

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KEMOTERAPİ ALAN HASTALARA BAKIM VEREN
AİLE ÜYELERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

Şule ÇALIŞIR

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN

İSTANBUL, 2019

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KEMOTERAPİ ALAN HASTALARA BAKIM VEREN
AİLE ÜYELERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

Şule ÇALIŞIR

164003033

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN

İSTANBUL, 2019

TEZ ONAYI

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Şule ÇALIŞIR

Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik

Danışman : Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN

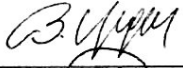
Öğrenci No : 164003033

Tez Savunma Tarihi : 29.05.2019

Tez Savunma Saati : 12.00

Tez Konusu : "Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Birsen Yürügen	KABUL	
Dr. Öğretim Üyesi Zehra Aydın (İstinye Üniversitesi)	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi İlnur Çalışkan	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Esra Uğur		

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi ve fikirleri akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Şule ÇALIŞIR



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans döneminde ve tez sürecinde engin deneyimi ve bilgisiyle bana yardımcı olan değerli hocam ve danışmanım ***Prof. Dr. Birsen Yürügen'e***,

Tez çalışmama destek veren tüm ***hasta yakınlarına***,

Eğitim sürecim boyunca beni her zaman destekleyip, yanımda olan canım ***anneme ve babama***,

Bilgisiyle ve manevi desteğiyle beni destekleyen ***H. Yavuz Selim Kundakçı'ya***,

En İçten Duygularımla Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım.

Şule ÇALIŞIR

ÖZET

Bu araştırma, kemoterapi tedavisi alan hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesini belirlenmek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı hastanenin verilerine göre 2016-2017 yılları arasında tedavi alan 443 hastanın aile üyeleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini araştırma kriterlerine uygun kemoterapi ünitesinde tedavi gören 120 hastanın aile üyesi oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak “Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Aile-Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21 programı kullanılmıştır. Değerlendirmede Kolmogorov-Smirnov testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun 31-43 ve 44-56 yaş aralığında olduğu, %55,8’nin kadın, %82,5’inin evli, %35’i lise mezunu, %22,9 birbirine eşit iki oran ile emekli ve ev hanımı, %61,7’sinin çalışmadığı, %55’inin hastanın eşleri olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların aile-yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının puanları, psikolojik ve manevi sağlık durumu yaklaşık 6,6 olarak orta ile iyi arasında, fiziksel sağlık durumu 4,4 ile çok da kötü olmadığı, tanıya yaklaşım durumu 6,8 ile hasta yakınları için endişe verici ve üzücü, destek ve ekonomik etkilenme durumu 5,4 olarak orta düzeyde etkilendikleri tespit edilmiştir. Psikolojik ve manevi sağlık durumu ile fiziksel sağlık durumu ve tanıya yaklaşım durumu arasında negatif yönlü, anlamlı ilişki olduğu, fiziksel sağlık durumu ile tanıya yaklaşım durumu arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaş, eğitim, medeni durum, meslek, çocuk sahibi olma değişkenlerinin aile –yaşam kalite düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Kadın bakım vericilerin yaşam kaliteleri ve tanıya karşı duygusal yaklaşımlarının daha kötü olduğu, çalışan hasta yakınlarının ekonomik olarak daha çok etkilendiği saptanmıştır. Hasta yakınlarının %58’i bakım sürecinde sağlık personellerinden destek almak istediklerini ve %49,2’si bunu telefon yolu ile almak istediğini belirtmiştir.

Bu çalışmanın sonucunda hemşirelerin bütüncül bakımda aileyi de değerlendirmesi, ailede bakımın paylaştırılması, bakım vericiye destek olunması, hasta yakınlarının bakım sürecinde sağlık profesyonellerinden destek alabilecekleri destek hatları oluşturulması, telefonla destek alınmasının sağlanması ve kanser hastası yakınlarına yönelik benzer çalışmaların farklı kurumlarda yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Kemoterapi, Hasta yakını, Aile, Bakım verme.



ABSTRACT

CARE OF PATIENTS WITH CHEMOTHERAPY QUALITY OF LIFE OF FAMILY MEMBERS AND AFFECTING FACTORS

This descriptive study was carried out in order to determine the domestic problems encountered by patients receiving chemotherapy.

