedir. Hasta ve bakım veren bireyler bakım verirken hemşire, doktor, sosyal çalışmacı gibi meslek gruplarından yardım alabilmektedir. Bu kişiler bizzat bakımı yapan değil bakımın organize edilmesine yardım eden kişilerdir [43, 46].

2.7.2. Ev temelli palyatif bakım

Bu modele göre kişinin hastaneden alabileceği palyatif bakımın evinde, 7/24 alması sağlanır. Bu bakım hastane temelli palyatif bakım üniteleriyle koordine şekilde yürütülür. Formal ve informal olmak üzere iki şekilde verilmektedir. Formal bakım profesyonel sağlık ekiplerince verilirken, informal bakım aile üyeleri, arkadaş, akraba gibi yakın çevreden birileri tarafından verilmektedir [43, 46].

2.7.3. Toplum temelli palyatif bakım

Düşük maliyetli olmasından ötürü son zamanlarda çok daha fazla ön plana çıkan bu bakım modeli ayaktan tedavisi mümkün olan hastalar için oluşturulmuş olmasına rağmen hastanın yanı sıra hasta yakınlarına da psikolojik, sosyal ve manevi desteğin sağlandığı yerlerdir. Ayrıca bu bakım modelinde bakım veren bireylerin bakım konusunda eksikliklerinin olduğunun saptanması durumunda eğitimler düzenlenmektedir [43, 46].

2.8. Palyatif Bakım Merkezleri

Son zamanlarda kanser tanısı alan kişi sayısının artması ve bu kişilere verilen palyatif bakım sayesinde kişilerin yaşam süresinin uzamasından dolayı süreklilik arz eden palyatif bakım merkezleri ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Palyatif bakım merkezleri, hassas hastalar için uygun koşulların sağlandığı, hastaları fiziksel, psikososyal, kültürel ve manevi yönden bir bütün olarak değerlendiren, semptomları kontrol altına alarak yaşam kalitesini artırmayı planlayan yataklı birimlerdir [45, 49]. Palyatif bakım genel olarak ev, hastane, palyatif bakım kurumları, toplum merkezleri, bakım evleri veya hospislerde verilmektedir. Ancak Türkiye’de henüz hospis merkezleri geliştirilemediği için daha çok hastanelerde, birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve evlerde verilmektedir. Palyatif bakım merkezlerinde hemşire, doktor, psikolog gibi işinde uzmanlaşmış kişiler tarafından bakım verilmektedir [49]. Ancak tedavinin tamamının bu merkezlerde tamamlanması mümkün olmadığı için taburculuk sonrası için hasta ve bakım veren bireylere de bu merkezlerde eğitim verilmektedir [45].

2.9. Palyatif Bakım Hemşireliği

Palyatif bakım hemşiresinin amacı; hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmek olup bu bağlamda 5 önemli rolü ön plana çıkmaktadır:

1. Öğretici rol
2. Bakım verici rolü
3. Koordine edici rolü
4. Savunucu rol:
5. Harekete geçirici rol [56].

2.10. Spiritüel İyilik Durumu

Latince kökenli spiritus kelimesinden türetilmiş olan spiritüalite (maneviyat); kişinin kendisiyle ve çevresindekilerle olan iletişimini değerlendirme, kişisel değerlerini tanıma, yaşamını ve var oluş amacını sorgulama, çevresini anlama ve anlamlandırma, moral gücü, maddi olmayan değerler bütünü şeklinde tanımlanmıştır [27, 28]. Hemşirelik literatürü spiritüaliteyi; dini inanç ve güvenme duygusunun bir bileşimi olarak tanımlamış ve spiritüel bakımın hemşirelerin görevi olduğunu belirtmiştir [34, 57]. Lepherd kişilerin

değer yargıları, etnik kökenleri, kültürleri ve inanışlarına göre şekil olan değerlerin tümü olarak tanımlamıştır [58].

Türkçe kelime karşılığı bulunmayan spiritüalizite kavramının yerine dilimizde daha çok Arapça kökenli maneviyat kelimesi kullanılmaktadır [31]. Bireyler maneviyatlarını dine bağlılık, inanç, ritüel gibi kavramlarla ifade edebilmektedir [25, 41]. Ancak şunu da belirtmek gerekir ki maneviyat her ne kadar din ile karıştırılsa da aslında çok farklı kavramlardır. Din; hastalık, ölüm, ölüm sonrası yaşam gibi inançsal değerleri içeren, insanlara rol ve sorumluklar veren, maneviyatı da kapsayan spesifik bir öğedir. Maneviyat ise kişisel inançlar doğrultusunda, dini bileşenleri içeren veya içermeyen, biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyokültürel değerler bütünüdür. Yani maneviyatın olması her zaman bir dine bağlı olmayı gerektirmez [27, 59]. Tıpta maneviyat kavramı derinlemesine araştırıldığında aslında şifaya ulaşmak adına maneviyatın her zaman ön planda tutulduğu görülecektir. Şifa bulabilmek adına manevi ihtiyaçların tamamlaması her zaman için önemli olmuştur. Her ne kadar 20. Yüzyılın başlarında maneviyatı tıptan ayırma çalışmaları olmuşsa da bireylerin manevi ihtiyaçlarına yönelmeleri ve buna yönelik taleplerde bulunmaları sonucunda maneviyatı yeniden tıpla birleştirmiştir. Maneviyat destekleyici tedavi yaklaşımı olarak kabul görmüştür [36]. Maneviyat her zaman palyatif bakımın vazgeçilmez bir alanı olarak görülmüştür [25, 40]. Maneviyatı yüksek olan kişiler zorluklar karşısında ümitsizliğe kapılmayıp inancın gerektirdiği güven ve iç huzur ile içlerinde barındırdıkları güven, umut, sabır, sevgi, saygı gibi duygular sayesinde stres ve depresyon ile başa çıkabilirler, endişe ve tedirginliklerini aşabilirler, hastalıklarını kabullenip hastalıkla daha etkin baş edebilirler. Bu sayede mortalite oranını ve bakım yükünün azalmasını ve yaşam kalitesinin artmasını sağlarlar [25, 27, 36]. Ancak belirtilmesi gereken bir başka husus da şudur: Spiritüel iyi oluş düzeyi ile maneviyat aynı şey değildir. Maneviyat kişinin yaşamını ve çevresini sorgulama, anlamlandırma, inanç ve değerler bütünü gibi anlamlara gelirken spiritüel iyi oluş manevi gereksinimlerin karşılanma durumuna göre değişen bir durumdur [26].

Spiritüel iyilik hali kavramı 1960 lı yıllarda bireyin çevresindekilerle birlikte multidisipliner bir ekip ile fiziksel, psikolojik, ekonomik, spiritüel ve sosyokültürel boyutlarıyla ele alınmasını destekleyen bütüncül yaklaşımın ön plana çıkması ve Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde en üst basamakta yer almasıyla insan yaşamında daha çok önem arz etmeye başlamıştır. Bu bağlamda yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için

öncelikle bireyin spiritüel gereksinimlerinin karşılanması gerektiği vurgulanmıştır [31, 34].

Spiritüel iyilik düzeyi yüksek olan kişiler inançları sayesinde hastalıklarını kabul edebilirler, gelecek planları yapabilirler, ağrı ve diğer semptomları minimum düzeye indirebilirler, endişe, stres, kaygı, depresyon, suçluluk gibi hisler daha az görebilirler ya da hiç görmeyebilirler. Bu nedenle kriz döneminde bireylerin spiritüel gereksinimleri belirlenerek buna yönelik bakım verilmesi hastalıkla mücadelede büyük önem arz etmektedir [25, 26, 31, 40]. Ancak her ne kadar spiritüel gereksinimlerin karşılanması kişi yaşamının önemli bir kısmını oluştursa da bu gereksinimler çok yönlü ve ölçümü zor olmaması sebebiyle fiziksel ihtiyaçlara göre daha az somut olduğu için gözden kaçmaktadır. Spiritüel ihtiyaçların karşılanmaması bakım yükünün artması, yaşam kalitesinin düşmesi gibi birçok olumsuz sonuç doğurmaktadır. Bu bağlamda bakım veren kişiye büyük sorumluluk düşmektedir [35]. Spiritüelitenin abartılarak uygulanması kişileri hastalığı anlamaktan uzaklaştırabilir, günlük rutinlerin de bozulmasına neden olabilir. Bu nedenle aşırı düzeyde olmaksızın yapılmasına dikkat edilmelidir [25].

Hemşireler her ne kadar hasta ve bakım veren bireylerin manevi gereksinimlerinin farkında olsalar da çok az bir kısmı bu ihtiyaçları gidermek için uğraşmaktadırlar. Bunun altında yatan temel sebeplerden en önemli iki tanesi ise eğitim eksikliğidir ve objektif düşünememelerdir. Bunların yanı sıra çalışma ortamları ve bireysel düşünceleri de etkilemektedir [27, 34]. Yapılan çalışmalar da hemşirelik eğitim sürecinde ve uygulama alanlarında spiritüelite kavramının da yeterince ele alınmadığı saptanmıştır. Bu nedenle öncelikle bu sorunun ortadan kaldırılabilmesi için eğitim müfredatlarında spiritüeliteye de yer verilmeli ve hemşirelere işe başladıktan sonra da belli aralıklarında eğitimler verilmelidir [34].

2.10.1. Spiritüel iyilik hali düzeyinin artırılmasında hemşirelik yaklaşımları

Hemşire;

- Her şeyden önce hemşire hasta ve bakım veren ile arasında karşılıklı güven ve şefkate dayalı bir ilişki kurmalıdır.
- Bireyle empati kurmalı, onu anlamaya çalışmalıdır.

- Kişi eğer dua ederek rahatlıyorsa rahatça dua edebilmesine olanak sağlamalıdır.
- Kişiye kendini dinlemesi, hastalığı kabul etmesi, acılarını aşması için zaman tanımalı, kendini aşma sürecinden sonra onu dinlemelidir.
- Kişisel ön yargılarını bir kenara bırakarak kişinin duygu ve düşüncelerini dinlemeli, kendini rahatça ifade edebilmesine fırsat vermeli ve konuşmada açıkça söyleyemediği ipuçlarına dikkat etmelidir.
- Bakım verirken hastanın ihtiyaçlarını öncelik durumuna uygun olacak şekilde sıralamaya koyarak bakım vermelidir.
- Bakım veren bireyin hastanın manevi isteklerini karşılarken rahatsızlık duyduğu durumları açıkça konuşabilmesini ve bu durumların çözülebilmesini sağlamalıdır [41].
- Kişilerin etnik kökenini, kültürlerini, eğitim düzeyini ve beceri düzeyini dikkate alarak bakım planlamalıdır [35].
- Dokunuş kişiye destek ve şefkat duygusunu hissettirerek iyi olmasını sağladığı için, dinlerken kişiye uygun bir şekilde terapötik temasta bulunabilir [41].

2.11. Bakım Yüğü

Ailedeki bir bireyin kanser tanısı alması beklenmedik bir durumdur ve bakım veren ani bir şekilde kendini bir bakım sürecinin içinde bulur. Bu nedenle bakım süreci, sadece hastayı değil bakım veren bireyi de fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik, spiritüel boyutlar açısından etkileyen bir süreçtir [60]. Bakım veren bireyler bu aşamada hastaya faydalı olma, kendini manevi olarak doyuma ulaştırma, hastalıkla başa çıkma aşamasında tecrübe kazanma, işe yarama duygusunu hissetme, sorumlulukları gerçekleştirme, benlik saygısında artma gibi olumlu etkilerin yanı sıra kendi sorumluluklarını yerine getirememesi, sosyal olarak kendini geliştirememesi, ilişki durumlarının bozulması, ekonomik sıkıntıların ortaya çıkması gibi sosyoekonomik, uyku düzeninde bozulma, iştahsızlık, bağışıklık sisteminin etkilenmesi üzerine sık hastalanma gibi fiziksel ve anksiyete, depresyon, gibi psikolojik birçok problemle de karşılaşmakta ve tüm bunların sonucu olarak mortalite oranı atmaktadır [60]. Literatürde bakım veren bireylerin bakım sürecinde karşılaştığı tüm bu olumsuzluklar ‘yük’ olarak belirtilmiştir [2, 47, 60, 61].

2.11.1. Bakım yükünü etkileyen faktörler

Bakım yükü hastanın, bakım veren bireyin ve bakım vermenin özelliklerine göre değişiklik göstermekte olup kısaca şöyle özetlenebilir [60, 61]:

2.11.2. Bakım veren bireye ait özellikler

- Demografik özellikleri (Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, iş durumu, ekonomik durumu)
- Spiritüel iyilik hali düzeyi
- Gelenek görenek ve kültürel değerleri
- Hasta ile yakınlık durumu
- Hasta ile aynı evde yaşaması durumu
- Fiziksel özellikleri
- Irkı
- Bakımda gönüllü olması
- Etkili olma düzeyi
- Baş etme düzeyi
- Fiziksel ve ruhsal sağlığı
- Herhangi bir kronik hastalığının bulunması durumu
- Hasta haricinde başka sorumluluklarının olması
- Bakım esnasında yardım alma durumu
- Sosyal, psikolojik ve ekonomik destek alma durumu
- Hastaya sadece fiziksel değil psikolojik, sosyal, ekonomik, duygusal bakım sağlama durumu
- Ekonomik sıkıntılar nedeniyle destek tedavilere ulaşmada zorluk çekmesi [47, 61]
- Bakım verdiği bireyden ötürü kendi özel hayatıyla ilgili sorumluluklarının etkilenmesi durumu [15]
- Bakım sürecine uyum gösterme yetisidir [62].

2.11.3. Hastaya ait özellikler

- Cinsiyeti
- Yaşı
- Fiziksel yetersizlikler

- Psikolojik sıkıntılar
- Bilişsel sıkıntılar
- Maddi durumu
- Hastalığının tanısı
- Tanı süresi
- Hastalığının evresi
- Başka kronik hastalıklarının bulunması durumu
- Kişinin bakım sürecinde aktif olma durumu
- Bakım verene bağımlı olma durumu
- Tekrarlayan hastane yatış süreçleri
- Kemoterapi alma durumu
- Geçirilen ameliyatlara
- Ekonomik sıkıntılar nedeniyle hastanın ayrı bir odasının bulunmaması
- Ekonomik sıkıntılar nedeniyle destek tedavilere ulaşmada zorluk çekmesi [47, 61]

2.11.4. Bakım verme ile ilgili özellikler

- Bakım verme süresi
- Bakım sürecinde hastanın kemoterapisinin devam ediyor olması [47, 61]

2.11.5. Bakım yükünün azaltılmasında hemşirelerin rol ve sorumlulukları

Literatüre göre bakım veren bireylerin desteklenmesine yönelik uygulamaların çok az olduğu bilinmektedir. Oysaki bakım ihtiyacı olan hasta kadar bakım verenin de zorluklar yaşadığı bu süreçte, bakım verenin yaşadığı sıkıntılar hastaya verdiği bakımı da etkileyeceği için hasta kadar hastaya bakım verenin değerlendirilmesi de oldukça önemlidir [39]. Bu nedenle hemşire;

- Hastalara umut aşılaması için bakım verenlerin de umut düzeyi yüksek olmalıdır. Bu nedenle hemşire bakım verenlerin umut düzeylerini belirlemeli ve etkileyen faktörlerin azaltılması/yok edilmesi için bakım verene yardımcı olmalıdır [61].
- Bakım sürecinde verilen hizmeti diğer aile üyelerine de paylaştırarak bakım veren üzerindeki yükün azalmasını sağlamalıdır [42].

- Bakım vermenin sadece kadınların görevi olmadığına dair hastanın erkek yakınlarına bilgilendirme yapılmalıdır.
- Bakım veren birey, hastayla olan yakınlık derecesinden dolayı rol çatışması yaşayabilir. Bireyin bu sorunun üstesinden gelebilmesi için danışmanlık hizmeti vermelidir.
- Evli ve çalışan kadınların hem ev hem iş yerinde çok fazla sorumluluğunun olmasından dolayı bakım yükünün artacağını bilip onlara sosyal destek vermelidir.
- Kronik hastalığı olan bakım verenleri değerlendirip yaşayabileceği güçlükleri tahmin edebilmeli, buna yönelik çözümler geliştirebilmelidir [18].
- Hasta ve bakım verenlerin ihtiyaç önceliğine göre planlama yapılmalıdır [63].
- Sadece ölüm öncesi süreçte değil ölüm sonrası süreçte de ailenin yanında olmalı, tepkisini anlayabilmelidir [63].
- Bakım veren kişinin özelliklerini dikkate alınmalı, manevi değer, gelenek görenek ve kültürlerine saygı duymalı ve ona göre bakım planlamalıdır.
- Bakım veren bireylerin düzenli aralıklarla psikolojik destek alabilmesini sağlamalıdır.
- Güçlük yaşadıkları konularda destek grupları oluşturabilmelidir [64].

Hemşire-hasta-bakım veren zincirini içeren bu işbirliği sonucunda; hemşirenin yüksek katkısıyla bakım veren birey üzerindeki yükün azaltılacağı, yaşam kalitesi yükselmiş bakım verenin hastaya daha kaliteli palyatif bakım sunacağı ve bu sayede hastanın hastalığını daha kolay kabulleneceği, tedavi ve bakımında rol sahibi olacağı, günlük yaşam aktivitelerinde daha aktif olacağı ve son zamanlarını daha kaliteli geçireceği düşünülmektedir (42)

2.12. Yaşam Kalitesi

Çok fazla tanım yapılmış olmasına rağmen genel olarak kabul edilmiş bir tanımı olmayan yaşam kalitesi çoğunlukla fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel iyilik hali olarak bilinir. Yaşamdan haz alma, memnuniyet duyma, mutluluk gibi kavramlar ile ifade edilir [64].

2.12.1. Yaşam kalitesini etkileyen faktörler

Genel olarak bireyin;

- Günlük yaşam aktivitelerini rahatlıkla yerine getirememesi,
- Hareket kısıtlılığının olması,
- Stres, depresyon, anksiyete, endişe gibi olumsuz psikolojik özellikler taşıması,
- Sosyal ilişkilerinde başarısız olması,
- Rol ve sorumluluklarını yerine getirememesi,
- Ekonomik gücünün olmaması gibi durumlar yaşam kalitesi düzeyini düşürür [64].

2.12.2. Palyatif bakım alan kanser hastasına bakım veren bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler

Kanser hastasına bakım veren bireyler üzerine birçok çalışmada bakım verme ile ilişkili olarak bireylerin yaşam kalitelerinin azaldığı belirtilmektedir [9, 24, 26]. Özellikle ileri evre kanser hastasına bakım veren bireylerin yaklaşık %30'unun hastanın prognozunun kötü olması, metastaz gelişmesi, hastalık sürecinin uzaması, semptomların kontrol edilemez hale gelmesi gibi durumlarda psikolojik olarak etkilenmektedir. Hastanın geleceği ile ilgili korkuların olması, bir şeyleri değiştirememesi, üzüntü, anksiyete, çaresizlik gibi durumlar görülmektedir [64].

Bunların yanı sıra bakım veren bireylerde iştahsızlık, zayıflama/kilo alma, uykusuzluk, ağrı, anksiyete, çaresizlik, endişe, yetersizlik hissi, sosyal izolasyon, aile içi ilişkilerde bozulma, kendine ve ailesine yönelik rol ve sorumlulukları yerine getirememesi, maddi durumda düşüklük, sosyal destek alamama, kimseden yardım alamama gibi birçok olumsuzluklar da yaşamaktadırlar. Tüm bunlar bireyin mortalite oranının artmasına ve yaşam kalitesinin azalmasına sebep olmaktadır [64, 65].

2.12.3. Yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik hemşirelik yaklaşımları

Hasta ve bakım verenlerinin güçlendirilmesi hemşirenin görevleri arasındadır. Hemşirenin bu bağlamda yapabilecekleri şöyle sıralanabilir:

- Hasta ve bakım veren bireyler için etkin iletişim ortamı sağlamalı ve duygu ve düşüncelerini rahatlıkla paylaşabilmeleri için onları yüreklendirmelidir.
- Bakım vericilere evde hasta bakımı, hastalık süreci, baş edilemeyen durumlarda ulaşabileceği telefonlarla ilgili gerekli eğitimi vermelidir [45].
- Bakım vericinin yükü hastaya olan bakımın kalitesini de etkileyeceği için bakım veren bireyler düzenli olarak desteklenmeli, gereksinimlerini sorgulamalı ve rehberlik etmelidir [2, 66].
- Bakım yükünü azaltmaya yönelik bakım veren bireye psikolojik danışmanlık yapılması, bilişsel yöntemlerin uygulanmasını sağlamalıdır [2].
- Bakım verenin psikolojik, fiziksel, sosyal ihtiyaçlarını karşılamasına mümkün olduğunca destek olunmalıdır [64].
- Bakım veren bireylerin ekonomik dengeyi sağlayabilmesi adına devlet desteği alabilmesi için yönlendirmelidir [18, 64].
- Kronik hastalığı olan bakım verenlerin yaşayabileceği sıkıntılar önceden değerlendirmeli ve çözüm yöntemleri planlayabilmelidir.
- Çalışan kadınlar hem bakım verme hem iş hem de aile içi sorumlulukları yetiştirme açısından sıkıntı çekecekleri için sosyal destek sağlamalıdır [18].
- Genç yaştaki bireylerin bakım yükünün azalmasına katkıda bulunmak için gerekli sosyal desteğin verilmesini sağlamalıdır [45].
- Profesyonel desteğin yanı sıra aile, arkadaş çevresi gibi sosyal destek ağlarının artırılmasına dair gerekli planlamalar yapılmalıdır [2].
- Hastanın istekleri, kültür, inanç ve değerleri doğrultusunda bakım planı oluşturmalıdır.
- Hastanın bakım verene bağlılık düzeyi arttıkça bakım verenin yükü artmaktadır. Bu nedenle hemşire, hastanın da kendi bakımına katkıda bulunması için onu yüreklendirmelidir, ona sorumluluklar vermelidir [45].
- Bakımın aile üyeleri arasında paylaştırılmasının sağlamalıdır [18].

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireylerin spiritüel iyilik durumu, bakım yükü ve yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı- ilişki arayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, 21.01.2020-15.04.2021 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi'nin Tıbbi Onkoloji-A ve Palyatif Bakım servislerinde palyatif bakım alan kanser hastasına bakım veren bireylerle yapılmıştır. Araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak bakım veren bireylerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Tıbbi onkoloji-A servisinde 21 yatak kapasitesi bulunmaktadır. 3 profesör doktor, 2 uzman doktor, 3 asistan doktor ve 11 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08-16, 16-08 ve 08-08 shiftler şeklinde çalışmaktadırlar. Palyatif Bakım servisinde ise 16 yatak kapasitesi mevcuttur. 3 asistan doktor, 1 uzman doktor, 14 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08-16, 16-08 ve 08-08 shiftler şeklinde çalışmaktadır. Araştırma hafta içi her gün vizit, teslim ve tedavi saatleri dışında servislerde bulunarak yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Örneklem hesaplanması

Araştırmanın evrenini, 21.01.2020- 15.04.2021 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi'nde yatan palyatif bakım alan kanser hastasına bakım veren bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme; araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan, yazılı ve sözlü katılım onamları alınan, palyatif bakım alan kanser hastasına bakım veren bireyler alınmıştır. G Power programı ile yapılan Post Hoc Power analizi sonuçları aşağıdaki gibidir (Tablo 3.3.1). Buna göre %5 hata düzeyi, 0.5 etki büyüklüğü ve 135 örneklem genişliği ile testin gücü 0.9999298 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.1. Post Hoc Power analizi sonuçları

Analysis: Post hoc: Compute achieved power		
Input:	Tail(s)	= Two
	Effect size d	= 0.5
	α err prob	= 0.05
	Total sample size	= 135
Output:	Noncentrality parameter δ	= 5.8094750
	Critical t	= 1.9778258
	Df	= 134
	Power (1- β err prob)	= 0.9999298

3.3.2. Örneklem seçim kriterleri

- 18 yaş ve üstünde olan,
- Okuma yazma bilen,
- İletişim güclüğü yaşamayan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan
- Palyatif bakım alan kanser hastalarına primer bakım veren bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri toplama araçları

Araştırma bilgileri Bakım Veren Tanıtım Formu, Hasta Tanıtım Formu, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği aracılığı ile toplanmıştır.

Bakım veren tanıtım formu

Bu form araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur [9, 16-17, 26, 39, 67]. Formda; bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu, eğitim düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanım durumu) ve bakım verme ile ilgili özellikleri (hasta ile yakınlık derecesi, hasta ile aynı evde kalma

durumu, yardım alma durumu, bakım verme yardım aldığı kişiler, hastanın yanında bulunma sıklığı, günlük bakım verme süresi, bakmakla yükümlü başka birey varlığı, bakım vermede yardım alınan konular) içeren 22 soru yer almaktadır. (EK-2).

Hasta tanıtım formu

Bu form araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur [68-71]. Formda; hasta ile ilgili tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, bağımlılık durumu, tanısı, hastalığın evresi, kanser dışı kronik hastalık durumu, alınan tedaviler ve palyatif bakım alma süresi) içeren 17 soru yer almaktadır. (EK 2).

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

Bu ölçek, Zaritt, Reeve ve Bach- Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir [72]. Ülkemizde ise İnci ve Erdem tarafından 2008 yılında geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olup Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.95 bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0,901 bulunmuştur. Bakım gereksinim olan bireylere veya yaşlılara bakım veren bireylerin yaşamış oldukları güçlükleri değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bu ölçek ile bakım veren bireylerin hastaları ile olan ilişkisi, genel sağlık durumu, yaşadığı sosyoekonomik sıkıntıları ve duygusal zorlukları değerlendirilebilmektedir. Bakım verme durumunun bireyin yaşamına etkisini değerlendiren 22 maddeden oluşan bir ölçektir. ‘Asla, nadiren, bazen, sık sık, hemen hemen, her zaman’ seçeneklerini içermektedir. Ölçek 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en yüksek 88, en düşük ise 0 alınabilmektedir. (0-20) az yük olması/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük, (61-88) aşırı derecede yük olması şeklinde sınıflanmaktadır. Ölçeğin maddeleri genel olarak duygusal ve sosyal alana yönelik olup elde edilen puanın yüksek olması, bakım yükünün yüksek olduğunu göstermektedir [73]. (EK4)

Spiritüel İyi Oluş Ölçeğı

Spiritüel İyi Oluş Ölçeğı:2017 yılında Ekşi ve Kardaş tarafından 17 uzmanın görüşleri alınarak yetişkinlerin spiritüel iyi oluşlarını ölçmek için hazırlanan 49 maddelik bu ölçek, geçerlilik ve güvenilirliği 865 yetişkine uygulanarak test edilmiştir. Gerekli testler

yapıldıktan sonra 29 madde içeren ve 5'li likert ölçeği kullanılarak cevaplandırılan bir ölçek halini almıştır. Alt boyutları aşkınlık, doğayla uyum ve anomiye içeren 3 faktörlü bir ölçektir. Likert ölçekte 1'den 5'e kadar, 1-Bana hiç uygun değil, 2-Bana uygun değil, 3-Bana biraz uygun, 4- Bana oldukça uygun ve 5-Bana tamamen uygun fikirlerini temsil etmektedir. Ölçekten alınacak puan aralığı 29-145 arasında değişmektedir. Toplam puan alınması durumunda anomi alt boyutundaki maddeler ters olarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değeri $\alpha=0,886$, aşkınlık alt boyutunda $\alpha=0,953$, doğayla uyum alt boyutunda $\alpha=0,864$ ve anomi alt boyutunda ise $\alpha=0,853$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değeri $\alpha=0,936$, aşkınlık alt boyutunda $\alpha=0,985$, doğayla uyum alt boyutunda $\alpha=0,791$ ve anomi alt boyutunda ise $\alpha=0,892$ bulunmuştur [74]. (EK-3)

SF -36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form 36-Kısa Form 36)

1987 yılında Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir [75]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2005 yılında Pınar tarafından yapılmıştır. Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0,81- 0,94 arasında olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0,146-0,99 arasında bulunmuştur. Jenerik ölçüt özellikli olup fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel rol fonksiyonu (4 madde), emosyonel rol fonksiyonu (3 madde), mental sağlık (5 madde), canlılık/enerji (4 madde), ağrı (2 madde) ve genel sağlık anlayışı (5 madde) olmak üzere 8 alt boyutun değerlendirilmesini sağlayan ve toplam 36 maddeden oluşan bir ölçektir. Değerlendirme bazı maddeler haricinde Likert tipi yapılmakta ve son dört hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Toplam puan 0-100 arasında değerlendirilmekte olup yüksek puanlar sağlığın iyi olduğunu, düşük puanlar ise sağlığın bozulma yönünde olduğunu göstermektedir [76].

Yaşam kalitesi fiziksel ve mental olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Fiziksel bölüm fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, alt boyutlarından; mental bölüm ise canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlülüğü ve mental sağlık alt boyutlarından oluşmaktadır. Bu ölçek ile son 4 hafta verileri değerlendirilmektedir. 8 alt boyutun her birinden 0-100 arası puan alınmakta ve 0 kötü durumunu gösterirken 100 iyi sağlık durumunu göstermektedir [77]. Fiziksel fonksiyon alt boyutundan düşük puan alınması bireyin fiziksel fonksiyonlarını yerine getirmede kısıtlılık yaşadığını göstermektedir. Fiziksel rol güçlüğünden düşük puan alması yapmayı planladığı işlerden daha azını

yaptığını düşündürmektedir. Ağrı alt boyutundan düşük puan alınması bireyin kısıtlayıcı ağrısının olduğunu, sosyal fonksiyondan düşük puan alması fiziksel ve duygusal sorunlara bağlı sosyal etkinliklerde kısıtlılık yaşandığını, emosyonel sağlıktan düşük alınması bireyin sürekli sinirli, endişeli olduğunu, canlılığın düşük olması sürekli yorgun ve bitkin hissettiğini, genel sağlık algısının düşük olması bireyin kendini kötü hissettiğini, giderek daha fazla kötüleşeceğini düşündüğünü göstermektedir [78]. (EK-5)

3.4.2. Uygulama

Araştırmanın uygulanmasına ölçek izinleri, etik komisyon ve hastane izinleri alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırma, 21.01.2020-15.04.2021 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi' nin Tıbbi Onkoloji-A ve Palyatif Bakım servislerinde palyatif bakım alan kanser hastasına bakım veren bireylerle yapılmıştır. Araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak bakım veren bireylerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmacı araştırma süresince hafta içi her gün vizit, teslim ve tedavi saatleri dışında servislerde bulunarak verileri toplamıştır. Veriler toplanmadan önce hastaya bakım veren bireyler için dahil edilme kriterlerine sahip olup olmadığı değerlendirilmiştir. Araştırmacı bakım veren bireylere kendini tanıtmış, araştırma konusunda bilgi vererek yazılı ve sözel onamlarını almıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerden yazılı onam alınarak, palyatif bakım alan kanser hastasına bakım veren bireyler için ‘‘Bakım Veren Tanıtım Formu’’, Hasta Tanıtım Formu’’, ‘‘Spiritüel İyi Oluş Ölçeği’’, ‘‘ Zarıtt Bakım Yüğü Ölçeği’’ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’’ formlarının doldurulması sağlanmıştır. Her bir veri toplama yaklaşık 15- 20 dakika sürmüştür.

3.4.3. Verilerin değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzde, minimum, maksimum, medyan, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılımını belirlemek amacıyla basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır. Normal dağılım gösteren veriler için ortalama ve standart sapma, normal dağılım göstermeyen veriler için medyan, minimum, maksimum değerleri verilmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesinde parametrik testlerden bağımsız gruplarda t testi ve Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi

ve Post-Hoc testlerinden (Tukey HSD) VE Tamhane's yararlanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans testi ve çözümleme sonucunda gruplar arasında beliren anlamlı farkın kaynağını belirlemek amacıyla da Post-Hoc test istatistiklerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson ve Sperman Korrelasyon analizi yapılmıştır. Ayrıca ölçek puanları arasında gruplar arasında fark çıkan değişkenlerin etkisini değerlendirmede basit doğrusal ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel testlerde %95 güven aralığı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi kullanılmıştır.

3.4.4. Araştırmanın etik boyutu

Araştırmanın uygulanması için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan etik onay (EK6) (07.01.2020 tarih ve 01 sayılı) alınmıştır. Ayrıca T.C. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin istenmiş (EK-7) ve T.C. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Şehir Hastanesi başhekimliğinden (EK-8) (26.02.2020 tarih ve 15 sayılı) yazılı izin belgesi alınmıştır. Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Selami Kardaş' tan mail üzerinden ölçeğin kullanım izni alınmıştır. (EK-9) Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Fadime İnci' den mail üzerinden ölçek kullanım izni alınmıştır. (EK-10). Araştırmaya katılmayı kabul eden palyatif bakım alan kanser hastasına bakım veren bireylerden araştırmacının amacını anlatan "Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu" (EK-1) kullanılarak yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmıştır.

4. BULGULAR

Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireylerin spiritüel iyilik durumu, bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla (n=135) yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir.

4.1. Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireylerin tanıtıcı özellikleri Çizelge 4.1’de yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Bakım veren bireylerin tanıtıcı özellikleri(n=135)

Değişkenler		N	%
Yaş (Ort±SS=45,39±13,78)	18-40 Yaş	54	40,0
	41-64 Yaş	67	49,6
	65 Yaş ve Üstü	14	10,4
Cinsiyet	Kadın	89	65,9
	Erkek	46	34,1
Eğitim Durumu	İlkokul Mezunu	50	37,0
	Ortaokul Mezunu	19	14,1
	Lise Mezunu	24	17,8
	Üniversite ve Üzeri Mezunu	42	31,1
Medeni Durum	Evli	107	79,3
	Bekar	28	20,7
Çocuk Durumu	Var	105	77,8
	Yok	30	22,2
Çalışma Durumu	Çalışıyor	52	38,5
	Çalışmıyor	83	61,5
Sosyal Güvence	Var	120	88,9
	Yok	15	11,1
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	22	16,3
	Gelir Gidere Eşit	103	76,3
	Gelir Giderden Fazla	10	7,4
Evde BirlikteYaşanılan Kişiler	Eş	32	23,7
	Eş+Çocuk	51	37,8
	Diğer*	52	38,5
Kronik Hastalık Durumu	Evet	69	51,1
	Hayır	66	48,9
Kronik Hastalıklar**	Hipertansiyon (HT)	31	44,2
	Diabetes Mellitus (DM)	26	37,1
	Astım	10	14,3
	Kalp Yetersizliği (KY)	7	10,0
	Hipotiroidi	6	8,5
	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ)	5	7,1
	Diğer***	12	17,1
Sürekli İlaç Kullanım Durumu	Evet	64	47,4
	Hayır	71	52,6

*Eşi, çocuğu, kardeşi/ yakın akrabaları ile yaşayanlar

**Birden fazla cevap verilmiştir.

***Böbrek Yetmezliği, Romatoid Artrit, Gastroözofagial Reflü Hastalığı, SVO

Bakım veren bireylerin yaş ortalamasının $45,39 \pm 13,78$ olup, en düşük yaş 19 en yüksek yaş 84 olarak bulunmuştur. Bakım veren bireylerin %65,9'unun kadın, %37'sinin ilkökul mezunu, %79,3'ünün evli, %77,8'inin çocuk sahibi, %61,5'inin çalışmadığı, %88,9'unun sosyal güvenceye sahip olduğu belirlenmiştir. Bakım veren bireylerin %76,3'ü gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bakım veren bireylerin %38,5',inin evde eşi, çocuğu, kardeşi ya da yakın akrabaları ile birlikte yaşadığı, %51,1'inin kronik hastalığı olduğu ve %52,6'sının sürekli ilaç kullanmadığı saptanmıştır. Bakım veren bireylerin, kronik hastalıklardan en çok HT (%44,2) tanısına sahip oldukları belirlenmiştir.

4.2. Palyatif Bakım Alan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Palyatif bakım alan kanser hastalarının tanıtıcı özellikleri Çizelge 4.2'de yer almaktadır.

Çizelge 4.2. Palyatif bakım alan hastaların tanıtıcı özellikleri(n=135)

Değişkenler			
Yaş		(Ort±SS:58,63±15,46)	
		N	%
Yaş	18-40 Yaş	18	13,3
	41-64 Yaş Arası	67	49,6
	65 Yaş ve Üstü	50	37,1
Cinsiyet	Kadın	58	43,0
	Erkek	77	57,0
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	17	12,6
	İlkokul mezunu	60	44,4
	Ortaokul mezunu	22	16,3
	Lise mezunu	25	18,5
	Üniversite ve üzeri mezunu	11	8,2
Medeni Durum	Evli	107	79,3
	Bekar	28	20,7
Çocuk Durumu	Var	124	91,9
	Yok	11	8,1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	9	6,7
	Çalışmıyor	126	93,3
Sosyal Güvence	Var	127	94,1
	Yok	8	5,9
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	38	28,1
	Gelir Gidere Eşit	82	60,7
	Gelir Giderden Fazla	15	11,2
Yardımcı Araç ve Gereç Kullanma	Evet	69	51,1
	Hayır	66	48,9
Bağımlılık Durumu	Bağımlı	69	51,1
	Bağımsız	66	48,9
Kanser Tanısı	Solunum Sistemi Kanserleri	29	21,5
	Sindirim Sistemi Kanserleri	37	27,4
	Üriner Sistem Kanserleri	18	13,3
	Jinekolojik Sistem Kanserleri	14	10,4

Çizelge 4.2. (devam) Palyatif bakım alan hastaların tanıtıcı özellikleri (n=135)

		N	%
Kanser Tanısı	Hematolojik Kanserler	4	3,0
	Sinir Sistemi Kanserleri	3	2,2
	Diğer*	30	22,2
Hastalığın Evresi	1.Evre	15	11,1
	2.Evre	20	14,8
	3.Evre	35	26
	4.Evre	65	48,1
Tedavi Çeşidi	Kemoterapi	51	37,8
	Radyoterapi	10	7,4
	Hormon Tedavisi	3	2,2
	Kemoterapi+ Radyoterapi	48	35,6
	Kemoterapi+ Hormon Tedavisi	18	13,3
	Radyoterapi+ Hormon tedavisi	5	3,7
Kanser Dışı Kronik Hastalık Durumu	Var	68	50,4
	Yok	67	49,6
Kronik Hastalıklar**	HT	31	45,5
	DT	29	42,6
	KY	11	16,2
	Hipotiroidi	6	8,8
	Astım	4	5,9
	KOAH	3	4,4
	Diğer***	13	19,1
Palyatif Bakım Alma Süresi	1 yıldan az	91	67,4
	1-5 yıl	44	32,6

*Meme kanseri, yumuşak doku kanseri, kemik tümörleri, oral kavite kanseri, tiroid kanseri

**Birden fazla cevap verilmiştir.

***Böbrek Yetmezliği, Romatoid Artrit, Gastroözofagial Reflü Hastalığı, SVO

Çizelge 4.2' ye göre, palyatif bakım alan hastaların yaş ortalamasının $58,63 \pm 15,46$ olup, en düşük yaş 18 en yüksek yaş 88 olarak bulunmuştur. Palyatif bakım alan hastaların %57'sinin erkek, %44,4'ünün ilköğretim mezunu, %79,3'ünün evli, %91,9'unun çocuk sahibi, %93,3'ünün çalışmadığı, %94,1'inin sosyal güvenceye sahip olduğu belirlenmiştir. Palyatif bakım alan hastaların %60,7'si gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiştir. Ayrıca palyatif bakım alan hastaların %51,1'inin bağımlı ve yardımcı araç ve gereç kullandığı belirlenmiştir. Palyatif bakım alan hastaların en çok sindirim sistemi kanseri tanısı aldığı (%27,4) ve tüm hastaların yaklaşık yarısının (%48,1) 4. evrede olduğu belirlenmiştir. Hastaların %37,8'inin kemoterapi ve %67,4'ünün 1 yıldan az süredir palyatif bakım aldığı saptanmıştır. Hastaların %50,4'ünün kanser dışı kronik hastalığı olduğu ve en fazla görülen hastalıkların ise HT (%45,5), DM (%42,6) ve KY (%16,2) olduğu belirlenmiştir.

4.3. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili özellikleri Çizelge 4.3'te yer almaktadır.

Çizelge 4.3. Bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili özellikleri(n=135)

Değişkenler		Ortalama±Standart Sapma	
Bakım Verme Süresi, ay		10,76 ± 13,53	
Günlük Bakım Süresi, saat		8,86 ± 8,99	
		N	%
Hasta ile Yakınlık Derecesi	Eşi	59	43,7
	Çocuğu	41	30,4
	Anne/Baba	10	7,4
	Akraba	25	18,5
Hasta ile Aynı Evde Kalma Durumu	Evet	105	77,6
	Hayır	30	22,4
Bakımda Yardım Alma Durumu	Evet	67	49,6
	Hayır	68	50,4
Bakım Vermede Yardım Alınan Konular*	Kişisel Bakım	54	40,0
	Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma	85	63,0
Bakımda Yardım Alınan Birey	Eş	10	14,7
	Çocuk	13	19,1
	Kardeş	20	29,4
	Anne/Baba	13	19,1
	Akraba	12	17,7
Bakım Veren Hastanın Yanında Olma Durumu	Her zaman bulunuyor	98	72,6
	Bazen bulunuyor	37	27,4
Bakım Verme Süresi	1 yıldan az	96	71,1
	1-5 yıl arası	39	28,9
Günlük Bakım Verme Süresi	≤ 4 saat	73	54,1
	5-9 saat	16	11,9
	10-14 saat	11	8,1
	≥15 saat	35	25,9
Bakmakla Yükümlü Olunan Başka Birey Durumu	Var	47	35,1
	Yok	87	64,9

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Çizelge 4.3'te palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireyler tarafından verilen bakımın özellikleri gösterilmiştir. Bakım veren bireylerin, bakım verme sürelerinin ortalama 10,76 ± 13,53 ay ve günlük bakıma ayırdıkları süre 8,86 ± 8,99 saat olarak belirlenmiştir. Bakım veren bireylerin %43,7'sinin hastanın eşi olduğu, bakım verenlerin %77,6'sının hasta ile aynı evde kaldığı belirlenmiştir. Bakım veren bireylerin %50,4'ünün bakım verirken yardım almadıkları, yardım alan bireylerin ise %63'ünün sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda (tanı, bakım tedavi vb. işlerde hasta yanında bulunma) yardım aldıkları saptanmıştır. Ayrıca bakım verenlerin %29,4'ünü bakım konusunda kardeşlerinin desteklediği bulunmuştur. Bakım veren bireylerin %72,6'sı hastasının yanında her zaman bulunduklarını, %71,1'inin bir yıldan az süredir bakım

verdiği ve %54,1'inin bakıma günde ≤ 4 saat süre ayırdığı belirlenmiştir. Bakım veren bireylerin %64,9'unun bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey olmadığı belirlenmiştir.

4.4. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Medyan Değerleri

Bakım veren bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları ve medyan değerleri Çizelge 4.4'te yer almaktadır.

Çizelge 4.4. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları ve medyan değerleri (n=135)

Ölçekler	Ölçek Alt Boyut/Toplam puan	Ort± SS	Medyan	Min-Maks.
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	Aşkınlık	58,24±7,60	60	39-75
	Doğayla Uyum	29,14±2,42	28	26-35
	Anomi	18,97±8,02	18	7-35
	Toplam Puan	110,64±12,00	111	78-140
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	84,47±23,03	95	0-100
	Fiziksel Rol Güçlüğü	47,78±49,38	0	0-100
	Ağrı	65,33±33,58	67,50	0-100
	Genel Sağlık	60,85±32,93	70	0-100
	Canlılık	45,67±33,41	45	0-100
	Sosyal Fonksiyon	35,28±33,35	25	0-100
	Emosyonel Rol Güçlüğü	22,96±40,81	0	0-100
	Mental Sağlık	47,56±25,03	48	0-100
	Toplam Puan	59,13±7,91	59	41-78
Bakım Verme Yükü Ölçeği		N		%
	İleri Yük	76		56,3
	Aşırı Yük	59		43,7

Çizelge 4.4'e göre, bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeği toplam puanının 59,13±7,91 ve %56,3'ünün ileri yük, %43,7'sinin aşırı yük düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ölçeği toplam puan ortalamasının 110,64±12,00 ve alt boyutlarından ise aşkınlık için 58,24±7,60, doğayla uyum için 29,14±2,42, anomi için ise 18,97±8,02 puan ortalamalarının olduğu saptanmıştır.