According to the data of the hospital where the study was conducted, the family members of 443 patients receiving treatment between 2016-2017 constitute the universe of the study. The sample of the study consists of the family members of 120 patients who were treated in the chemotherapy unit of a private hospital. "Patient Relative Introduction Form" and "Family-Life Quality Scale" were used as data collection tools. The SPSS 21 software program was used to evaluate the data. Kolmogorov-Smirnov test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and correlation analysis were used in the evaluation.

When the demographic characteristics of the participants were examined, it was found that the majority of the participants were aged between 31-43 and 44-56, 55.8% were females, 82.5% were married, 35% were high school graduates, and 22.9% were retired, 22.9% were housewives, 61.7% did not work, and 55% of the participants were determined to be the patients' partners. In terms of the scores of the subscales of the family-life quality scale of the participants, psychological and spiritual health status is between the middle and good levels at about 6.6, the physical health is not very bad with 4.4, the approach to diagnosis is of concerning and depressing nature for the relatives of patients with 6.8 and support and economic impact was at medium level with 5.4. It was found that there was a negatively significant relationship between psychological and mental health status, and physical health status and approach to diagnosis, and that there was a positively significant relationship between physical health and approach to diagnosis. It was also determined that variables such as age, education, marital status, occupation and having children did not affect family-life quality levels. It was further determined that life qualities and emotional approaches, to diagnosis, of female caregivers were worse and working relatives of patients were economically impacted at a greater level. 58% of the relatives of the patients stated that

they wanted to get support from the health personnel during the care period and 49.2% said they would like to receive it via telephone conversations.

As a result of this study, it is recommended that nurses include the families of their patients in holistic care, tasks of patient care be divided among family members, support be given to the patient's caregiver, to provide support hotlines where the relatives of patients can get support from health care professionals and to provide telephone support for people in this position. It is also suggested to perform similar studies for relatives of cancer patients in different institutions.

Keywords: Cancer, Chemotherapy, Patient relatives.



İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
Onay	ii
Beyan	iii
Teşekkür.....	iv
Özet	v
Abstract	vii
İçindekiler Dizini	ix
Tablolar Dizini	xii
Şekiller Dizini	xiv
Kısaltmalar Dizini	xv
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Kanser Kavramı.....	4
2.1.1.Kanserin Tanımı	4
2.1.2.Kanser Epidemiyolojisi.....	4
2.1.3.Kanser Etiyolojisi.....	5
2.1.4.Kanserin Belirtileri	7
2.1.5.Kanser Evrelendirilmesi ve Derecelendirilmesi	7
2.2.Kanser Tedavileri ve Kemoterapi	9

2.3. Kanserin Etkileri	13
2.3.1.Fiziksel Etkileri.....	14
2.3.2. Psikososyal Etkileri	14
2.3.3 Ekonomik Etkileri	18
2.4. Kanser Sürecinde Aileye Yaklaşım	18
2.5. Kemoterapi Alan Hastaya Evde Bakım.....	22
2.6. Kanserli Hastaya Bakım Verenler.....	24
2.7. Kanserde Sosyal Destek	26
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1.Araştırmanın Amacı.....	28
3.2. Araştırmanın Tipi	28
3.3. Araştırmanın Hipotezleri	28
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	28
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.7. Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama Yöntemleri.....	29
3.7.1. Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu.....	30
3.7.2. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu (Quality of Life Family Version).....	30
3.8.Verilerin Analizi ve Değerlendirme Yöntemleri.....	31
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	31

3.10.Etik Boyut.....	31
4. BULGULAR.....	32
5.TARTIşMA.....	52
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
KAYNAKÇA.....	64
EKLER.....	78



TABLÖLAR DİZİNİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1. TNM Sınıflama Sistemi.....	8
Tablo 2. Kanserde Psikolojik Tepkiler.....	16
Tablo 3. Evde Bakımda Hasta Tanınması.....	23
Tablo 4. Kemoterapi Alan Hastaların Aile Üyelerinin Sosyodemografik Özellikleri.....	32
Tablo 5. Kemoterapi Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	36
Tablo 6. Hastaların Tanı Zamanına ve Tanı Bilgisine Göre Dağılım.....	37
Tablo 7. Tedavinin Hasta ile Hasta Yakınının İlişkisine Olumsuz Etkisine Göre Dağılım.....	38
Tablo 8. Hasta Yakınlarının Bakım Verirken Destek Sistemlerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 9. Normallik Testi.....	40
Tablo 10. Bakım verenlerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları.....	40
Tablo 11. Bakım verenlerin gelir düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları.....	43
Tablo 12. Bakım verenlerin hasta ve tanı bilgisi özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları.....	44
Tablo 13. Bakım verenlerin aldıkları destek sistemlerinin özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları.....	48
Tablo 14. Ölçek Puanlarına İlişkin İstatistikler.....	49