Bakım veren bireylerin, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının medyan değerleri; fiziksel fonksiyon için 95, fiziksel rol güçlüğü için 0, ağrı için 67,5, genel sağlık

için 70, canlılık için 45, sosyal fonksiyon için 25, emosyonel rol güçlüğü için 0 ve mental sağlık için ise 48 olduğu görülmektedir.

4.5. Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları Medyan Değerleri

Bakım veren bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları medyan değerleri Çizelge 4.5' te yer almaktadır.

Çizelge 4.5. Bakım veren bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları medyan değerleri(n=135)

Değişkenler	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Ağrı	Genel sağlık	Canlılık	Sosyal fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık
Yaş								
18-40 Yaş	95 (25-100)	62,5 (0-100)	67,5 (0-100)	70 (0-100)	45 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	52 (0-100)
41-64 Yaş	100 (0-100)	25 (0-100)	77,5 (0-100)	75 (0-100)	40 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	44 (0-100)
≥65 Yaş	87,5 (40-100)	0 (0-100)	68,75 (13-100)	67,5 (5-100)	40 (0-95)	50 (0-100)	0 (0-100)	54 (20-88)
KW=	2,393	1,601	0,228	0,056	0,456	0,655	0,218	0,992
p=	0,302	0,449	0,892	0,973	0,796	0,721	0,897	0,609
Cinsiyet								
Kadın	100 (0-100)	100 (0-100)	70 (0-100)	75 (0-100)	50 (0-95)	37,5 (0-100)	0 (0-100)	52 (0-100)
Erkek	90 (15-100)	0 (0-100)	67,5 (0-100)	60 (0-100)	30 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	40 (0-100)
U=	1831,50	1807,00	1642,00	1651,00	1572,00	1824,50	1754,50	1489,00
p=	0,292	0,206	0,055	0,065	0,027	0,294	0,076	0,009
Eğitim Durumu								
İlkokul	95 (0-100)	12,5 (0-100)	82,5 (0-100)	75 (0-100)	45 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	50 (4-96)
Ortaokul	95 (60-100)	75 (0-100)	45 (13-100)	70 (0-100)	50 (0-95)	37,5 (0-100)	0 (0-100)	52 (0-88)
Lise	92,5 (15-100)	0 (0-100)	67,5 (0-100)	42,5 (0-90)	25 (0-85)	25 (0-100)	0 (0-100)	38 (0-72)
Üniversite ve Üzeri	100 (30-100)	75 (0-100)	77,5 (0-100)	72,5 (0-100)	52,5 (0-100)	31,25 (0-100)	0 (0-100)	52 (0-100)
KW=	2,357	1,472	4,929	7,350	6,486	0,971	5,093	4,543
p=	0,502	0,689	0,177	0,062	0,090	0,808	0,165	0,208
Medeni Durum								
Evli	95 (0-100)	50 (0-100)	67,5 (0-100)	70 (0-100)	45 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	48 (0-100)
Bekar	100 (30-100)	0 (0-100)	63,75 (0-100)	70 (0-100)	42,5 (0-95)	43,75 (0-100)	0 (0-100)	46 (0-100)
U=	1333,50	1330,00	1494,00	1446,00	1426,50	1264,00	1491,00	1444,50
p=	0,347	0,300	0,982	0,777	0,697	0,197	0,960	0,771
Çocuk Durumu								
Var	95 (0-100)	50 (0-100)	67,5 (0-100)	70 (0-100)	45 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	48 (0-100)
Yok	97,5 (25-100)	0 (0-100)	66,25 (0-100)	70 (0-100)	37,5 (0-95)	50 (0-100)	0 (0-100)	50 (0-100)

Çizelge 4.5.(devam) Bakım veren bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları medyan değerleri (n=135)

Değişkenler	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Ağrı	Genel sağlık	Canlılık	Sosyal fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık
U=	1523,50	1410,00	1555,00	1567,00	1558,00	1283,50	1532,00	1538,50
p=	0,774	0,321	0,914	0,966	0,928	0,117	0,766	0,847
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	100 (15-100)	100 (0-100)	72,5 (0-100)	70 (0-100)	50 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	48 (0-100)
Çalışmıyor	95 (0-100)	0 (0-100)	67,5 (0-100)	70 (0-100)	40 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	48 (0-100)
U=	1873,00	1868,50	2148,00	2008,50	2091,50	2087,00	2107,50	2104,00
p=	0,175	0,137	0,963	0,498	0,763	0,744	0,765	0,807
Gelir Durumu								
Gelir Giderden Az	90 (0-100)	0 (0-100)	83,75 (0-100)	60 (0-100)	35 (0-95)	0 (0-100)	0 (0-100)	48 (8-84)
Gelir Gidere Eşit	95 (15-100)	100 (0-100)	67,5 (0-100)	75 (0-100)	45 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	48 (0-100)
Gelir Giderden Fazla	95 (25-100)	0 (0-100)	63,75 (0-100)	40 (0-100)	40 (0-95)	43,75 (0-50)	0 (0-0)	42 (12-100)
KW=	2,733	5,480	2,877	3,572	0,988	8,488	3,731	0,761
p=	0,255	0,065	0,237	0,168	0,610	0,014	0,155	0,684
Evde Birlikte Yaşanılan Kişiler								
Eş	95 (0-100)	50 (0-100)	90 (13-100)	75 (5-100)	35 (0-95)	37,5 (0-100)	0 (0-100)	44 (8-96)
Eş+Çocuk	95 (0-100)	0 (0-100)	57,5 (0-100)	70 (0-100)	50 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	52 (0-100)
Diğer	100 (25-100)	0 (0-100)	67,5 (0-100)	70 (0-100)	42,5 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	46 (0-100)
KW=	1,103	1,127	6,995	1,129	0,948	2,059	0,963	0,331
p=	0,576	0,938	0,03	0,938	0,622	0,357	0,618	0,847
Kronik Hastalık Durumu								
Evet	95 (0-100)	0 (0-100)	67,5 (0-100)	70 (0-100)	35 (0-95)	37,5 (0-100)	0 (0-100)	44 (0-100)
Hayır	100 (0-100)	100 (0-100)	83,75 (0-100)	72,5 (0-100)	50 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	52 (0-100)
U=	1963,50	2035,00	2152,50	2151,50	2152,00	2048,50	2157,00	2172,50
p=	0,146	0,226	0,575	0,580	0,581	0,306	0,490	0,645
Sürekli İlaç Kullanım Durumu								
Evet	95 (0-100)	0 (0-100)	67,5 (0-100)	72,5 (0-100)	40 (0-95)	31,25 (0-100)	0 (0-100)	44 (0-100)
Hayır	95 (0-100)	75 (0-100)	70 (0-100)	70 (0-100)	45 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	48 (0-100)

Çizelge 4.5.(devam) Bakım veren bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları medyan değerleri (n=135)

Değişkenler	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Ağrı	Genel sağlık	Canlılık	Sosyal fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık
U=	2105,00	2127,50	2269,50	2249,50	2262,50	2118,50	2239,50	2245,00
p=	0,438	0,470	0,991	0,921	0,966	0,492	0,851	0,905

Çalışmamızda bakım veren bireylerin cinsiyetleri ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından canlılık ve mental sağlık puanları medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların, canlılık ve mental sağlık alt boyut puanları medyan değerleri erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Aynı zamanda gelirleri giderlerinden fazla olan bakım veren bireylerin sosyal işlevsellik alt boyut puanı medyan değeri gelirleri giderlerinden az/eşit olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$).

Evde birlikte yaşanan kişiler ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından ağrı puan medyan değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Eşlerin ağrı alt boyut puanı diğer bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$).

Bakım veren bireylerin yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk durumu, evde birlikte yaşadığı kişiler, kronik hastalık durumu ve sürekli ilaç kullanım durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.6. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları Medyan Değerleri (n=135)

Bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları medyan değerleri Çizelge 4.6' da yer almaktadır.

Çizelge 4.6. Bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları medyan değerleri(n=135)

Değişkenler	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji/Canlılık/Vitalite	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık
Hasta ile Yakınlık Derecesi								
Eşi	95 (0-100)	25 (0-100)	70 (0-100)	70 (0-100)	35 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	44 (0-96)
Çocuğu	100 (25-100)	0 (0-100)	67,5 (0-100)	70 (0-100)	50 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	48 (0-100)
Anne/ Baba	82,5 (0-100)	100 (0-100)	46,25 (0-100)	75 (0-100)	50 (0-90)	56,25 (13-100)	0 (0-100)	50 (4-84)
Akraba	95 (65-100)	0 (0-100)	77,5 (0-100)	70 (0-100)	45 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	44 (0-100)
KW=	1,922	0,773	2,881	0,309	0,291	5,127	1,106	0,983
p=	0,589	0,856	0,410	0,958	0,962	0,163	0,776	0,805
Hasta ile Aynı Evde Kalma Durumu								
Evet	95 (0-100)	0 (0-100)	67,5 (0-100)	70 (0-100)	45 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	50 (0-100)
Hayır	100 (40-100)	25 (0-100)	67,5 (10-100)	80 (0-100)	30 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	40 (0-100)
U=	1437,50	1565,50	1600,00	1515,00	1381,00	1500,00	1605,00	1360,00
p=	0,336	0,782	0,949	0,611	0,225	0,551	0,962	0,187
Bakımda Yardım Alma Durumu								
Evet	100 (0-100)	25 (0-100)	67,5 (0-100)	75 (0-100)	50 (0-100)	37,5 (0-100)	0 (0-100)	52 (0-100)
Hayır	90 (0-100)	0 (0-100)	70 (0-100)	67,5 (0-100)	35 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	44 (0-100)
U=	1984,00	2209,50	2138,50	1936,50	2203,00	2220,50	2062,50	2169,00
p=	0,173	0,732	0,530	0,132	0,740	0,797	0,215	0,631
KW=	2,886	0,141	1,424	1,675	0,547	7,173	0,203	3,292
p=	0,236	0,932	0,491	0,433	0,761	0,028	0,903	0,193
Bakımda Yardım Alınan Birey								
Eş	87,5 (25-100)	0 (0-100)	62,5 (13-100)	65 (10-90)	57,5 (0-100)	6,25 (0-100)	0 (0-100)	52 (0-100)
Çocuk	100 (25-100)	100 (0-100)	90 (13-100)	85 (30-100)	60 (0-95)	50 (0-100)	0 (0-100)	56 (0-84)
Kardeş	97,5 (0-100)	12,5 (0-100)	62,5 (0-100)	80 (0-100)	37,5 (0-95)	43,75 (0-100)	0 (0-100)	44 (0-88)
Anne/Baba	100 (70-100)	100 (0-100)	60 (23-100)	75 (0-100)	55 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	44 (0-100)
Akraba	95 (70-100)	87,5 (0-100)	67,5 (23-100)	77,5 (20-100)	60 (0-80)	37,5 (0-63)	0 (0-100)	58 (8-76)

Çizelge 4.6. (devam) Bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları medyan değerleri (n=135)

Değişkenler	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji/Canlılık/Vitalite	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık
KW=	2,956	0,705	2,979	3,962	0,593	3,961	1,864	1,315
p=	0,565	0,951	0,561	0,411	0,964	0,411	0,761	0,859
Bakım Veren Hastanın Yanında Olma Durumu								
Her zaman	95 (0-100)	0 (0-100)	70 (0-100)	75 (0-100)	45 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	50 (0-100)
Bazen	95 (0-100)	75 (0-100)	65 (0-100)	70 (0-100)	30 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	40 (0-100)
U=	1693,00	1719,50	1521,00	1698,00	1588,00	1603,00	1787,50	1588,00
p=	0,533	0,600	0,141	0,570	0,265	0,292	0,869	0,266
Bakım Verme Süresi								
1 yıldan az	95 (0-100)	75 (0-100)	70 (0-100)	75 (0-100)	50 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	52 (0-100)
1-5 yıl arası	90 (35-100)	0 (0-100)	57,5 (0-100)	50 (0-100)	30 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	40 (0-88)
U=	1668,50	1621,500	1701,00	1520,50	1376,00	1810,00	1702,00	1586,00
p=	0,298	0,167	0,396	0,087	0,016	0,760	0,280	0,164
Günlük Bakım Verme Süresi								
≤ 4 saat	100 (25-100)	100 (0-100)	90 (0-100)	75 (0-100)	55 (5-100)	50 (0-100)	0 (0-100)	56 (4-100)
≥5 saat	95 (0-100)	0 (0-100)	57,5 (0-100)	60 (0-100)	15 (0-95)	6,25 (0-100)	0 (0-100)	36 (0-84)
U=	2000,50	1832,50	1592,00	1779,00	1199,50	947,00	1712,50	1274,00
p=	0,222	0,031	0,002	0,032	0,000	0,000	0,001	0,000
Bakmakla Yükümlü Olunan Başka Birey Durumu								
Var	95 (0-100)	62,5 (0-100)	67,5 (0-100)	65 (0-100)	50 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	52 (0-100)
Yok	95 (0-100)	0 (0-100)	70 (0-100)	70 (0-100)	40 (0-95)	37,5 (0-100)	0 (0-100)	44 (0-100)
U=	2026,50	1976,50	1738,50	1983,00	1951,50	1916,50	1977,00	1802,50
p=	0,766	0,561	0,101	0,628	0,529	0,423	0,505	0,189

Bakım verme süresi 1 yıldan az olanların canlılık alt boyut puanı medyan değeri bakım verme süresi 1 yıl ve üzeri olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Bakım veren bireylerin, gün içerisinde bakıma ayırdıkları sürenin 4 saat ve altında olanların fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel güçlük ve mental sağlık alt boyut puanlarının medyan değerleri gün içerisinde bakıma ayırdıkları süre 5 saat ve üzeri olanlardan anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).

Bakım veren bireylerin, hasta ile yakınlık derecesi, hasta ile aynı evde kalma, bakımda yardım alma, bakımda yardım aldıkları birey, hastanın yanında olma ve bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey bulunması durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.7. Palyatif Bakım Alan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları Medyan Değerleri

Palyatif bakım alan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları medyan değerleri Çizelge 4.7' de yer almaktadır.

Çizelge 4.7. Palyatif bakım alan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları medyan değerleri (n=135)

Değişkenler	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Ağrı	Genel sağlık	Canlılık	Sosyal fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık
Hastalığın Evresi								
1.Evre	95 (15-100)	0 (0-100)	77,5 (0-100)	55 (0-100)	35 (0-95)	62,5 (0-100)	0 (0-100)	40 (0-100)
2.Evre	87,5 (35-100)	87,5 (0-100)	61,25 (0-100)	42,5 (0-100)	30 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	38 (0-100)
3.Evre	100 (40-100)	0 (0-100)	70 (13-100)	75 (0-100)	45 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	48 (0-100)
4.Evre	95 (0-100)	75 (0-100)	67,5 (0-100)	75 (0-100)	45 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	52 (0-100)
KW=	1,206	1,374	1,321	3,978	1,109	8,786	10,230	1,717
p=	0,752	0,712	0,724	0,264	0,775	0,032	0,017	0,633
Tedavi Çeşidi								
Kemoterapi	100 (25-100)	0 (0-100)	67,5 (0-100)	75 (0-100)	50 (0-100)	12,5 (0-100)	0 (0-100)	56 (0-100)
Radyoterapi	95 (60-100)	75 (0-100)	100 (45-100)	87,5 (30-95)	27,5 (0-95)	43,75 (0-100)	16,67 (0-100)	40 (8-100)
Kemoterapi+ Radyoterapi	95 (0-100)	75 (0-100)	100 (45-100)	87,5 (30-95)	27,5 (0-95)	43,75 (0-100)	16,67 (0-100)	40 (8-100)
Kemoterapi+ Hormon Tedavisi	90 (40-100)	0 (0-100)	45 (0-100)	42,5 (0-95)	35 (10-95)	31,25 (0-100)	0 (0-100)	36 (16-72)
Radyoterapi+ Hormon tedavisi	89,05 (25-100)	0 (0-100)	56,25 (0-100)	77,5 (0-100)	45 (0-95)	50 (0-100)	0 (0-100)	36 (0-76)
KW=	1,815	1,311	5,288	6,359	1,089	4,252	4,299	6,849
p=	0,770	0,859	0,259	0,174	0,896	0,373	0,367	0,144
Kanser Dışı Kronik Hastalık Durumu								
Var	97,5 (0-100)	87,5 (0-100)	70 (0-100)	72,5 (0-100)	42,5 (0-95)	25 (0-100)	0 (0-100)	44 (0-96)
Yok	95 (0-100)	0 (0-100)	67,5 (0-100)	70 (0-100)	45 (0-100)	25 (0-100)	0 (0-100)	48 (0-100)
U=	2003,00	2103,00	2026,00	2272,50	2146,00	1955,00	2243,00	2243,00
p=	0,202	0,382	0,257	0,981	0,560	0,148	0,840	0,877
Palyatif Bakım Alma Süresi								
1 yıldan az	95 (0-100)	100 (0-100)	70 (0-100)	75 (0-100)	50 (0-100)	37,5 (0-100)	0 (0-100)	52 (0-100)
1 yıl ve daha fazla	92,5 (35-100)	0 (0-100)	57,5 (0-100)	55 (0-100)	27,5 (0-95)	12,5 (0-100)	0 (0-100)	40 (0-100)
U=	1893,00	1724,00	1727,50	1607,50	1474,50	1728,50	1744,50	1709,50
p=	0,590	0,138	0,188	0,063	0,013	0,192	0,114	0,169

1.evrede olan palyatif bakım alan hastaların 4. evrede olan hastalara göre sosyal fonksiyon alt boyut puanı medyan değerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Aynı zamanda 4. evrede olan palyatif bakım alan hastaların diğer hastalara göre emosyonel rol güçlüğü alt boyut puanı medyan değeri aynı olsa da sıra numaralarının ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Palyatif bakım alma süresi 1 yıldan az olan hastaların, palyatif bakım alma süresi 1 yıl ve daha fazla olanlara göre canlılık alt boyut puanı medyan değerleri istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

4.8. Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeğı Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeğı alt boyutları puan ortalamaları Çizelge 4.8' de yer almaktadır.

Çizelge 4.8. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeğı alt boyutları puan ortalamaları (n=135)

Değişkenler	Spiritüel İyi Oluş Ölçeğı				Bakım Verme Yüğü Ölçeğı
	Aşkınlık	Doğayla uyum	Anomi	Toplam Puan	
Yaş					
18-40 Yaş	57,74±8,23	29,19±2,30	18,74±8,38	110,06±13,79	59,81±7,29
41-64 Yaş	58,48±7,45	29,24±2,61	19,13±8,21	111,15±11,45	59,55±8,33
≥65 Yaş	59,00±6,00	28,50±2,07	19,07±5,79	110,43±6,44	54,53±7,00
F=	0,217	0,547	0,037	0,125	2,850
p=	0,805	0,580	0,963	0,883	0,061
Cinsiyet					
Kadın	57,54±7,40	29,24±2,30	18,24±8,31	110,80±11,94	59,40±7,93
Erkek	59,59±7,87	28,96±2,66	20,37±7,30	110,30±12,24	58,59±7,91
t=	-1,490	0,632	-1,468	0,231	0,568
p=	0,138	0,528	0,145	0,818	0,571
Eğitim Durumu					
İlkokul	57,88±6,78	29,34±2,27	18,04±7,47	111,68±9,64	57,80±7,92
Ortaokul	58,74±8,05	29,37±2,71	17,58±9,08	112,52±12,71	58,63±7,44
Lise	58,96±7,00	28,88±2,41	21,50±7,45	108,87±12,12	59,04±8,38
Üniversite ve Üzeri	58,02±8,79	28,95±2,53	19,27±8,37	109,54±14,15	60,98±7,72
F=	0,144	0,343	1,238	0,565	1,269
p=	0,933	0,794	0,299	0,639	0,288
Medeni Durum					
Evli	57,90±7,40	29,06±2,41	19,08±7,97	110,16±11,67	59,00±8,07
Bekar	59,54±8,32	29,46±2,51	18,57±8,28	112,42±13,24	59,61±7,34
t=	-1,016	-0,791	0,295	-0,886	-0,361
p=	0,312	0,431	0,768	0,377	0,719
Çocuk Durumu					
Var	57,59±7,45	29,15±2,46	18,99±7,91	110,04±11,56	59,13±8,12
Yok	60,50±7,80	29,10±2,33	18,90±8,50	112,70±13,43	59,10±7,21
t=	-1,866	0,104	0,054	-1,068	0,020
p=	0,064	0,917	0,957	0,288	0,984
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	57,96±7,48	28,96±2,58	19,61±8,57	109,19±13,47	60,27±7,96
Çalışmıyor	58,41±7,71	29,25±2,33	18,58±7,67	111,54±10,96	58,41±7,83
t=	-0,332	-0,677	0,721	-1,108	1,334
p=	0,740	0,499	0,472	0,270	0,185
Gelir Durumu					
Gelir Giderden Az	54,64±8,13	28,91±1,92	21,68±7,20	105,00±11,44	59,86±8,77
Gelir Gidere Eşit	58,70±7,39	29,17±2,44	18,22±8,16	111,70±12,07	59,12±7,95
Gelir Giderden Fazla	61,40±6,39	29,30±3,33	20,70±7,22	112,00±9,69	57,60±5,46
F=	0,144	0,343	1,238	0,565	1,269
p=	0,933	0,794	0,299	0,639	0,288
Evde Birlikte Yaşanılan Kişiler					
Eş	59,78±7,14	28,97±2,23	19,75±6,99	111,40±10,53	56,53±7,54
Eş+Çocuk	57,84±8,08	29,12±2,28	18,49±8,70	111,07±12,79	60,24±8,20
Diğer	57,67±7,39	29,27±2,70	18,96±8,01	109,73±12,21	59,63±7,61
F=	0,870	0,153	0,240	0,246	2,381
p=	0,421	0,858	0,787	0,783	0,096
Kronik Hastalık Durumu					
Evet	58,48±7,14	29,22±2,30	18,51±6,80	111,17±9,98	58,19±7,48
Hayır	57,98±8,09	29,06±2,57	19,44±9,12	110,07±13,85	60,11±8,26
t=	0,376	0,374	-0,663	0,526	-1,414
p=	0,708	0,709	0,508	0,600	0,160
Sürekli İlaç Kullanım Durumu					
Evet	58,56±7,26	29,27±2,35	18,22±6,80	111,59±9,93	57,94±7,37
Hayır	57,94±7,93	29,03±2,50	19,63±8,95	109,77±13,61	60,20±8,26
t=	0,471	0,566	-1,034	0,893	0,322
p=	0,638	0,572	0,303	0,374	0,097

Bakım veren bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk durumu, çalışma durumu, gelir durumu, evde birlikte yaşanan kişiler, kronik hastalık durumu ve sürekli ilaç kullanım durumu ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeğı alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.9. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları Çizelge 4.9’ da yer almaktadır.

Çizelge 4.9. Bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili özelliklerine göre Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=135)

Değişkenler	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği				Bakım Verme Yükü Ölçeği
	Aşkınlık	Doğayla Uyum	Anomi	Toplam Puan	
Hasta ile Yakınlık Derecesi					
Eşi	59,59±6,90	29,05±2,25	18,33±6,86	112,52±10,28	56,93±7,75x
Çocuğu	58,66±7,71	29,20±2,86	19,34±8,35	111,51±12,54	60,12±7,78
Anne/Baba	56,80±8,44	29,50±2,22	17,70±9,09	111,80±10,92	60,60±9,19
Akraba	54,92±8,01	29,12±2,24	20,36±9,62	105,92±14,47	62,08±6,89z
F=	2,452	0,105	0,482	1,840	3,156
p=	0,066	0,957	0,695	0,143	0,027
Hasta ile Aynı Evde Kalma Durumu					
Evet	58,58±7,33	29,13±2,39	18,25±7,34	111,69±11,04	58,21±7,66
Hayır	57,10±8,45	29,16±2,57	21,35±9,67	107,09±14,41	62,19±8,05
t=	0,951	-0,053	-1,649	1,637	-2,510
p=	0,343	0,957	0,107	0,109	0,013
Bakımda Yardım Alma Durumu					
Evet	57,64±7,34	29,25±2,56	19,60±8,53	109,47±12,42	56,63±7,23
Hayır	58,82±7,85	29,03±2,30	18,34±7,47	111,77±11,54	61,66±7,80
t=	-0,903	0,535	0,905	-1,115	3,881
p=	0,368	0,593	0,367	0,267	0,000
Bakımda Yardım Alınan Birey					
Eş	57,60±7,54	30,40±3,89	18,40±8,88	111,60±14,56	60,30±8,26
Çocuk	59,77±5,76	30,46±2,63	17,46±6,72	114,76±9,65	59,08±7,00
Kardeş	54,90±9,78	28,10±1,37	20,95±9,10	104,65±13,53	64,15±9,06
Anne/Baba	60,38±5,02	28,54±1,61	19,77±9,43	111,15±11,68	59,54±6,91
Akraba	57,33±4,59	29,58±2,71	19,58±9,11	109,33±10,94	63,50±5,69
F=	1,485	1,856	0,357	1,513	1,400
p=	0,218	0,061	0,838	0,209	0,244
Bakım Veren Hastanın Yanında Olma Durumu					
Her zaman bulunuyor	58,85±7,67	29,36±2,54	18,30±7,32	112,03±11,36	58,18±7,78
Bazen bulunuyor	56,62±7,24	28,57±2,02	20,73±9,47	106,94±13,00	61,62±7,79
t=	1,525	1,697	-1,408	2,227	-2,289
p=	0,130	0,092	0,165	0,028	0,024
Bakım Verme Süresi					
1 yıldan az	58,34±7,67	28,95±2,40	18,60±8,11	111,01±12,11	58,72±8,05
1-5 yıl arası	57,97±7,49	29,62±2,45	19,89±7,79	109,71±11,82	60,13±7,52
t=	0,255	-1,453	-0,839	0,566	-0,938
p=	0,799	0,148	0,403	0,573	0,350
Günlük Bakım Verme Süresi					
≤ 4 saat	58,63±7,68	29,18±2,38	16,73±6,12	113,08±10,59	58,79±7,63
≥5 saat	57,77±7,53	29,10±2,49	21,66±9,16	107,75±12,97	59,52±8,26
t=	0,651	0,193	-3,586	2,581	-0,527
p=	0,516	0,847	0,001	0,011	0,599
Bakmakla Yükümlü Olunan Başka Birey Durumu					
Var	56,58±6,99	29,04±2,63	19,38±8,75	108,50±12,27	62,65±7,14
Yok	59,15±7,80	29,20±2,32	18,75±7,62	111,81±11,75	57,18±7,66
t=	-1,896	-0,351	0,437	-1,544	4,058
p=	0,060	0,726	0,663	0,125	0,000

Çizelge 4.9 incelendiğinde, bakım veren bireylerin hastaya yakınlığı ve hasta ile aynı evde kalma durumu ile bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamli farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre hastanın akrabası konumunda olanların hastanın eşi konumunda olanlara göre bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Aynı zamanda hasta ile aynı evde kalmayanların aynı evde kalanlara göre bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$).

Bakım verirken yardım alanların almayanlara göre bakım verme yükü ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hastanın yanında her zaman bulunan bakım veren bireylerin bazen bulunanlara göre spiritüel iyi oluş ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). İlâveten, hastanın yanında bazen bulunan bakım veren bireylerin her zaman bulunanlara göre bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Günlük hastaya bakım verme süresi 4 saat ve altında olanların; anomi alt boyut puan ortalamasının bakım verme süresi 5 saat ve üzeri olanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu ve spiritüel iyi oluş ölçeği puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Bakım veren bireylerden, bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey olanların bakım verme yükü ölçeği puan ortalamasının olmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

4.10. Palyatif Bakım Alan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Palyatif bakım alan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre bakım veren bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları Çizelge 4.10’ da yer almaktadır.

Çizelge 4.10. Palyatif bakım alan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre bakım veren bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=135)

Değişkenler	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği				Bakım Verme Yükü Ölçeği
	Aşkınlık	Doğayla Uyum	Anomi	Toplam Puan	
Hastalığın Evresi					
1.Evre	59,20±6,87	29,73±2,43	18,00±6,85	112,93±8,83	56,07±7,38
2.Evre	58,50±9,73	28,90±2,24	18,47±7,84	110,25±15,13	59,05±8,69
3.Evre	57,11±7,61	29,03±2,50	18,83±8,79	109,48±13,03	59,37±7,31
4.Evre	58,54±7,11	29,14±2,47	19,42±8,02	110,84±11,15	59,72±8,09
F=	1,365	1,712	0,319	1,212	1,350
p=	0,206	0,071	0,788	0,109	0,204
Tedavi Çeşidi					
Kemoterapi	57,04±6,60	29,18±2,71	19,29±9,19	109,17±12,38	61,78±7,40
Radyoterapi	60,80±3,42	28,60±1,50	14,20±4,61	117,20±7,49	52,90±4,86
Kemoterapi+ Radyoterapi	58,27±7,41	28,65±1,85	19,51±7,74	109,79±11,28	57,33±8,11
Kemoterapi+ Hormon Tedavisi	59,78±9,58	29,94±2,66	18,72±6,83	113,00±13,18	59,39±7,33
Radyoterapi+ Hormon tedavisi	59,00±12,67	30,75±3,19	20,25±6,67	111,50±14,73	60,12±8,47
F=	0,802	2,059	1,016	1,187	3,969
p=	0,526	0,090	0,402	0,320	0,005
Kanser Dışı Kronik Hastalık Durumu					
Var	56,87±8,04	29,10±2,70	19,66±8,03	108,48±12,20	59,97±8,27
Yok	59,63±6,90	29,18±2,13	18,26±7,98	112,82±11,47	58,27±7,47
t=	-2,137	-0,182	1,014	-2,126	1,253
p=	0,034	0,856	0,312	0,035	0,212
Palyatif Bakım Alma Süresi					
1 yıldan az	58,18±7,75	28,93±2,39	18,34±7,84	111,10±11,87	58,97±7,94
1-5 yıl	58,36±7,34	29,57±2,46	20,30±8,29	109,65±12,35	59,45±7,89
t=	-0,134	-1,427	-1,326	0,657	-0,335
p=	0,894	0,156	0,187	0,512	0,738

Palyatif bakım alan hastaların tedavi çeşidine göre bakım verenlerinin bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre yalnızca kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalamasının, kemoterapi+radyoterapi ve yalnızca radyoterapi alan hastalara bakım verenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Kanser dışında kronik hastalığı bulunan hastalara bakım veren bireylerin, kanser dışında kronik hastalığı bulunmayan hastalara bakım veren bireylere göre aşkınlık alt boyut puan ortalamasının ve spiritüel iyi oluş ölçeği puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$)

4.11. Bakım Veren Bireylerin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Bakım veren bireylerin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki Çizelge 4.11’de yer almaktadır.

Çizelge 4.11. Bakım veren bireylerin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki (n:135)

		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği								Bakım Verme Yüğü Ölçeği
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji/Canlılık/Vitalite	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık	
Aşkınlık	r	0,025	-0,031	0,018	0,063	0,102	0,050	0,010	0,099	-,598**
	p	0,774	0,723	0,838	0,468	0,240	0,563	0,904	0,253	0,000
Doğayla Uyum	r	-,173*	0,003	-0,010	-0,085	-0,021	0,080	0,138	-0,038	-0,045
	p	0,045	0,977	0,913	0,325	0,811	0,357	0,110	0,663	0,602
Anomi	r	-,337*	-,378*	-,420*	-,537*	-,685*	-,348*	-,376*	-,648*	-,273**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı	r	0,148	,197*	,257*	,343*	,512*	,226*	,259*	,490*	-,524**
	p	0,086	0,022	0,003	0,000	0,000	0,008	0,002	0,000	0,000
Bakım Verme Yüğü Ölçeği	r	-0,017	-0,039	-0,118	-0,108	-0,096	-0,143	-,197*	-0,065	
	p	0,841	0,654	0,173	0,214	0,266	0,098	0,022	0,457	

*: Sperman's korelasyon katsayısı; **: Pearson's korelasyon katsayısı

Çalışmamızda bakım veren bireylerin; spirütüel iyi oluş ölçeği alt boyutlarından doğaya uyum puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($r=-0,173$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım veren bireylerin doğaya uyum puan ortalaması arttıkça fiziksel fonksiyon puan ortalaması azalmaktadır ($p<0,05$).

Bakım veren bireylerin; spirütüel iyi oluş ölçeği alt boyutlarından anomi puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($r=-0,337$), fiziksel rol güçlüğü ($r=-0,378$), ağrı ($r=-0,420$), genel sağlık ($r=-0,537$), canlılık ($r=-0,685$), sosyal fonksiyon ($r=-0,348$), emosyonel rol güçlüğü ($r=-0,376$) ve mental sağlık ($r=-0,648$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmaktadır. ($p<0,05$). Bakım veren bireylerin anomi puanları arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puanları azalmaktadır.

Bakım veren bireylerin; spirütüel iyi oluş ölçeği puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel rol güçlüğü ($r=0,197$), ağrı ($r=0,257$), genel sağlık ($r=0,343$), canlılık ($r=0,512$), sosyal fonksiyon ($r=0,226$), emosyonel rol güçlüğü ($r=0,259$) ve mental sağlık ($r=0,490$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım veren bireylerin spirütüel iyi oluş ölçeği puan

ortalaması arttıkça fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puanları artmaktadır.

Bakım veren bireylerin; bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından emosyonel rol güçlüğü ($r=-0,197$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım veren bireylerin bakım verme yükü puanları arttıkça emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları azalmaktadır.

Bakım veren bireylerin; bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması ile spirütüel iyi oluş ölçeği alt boyutlarından aşkınlık ($r=-0,598$) ve spiritüel iyi oluş ölçeği ($r=-0,524$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım veren bireylerin bakım verme yükü puanları arttıkça aşkınlık ve spirütüel iyi oluş ölçeği puanları azalmaktadır.

4.12. Hasta ve Bakım Veren Bireye Ait Özelliklerin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Çizelge 4.12. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin canlılık alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model	Yordayıcı Değişkenler	B	SH	B	t	F	Düzeltilmiş R ²
1	Kadın cinsiyet	14,201	5,964	0,202	2,381*	5,670*	0,034
2	Kadın cinsiyet	14,347	5,850	0,204	2,453*	6,088**	0,071
	Bakım verme süresi 1 yıldan az	15,330	6,117	0,209	2,506*		
3	Kadın cinsiyet	12,860	5,471	0,183	2,351*	8,603***	0,185
	Bakım verme süresi 1 yıldan az	12,680	5,740	0,173	2,209*		
	Günlük bakım verme süresi ≤ 4 saat	23,655	5,230	0,354	4,523***		
4	Kadın cinsiyet	13,238	5,554	0,188	2,383*	11,477***	0,190
	Bakım verme süresi 1 yıldan az	6,805	14,529	0,093	0,468*		
	Günlük bakım verme süresi ≤ 4 saat	23,283	5,314	0,349	4,382***		
	Palyatif bakım alma süresi 1 yıldan az	6,245	14,181	0,088	0,440*		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Canlılık alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanan cinsiyet, bakım verme süresi, günlük bakım süresi ve palyatif bakım alma süresi değişkenlerinin canlılık üzerindeki yordama gücünü saptamak üzere çoklu doğrusal regresyon yapılmıştır (Çizelge 4.12.). Buna göre, canlılık alt boyut varyansının toplam %19'unun (düzeltilmiş $R^2=0,185$; $F_{(0,194)}=8,603$; $p<0,001$) %3,4'ünü kadın cinsiyet ($\beta=0,188$ $t=2,383$ $p<0,05$),

%3,7'sini bakım verme süresinin 1 yıldan az olması ($\beta=0,093$ $t=0,468$ $p<0,05$), %11,4'ünü günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olması ($\beta=0,349$ $t=4,382$ $p<0,001$) ve %5'ini palyatif bakım alma süresinin 1 yıl ve daha az olması ($\beta=0,088$ $t=0,440$ $p<0,05$) durumlarının yordadığı görülmüştür

Çizelge 4.13. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin mental sağlık alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model		B	SH	β	t	F	Düzeltilmiş R^2
1	Kadın cinsiyet	10,405	4,472	0,198	2,327*	5,413*	0,032
2	Kadın cinsiyet	9,235	4,149	0,176	2,226*		
	Günlük bakım verme süresi $\leq$ 4 saat	18,945	3,946	0,379	4,801***	14,678***	0,182
3	Kadın cinsiyet	7,594	4,133	0,144	1,837*		
	Günlük bakım verme süresi $\leq$ 4 saat	19,533	3,885	0,390	5,028***	12,063***	0,216
	Yardımcı araç- gereç kullanım durumu	9,409	3,917	0,189	2,402*		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Mental sağlık alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanan cinsiyet, günlük bakım süresi ve yardımcı araç-gereç kullanım durumu değişkenlerinin mental sağlık üzerindeki yordama gücünü saptamak üzere çoklu doğrusal regresyon yapılmıştır (Çizelge 4.13.). Buna göre, mental sağlık alt boyut varyansının toplam %19,9'unun (düzeltilmiş $R^2=0,199$; $F_{(5,771)}=12,063$; $p=0,000$) %3,2'sini kadın cinsiyet ($\beta=0,144$ $t=1,837$ $p<0,05$), %15'ini günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olması ($\beta=0,390$ $t=5,028$ $p<0,001$) ve %3,4'ünü yardımcı araç- gereç kullanım durumu olmasının ($\beta=0,189$ $t=2,402$ $p<0,05$) yordadığı görülmüştür.

Çizelge 4.14. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin fiziksel rol alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model		B	SH	β	t	F	R^2
1	Günlük bakım verme süresi $\leq$ 4 saat	18,261	8,414	0,185	2,170*	4,711*	0,034

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Fiziksel rol alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanan günlük bakım süresi değişkeninin fiziksel rol üzerindeki yordama gücünü saptamak üzere basit doğrusal regresyon yapılmıştır (Çizelge 4.14). Buna göre, fiziksel rol alt boyut varyansının %3,4'ünü günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olmasının ($\beta=0,185$ $t=2,170$ $p<0,05$) yordadığı görülmüştür.

Çizelge 4.15.Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin emosyonel rol güçlüğü alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model	B	SH	B	t	F	R ²
1 Günlük bakım verme süresi ≤ 4 saat	21,586	6,824	0,265	3,163**	10,007**	0,070

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Emosyonelrol güçlüğü alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanan günlük bakım süresi değişkeninin emosyonel rol güçlüğü üzerindeki yordama gücünü saptamak üzere basit doğrusal regresyon yapılmıştır (Çizelge 4.15). Buna göre, emosyonel rol güçlüğü alt boyut varyansının %7'sini günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olmasının ($\beta=0,265$ $t=3,163$ $p<0,01$) yordadığı görülmüştür

Çizelge 4.16.Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin sosyal fonksiyon alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model	B	SH	β	t	F	R ²
1 Günlük bakım verme süresi ≤ 4 saat	32,056	5,069	0,481	6,324***	39,994***	0,231

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Sosyal fonksiyon alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanan günlük bakım süresi değişkeninin sosyal fonksiyon üzerindeki yordama gücünü saptamak üzere basit doğrusal regresyon yapılmıştır (Çizelge 4.16). Buna göre, sosyal fonksiyon alt boyut varyansının %23,1'ini günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olmasının ($\beta=0,481$ $t=6,324$ $p<0,001$) yordadığı görülmüştür.

Çizelge 4.17. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin ağrı alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model	B	SH	B	t	F	R ²
1 Günlük bakım verme süresi ≤ 4 saat	17,022	5,631	0,254	3,023**	9,136**	0,064

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Ağrı alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanan günlük bakım süresi değişkeninin ağrı üzerindeki yordama gücünü saptamak üzere basit doğrusal regresyon yapılmıştır (Çizelge 4.17). Buna göre, ağrı alt boyut varyansının %6,4'ünü günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olmasının ($\beta=0,254$ $t=3,023$ $p<0,01$) yordadığı görülmüştür

Çizelge 4.18. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin genel sağlık alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model		B	SH	β	t	F	R ²
1	Günlük bakım verme süresi $\leq$ 4 saat	13,954	5,579	0,212	2,501*	6,255*	0,045

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Genel sağlık alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanan günlük bakım süresi değişkeninin genel sağlık üzerindeki yordama gücünü saptamak üzere basit doğrusal regresyon yapılmıştır (Çizelge 4.18). Buna göre, genel sağlık alt boyut varyansının %4,5'ini günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olmasının ($\beta=0,212$ $t=2,501$ $p<0,05$) yordadığı görülmüştür.

4.13. Hasta ve Bakım Veren Bireye Ait Özelliklerin Spiritüel İyi Oluş Üzerindeki Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Çizelge 4.19. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin aşkınlık alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model		B	SH	β	t	F	R ²
1	Hastanın kanser dışında kronik hastalık varlığı	2,759	1,291	0,182	2,137*	4,566*	0,033

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Aşkınlık alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanan kanser dışı kronik hastalık varlığı değişkeninin aşkınlık üzerindeki yordama gücünü saptamak üzere basit doğrusal regresyon yapılmıştır (Çizelge 4.19). Buna göre, aşkınlık alt boyut varyansının %3,3'ünü hastanın kanser dışında kronik hastalığa sahip olmasının ($\beta=0,182$ $t=2,137$ $p<0,05$) yordadığı görülmüştür.

Çizelge 4.20. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin doğayla uyum alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model		B	SH	β	t	F	R ²
1	Hastanın tam bağımlı olması durumu	1,444	0,625	0,272	2,310*	5,335*	0,074

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Doğayla uyum alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanan hastanın bağımlılık durumu değişkeninin doğayla uyum üzerindeki yordama gücünü saptamak üzere basit doğrusal regresyon yapılmıştır (Çizelge 4.20). Buna göre, doğayla uyum alt

boyut varyansının %7,4'ünü hastanın tam bağımlı olması durumunun ($\beta=0,272$ $t=2,310$ $p<0,05$) yordadığı görülmüştür.

Çizelge 4.21. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin anomi alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model		B	SH	β	t	F	R ²
1	Hastanın bağımlı olması durumu	4,328	1,748	0,290	2,476*	6,133*	0,084

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Anomi alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanan hastanın bağımlılık durumu değişkeninin anomi üzerindeki yordama gücünü saptamak üzere basit doğrusal regresyon yapılmıştır (Çizelge 4.21). Buna göre, anomi alt boyut varyansının toplam %8,4'ünü hastanın bağımlı olması durumunun ($\beta=0,290$ $t=2,476$ $p<0,05$) yordadığı görülmüştür.

Çizelge 4.22. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin anomi alt boyutu üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model		B	SH	β	t	F	R ²
1	Günlük bakım verme süresi ≤ 4 saat	-4,930	1,328	-0,307	2,501***	13,779***	0,095

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Anomi alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanan günlük bakım süresi değişkeninin anomi üzerindeki yordama gücünü saptamak üzere basit doğrusal regresyon yapılmıştır (Çizelge 4.22). Buna göre, anomi alt boyut varyansının %9,5'ini günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olmasının ($\beta=-0,307$ $t=2,501$ $p<0,001$) yordadığı görülmüştür.

Çizelge 4.23. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin spiritüel iyi oluş üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model		B	SH	β	T	F	Düzeltilmiş R ²
1	Günlük bakım verme süresi ≤ 4 saat	5,324	2,029	0,222	2,624*	6,885*	0,042
2	Günlük bakım verme süresi ≤ 4 saat	5,651	1,996	0,235	2,832**		
	Bakım verenin hastanın yanında olması durumu	-5,504	2,230	-0,205	-2,468*	6,621**	0,077
3	Günlük bakım verme süresi ≤ 4 saat	5,165	1,970	0,215	2,622*		
	Bakım verenin hastanın yanında olması durumu	-6,484	2,226	-0,242	-2,912**	6,542***	0,110
	Hastanın kanser dışında kronik hastalığa sahip olması	4,842	1,994	0,202	2,428*		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Spiritüel iyi oluş ölçeği toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanan günlük bakım süresi, bakım verenin hastanın yanında olma durumu ve hastanın kanser dışında kronik hastalığa sahip olması değişkenlerinin spiritüel iyi oluş üzerindeki yordama gücünü saptamak üzere çoklu doğrusal regresyon yapılmıştır (Çizelge 4.23). Buna göre, spiritüel iyi oluş varyansının toplam %11'inin (düzeltilmiş $R^2=0,110$; $F_{(5,893)}=6,542$; $p=0,000$) %4,2'sinigünlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olması ($\beta=0,215$ $t=2,622$ $p<0,05$), %3,5'ini bakım verenin hastanın yanında olması durumunun ($\beta=-0,242$ $t=2,912$ $p<0,01$) ve %3,3'ünü hastanın kanser dışında kronik hastalığa sahip olmasının ($\beta=0,202$ $t=2,428$ $p<0,05$) yordadığı görülmüştür.