Tablo 15. Ölçek Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar.....	50
--	-----------



ŞEKİLLER DİZİNİ

SAYFA NO

Şekil 1. Kanserle ilişkili yorgunluğu etkileyen faktörler.....	12
--	----



KISALTMALAR DİZİNİ

DNA: Deoksirübo Nükleik Asit

IGF: İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü

HPV: Human Papilloma Virüs

HBV: Hepatit B Virüsü

NCCN: National Comprehensive Cancer Network (Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı)

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BRCA 1: Breast Cancer Susceptibility (Meme Kanseri Duyarlılık)

TNM: Tümör Nodül Metastaz

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser ülkemizde ve dünyada kalp hastalıklarından sonra ikinci ölüm nedeni olması sebebiyle önemli bir sağlık sorunudur. İstatistik verilerine göre 2012 yılında 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve seyir benzer şekilde devam ettiği takdirde 2030 yılında 22 milyon yeni vakanın ortaya çıkması beklenmektedir (1,2).

Kanserde son yıllarda teknolojik gelişmelerle önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu açıdan bakıldığında tanı imkanlarının artması ve toplumlara daha kolay sağlık hizmeti sunulması nedeni ile daha çok sayıda kanserli hastaya tanı konulabilmektedir. Aynı zamanda günümüzde yaşam standartlarının yükselmesi ve ortalama yaşam süresinin uzamış olması, kanser tedavisi olanaklarının artmasıyla hastaların hekime başvurması da kanserli bireylerle daha çok karşılaşmamıza neden olmaktadır. İnsanların kanser yapan etkenlere her geçen gün daha çok maruz kalmasıyla kanserin görülme sıklığı artmıştır (3).

Kanser, tanı alan bireyleri ve ailelerini fiziksel, psikolojik, sosyal yönden etkilemekte ve ailenin dengesini bozmaktadır (4,5). Bu nedenle kanserli birey ve ailesi her yönden değerlendirilmesi gereken bir birim olarak ele alınmalıdır. Aile üyelerinin ve yakınlarının bakım verme işlevi her geçen gün artan bir orandadır. Hastanın artan hastalık derecesiyle zamanla aile içindeki sorumluluklarını yerine getirememesi ailede rol değişikliklerine neden olmaktadır. Bu rol değişimi aile üyelerinin sorumluluklarını artırmakta ve daha fazla yük getirebilmektedir. Kanser, hasta bireyin ve ailenin yaşam şeklini zaman içerisinde değiştirerek sorunları artırmakta ve tüm aileyi olumsuz yönde etkilemektedir (4,6,7). Bu süreçte aile üyeleri, kendilerini çaresiz, gergin, tükenmiş, endişeli ve yalnız hissedebilmektedirler (1,4). Dolayısıyla bireyin ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilmektedir.

Yaşam kalitesi kavramı sosyolojik ve tıbbi olarak çok eskilere dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristo yazılarında mutluluk ve iyi bir yaşam için gerekli konulara değinmiştir (8). Ardından gelen filozoflarla yaşam kalitesi terimi değişip, gelişerek açıklanmaya başlanmıştır (8,9).

Değişik tanımları olan yaşam kalitesi şöyle tanımlanabilir; fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik faaliyetleri yerine getirebilme yeteneğidir (9).

Kanser tanı ve tedavi sürecinde, hasta ile aile üyeleri aynı düzeyde etkilendiğinden bakım sürecine ailenin katılımı ve desteği önemlidir. Bunun yanında bazı hasta yakınlarının daha güçlü olduğu söylenebilir. Bu durum aile bireylerinin kanseri ve süreci nasıl algıladığına göre değişiklik gösterir. Hasta ve hasta yakınlarındaki depresif durumlar ailede gerginlik ve sorunlar yaratabilir. Kanserli yaşayan her ailede problemlerin yaşanacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Aileler bu süreçte beklenmedik durumlarda nasıl ve ne zaman başa çıkacakları konusunda sorun yaşarlar. Bütün bunlar göz önüne alındığında kanseri yaşayan aile için sosyal destek çok önemlidir (9,10,11,12,13).