4.14. Hasta ve Bakım Veren Bireye Ait Özelliklerin Bakım Verme Yükü Üzerindeki Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Çizelge 4.24. Hasta ve bakım veren bireye ait özelliklerin bakım verme yükü üzerindeki etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model		B	SH	β	T	F	Düzeltilmiş R^2
1	Hasta ile aynı evde kalma	-3,982	1,587	-0,213	-2,510*	6,298*	0,038
2	Hasta ile aynı evde kalma	-2,033	1,656	-0,109	-1,228	8,313***	0,098
	Bakımda yardım alma	4,385	1,393	0,278	3,147**		
3	Hasta ile aynı evde kalma	-1,777	1,776	-0,095	-1,001	5,563***	0,093
	Bakımda yardım alma	4,204	1,466	0,267	2,867**		
	Hastanın her zaman yanında olma	-0,699	1,711	-0,040	-0,409		
4	Hasta ile aynı evde kalma	-1,084	1,745	-0,058	-0,621*	6,465***	0,140
	Bakımda yardım alma	3,254	1,465	0,207	2,221**		
	Hastanın her zaman yanında olma	-0,564	1,666	-0,032	-0,338*		
	Bakmakla yükümlü olduğu başka bir bireyin olması	4,040	1,407	0,246	2,872**		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Bakım verme yükü ölçeği toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanan hasta ile aynı evde kalma, bakımda yardım alma, hastanın yanında olma ve bakmakla yükümlü olduğu başka bir bireyin varlığı değişkenlerinin bakım verme yükü üzerindeki yordama gücünü saptamak üzere çoklu doğrusal regresyon yapılmıştır (Çizelge 4.24). Buna göre, bakım verme yükü varyansının toplam %14'ünün (düzeltilmiş $R^2=0,140$; $F_{(8,248)}=6,465$; $p<0,001$) %3,8'ini bakım verenin hasta ile aynı evde kalması ($\beta=-0,058$ $t=-0,621$ $p<0,05$), %6'sını bakımda yardım alma durumunun ($\beta=0,207$ $t=2,221$ $p<0,01$), %6'sını bakım verenin hastanın her zaman yanında olması durumunun ($\beta=-0,032$ $t=-0,338$ $p<0,05$) ve %4,7'sinibakım verenin bakmakla yükümlü olduğu başka bir bireyin olması durumunun ($\beta=0,246$ $t=2,872$ $p<0,01$) yordadığı görülmüştür.

4.15. Bakım Veren Bireylerin Spiritüel İyi Oluş ve Bakım Verme Yükünün Yaşam Kalitelerini Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Çizelge 4.25. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün fiziksel fonksiyon üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları

Model		B	SH	B	T	F	Düzeltilmiş R ²
1	Spiritüel iyi oluş	0,252	0,165	0,132	1,531	2,343	0,010
2	Spiritüel iyi oluş	0,238	0,194	0,124	1,225	1,173	0,003
	Bakım verme yükü	-0,041	0,295	-0,014	-0,140		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükü puanlarının yaşam kalitesi puanlarını ne ölçüde yordadığını görmek için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükü bağımsız değişken, yaşam kalitesi puanları (Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık) bağımlı değişken olarak analize dâhil edilmiştir.

Çizelge 4.25’ de regresyon analizinin sonuçlarının verildiği şekliyle, fiziksel fonksiyon üzerinde spiritüel iyi oluş ($\beta=0,124$ $t=1,225$ $p=0,128$) ve bakım verme yükünün ($\beta=-0,014$ $t=-0,140$ $p=0,313$) yordayıcı etkisinin olmadığı görülmüştür.

Çizelge 4.26. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün fiziksel rol güçlüğü üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları

Model		B	SH	B	T	F	Düzeltilmiş R ²
1	Spiritüel iyi oluş	0,670	0,352	0,163	1,904	3,626	0,019
2	Spiritüel iyi oluş	0,814	0,414	0,198	1,966	2,025	0,015
	Bakım verme yükü	0,417	0,629	0,067	0,663		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Çizelge 4.26’da regresyon analizinin sonuçlarının verildiği şekliyle, fiziksel rol güçlüğü üzerinde spiritüel iyi oluş ($\beta=0,198$ $t=1,966$ $p=0,059$) ve bakım verme yükünün ($\beta=0,067$ $t=0,663$ $p=0,136$) yordayıcı etkisinin olmadığı görülmüştür.

Çizelge 4.27. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün ağrı üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları

Model		B	SH	B	T	F	Düzeltilmiş R ²
1	Bakım verme yükü	-0,585	0,365	-0,138	-1,605	2,575	0,012
2	Bakım verme yükü	-0,092	0,422	-0,022	-0,217	3,811*	0,040
	Spiritüel iyi oluş	0,620	0,278	-0,022	2,229*		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Çizelge 4.27 de regresyon analizinin sonuçlarının verildiği şekliyle, ağrı varyansının toplam %4'ünün (düzeltilmiş $R^2=0,040$; $F_{(4,969)}=3,811$; $p=0,025$) %2,8'inin spiritüel iyi oluşun ($\beta=0,222$ $t=2,229$ $p<0,05$) yordadığı ve bakım verme yükünün ($\beta=-0,022$ $t=-0,217$ $p>0,05$) yordayıcı etkisinin olmadığı görülmüştür.

Çizelge 4.28. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün genel sağlık algısı üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları

Model		B	SH	B	T	F	Düzeltilmiş R^2
1	Bakım verme yükü	-0,585	0,365	-0,138	-1,605	2,184	0,016
2	Bakım verme yükü	-0,092	0,422	-0,022	-0,217	8,460***	0,114
	Spiritüel iyi oluş	0,620	0,278	-0,022	2,229***		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Çizelge 4.28' de regresyon analizinin sonuçlarının verildiği şekliyle, genel sağlık algısı varyansının %9,9'unu spiritüel iyi oluşun ($\beta=0,022$ $t=2,229$ $p<0,001$) yordadığı ve bakım verme yükünün ($\beta=-0,022$ $t=-0,217$ $p>0,05$) yordayıcı etkisinin olmadığı görülmüştür

Çizelge 4.29. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün canlılık üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları

Model		B	SH	B	T	F	Düzeltilmiş R^2
1	Bakım verme yükü	-0,440	0,364	-0,104	-1,208	2,184	0,012
2	Bakım verme yükü	0,864	0,371	0,205	2,328*	8,460***	0,040
	Spiritüel iyi oluş	1,638	0,244	0,588	6,700***		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Çizelge 4.29'da regresyon analizinin sonuçlarının verildiği şekliyle, canlılık varyansının toplam %24,8'ini spiritüel iyi oluşun ($\beta=0,588$ $t=6,700$ $p<0,001$) yordadığı ve bakım verme yükünün ($\beta=0,205$ $t=2,328$ $p>0,05$) yordayıcı etkisinin olmadığı görülmüştür.

Çizelge 4.30. Bakım verenlerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün sosyal fonksiyon üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları

Model		B	SH	B	T	F	Düzeltilmiş R^2
1	Bakım verme yükü	-0,458	0,364	-0,109	-1,260	1,588	0,004
2	Bakım verme yükü	0,066	0,420	0,016	0,157	3,654*	0,038
	Spiritüel iyi oluş	0,658	0,276	0,237	2,380*		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Çizelge 4.30.'da regresyon analizinin sonuçlarının verildiği şekliyle, sosyal fonksiyon varyansının toplam %3,4'ünü spiritüel iyi oluşun ($0,237t=2,380$ $p<0,05$) yordadığı bakım verme yükünün ($\beta=0,016$ $t=0,157$ $p>0,05$) yordayıcı etkisinin olmadığı görülmüştür.

Çizelge 4.31. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün emosyonel rol güçlüğü üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları

Model		B	SH	B	T	F	Düzeltilmiş R ²
1	Bakım verme yükü	-0,930	0,440	-0,180	-2,112*	4,462*	0,025
2	Bakım verme yükü	-0,307	0,509	-0,059	-0,603	5,033**	0,057
	Spiritüel iyi oluş	0,783	0,335	0,230	2,336*		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Çizelge 4.31' de regresyon analizinin sonuçlarının verildiği şekliyle, emosyonel rol güçlüğü varyansının toplam %5,7'sinin (düzeltilmiş $R^2=0,057$; $F_{(5,455)}=5,033$; $p=0,008$) %2,5'ini spiritüel iyi oluşun ($\beta=0,230t=2,336p<0,05$) ve %3,2'sini bakım verme yükünün ($\beta=-0,059t=-0,603p<0,05$) yordadığı görülmüştür.

Çizelge 4.32. Bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve bakım verme yükünün mental sağlık üzerindeki yordama gücüne yönelik regresyon analizi bulguları

Model		B	SH	B	T	F	Düzeltilmiş R ²
1	Bakım verme yükü	-0,266	0,274	-0,084	-0,971	0,943	0,025
2	Bakım verme yükü	0,709	0,279	0,224	2,539*	22,772***	0,057
	Spiritüel iyi oluş	1,223	0,184	0,587	6,655***		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Çizelge 4.32' de regresyon analizinin sonuçlarının verildiği şekliyle, mental sağlık varyansının %24,5'inin (düzeltilmiş $R^2=0,245$; $F_{(44,294)}=22,772$; $p=0,000$) tamamını spiritüel iyi oluşun ($\beta=0,587$ $t=6,655p<0,001$) yordadığı ve bakım verme yükünün ($\beta=0,224$ $t=2,539p>0,05$) yordayıcı etkisinin olmadığı görülmüştür ($p>0,05$)

5. TARTIŞMA

5.1. Spiritüel İyi Oluş, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Bakım Verme Yükü Puan Ortalamalarının Tartışılması

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalamasının tartışılması

Spiritüel iyi oluş bireyi çevresindekilerle birlikte fiziksel, psikolojik, ekonomik, spiritüel ve sosyokültürel boyutlarıyla ele alınmasını destekleyen bütüncül bir yaklaşımdır [31, 34]. Yapılan bazı çalışmalarda maneviyatın olumsuz yaşam olaylarının neden olduğu stresi azalttığı ve stresle baş etme gücünü artırdığı belirtilmektedir [79, 80]. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecinin tüm aşamalarına uyum sağlamalarında spiritüelite önemli bir destektir. Kanser hastaları gibi bakım veren aile üyelerinin de sevgi alma ve verme, pozitif olma, şükran ve umut, yaşamdan anlam ve güzellik bulma ve aşkınlık gereksinimi olduğu belirtilmektedir [81]. Bu nedenle yaşam kalitesinin temel alanlardan biri olarak görülen spiritüel iyi oluş düzeyinin bakım veren bireylerde de değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda, bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş düzeyi toplam puan ortalaması $110,64 \pm 12,00$ bulunmuştur. Bu sonuç çalışmamıza katılan bakım veren bireylerin çoğunluğunun spiritüel iyi oluş düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamız bulgularına benzer şekilde Mollai ve arkadaşlarının 2019 yılında kanser hastalarına bakım veren 150 kişiyi içeren çalışmasında spiritüel iyi oluş düzeyi puan ortalaması 90.36 ± 17.70 bulunmuştur [82]. Rezaei ve arkadaşlarının 2020 yılında 130 kanser hastasına bakım verenler ile yaptığı çalışmasında ise 72.70 ± 8.51 bulunmuştur [83]. Spatuzzi ve arkadaşları 2018 yılında 199 kanser hastası bakım vereni ile yaptıkları ve kesim noktası olarak 75. yüzdelik dilim kabul ettikleri çalışmada 147 kişinin spiritüel iyilik düzeyinin iyi, 52 kişinin ise düşük olarak saptamışlardır [26]. Bu çalışma sonuçları kanser hastasına bakım verenlerinin spiritüel iyi oluş düzeyinin orta ya da yüksek olduğunu göstermektedir.

Spiritüel iyi oluş düzeyinin yüksek olması bireyin inançları sayesinde bakım verdiği bireyin hastalığını ve ölme ihtimalini kabul ederek bakım verdiği, hayatındaki her olayın bir nedeni olduğunun bilincinde olduğu, gelecek planları yapabildiği anlamına gelmektedir. Ayrıca kriz durumunda duygusal davranmak yerine çözüme yönelik kararlar

verebildiği, endişe, kaygı, ölüm korkusu, suçluluk ve çaresizlik gibi olumsuz duygu ve düşünceleri daha az hissettiği, kendisinin ve hastasının spiritüel gereksinimlerini olabildiğince karşıladığı ve bu sayede bakım yükünün azaldığı, yaşam kalitesinin arttığı anlamına gelmektedir [25, 26, 29, 59].

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının tartışılması

Kanser hastasına bakım veren bireyler bakım sürecinde deneyim kazanma, kendini geliştirme, baş edebilme yetisini geliştirme, oryantasyonu sağlama gibi olumlu etkilerin yanı sıra yetersizlik, çaresizlik, yakınını kaybetme korkusu, suçluluk, uykusuzluk, zayıflama/kilo alma, ağrı, yorgunluk, işten çıkma/çıkarılma kendine ve çevresine karşı sorumlulukları yerine getirememe gibi olumsuz birçok problem ile de karşılaşmaktadır. Tüm bunlar kişinin bakım yükünü ve dolayısıyla mortalite oranını artırarak bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmaların sonucuna göre bireylerin yaşam kalitesinin artırılabilmesi için öncelikle bakım yükünün azaltılması gerekmektedir [10, 23, 47, 60].

Çalışmamızda bakım veren bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasının fiziksel fonksiyon; en düşük puan ortalamasının ise emosyonel rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğü alt boyutlarında olduğu bulunmuştur. Spatuzzi ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmasında çalışmamıza paralel olarak sırasıyla fiziksel fonksiyonalt boyut puanı en yüksek ve emosyonel alt boyutu puanı en düşük olarak bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak fiziksel rol güçlüğü en düşük boyut bulunmamıştır [26]. Çalışmamızda fiziksel fonksiyon ortalamasının yüksek, fiziksel rol güçlüğü'nün düşük olması bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yerine getirebildiğini, emosyonel rol güçlüğü'nün düşük olması ise bireyin duygusal sorunlara bağlı iş ya da diğer etkinliklerde sorun yaşadıklarını göstermektedir.

Palyatif bakım alan kanser hastalarında hastalığın ilerlemesi ile fiziksel, ruhsal, bilişsel semptomlarının ağırlaşması ya da artması, bakım verenlerin bakım yükünü artırmaktadır. Bakım verenlerde artan bakım yükü, uzun süreli hastane ortamında bulunma, rol değişiklikleri ve değişen rollere uyumda güçlük görülebilmektedir [9, 21, 84]. Bu nedenlere bağlı olarak bakım veren bireylerde anksiyete, depresyon, yas, keder, tükenmişlik, çaresizlik, sosyal izolasyon gibi emosyonel sorunlara neden olarak yaşam

kalitelerini olumsuz etkilemektedir [21, 85]. Çalışmamızın sonucunun da bunu doğruladığı söylenebilir.

Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarının tartışılması

Kanser hastası olan bireye bakım vermek bireylerde ağrı, yorgunluk, kilo alma/kilo kaybı, uykusuzluk, endişe, anksiyete, ekonomik sıkıntı, sosyal izolasyon gibi birçok olumsuz durumun görülmesine sebep olmaktadır. Yük olarak adlandırılan tüm bu sıkıntıların artması bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir [21, 23, 60].

Çalışmamızda bakım verenlerin bakım yükü puan ortalaması $59,13 \pm 7,91$ olup ileri derece bakım yüklerinin olduğu saptanmıştır. Ülkemizde Timur ve arkadaşlarının 2021 yılında palyatif bakım hastasına bakım veren 59 bireyin bakım yükü puan ortalaması da $50,7 \pm 10,7$ olarak bulunmuştur [86]. Yıldız ve arkadaşları 2017 yılında yaptıkları bir çalışmada 101 kanser hastasına bakım verenlerinde bakım veren bireylerin bakım yükü puan ortalamasının $50,48 \pm 14,93$ olup ileri derecede yüke sahip oldukları saptanmıştır [67]. Söğüt ve Erbay 2017 yılında yaptıkları bir çalışmada bakım veren bireylerin %84,6' sının orta/ ileri/ aşırı derecede yüke sahip olduğunu belirlemiştir [16]. Idiok ve arkadaşları 2014 yılında yaptıkları çalışmada bakım veren bireylerin çoğunluğunun ileri ve şiddetli yüke sahip olduklarını [87], Egici ve arkadaşları (2019) ise çalışmamızdan farklı olarak bakım verenlerin daha çok orta derecede yüke sahip olduklarını saptamıştır [39]. Ceylan Gür ve Ersin (2021) 160 kanser hastasına bakım veren bireylerin bakım yükü ortalamasının $32,65 \pm 15,14$ olduğunu ve orta derecede yüke sahip olduklarını bulmuştur [21]. Sevcan Orak ve Sezgin (2015) ile Özdemir ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmalarda da bakım verenlerin en fazla orta derecede yüke sahip oldukları bulunmuştur [17, 60]. Çalışmalardaki bakım yükü derecesinin farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu çalışmalardan farklı olarak çalışmamız sonucunda bakım yükünün ileri derecede çıkmasının bireylerin yarısından fazlasının kronik hastalıklarının olması, hastalarının yarısından fazlasının bağımlı olması ve çoğunluğun ileri evre kanser hastası olması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Spiritüel İyi Oluş, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Bakım Yüğü Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Spirütüel iyi oluş din ya da inanış durumuna bakılmaksızın evrensel bir kavramdır ve bireyin stresle baş etmesini sağladığı, yaşam kalitesini ve bakım yükünü etkilediği belirtilmektedir [31, 34]. Bu çalışmada bakım verenlerin; spirütüel iyi oluş ölçeği puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır. ($p<0,05$). Bu sonuca göre bakım verenlerin spirütüel iyi oluş ölçeği puan ortalaması arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puanları artmaktadır. Çalışmamıza paralel olarak spiritüel iyi oluş toplam puanı ile yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır [26, 88]. Adams ve arkadaşları (2014) da stres, endişe, özgüven eksikliği gibi spiritüel sıkıntılar yaşayan bireylerin yaşam kalitesinin düşük olduğunu saptamışlardır [32]. Çalışma sonucumuza görespiritüel iyi oluş düzeyi yüksek olan bireylerin yıkanma, giyinme gibi fiziksel etkinliklerini rahatlıkla yaptığı, daha az ya da ağrısı olmadığı, genel sağlık düzeyinin daha iyi olduğu, sosyal etkinliklerini sürdürebildiği, canlı, enerjik, sakin ve mutlu hissettikleri düşünülebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin; spirütüel iyi oluş ölçeği alt boyutlarından doğaya uyum puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur($p<0,05$). Bir başka deyişle bakım verenin fiziksel fonksiyon puan ortalamasının artmasını doğayla uyum alt boyut puanını düşürmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda kanser hastasına bakım veren bireylerin spiritüel iyi oluş ve yaşam kalitesine bakılan çalışmalarda, çalışmamızın aksine fiziksel fonksiyon ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuş olup, fiziksel fonksiyon düzeyinin artmasının spiritüel iyi oluş düzeyini artırdığını saptayan çalışmalar vardır [26, 88]. Çalışmamızın sonucuna göre bakım veren bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerinde sınırlılık yaşamamakla birlikte yarıdan fazlasının kronik hastalığının olması ve hastası bağımlı olması (%51,1), çoğunluğunun hasta ile aynı evde kalması (%77,6) gibi faktörlerden dolayı doğayla uyum sağlama düzeyinin azaldığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin; spirütüel iyi oluş ölçeği alt boyutlarından anomi puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$). Bu sonuca göre bakım verenlerin anomi puanları arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puanları azalmaktadır. Anomi kavramı bireyin daha çok yaşamdaki olumsuzlukları üzerine durmaktadır ve yaşamdan zevk almama, hoşnutsuzluk durumunu anlatmaktadır [74]. Bu bağlamda anomi düzeyinin artması sonucunda bireylerin fiziksel fonksiyonlarında kısıtlılıkla ilişkili olarak günlük rutinlerini yerine getirmekte zorlanma görülebilir. Bireylerde fiziksel fonksiyonun azalması sonucunda fiziksel rol güçlükleri ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bireylerin olumsuz duygu ve düşünceler içerisinde olması fiziksel ve ruhsal sorunlara ve sosyal fonksiyonlarda azalmaya neden olabileceği düşünülmektedir. Kanser hastasına bakım veren bireylerde anomi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışma bulunmamaktadır.

Bakım verenlerin; bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin bakım verme yükü puanları arttıkça emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları azalmaktadır. Kişilerin bakım yükü arttıkça duygusal problemleri artmakta, bu durum da bakım yükünü artırmaktadır. Çalışmamızla benzer olarak bakım yükünün artmasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği çalışmalar bulunmaktadır. [21- 23].

Bakım verenlerin; bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması ile spirütüel iyi oluş ölçeği alt boyutlarından aşkınlık ve spiritüel iyi oluş ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım verenlerin bakım verme yükü puanları arttıkça aşkınlık ve spirütüel iyi oluş ölçeği puanları azalmaktadır. Çalışmamızla tutarlı olarak Vigna ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında bakım yükü ile spirüelite arasında negatif bir ilişki bulunmuştur ve özellikle spiritüelite düştükçe emosyonel yükün daha fazla olduğu bulunmuştur [89]. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde spiritüel iyi oluş ile bakım yükü arasında negatif ilişki saptayan başka çalışmalar da bulunmaktadır [26, 59, 90, 91]. Çalışma sonucumuza göre spiritüel iyi oluş düzeyi arttıkça kişinin hissettiği bakım yükü de azalmaktadır. Bu durum spiritüel gereksinimlerini

karşılayan bireylerin inançları, doğa ve yaşamla ilgili olumlu düşünceleri sayesinde birtakım sıkıntıları daha kolay kabullenmeleri sebebiyle bakım yüklerinin azalmasına bağlanabilir. Ayrıca çalışmamıza benzer olarak Kaplan (2020) da aşkınlık ile bakım yükü arasında negatif ilişki saptamıştır [90]. Aşkınlık düzeyi azaldıkça bireylerin inanç düzeyleri azalmakta, bireyler yaşadıkları olumsuzluklara daha fazla olumsuz tepkiler vermekte ve bu durum da kişinin hissettiği bakım yükünün artmasına sebep olmaktadır.

5.3. Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre Spiritüel İyi Oluş, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları

Çalışmamızda bakım verenlerin yaşı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut medyan değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızın aksine Cengiz ve arkadaşları 2021 yılında 163 palyatif bakım veren bireye yaptıkları çalışmada 61 yaş ve üstü bireylerde yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu saptamışlardır [92]. Karakaya ve Işıkhani(2020) da çalışmamızın aksine 124 palyatif bakım veren bireye yaptıkları çalışmada 49 yaş ve altında olan bireylerin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve ağrı alt boyut puan medyan değerlerinin 50 yaş ve üzerindeki bireylere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardır [23]. Çeliker ve arkadaşları (2018) yaş arttıkça sosyal fonksiyon alt boyut medyan değerinin düştüğünü saptamışlardır [24]. Çalışmamızla tutarlı olarak Koçak ve arkadaşları (2021) 200 bakım veren bireye yaptıkları çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık saptamamıştır [93]. Aynı şekilde çalışmamızla benzer olarak Judginks ve arkadaşları (2019) 40 bakım veren bireye yaptıkları çalışmada yaşın yaşam kalitesini etkilemediğini bulmuşlardır [94]. Çalışma sonucumuza göre bireylerin yaşının yaşam kalitesini etkilememesi, yarıya yakın hasta bakımında yardım alması ve orta ya da genç yaşta olmasına ve hastasının bağımsız olmasına bağlanabilir. Çalışmamızda bakım verenlerin yaşı ile bakım yükü puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ($p>0,05$) Çalışmamızın aksine Cengiz ve arkadaşları (2021) yaptıkları çalışmada 61 yaş ve üstü bireylerin bakım yükünün daha fazla olduğunu saptamışlardır [92]. Çalışmamızın aksine Bilgehan ve İnkaya (2021) da 21- 35 yaş arasındaki bireylerin bakım yükünün daha fazla olduğunu saptamışlardır [20]. Çalışmamızın sonucunda farklılık olmaması yarıya yakın hasta bakımında yardım alması ve orta ya da genç yaşta olmasına, hastasının bağımsız olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin yaş ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. ($p>0,05$). Bu sonuca göre yaşının inanç ve ibadetlerine etkisi olmadığı söylenebilir. Kutlu ve arkadaşları 2020 yılında yaptıkları çalışmada ise çalışmamızın aksine düşük yönlü pozitif ilişki bulunmuştur [95]. Çalışmamızda bakım verenlerin cinsiyetleri ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından canlılık ve mental sağlık puanları medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların, canlılık ve mental sağlık alt boyut puanları medyan değerleri erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir. Yapılan regresyon analizinde bu sonucu doğruladığı bulunmuştur.

Çalışmamızın aksine Yeşil ve arkadaşları (2016) 321 bakım veren bireyi değerlendirdikleri çalışmada erkeklerin ağrı ve mental sağlık alt boyut medyan değerlerinin kadınlara kıyasla anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır [18]. Çeler ve arkadaşları (2018) erkeklerin sosyal fonksiyon alt boyut medyan değerinin kadınlara kıyasla daha düşük olduğunu bulmuşlardır [24]. Judginks ve arkadaşları 2019 yılında yaptıkları bir çalışmada cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediğini saptamıştır [94]. Çalışmamızın sonucu toplumumuzda kadınların bakım verme sorumluluğunu daha çok üstlenmelerine ve üstlenmiş oldukları sorumluluklardan ötürü zaman içerisinde baş etme yetilerinin gelişmiş olmasına, bakım sürecine alışmış olmalarına bağlanabilir.

Çalışmamızda ayrıca bakım veren bireylerin cinsiyetleri ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği ortalaması ile arasında da bir ilişki saptanmamıştır. ($p>0,05$). Egici ve arkadaşları (2019) ve Yıldız ve arkadaşları (2016) çalışmamızla paralel olarak kanser hastası bakım verenlerinde cinsiyet ve bakım yükü arasında bir ilişki saptamamışlardır [9, 39]. Çalışmamızın aksine Tosun ve arkadaşları (2015), Yıldız ve arkadaşları (2017) çalışmalarında kanser hastası bakım verenlerinde kadınların bakım yükünün daha fazla olduğunu saptamışlardır [67, 96]. Sonucumuz günümüzde bakım vermenin sadece kadınların işi olmadığına anlaşılmaya, erkeklerin de bakımda aktif olarak kadınların yükünü paylaşmalarına bağlanabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin cinsiyeti ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kutlu ve arkadaşları (2020) çalışmamıza benzer olarak cinsiyet ile spiritüel iyi oluş arasında ilişki bulunmadığını saptamışlardır [95]. Spatuzzi ve arkadaşları (2018) çalışmamızın aksine bir ilişki olduğunu, kadınların spiritüel iyi oluş

düzeyinin erkeklere kıyasla daha iyi olduğunu bulmuşlardır[26]. Çalışmamız sonucu ise her iki cinsiyetin de eşit oranda inançlarına sığındığını, dua ettiğini, pozitif düşündüğünü göstermektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin eğitim durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut medyan değerleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır($p>0,05$). Ceylan Gür ve Ersin (2021) çalışmamıza paralel olarak eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptamamıştır [21]. Kaya ve arkadaşları 2018 yılında yaptıkları bir çalışmada, çalışmamızla benzer şekilde eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptamamışlardır [47]. Karakaya ve Işıkhani (2020) 124 bakım veren bireye yaptığı çalışmada lise ve üzeri eğitim düzeyi mezunu olanların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, ağrı, canlılık, genel sağlık algısı ve sosyal işlevsellik alt boyut medyan değerlerinin ortaokul ve altı mezunu eğitim düzeyindeki bireylere göre anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır [23]. Çeler ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışma sonucu da Karakaya ve Işıkhani'nin çalışma sonucunu desteklemektedir [23, 24]. Gereklioğlu ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmada yüksek okul ve üzeri mezunlarının ağrı alt boyut medyan değerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır [97]. Çalışma sonucunda eğitim durumuna göre yaşam kalitesi arasında bir farklılık olamaması bireylerin yarıya yakının hasta bakımında yardım alması, hasta bakımında ihtiyacı olan bilgi ve desteğe kolay ulaşmaları ve deneyim yolu ile öğrenmeleri ile açıklanabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin eğitim durumu ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($p>0,05$) Ceylan Gür ve Ersin 2021 yılında yaptıkları çalışmada, çalışma sonucumuza benzer şekilde eğitim durumunun bakım yükünü etkilemediğini bulmuşlardır [21]. Bu durum bireylerin gerekli bilgiye ulaşmanın kolaylığına bağlanabilir. Çalışmamızda eğitim durumu ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$) Spatuzzi ve arkadaşları (2018) ise lise mezunu bireylerin spiritüel iyilik durumunun daha yüksek olduğunu saptamıştır [26]. Çalışmamıza göre bireylerin pozitif düşünme yetisinin teorik ve pratik bilgiyle bir ilgisinin olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin medeni durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi alt boyut medyan değerleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$). Ceylan Gür ve Ersin (2021) çalışmamıza benzer şekilde medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir

ilişki olmadığını saptamıştır [21]. Koçak ve arkadaşları (2021) da medeni durumun yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmişlerdir [93]. Yeşil ve arkadaşları (2016) ise bekarların fiziksel fonksiyon alt boyut medyan değerinin anlamlı şekilde yüksek olduğunu saptamışlardır [18]. Kaya ve arkadaşları (2018) bekar bireylerin mental sağlığının daha iyi olmasına bağlı yaşam kalitesi düzeylerinin evli bireylere kıyasla daha yüksek olduğunu saptamıştır [47]. Çalışma sonucumuz bireylerin bir aile üyesinden yardım alma durumuna bağlanabilir.

Çalışmamızda medeni durum ile bakım yükü arasında ilişki saptanmamıştır. ($p>0,05$). Ceylan Gür ve Ersin (2021) de yaptıkları çalışmada çalışmamıza paralel olarak medeni durum ve bakım yükü arasında ilişki saptamamışlardır [21]. Çalışmamızın aksine Kabataş ve Yıldız (2017) evli bireylerin bakım yükünün bekar bireylere kıyasla daha fazla olduğunu bulmuşlardır [61]. Çalışma sonucumuzun bireylerin aile içi sorumlulukları paylaşması, yardımlaşması durumları ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda ayrıca medeni durum ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği arasında da anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$) Kaddourah ve arkadaşlarının (2018) çalışması da çalışma sonucumuzu desteklemektedir [35]. Kişilerin endişe, huzursuzluk, anksiyete, korku gibi duygularının spiritüel gereksinimlerini karşılamalarına etkisi olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin çocuk durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut medyan değerleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$). Karakaya ve Işıkhani (2020) çocuk sahibi olmayan bireylerin ağrı ve fiziksel fonksiyon alt boyut medyan değerlerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir [23]. Çalışmamıza benzer şekilde Kaya ve arkadaşları da 2018 yılında yaptıkları çalışmada çocuk durumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptamamışlardır [47]. Çalışmamızın sonucunun aynı ev ortamında bulunan eşlerin birbirlerine fiziksel konularda yardımcı olarak sorumluluk paylaşmalarını bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin çalışma durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut medyan değerleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ceylan Gür ve Esin 2021 yılında yaptıkları çalışmada çalışmamıza benzer olarak çalışma durumunun yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir [21]. Çalışma sonucumuz bireylerin yarıya

yakının genç yada orta yaşta olmasına, hasta bireyin bakımında aktif olmasına ve diğer aile üyelerinin bakımda dönüşümlü olarak rol almasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda çalışma durumu ile bakım yükü arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Cengiz ve arkadaşları (2021) çalışmamızla benzer şekilde çalışma durumu ve bakım yükü arasında ilişki olmadığını bildirmişlerdir [92]. Tosun ve arkadaşları (2015) ve Yıldız ve arkadaşları (2017) da çalışmayan bireylerin bakım verme yükünün daha fazla olduğunu bulmuşlardır [67, 96]. Çalışmamızın sonucu bakım verenlerin çalışma durumuna bağlı olmaksızın hasta bakımında sorumluluk üstlenmeleri ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda çalışma durumu ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ($p>0,05$) Spatuzzi ve arkadaşları (2018) çalışmamızın aksine çalışan bireylerin spiritüel iyi oluş düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır [26]. Çalışmanın kişilerin dua ve inançlarına herhangi bir olumsuz etkisi olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda gelirleri giderlerinden fazla olan bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği medyan değerlerinden sosyal fonksiyon alt boyutunun yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan regresyon analizinin de bu sonucu doğruladığı bulunmuştur. Karakaya ve Işıkhani (2020) geliri 4000 TL ve üstü olan bireylerin fiziksel rol kısıtlılığı, enerji, mental sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyut medyan değerlerinin 4000 TL ve altında geliri olan bireylere göre daha fazla olduğunu, sosyal fonksiyon alt boyut medyan değerinin ise etkilenmediğini belirlemiştir [23]. Ceylan Gür ve Esin (2021) ise geliri giderine eşit olan bireylerin yaşam kalitesinin yüksek düzeyde olduğunu bildirmiştir [21]. Çalışma sonucumuz gelirler giderlerinden fazla olan bireylerin ihtiyaçlarına hızlı ulaşması ve sosyal ortamlarda bulunabilmesine bağlanabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin gelir durumu ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Tosun ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada gelir durumunun düşük olmasının bakım yükü olumsuz etkilediği belirtmiştir [96]. Bilgehan ve İnkaya (2021) yaptıkları çalışmada gelir durumu iyi olan bireylerde bakım yükünün daha fazla olduğunu saptamıştır [20]. Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunluğunun (%76,3) gelirinin giderine eşit olması

sebebiyle bireylerin fiziksel ihtiyaç ve sosyal aktivitelerine yeterli zaman kalmasından dolayı bakım yükünün etkilemediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda evde eşi ile birlikte yaşayan bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut medyan değerlerinden ağrı alt boyutunun yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışmamızın aksine Kaya ve arkadaşları (2018) evde birlikte yaşanan kişilerin yaşam kalitesine bir etkisi olmadığını saptamışlardır [47]. Yıldız ve arkadaşları 2016 yılında yaptıkları çalışmada evde birlikte yaşanan kişiler ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptamamıştır [9]. Çalışmamızın sonucu evde eşi birlikte yaşayan kişilerin bakımı kendisinin görevi gibi görerek üstlenmesi, bakımı bir yük olarak algılamaması nedenlerine bağlı olabilir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin gelir durumu ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($p > 0.05$) Çalışmamızın aksine Yeşil ve arkadaşları (2016) bir ilişki olduğunu, gelirleri giderlerinden düşük olan bireylerin bakım yükünün daha fazla olduğunu saptamışlardır [18]. Çalışma sonucumuz bakım veren bireylerin yakın çevresinden maddi ve sosyal destek aldığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin gelir durumu ile Spiritüel İyi Oluş Düzeyi Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ($p > 0.05$) Bu durum bireyin inanışlarının gereği gelir durumunu olumsuz etken olarak görmemelerine bağlanabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin kronik hastalıklarının olması ve sürekli ilaç kullanım durumlarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği medyan değerleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Çalışmamızın aksine Kaya ve arkadaşları (2018) bakım veren bireyin kronik hastalıklarının olmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini saptamışlardır [47]. Çalışmamızın sonucunun hastalıkları olan bakım veren bireyin bakımda yalnız olmaması, hastanın kendi bakımına aktif katılması ve hastanın bakım verene bağımlık düzeyinin az olması gibi nedenlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda bakım verenlerin kronik hastalık durumu ile bakım yükü arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Çalışmamızın aksine Yıldız ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olan bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu bulunmuştur [67]. Çalışma sonucumuz bakım veren bireyin başka bireylerden

yardım alması, hastanın bakım sürecinde aktif olması gibi nedenlerden dolayı kendi hastalığıyla baş edebilmesine zaman kaldığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda ayrıca bakım veren bireylerin kronik hastalık durumu ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ($p>0,05$) Kişilerin pozitif düşünmesinin, bakım süreciyle mücadele etmenin hastalık durumuyla ilgisinin olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecesi ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut medyan değerleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$) Tosun ve arkadaşları (2015) da çalışmamızla benzer şekilde hasta ile yakınlık derecesinin yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmişlerdir [96]. Yeşil ve arkadaşlarının (2016) ise 321 bakım verenle yaptıkları çalışmada hastanın anne/ babası olan bakım verenlerin fiziksel fonksiyon alt boyut medyan değerinin, hastanın eşi olanların fiziksel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyut medyan değerlerinin, kardeşi, komşusu ve başka bir yakını olan bireylerin ise ağrı alt boyut medyan değerinin yüksek olduğu saptanmıştır [18]. Çeler ve arkadaşları (2018) hastanın eşi olanların çocuğu olanlara, hastanın çocuğu olanların ise diğer bireylere göre sosyal fonksiyon alt boyut medyan değerinin düşük olduğu saptanmıştır [24]. Tosun ve arkadaşları (2015) hastanın eşi/anne/babası dışında olan bakım veren bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır [96]. Çalışmamızda bakım verenlerin toplumumuzun yapı gereği yakınlarına yapılacak yardımı bir görev bilmesinden dolayı bakımı olumsuz karşılamalarına bağlı yaşam kalitelerinin etkilenmediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastanın akrabası olan bakım veren bireylerin bakım yükünün daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızla tutarlı olarak Bilgehan ve İnkaya(2021) da çalışmalarında kanser hastasına bakım veren akrabaların bakım yükünün daha fazla olduğunu saptamışlardır [20]. Çalışmamızdan farklı olarak Tosun ve arkadaşları (2015) çalışma sonucunda hastanın çocuğu olan bakım veren bireylerin bakım yükünün daha fazla olduğu saptanmıştır [96]. Yıldız ve arkadaşları 2017 yılında yaptıkları çalışmada hastanın eşi olan bakım vere bireylerin bakım yükünün fazla olduğunu bulmuşlardır [67]. Çalışma sonucumuz hastanın akrabası konumunda olan bireylerin bakımı kendi sorumlukları dışında görmelerinde dolayı bakım yükünü daha fazla hissetmelerine bağlanabilir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin hasta ile yakınlık derecesi ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. ($p>0,05$) Spatuzzi ve arkadaşları (2018) çalışmamıza benzer şekilde yakınlık derecesinin spiritüel iyi oluş düzeyini etkilemediğini saptamıştır [26].

Çalışmamızda hasta ile aynı evde kalma durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut medyan değerler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ($p>0,05$) Çalışmamızla paralel olarak Kaya ve arkadaşları (2018) hasta ile aynı evde yaşamının yaşam kalitesini etkisi olmadığını belirtmişlerdir [47]. Çalışmamızın aksine Çeler ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada hasta ile aynı evde yaşamayan bireylerin sosyal fonksiyon alt boyut medyan değerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır [24]. Çalışmamızın sonucu bakım veren bireylerin yarıdan fazlasının hastasının bağımlı olmamasına bağlı günlük yaşam aktivitelerini rahatlıkla yapmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda bakımda yardım alan bireylerin yaşam kalitesi sosyal fonksiyon alt boyut medyan değeri yardım almayan bireylere kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yeşil ve arkadaşları (2016) yardım alamayan bireylerin fiziksel rol güçlülüğü, canlılık, emosyonel rol güçlülüğü ve mental sağlık alt boyut medyan değerlerinin yardım alanlara kıyasla daha yüksek olduğunu bulmuşlardır [18]. Çalışmamızın sonucu yardım alan bireylerin kendilerine zaman ayırmalarına bağlı sosyal aktivitelerini rahatlıkla gerçekleştirmelerine bağlı olabilir.

Çalışmamızda bakım verme süresi 1 yıldan az olanların canlılık alt boyut puanı medyan değeri bakım verme süresi 1 yıl ve üzeri olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Tosun ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada bakım verme süresi 6 aydan az olan bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır [96]. Karakaya ve Işıkhani (2020) yapmış oldukları çalışmada çalışmamızın aksine bakım verme süresi ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptamamışlardır [23]. Çalışmamızın sonucu bakım verenlerin yarıdan fazlasının hastasının bağımlı olamamasına, yarıdan fazlasının kronik hastalığının olmaması ve bakım verme süresinin ≤ 4 saat olmasına bağlı kendilerine daha fazla zaman ayırmaları ve gerçekleştirmelerine bağlanabilir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin bakım verme süresi ile bakım yükü arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$). Bu sonuç bakım verenlerin bakım verme süresi dışında diğer faktörlerin bakım yükünü etkilediği ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin, gün içerisinde bakıma ayırdıkları sürenin 4 saat ve altında olanların fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel güçlük ve mental sağlık alt boyut puanlarının medyan değerleri gün içerisinde bakıma ayırdıkları süre 5 saat ve üzeri olanlardan anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Yapılan regresyon analizi de bu sonucu doğrulamıştır. Karakaya ve Işıkhani (2020) çalışmamıza benzer şekilde günlük 3 saat ve altında bakım veren bireylerin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlük ve mental sağlık alt boyut puanlarının medyan değerleri daha yüksek olduğunu saptamışlardır [23]. Çalışmamızın aksine Ceylan Gür ve Ersin (2021) bakım verme süresinin yaşam kalitesini etkilemediğini saptamışlardır [21]. Sonucumuz hastaya daha az zaman ayıran bireyin kendine daha fazla zaman ayırması nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesi, daha az yorgunluk çekmesi, sosyal aktivitelerini rahatlıkla gerçekleştirmesi gibi nedenlere bağlı olabilir.

Çalışmamızda günlük bakım verme süresi ile bakım yükü arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızdan farklı olarak Yıldız ve arkadaşları (2017) günlük 12 saatin üstünde bakım veren bireylerin daha fazla bakım yükü hissettiklerini saptamıştır [67]. Çalışmamıza göre bakım veren bireylerde bakım saatinin değil yoğunluğunun bakım yükü olarak algılandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin bakmakla yükümlü olduğu başka birey olması durumu ile yaşam kalitesi alt boyut medyan değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ($p>0,05$) Çalışmamızla benzer şekilde Kaya ve arkadaşları (2018) bakım veren bireyin bakması gereken başka bireyin olmasının yaşam kalitesini etkilemediğini bulmuşlardır [47]. Çalışmamız sonucu hastası dışında başka bir bireye bakma dışında başka faktörlerin yaşam kalitesini etkilemesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Palyatif bakım alan kanser hastasına bakım veren bireylerin spiritüel iyilik durumu, bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak(n=135) yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmada yer alan bakım verenlerin çoğunluğunun 41-64 yaş aralığında, %65,9' unun kadın, % 37'sinin ilkokul mezunu, % 79,3' ünün evli, % 77,8 inin çocuk sahibi, %61, 5'inin çalışmadığı, %88,9'unun sosyal güvencesinin olduğu, %76,3'ünün gelirinin giderine eşit olduğu bulunmuştur.
2. Bakım verenlerin yarıdan fazlasının (%51,1) kronik bir hastalığı olduğu, kronik hastalıklardan ise en çok (%44,2) Hipertansiyon tanısı aldıkları, %52,5 sının hastalıklarından ötürü sürekli ilaç kullanma durumunun olmadığı belirlenmiştir.
3. Bakım verenlerin %38,5'i evde eşi, çocuğu, kardeşi, yakın akrabası ile yaşamaktadır.
4. Bakım veren bireylerin %43,7'sinin hastanın eşi olduğu, %77,6'sının hasta ile aynı evde kaldığı, %72,6' mın hastanın her zaman yanında bulunduğu belirlenmiştir.
5. Bakım verenlerin %50,4'ünün bakım sürecinde yardım almadığı, yardım alanların ise bu yardımı en çok (%29,4) kardeşlerinden ve en fazla (%63) sağlık hizmetlerinden yararlanma (tanı, bakım tedavi vb. işlerde hasta yanında bulunma) konusunda yardım aldığı belirlenmiştir.
6. Bakım verenlerin çoğunluğunun (%71,1) hastaya 1 yıldan az süredir palyatif bakım verdiği, günlük bakım verme süresinin ise bakım verenlerin %54,2'inde 4 saat ve altında olduğu belirlenmiştir.
7. Bakım veren bireylerin çoğunluğunun (% 64,9) bakmakla yükümlü olduğu başka birey bulunmadığı saptanmıştır.
8. Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği toplam puanının $59,13 \pm 7,91$ ve %56,3'ünün ileri yük, %43,7'sinin aşırı yük düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.
9. Bakım verenlerin SF 36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarında en yüksek puan ortalamasının fiziksel fonksiyon ($84,47 \pm 23,03$) ve en düşük ise emosyonel rol güçlüğü ($22,96 \pm 40,81$) olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda bakım verenlerin spirütüel iyi oluş ölçeği toplam puan ortalamasının $110,64 \pm 12,00$ ve alt boyutlarından ise aşkınlık için

58,24±7,60, doğayla uyum için 29,14±2,42, anomi için ise 18,97±8,02 puan ortalamalarının olduğu saptanmıştır.

10. Kadınların canlılık ve mental sağlık alt boyutu, gelirleri giderlerinden fazla olanların ve bakım vermede kişisel bakım dışında yardım alanların sosyal fonksiyon alt boyutu, , evde eşi ile birlikte yaşayanların ağrı alt boyutu, 1 yıldan az süredir bakım verenlerin canlılık alt boyutu, gün içerisinde bakıma ayırdıkları sürenin 4 saat ve altında olanların fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutu medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).
11. Hastanın akrabası konumunda olan bakım verenlerin bakım yüklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
12. Bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecesi eşi dışında olanların, hasta ile aynı evde kalmayanların, bakım vermede yardım almayanların, hastanın yanında bazen bulunanların, bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey olanların bakım yükü puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir($p<0.05$).
13. Çalışmamızda kişisel bakım konusunda yardım alanların spiritüel iyi oluş ölçeği doğayla uyum alt boyut puan ortalamasının, günlük hastaya bakım verme süresi 4 saat ve altında olanların; anomi alt boyut ve toplam spiritüel iyi oluş ölçeği puan ortalamalarının ve hastasının yanında her zaman bulunanların toplam spiritüel iyi oluş ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur($p<0.05$).
14. Çalışmamızda bakım verenlerin; spiritüel iyi oluş ölçeği puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel rol güçlüğü ($r=0,197$), ağrı ($r=0,257$), genel sağlık ($r=0,343$), canlılık ($r=0,512$), sosyal fonksiyon ($r=0,226$), emosyonel rol güçlüğü ($r=0,259$) ve mental sağlık ($r=0,490$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca bakım verenlerin; bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması ile spiritüel iyi oluş ölçeği alt boyutlarından aşkınlık ($r=-0,598$) ve spiritüel iyi oluş ölçeği ($r=-0,524$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).
15. Çalışmamızda bakım verenlerin; spiritüel iyi oluş ölçeği alt boyutlarından doğaya uyum puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($r=-0,173$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur($p<0,05$).

16. Bakım verenlerin; bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından emosyonel rol güçlüğü ($r=-0,197$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).
17. Bakım verenlerin; bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması ile spirütüel iyi oluş ölçeği alt boyutlarından aşkınlık ($r=-0,598$) ve spirütüel iyi oluş ölçeği ($r=-0,524$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$).
18. Bakım verenlerin; bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması ile spirütüel iyi oluş ölçeği alt boyutlarından aşkınlık ($r=-0,598$) ve spirütüel iyi oluş ölçeği ($r=-0,524$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).
19. Canlılık alt boyut varyansının toplam %19'unun (düzeltilmiş $R^2=0,185$; $F_{(0,194)}=8,603$; $p<0,001$) %3,4'ünü kadın cinsiyet ($\beta=0,188$ $t=2,383$ $p<0,05$), %3,7'sini bakım verme süresinin 1 yıldan az olması ($\beta=0,093$ $t=0,468$ $p<0,05$), %11,4'ünü günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olması ($\beta=0,349$ $t=4,382$ $p<0,001$) ve %5'ini palyatif bakım alma süresinin 1 yıl ve daha az olması ($\beta=0,088$ $t=0,440$ $p<0,05$) durumlarının yordadığı saptanmıştır.
20. Mental sağlık alt boyut varyansının toplam %19,9'unun (düzeltilmiş $R^2=0,199$; $F_{(5,771)}=12,063$; $p=0,000$) %3,2'sini kadın cinsiyet ($\beta=0,144$ $t=1,837$ $p<0,05$), %15'ini günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olması ($\beta=0,390$ $t=5,028$ $p<0,001$) ve %3,4'ünü yardımcı araç-gereç kullanım durumu olmasının ($\beta=0,189$ $t=2,402$ $p<0,05$) yordadığı saptanmıştır.
21. Fiziksel rol alt boyut varyansının %3,4'ünü günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olmasının ($\beta=0,185$ $t=2,170$ $p<0,05$) yordadığı saptanmıştır.
22. Emosyonel rol güçlüğü alt boyut varyansının %7'sini günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olmasının ($\beta=0,265$ $t=3,163$ $p<0,01$) yordadığı saptanmıştır.
23. Sosyal fonksiyon alt boyut varyansının %23,1'ini günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olmasının ($\beta=0,481$ $t=6,324$ $p<0,001$) yordadığı saptanmıştır.
24. Ağrı alt boyut varyansının %6,4'ünü günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olmasının ($\beta=0,254$ $t=3,023$ $p<0,01$) yordadığı saptanmıştır.
25. Genel sağlık alt boyut varyansının %4,5'ini günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olmasının ($\beta=0,212$ $t=2,501$ $p<0,05$) yordadığı saptanmıştır.
26. Aşkınlık alt boyut varyansının %3,3'ünü hastanın kanser dışında kronik hastalığa sahip olmasının ($\beta=0,182$ $t=2,137$ $p<0,05$) yordadığı saptanmıştır.
27. Doğayla uyum alt boyut varyansının %7,4'ünü hastanın tam bağımlı olması durumunun ($\beta=0,272$ $t=2,310$ $p<0,05$) yordadığı saptanmıştır.

28. Anomi alt boyut varyansının toplam %8,4'ünü hastanın bağımlı olması durumunun ($\beta=0,290$ $t=2,476$ $p<0,05$) yordadığı saptanmıştır.
29. Anomi alt boyut varyansının %9,5'ini günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olmasının ($\beta=-0,307$ $t=2,501$ $p<0,001$) yordadığı saptanmıştır.
30. Spiritüel iyi oluş varyansının toplam %11'inin (düzeltilmiş $R^2=0,110$; $F_{(5,893)}=6,542$; $p=0,000$) %4,2'sini günlük bakım verme süresinin 4 saat ve altında olması ($\beta=0,215$ $t=2,622$ $p<0,05$), %3,5'ini bakım verenin hastanın yanında olması durumunun ($\beta=-0,242$ $t=2,912$ $p<0,01$) ve %3,3'ünü hastanın kanser dışında kronik hastalığa sahip olmasının ($\beta=0,202$ $t=2,428$ $p<0,05$) yordadığı saptanmıştır.
31. Bakım verme yükü varyansının toplam %14'ünün (düzeltilmiş $R^2=0,140$; $F_{(8,248)}=6,465$; $p<0,001$) %3,8'ini bakım verenin hasta ile aynı evde kalması ($\beta=-0,058$ $t=-0,621$ $p<0,05$), %6'sını bakımda yardım alma durumunun ($\beta=0,207$ $t=2,221$ $p<0,01$), %6'sını bakım verenin hastanın her zaman yanında olması durumunun ($\beta=-0,032$ $t=-0,338$ $p<0,05$) ve %4,7'sini bakım verenin bakmakla yükümlü olduğu başka bir bireyin olması durumunun ($\beta=0,246$ $t=2,872$ $p<0,01$) yordadığı saptanmıştır.
32. Fiziksel fonksiyon üzerinde spiritüel iyi oluş ($\beta=0,124$ $t=1,225$ $p=0,128$) ve bakım verme yükünün ($\beta=-0,014$ $t=-0,140$ $p=0,313$) yordayıcı etkisinin olmadığı bulunmuştur.
33. Fiziksel rol güçlüğü üzerinde spiritüel iyi oluş ($\beta=0,198$ $t=1,966$ $p=0,059$) ve bakım verme yükünün ($\beta=0,06$ $t=0,663$ $p=0,136$) yordayıcı etkisinin olmadığı bulunmuştur.
34. Ağrı varyansının toplam %4'ünün (düzeltilmiş $R^2=0,040$; $F_{(4,969)}=3,811$; $p=0,025$) %2,8'ini spiritüel iyi oluşun ($\beta=0,222$ $t=2,229$ $p<0,05$) yordadığı ve bakım verme yükünün ($\beta=-0,022$ $t=-0,217$ $p>0,05$) yordayıcı etkisinin olmadığı bulunmuştur.
35. Genel sağlık algısı varyansının %9,9'unu spiritüel iyi oluşun ($\beta=0,022$ $t=2,229$ $p<0,001$) yordadığı ve bakım verme yükünün ($\beta=-0,022$ $t=-0,217$ $p>0,05$) yordayıcı etkisinin olmadığı bulunmuştur.
36. Canlılık varyansının toplam %24,8'ini spiritüel iyi oluşun ($\beta=0,588$ $t=6,700$ $p<0,001$) yordadığı ve bakım verme yükünün ($\beta=0,205$ $t=2,328$ $p>0,05$) yordayıcı etkisinin olmadığı bulunmuştur.
37. Sosyal fonksiyon varyansının toplam %3,4'ünü spiritüel iyi oluşun ($\beta=0,237$ $t=2,380$ $p<0,05$) yordadığı bakım verme yükünün ($\beta=0,016$ $t=0,157$ $p>0,05$) yordayıcı etkisinin olmadığı bulunmuştur.
38. Emosyonel rol güçlüğü varyansının toplam %5,7'sinin (düzeltilmiş $R^2=0,057$; $F_{(5,455)}=5,033$; $p=0,008$) %2,5'ini spiritüel iyi oluşun ($\beta=0,230$ $t=2,336$ $p<0,05$) ve %3,2'sini bakım verme yükünün ($\beta=-0,059$ $t=-0,603$ $p<0,05$) yordadığı bulunmuştur.
39. Mental sağlık varyansının %24,5'inin (düzeltilmiş $R^2=0,245$; $F_{(44,294)}=22,772$; $p=0,000$) tamamını spiritüel iyi oluşun ($\beta=0,587$ $t=6,655$ $p<0,001$) yordadığı ve bakım

verme yükünün($\beta=0,224$ $t=2,539$ $p>0,05$) yordayıcı etkisinin olmadığı görülmüştür ($p>0,05$)

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Kanser hastasına palyatif bakım veren bireylerin spiritüel gereksinimleri belirlenerek ona yönelik girişimler planlanmalıdır.
2. Kanser hastalarına palyatif bakım veren bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen faktörler bulunmalı ve yaşam kalitelerinin artırılması için destek programları oluşturulmalıdır.
3. Kanser hastasına bakım veren bireylerin bakım yükünün azaltılabilmesi için yaşadığı güçlükler belirlenmeli ve bakım verici rollerinin geliştirilmesi için uygulamalar planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154- 165.
2. Toptaş Kılıç, S., Öz, F. (2019). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin sorunları, yaşam kalitesi ve müdahaleler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(3), 195-203.
3. İnternet: Global Cancer Data: GLOBOCAN 2018 Web: <https://www.uicc.org/news/global-cancer-data-globocan-2018> Son Erişim Tarihi: 05.07.2021.
4. İnternet: World Source: GLOBOCAN 2020 Web: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf> Son Erişim Tarihi: 05.07.2021.
5. İnternet: Cancer Tomorrow Web: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en> Son Erişim Tarihi: 05.07.2021.
6. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu Web: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> Son Erişim Tarihi: 01.07.2021.
7. İnternet: Turkey Source: GLOBOCAN 2020 Web: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf> Son Erişim Tarihi: 05.07.2021.
8. Lafcı, D., Yıldız, E., Toru, F., Karakaya, D. (2020). Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verene etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(2), 105-113.
9. Yıldız, E., Dedeli, Ö., Çınar, Pakyüz, S. (2016). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 216-225.
10. Silveria, A., Amaral, S., Castro, A. R., Monteiro, E., Pimentel, F., Sequeira, T. (2018). Cancer palliative care: Technology support for quality of life assessment of family caregivers. *Procedia Computer Science*, 138, 294-302.
11. Ulrich, A., Theochari, M., Bergelt, C., Marx, G., Woellert, K., Bokemeyer, C., Oechsle, K. (2020). Ethical challenges in family caregivers of patients with advanced cancer – a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 19, 70.
12. Saria, M. G., Courchesne, N. S., Evangelista, Carter, J. L., MacManus, D. A., Gorman, M. K., Nyamathi, A. M., Phillips, L. R., Piccioni, D. E., Kesari, S., Kesari, S. Maliski, S. L, (2017) Anxiety and depression associated with burden in caregivers of patients with brain metastases. *Oncol Nurs Forum*, 44(3), 306-315.
13. Sorayya, A., Hannon, B., Zimmermann, C. (2020). Palliative care for family caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 926-936.

14. Dalgaard, K. M., Bergenholtz, H., Nielsen, M. E., et al. (2014). Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers and outcome. *Palliat Support Care*, 12(6), 495-513.
15. Polat, Ü., Atamer, B. (2020). Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım verenlerin bakım yükü, etkileyen faktörler ve karşılanmamış gereksinimleri. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 38-47.
16. Sögüt, Ç., Erbay, Dünder, P. (2017). Manisa'da bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde evde sağlık hizmeti alan kişilere bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Turkish Journal Public Health*, 15(1), 37-46.
17. Özdemir, Ü., Taşcı, S., Kartın, P., Çürük, G. N., Nemli, A., Karaca, H. (2017). Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım verenlerin yükü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 49-61.
18. Yeşil, T., Çetinkaya, Ulusoy, E., Korkmaz, M. (2016). Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 54-66.
19. Kurt, S., Ünsar, S., Erol, Ö. (2020). Kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 43-48.
20. Bilgehan, T., İnkaya, B. (2021). Palyatif hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 51-58.
21. Ceylan, Gür, S., Ersin, F. (2021) The investigation of caregiving burden and life quality of caregivers WHO care for cancered patients. *Journal of Harran University Medical Faculty*, 18(1),88-94.
22. Mishra, S., Gulia, A., Satapaty, S., Gogia, A., Sharma, A., Bhatnagar, S. (2021). Caregiver burden and quality of life among family caregivers of cancer patients on chemotherapy: a prospective observational study. *BMC Palliative Care*, 27(1), 109-112.
23. Karakaya, C. ve Işıkhani, V. (2020). Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437-1458.
24. Çeler, H. G., Özyurt, B. C., Elbi, H., Özcan, F. (2018). Meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesinin ve bakım yükünün değerlendirilmesi. *Ankara Medicine Journal*, 2, 164-74.
25. O'Callaghan, C., Seah, D., Clayton, J. M., Welz, M., Kissane, D., Georgousopoulou, E. N., Michael, N. (2019). Palliative caregivers' spirituality, views about spiritual care, and associations with spiritual well-being: A mixed methods study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 37(4), 305-313.

26. Spatuzzi, R., Giulietti, M. V., Ricciuti, M., Merico, F., Fabbietti, P., Raucci, L., Bilancia, D., Cormio, C., Vespa, A. (2019). Exploring the associations between spiritual well-being, burden, and quality of life in family caregivers of cancer patients. *Palliative and Supportive Care*, 1, 294–299.
27. Erişen, M., Karaca Sivrikaya, S. (2017). Manevi Bakım ve Hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 184-190.
28. İnternet: Güncel Türkçe Sözlük: Web: <https://sozluk.gov.tr/> Son Erişim Tarihi: 07.05.2021.
29. Erol, F. (2020). Spiritüel bakımın hemşirelik sürecine yansıması. *Journal of Innovative Healthcare Practices*, 1(1), 30-39.
30. Köktürk, Dalcalı, B. (2019). Palyatif bakım birimlerinde manevi bakım ve hemşirelik. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2(2), 29-37.
31. Çınar, F., Eti, Aslan, F. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(1), 37-42.
32. Adams, R. N., Mosher, C. E., Cannady, R. S., Lucette, A., Kim, Y (2014). Caregiving experiences predict changes in spiritual well-being among family caregivers of cancer patients. *Psychooncology*, 23(10), 1178–1184.
33. Otuzoğlu, M. (2020). Kanser hastalarının manevi gereksinimlerini değerlendirmeye ilişkin ölçek çalışmalarının incelemesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(1), 126-133.
34. Asgar Pour, H., Özvurmaz, S., Kunter, D. (2017). Hemşirelik ve ebelik intörn öğrencilerinde manevi bakıma yönelik algı ve uygulama modelinin değerlendirilmesi. *Journal Contemp Medical*, 7(3), 225-233.
35. Kaddourah, B., Abu-Shaheen, A., Al-Tannir, M. (2018). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care at five tertiary care hospitals in riyadh, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Oman Medical Journal*, 33(2), 154-158.
36. Ercan, F., Körpe, G., Demir, S. (2018). Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. *Gazi Medical Journal*, 29(1), 17-22.
37. Park, C. L., Sacco, S. J. (2017). Heart failure patients' desires for spiritual care, perceived constraints, and unmet spiritual needs: Relations with Well-Being and Health-Related Quality of Life, *Psychology Health & Medicine*, 22(9), 1011–1020,
38. O'Brien, M. R., Kinloch, K., K. Groves, K. E., Jack, B. A. (2019). Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of Nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training", *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 182-189.

39. Egici, M. T., Kök, Can, M., Toprak, D., Zeren, Öztürk, G., Esen, E. S., Özen, B., Sürekci, N. (2019). Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(2), 123-131.
40. Selman, L. E., Brighton, L. J., Sinclair, S. (2018). Patient's and Caregiver's needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliat Medicine*, 32(1), 216-230.
41. Chandramohan, S., Bhagwan, R. (2016). Utilization of spirituality and spiritual care in nursing practice in public hospitals in KwaZulu-Natal, South Africa. *Religions*, 7(3), 23.
42. Koç, Z., Sağlam, Z., Çınarlı, T. (2016). Kanser tanısı almış olan bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-10.
43. Sarman, A. (2019). Palyatif / pediatrik palyatif bakımın tarihsel gelişim süreci, ilkeleri ve hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 153-160.
44. İnternet: Türk Dil Kurumu Sözlüğü. Web: <http://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>. Erişim Tarihi: 27.03.2020.
45. Madenoğlu, Kıvanç, M. (2017). Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135.
46. Uslu, Ş. F., Terzioğlu, F. (2015). Dünya’da ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81-90.
47. Kaya, N., Bolol, N., Ülgen, S., İşçi, Ç., Özen, S., Akgün, G. (2018). Kanserli bireyin bakımından sorumlu yakınlarının yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 8, 25-35.
48. Tuna, H., Ünver, G., Molu, B. (2018). Palyatif bakım alan son dönem kanser hastalarında semptom kümeleme ve hemşirelik. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 64-69.
49. Haun, M. W., Estel, S., Rucke, G., Friederich, H. C., Villalobos, M., Thomas, M., Hartmann, M. (2017). Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Veritabanı Syst Rev*, 6(6).
50. Berlin, A., Carleton, T. J. (2019). Concurrent palliative care for surgical patients. *Surgical Clinics of North America*, 99(5), 823–831.
51. Meier, D.M. (2011). Increased access to palliative care and hospice services: Opportunities to improve value in healthcare. *Milbank Quarterly*, 89(3), 343-380.
52. Özçelik, S. (2020). Palyatif bakıma bakış ve hemşireliği rolü. *Medicine Palliative Care Journal*, 1(3), 76-82.
53. Aslan, Y. (2020). Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19-27.

54. Demir, M. (2016). Palyatif bakım etiği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 7, 62-66.
55. İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Palyatif Bakım Hizmetleri. Web: <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>, Son Erişim Tarihi: 20.05.2021.
56. Okçin, F. (2020). Onkoloji palyatif bakım hemşirelerinin mesleki yaşam deneyimlerinin incelenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(4), 234-246.
57. Kavak, F., Mankan, T., Polat, H., Sarıtaş, S. Ç., Sarıtaş, S. (2014). Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 21-24.
58. Lepherd, L. (2015). Spirituality: Everyone has it, but what it? *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 566-574.
59. Boztilki, M., Ardıç, E. (2017). Maneviyat ve sağlık. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(Ek sayı), 39-45.
60. Orak, S. O., Sezgin, S. (2015). Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 33-39.
61. Kabataş, Yıldız, M., Ekinci, M. (2017). Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(3), 176-184.
62. Stajduhar K. L, Cohen, S. R., Allan, D., Norgrove, L. (2017). Bereaved family members' perception of the quality of end-of-life care across four types of inpatient care settings. *BMC Palliative Care*, 16(1), 59.
63. Dong, S.T., Butow, P.N., Costa, D.S., Lovell, M.R., & Agar, M. (2014). Symptom clusters in patients with advanced cancer: A systematic review of observational Studies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(3), 411-450.
64. Erdoğan, Z., Emre, Yavuz, D. (2014). Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4), 726-736.
65. Nayak, M. .G., George, A., Vidyasagar, M. S., Kamath, A. (2014). Quality of life of family caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of Nursing and Health Science*, 3(2), 70-75.
66. Uzelli, Yılmaz, D., Sarı, D. (2017). Kronik hastalığı olan hastalara bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 90-98.
67. Yildiz, E., Asi, Karakas, S., Gungormus, Cengiz, M. (2017). Levels of care burden and self-efficacy for informal caregiver of patients with cancer. *Holistic Nursing Practice*, 7-15.

68. Demir, Göl, N., Hacıhasanoğlu, Aşıla R. (2017). Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 29-39.
69. Gülcivan, G., Topçu, B. (2017). Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5(2), 63–74.
70. Gök Uğur, H., Erci, B. (2017). The Effect of Home Care for Stroke Patients and Education of Caregivers on the Caregiver Burden and Quality Life. *Acta Clinica Cractica*, 58(2), 321-332.
71. Berivan, Bakan, A., Guraksin, A. (2017). Factors affecting quality of life and level of social support in cancer patients. *Belitung Nursing Journal*, 3(2), 54-64.
72. Zaritt, S. H., Reeve, K. E., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of Burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.
73. İnci, F. H., Erdem, M. (2008). Bakım verme yükü ölçeğinin türkçeye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 85-95.
74. Ekşi, H., Kardaş, S. (2017). Spiritual well-being: Scale development and validation. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2(1), 73-88.
75. Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The mos 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
76. Pınar, R. (2005). Reliability and construct validity of the SF-36 in Turkish cancer patients. *Qual Life Res*, 14, 259–264.
77. Sönmez, Y., Uçku, R., Kıtay, Ş., Korkut, H., Sürücü, S., Sezer, M., Çalık, E., Kayalı, D., Yetiş, Ç., Şentürk, E. (2007). İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(3), 145-153.
78. Ataoğlu, S., Ankaralı, H., Ankaralı, S. (2017). Fibromiyalji hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçeklerin karşılaştırılması. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 22(2), 85-94.
79. Damianakis, T., Wilson, K., Marziali, E. (2016) Family caregiver support groups: spiritual reflections’ impact on stress management. *Aging Ment Health*, 25(7), 70–76.
80. Kidwai, R., Mancha, B. E., Brown, Q. L., Eaton, W. W. (2014) The effect of spirituality and religious attendance on the relationship between psychological distress and negative life events. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49, 487–497.
81. Vespa, A., Spatuzzi, R., Merico, F., Ottaviani, M., Fabbietti, P., Meloni, C., Raucci, L., Ricciuti, M., Bilancia, D., Pelliccioni, G., Giulietti, M. V. (2018). Spiritual well-being associated with personality traits and quality of life in family caregivers of cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 26, 2633–2640.

82. Mollaei, F., Borhani, F., Abbaszadeh, A., Khabazkhoob, M. (2019). Correlation between spiritual well-being and burden of care in family caregivers of cancer patient. *Journal of Hayat*, 24(4), 1-2019.
83. Rezai, H., Fathi, M., Roshani, D., Kalhor, M. M. (2020). Correlation between spiritual well-being and family caregiver burden in patients with cancer. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 6(2). DOI: 10.21859/ijrn-06214
84. İnternet: Noncommunicable- World Health Organization. Diseases. Web: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/noncommunicablediseases> Son Erişim Tarihi: 01.04.2020.
85. Turgut, A. Ş, Soylu, G. (2020). Palyatif bakım hasta yakınları ile nitel bir çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 460-476.
86. Timur, Ö., Gündüz, N., Altaş, H., Turan, H., Karaşahin, Ö., Tosun, Tatar, P., Binici, D. N. (2021) Burden, quality of life and coping strategies of palliative care patients' caregivers. *Ege Journal of Medicine*, 60: Supplement / Ek Sayı 1-9.
87. Akpan-Idiok, P. A., Anarado, A. N. (2014). Perceptions of burden of caregiving by informal caregivers of cancer patients attending university of calabar teaching hospital, Calabar, Nigeria. *Pan African Medical Journal*, 18, 159 doi:10.11604/pamj.2014.18.159.2995
88. Douglas, S. L., Daly, B. J. (2013). The impact of patient quality of life and spirituality upon caregiver depression for those with advanced cancer. *Palliat Support Care*, 11(5), 389-396.
89. Vigna, P. M., Castro, I., Fumis, R. R. L. (2020). Spirituality alleviates the burden on family members caring for patients receiving palliative care exclusively. *BMC Palliative Care*, 19, 77.
90. Kaplan, E. (2019). *Evde yatağa bağımlı hastaya bakım veren bireylerde bakım yükü ve spiritüel iyi oluş ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
91. Rafati, F., Mashayekhi, F., Dastyar, N. (2020). Caregiver burden and spiritual well-being in caregivers of hemodialysis patients. *Journal of Religion and Health*, 59, 3084-3096.
92. Cengiz, Z., Turan, M., Olmaz, D., Çiğdem Erce (2021) Care burden and quality of life in family caregivers of palliative care patients, *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 17(1), 50-63,
93. Koçak, N., Şenel, G., Oğuz, G. Karaca, Ş., Göksel, F. (2021). Quality of life and burden in family caregivers of patients with advanced cancer receiving specialized palliative care. *Indian Journal of Cancer*, DOI: 10.4103/ijc.IJC_671_1
94. Judkins, J., Laska, I., Paice, J., Kumthekar, P. (2019). Quality of life of family caregivers of patients with cancer in Korçe, Albania. *Journal Palliate Care*, 34(2), 118-125.

95. Kutlu, Ö., Ermin, C., Aygin, D. (2020). Yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluşları ile manevi bakım algılarının değerlendirilmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3(3), 130-142.
96. Selçuk, Tosun, A., Doğan,S., Tekinsoy, Kartın, P., Zincir, H. (2015) Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(1), 9-16.
97. Gereklioğlu,Ç., Korur,A., Asma, S., Büyükkurt, N., Solmaz, S., Boğa, C., Özdoğu, H. (2019). Assessment of quality of life in caregivers of the patients with hematologic neoplasms. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(3), 265-272.

EKLER

EK-1. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-3 19.12.2017

**T.C.
GAZİ
ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU**

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı;

Sizi, **Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu**'ndan tarih / sayı ile izin alınan* ve Doç. Dr. Ülkü POLAT tarafından yürütülen **“Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Spiritüel İyilik Durumu, Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ”** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu çalışmada; palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren sizlerin spiritüel iyilik durumu, yaşam kalitesi ve bakım yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca sağlık bakım hizmetleri içerisinde sunulacak hemşirelik bakımının planlanması açısından bir yol oluşturmak ve ayrıca sağlık çalışanlarında palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireylerin spiritüel iyilik durumu, bakım yükü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin önemi konusunda farkındalık yaratmak da amaçlanmaktadır. Bu konuda literatürün yetersizliği göz önünde bulundurulduğunda yapacağımız çalışma sağlık profesyonellerine de katkı sağlayacaktır.
Araştırmanın Yöntemi	Bu araştırma tarafımızca, sizin spiritüel (manevi) iyilik durumunuz, bakım yükünüz ve yaşam kaliteniz arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılacak olup tanımlayıcı- ilişki arayıcı bir çalışmadır. Araştırma Ankara Şehir Hastanesi Tıbbi Onkoloji-A ve Palyatif Bakım Servisi'nde palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren siz değerli katılımcılarımıza uygulanacaktır. Araştırmada veriler Veri Toplama Formu, Bakım Verme Yükü Ölçeği, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği aracılığıyla toplanacaktır. -Veri Toplama Formu: Sizin tanıtıcı özellikleriniz, bakım verdiğiniz hastanızın tanıtıcı özellikleriniz ve bakım vermeniz ile ilgili özellikleri içeren 39 sorudan oluşmaktadır. -Zaritt Bakım Yükü Ölçeği (ZBYÖ): Bu ölçek ile, bakım sürecinde yaşamış olduğunuz sıkıntılar değerlendirilecektir.

EK-1. (devam) Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Yöntemi	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği: Bu ölçek yardımı ile sizin spiritüel gereksinimlerini karşılayabilme düzeyiniz değerlendirilecektir. - SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: Bu ölçek ile siz değerli katılımcılarımız fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, canlılık, ağrı ve genel sağlık algısı yönünden değerlendirecektir. -Bu çalışma için gerekli etik ve kurum izinleri alınmıştır. Bireyden sözlü ve yazılı izin alınacaktır. Araştırmada kişilerin kimlik bilgileri gizli kalacak, kilitli bir dolapta saklanacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Toplanan veriler daha sonrasında bir istatistik programında değerlendirilecektir.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	21/01/2020-15/04/2021
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	135
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	- Araştırma Ankara Şehir Hastanesi' nde yürütülecektir.
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü

Adı ve Soyadı	Doç. Dr. Ülkü POLAT	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

EK-2. Veri Toplama Formu

Değerli katılımcı,

Aşağıda ‘‘Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Spiritüel İyilik Durumu, Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’’ ile ilgili sorular yer almaktadır. Tüm soruların cevaplanması araştırmanın güvenliği ve geçerliliği açısından önem taşımaktadır. Ankete vermiş olduğunuz cevapların tamamı araştırma dışında kullanılmayacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Elde edilen verilerin gizliliği araştırmacılar tarafından sağlanacaktır. Çalışmanın güvenilirliği açısından her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve kendiniz için uygun olan cevabı veriniz.

Gösterdiğiniz ilgi ve bilime yaptığınız katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Burçin Atamer

Aşağıda kişisel bilgileriniz ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen sizin için en uygun olan seçeneği söyleyiniz.

I-Bakım Veren ile İlgili Tanıtıcı Özellikler

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz :() Evli () Bekâr
4. Çocuğunuz var mı?
() Var (Kaç çocuk? :) () Yok
5. Çalışma durumunuz:
a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
6. Sosyal güvenceniz: () Var () Yok
7. Algılanan sosyoekonomik durum: () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla
8. Eğitim düzeyiniz: () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu
() Üniversite ve üzeri mezunu
9. Kim ya da kimlerle beraber yaşıyorsunuz?: () Eş () Eş/çocuk () Diğer:
10. Kronik hastalığınız/hastalıklarınız var mı?: () Evet
(Açıklayınız.....) () Hayır
11. Sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlarınız var mı? () Evet () Hayır

EK-2. (devam) Veri Toplama Formu

II-Hasta ile İlgili Tanıtıcı Özellikler

1.Hastanızın yaşı:

2.Hastanızın cinsiyeti: () Kadın () Erkek

3.Hastanızın eğitim durumu: () Okur yazar değil () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite ve üzeri mezunu

4.Hastanızın medeni durumu: () Evli () Bekâr

5.Hastanızın çocuğu var mı?: () Var (Kaç çocuk? :) () Yok

6.Hastanızın sosyal güvencesi : () Var () Yok

7.Hastasının çalışma durumu: () Çalışıyor () Çalışmıyor

8.Hastasının gelir düzeyi: () Geliri giderinden az () Geliri giderine eşit () Geliri giderinden fazla

9.Hastasının fiziksel bir engeli var mı?

() Var (Açıklayınız :) () Yok

Aşağıdaki bilgiler hasta dosyasından alınacak

10.Hastanın tanısı:

11.Hastanın hastalığının evresi nedir? () 1.Evre () 2.Evre () 3. Evre () 4. Evre
Hastasının kanser dışında olan diğer kronik hastalıkları var mı ?

() Var (Açıklayınız :) () Yok

12.Hasta hangi tedavileri alıyor?

13..Hasta ne kadar zamandır tedavi görüyor? (Ay olarak).....

Bakım Verme ile İlgili Özellikler

1.Hasta ile olan yakınlık dereceniz :

2.Hasta ile aynı evde mi kalıyorsunuz? () Evet () Hayır

3. Bakım vermede yardım aldığınız kişiler var mı?

() Evet () Hayır (Sizin dışınızda kim / kimler hastaya bakıyor?:.....)

EK-2. (devam) Veri Toplama Formu

4.Tedavi sürecinde hastanın hastaneye gidiş gelişlerinde yanında bulunuyor musunuz?

() Her zaman bulunuyorum.

() Bazen bulunuyorum.

() Hiçbir zaman bulunamıyorum.

5.Ne kadar süredir bakım veriyorsunuz? (Ay olarak)

6.Günde kaç saatinizi bakım için ayırıyorsunuz?

7.Bakmakla yükümlü olduğunuz başka kimse var mı ? () Evet () Hayır

8.Bakım vermede yardım aldığınız konular var mı?

() Var Neler olduğunu açıklayınız.....

() Yok

EK-3. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

	Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Numaraların anlamları: (1) Bana Hiç Uygun Değil (2) Bana Uygun Değil (3) Bana Biraz Uygun (4) Bana Oldukça Uygun (5) Bana Tamamen Uygun Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana oldukça uygun	Bana tamamen uygun
1.	İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Hayatımda büyük bir boşluk var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	9. Allah'ın beni sevdiğine ve önemseydiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Hayattan zevk almam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yaratıklarını düşünürüm (tefekkür ederim).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü artırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Doğayla uyum içinde yaşarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.	Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26.	Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK-4. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

EK-4. (devam) Bakım Verme Yüğü Ölçeği

12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK-5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 (Short Form 36)

1).Genel Olarak Sağlığınız İçin Hangisini Söyleyebilirsiniz?

A-Mükemmel B-Çok İyi C-İyi D-Orta E-Kötü

2)1 Yıl Öncesiyle Karşılaştırdığınızda Sağlığınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?

A-1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha İyi

B-1 Yıl Öncesine Göre Biraz Daha İyi

C-1 Yıl Öncesiyle Hemen Hemen Aynı

D-1 Yıl Öncesine Göre Daha Kötü

E-1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha Kötü

3)Aşağıdakiler Gün Boyunca Yaptığınız Etkinliklerle İlgilidir. Sağlığınız Bunları Kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa Ne Kadar?

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
a) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
b) Bir Masayı Çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler			
c) Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma			
d) Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
e) Merdivenle bir kat çıkma			
f) Eğilme veya diz çökme			
g) 1-2 Km yürüme			
h) Birkaç sokak öteye yürüme			
i) Bir sokak öteye yürüme			
j) Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4)Son 4 Hafta Boyunca Bedensel Sağlığınızın Sonucu Olarak, işiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azaltınız mı?		
b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
c) İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
d) İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

EK-5. (devam) SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

5)Son bir ay içinde duygusal sorunlarınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
c) İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6)Son bir ay içinde bedensel sağlığınız ya da duygusal sorunlarınız arkadaşlarınızla veya komşularınızla olan etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi b)Biraz etkiledi c)Orta derecede etkiledi d)Oldukça etkiledi e)Aşırı etkiledi

7) Son bir ay içinde ne kadar ağrınız oldu?

a) Hiç b)Çok hafif c)Hafif d)Orta e)Şiddetli f)Çok şiddetli

8)Son bir ay içinde ağrınız işinizi ne kadar etkiledi?

a)Hiç etkilemedi b)Biraz etkiledi c)Orta derecede etkiledi d)Oldukça etkiledi e)Aşırı etkiledi

9)Aşağıdaki sorular son bir ay içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçin.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10)Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi? (akraba ve arkadaş ziyareti gibi)

a)Her zaman b)Çoğu zaman c)Bazen d)Nadiren e)Hiçbir zaman

EK-5. (devam) SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

11).Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle	Çoğunlukla	Bilmiyorum	Nadiren	Asla
Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

EK-6. Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.01.2020-E.5702



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne



Sayı : 14574941-199-
Konu : Burçin ATAMER-Etik
Komisyon Gelen Cevap
Bildirimi

Dağıtım

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Burçin ATAMER'in, etik komisyon başvurusu ile ilgili olarak Üniversitemiz Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu'nun cevabi yazısı ekte gönderilmektedir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzasıdır

Doç. Dr. Ayşel BERKCAN
Enstitü Müdür Yardımcısı

DAĞITIM

Gereği:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne »
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına

Bilgi:
Sayın Doç. Dr. Ülke POLAT

13.01.2020 Mazeret
13.01.2020 Enstitü Sekreteri

Rabia DEMİREL
Bahtiyar YAHŞİ



Enstitü Mülk. Kurum Cad. No:45/A 06490 Çankaya/ANKARA
Telef (312) 382 33 87 Faks (312) 382 82 38
e-Posta: saglikbil@gaui.edu.tr İnternet Adresi: http://saglikbil.gazi.edu.tr/

Bilgi için : Rabia Demirel
Mazur
Telefon No:03123823254

Bu belge 6070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6. (devam) Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.01.2020-E.5383



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-302.08.01-
 Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 19.11.2019 tarihli ve E.145602

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Burçin ATAMER'in, Doç.Dr.Ülku POLAT'ın danışmanlığında yürüttüğü "*Paliyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Spiritüel İyilik Durumu, Bakım Yaktı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*" adlı tez çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun 07.01.2020 tarih ve 01 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının yapılması planlanan yerlerden izin alınması kopuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bulgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
 Prof. Dr. Mehmet ÇAKAN
 Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2020-026

Ek: 1 Liste



Ankara
 Tel:0 (312) 202 28 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 28 36
 İnternet Adresi: <http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için: Emrehan DOĞANAK
 Birim Evrak Sorumlusu
 Telefon No:03122022666

EK-6. (devam) Etik Komisyon Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ÖLÇME DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 07/01/2020	TOPLANTI SAYISI : 01
ADI-SOYADI	
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN Başkan	
Prof.Dr.İsmail KARAKAYA Başkan Yrd.	
Prof.Dr.Galip YÜKSEL	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye Temel GENCER	
Prof.Dr. C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Necdet KARASU	

EK-7. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

Eğitsel
İz. Hedef. Heron
İz. Hedef. Heron
İz. Hedef. Heron

2



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ANKARA E. SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ANKARA KÖYÜ
 VE TEŞE. KÖYÜ
 KAT: 1. KAT - 06100 - TEL: 0 312 299 00 00

 9011601161

Sayı : 90739940-799
 Konu : Burçin ATAMER (Tez Çalışması)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 25.01.2020 tarih ve 9943 sayılı yazısı.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Burçin ATAMER' in "Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Spirüel İyilik Durumu, Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışması talebine ilişkin yazısı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Söz konusu çalışmanın Hastane Yönetiminizce değerlendirilerek bapvura sahibine iletilmek üzere Başkanlığımıza bilgi verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e- imzalıdır.
 Uzm. Dr. Mustafa ALİMOĞULLARI
 Müdür a.
 Başkan Yardımcısı

Ek: Üst Yazı ve Ekleri (27 Sayfa)

Dağıtım:
 Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji EAH
 Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 Ankara Şehir Hastanesi

ASİM SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI Eğitim ve İncele. Birime
 Etilen Mh. Cadd. No: 87 Kat: 1. KAT - ANKARA
 Telefon: Faks No:
 e-Posta: yekim.ozel@sağlık.gov.tr İnternet Adresi: www.asim.gov.tr
 Elektronik imza ile teslim http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden (5017709-4794-4ad6-9480-276908718992) kodu ile yapılır.
 Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Yeşim ÖZER
 SÖREKLİ İŞÇİ
 Telefon No: (0 312) 306 36 22

EK-8. Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 72300690-799
Konu : Burçin ATAMER (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 03/02/2020 tarihli ve 90739940-799-299 sayılı yazı.

İlgi yazınıza istinaden, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Burçin ATAMER'in "Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Spirüel İyilik Durumu, Bakım Yüklü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi, Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 26.02.2020 tarih ve 15 sayılı toplantısında görüldüğü olup, uygunluğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Aziz Ahmet SUREL
Koordinatör Başhekim

Üniversiteler Mah.Bilkent Cad.No:1 Çankaya/ANKARA

Telefon: Faks No:

e-Posta: emine.kuranel@sağlik.gov.tr İnternet Adresi: emine.kuranel@sağlik.gov.tr

Evden elektronik imzalı mektup: <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden alınabilir-0312-4780-8244-04421461423 koda ile yapılmaktadır.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Emine KURANEL

Veri Hedefleme ve Kontrol İşle

Telefon No: (0 312) 332 60 00

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-9. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği İzni

Burçin Atamer

22 Eylül
2019

Alıcı: selamikardas

Merhaba,

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Tezimi 'Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Spiritüel İyilik Durumu, Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' konusu üzerine yapmayı planlıyorum. Siz ve arkadaşınız Halil Ekşi tarafından 2017 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'ni tezimde palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireylerin spiritüel iyilik durumu, bakım yüğü ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki olup olmadığını ölçmek amacıyla kullanmayı planlıyorum. İzniniz olursa ölçeğinizi tezimde kullanabilir miyim?

Şimdiden çok teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Gazi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü/İç Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

Burçin ATAMER

Selami Kardaş

27 Eyl 2019
Cum 19:50

Alıcı: ben

Merhabalar, geç döndüğüm için kusura bakmayın. Askerlikten bugün döndüm, internet imkânım maalesef yoktu. Ölçeği elbette kullanabilirsiniz, çalışmalarınızın sonuçlarından haberdar ederseniz memnun olurum.

İyi çalışmalar ve kolaylıklar dilerim.

EK-10. Bakım Verme Yüğü Ölçeği İzni

Ölçek Kullanım İzni

Burçin Atamer

2 Haziran Çar 16:20

Alıcı: hemel ▼

Merhaba hocam,

Yapmayı planladığım yüksek lisans tezim için geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız 'Bakım Verme Yüğü Ölçeği' ni kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Saygılarımla...

Gazi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / İç Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

Burçin ATAMER



FADİME HATİCE İNCİ

3 Haziran Per 10:25

Alıcı: ben ▼

Sayın Atamer,

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz. kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H. , & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ

Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli/TÜRKİYE

Asst. Prof. Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale University,
Faculty of Health Sciences,
Department of Public Health Nursing,
Denizli, Turkey

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı-Adı : ATAMER, Burçin

Uyruğu : T.C.

Eğitim

Eğitim Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi / Hemşirelik A.B.D.	Devam Ediyor
Lisans	Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümü	2014
Lise	Gülveren Lisesi	2009

İş Deneyimi

İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görevi
2020-devam ediyor	Karapürçek Şehit Savaş Bıyıklı Aile Sağlığı Merkezi	Hemşire
2015-2020	Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire
2014-2015	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Kongre, Sempozyum:

- Hemşirelik Günleri 1. Hemşirelik Bakım Yönetimi Sempozyumu, Trabzon, 31 Mayıs 2013.

- 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Trabzon, 1-3 Mayıs 2014.
- Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı, Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Kursu, Ankara, 19-21 Ekim 2015.
- Yenidoğan Canlandırma Programı (Neonatal Resusation Programme), Ankara, 2017.
- V. Yenidoğan Günleri, SAED, Ankara, 3-4 Mart 2017.
- Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı (ADDA) Bebeğe Yaklaşım Kursu, Çukurova Neonatoloji Derneği, Sakarya, 19 Eylül 2019.
- Atamer, B., Polat, Ü. (2019, 7-9 Şubat). *Hemşirelik uygulamalarında yenilik kültürü oluşturma: İnovasyonu teşvik etme*, 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
- Atamer, B., Polat, Ü. (2020, 6-7 Mart). *Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım verenlerin bakım yükü, etkileyen faktörler ve karşılanmamış gereksinimleri*, 3rd International Hippocrates Congress on Medical and Health Sciences, Ankara.

Yayınlanan Makaleler

- Bahadır-Yılmaz, E., Aydın-Pekdemir, E., Atamer, B., Çakmak, B., Çelebi, Y., İyim, G., Kabak, K. (2015). A comparison of learned helplessness level of first-year and final-year Turkish nursing student. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 5(4), 531-536.
- Atamer, B., Polat, Ü. (2019). *Hemşirelik uygulamalarında yenilik kültürü oluşturma: inovasyonu teşvik etme*. 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi, İzmir, 712-721.
- Polat, Ü., Atamer, B. (2020). Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım verenlerin bakım yükü, etkileyen faktörler ve karşılanmamış gereksinimleri. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 38-47.

Alınan Ödüller:

- 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi, Hemşirelik uygulamalarında yenilik kültürü oluşturma: İnovasyonu teşvik etme, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir, 7-9 Şubat 2019- Poster Bildiri Dördüncülük Ödülü



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..