Sosyal destek; bireyin sorumluluklarını paylaşan, maddi açıdan destek olan, bilgi ve becerisi ile sorunlarla başa çıkmasına yardım eden ve psikolojik olarak destekleyen kişilerden oluşan bir topluluk olarak ifade edilebilir (4,5). Kanser hastası ve hasta yakınları sosyal desteği başa çıkma becerisi olarak kullanabildiği takdirde sürece uyum kolaylaşacaktır. Desteğin sıklığı arttıkça hasta yakınları sürece olumlu anlamlar yükleyecek ve yaşam kalitesi artacaktır (4,5,10).

McMillan ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yüksek düzeyde stres yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumun bakım verenlerin diğer yaşam becerilerini etkilediğini ve sağlık sorunları açısından risk oluşturduğunu belirtmişlerdir (14). Yapılan başka bir çalışmada, aile üyelerinin yüksek düzeyde stres algıladıkları ve hastalarına bakım verirken olumsuz yönde etkilendikleri ifade edilmiştir (15).

Babaoğlu'nun (2001) yaptığı çalışmada kanser hastasına bakım veren eşlerin en çok depresif duygulanım yaşadığı ve sosyal sorun alanında günlük işleri gerçekleştirmede yetersizlik görülmüştür. Aynı zamanda aile içi rol değişiminin sosyal izolasyona neden olduğu ifade edilmiştir (16).

Ferrell ve ark. (2002) over kanserli hastaların yakınlarıyla yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin süreçten kötü etkilendiklerini sıklıkla psikolojik ve duygusal sorunlarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hasta yakınları, kendilerini

yorgun hissettiklerini, baş etmede yetersiz bulduklarını ve bakım verebilmek için işlerinden ayrılmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir (17).

Kemoterapi alan hastalara bakım veren hasta yakınlarının anksiyete düzeylerine bakılan bir çalışmada, kadınların, çalışmayanların, herhangi bir hastalığı olanlar, psikolojik destek verenler ve sorumlulukları etkilenenlerin anksiyete puanları daha yüksek tespit edilmiştir (18).

Weitzner ve ark.(1999) yaptığı çalışmada ailede bakım verenin yaşam kalitesini önemli bir konu olarak ifade etmişlerdir. Ailede bakım verenin yaşadığı sıkıntıların güçlükleri artıracak ve artan yük, artan psikolojik morbitide kötüleşen aile yapısını oluşturmaya neden olacağını ifade etmişlerdir (7).

Belirtilen araştırma bulgularının da gösterdiği gibi, kanser hastası olan bireylere bakım veren aile üyeleri süreçten olumsuz etkilenmektedir. Ancak hastaya verilen bakımın kaliteli olması için bakım verenin iyilik hali önemlidir. Bu iyilik halinin oluşturulabilmesi için bakım verenlere de sosyal destek sağlanması gerekmektedir. Sosyal desteğin sağlanabilmesi için bakım verenin yükleri azaltılmalı ve duygusal sorunlar daha aza indirilmelidir. Hastayı ve aileyi kapsayan bütüncül bakımın daha kaliteli olması açısından hastaya verilen bakımın kalitesinin değerlendirilmesi, bakımın etkinliğinin artırılmasında yol gösterici olacaktır. Bu bilgilerden yola çıkarak, kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları sorunların bilinmesi sağlık çalışanları için önem arz etmektedir. Bu nedenle çalışmada, kemoterapi alan hastaya bakım veren aile üyesinin yaşam kalitesinin ne durumda olduğu ve hangi alanlarının etkilendiğinin belirlenmesi amaçlandı. Çalışmanın bakım verenlere yönelik hemşirelik uygulamalarının planlanmasına yol göstereceği düşünülmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Kavramı

2.1.1. Kanser Tanımı

Günümüzde en önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser; kontrolsüz çoğalıp büyüyen, normal fonksiyonlarını kaybetmiş, çevre dokularla olan bağını koparmış doku demektir (19,20,21,22).

Kanser oluşum aşaması hücrede başlayan bir olaydır. Bütün kanserler, DNA dizilimindeki anormalliklerden oluşmaktadır. Kanserin, canlı hücrelerdeki DNA'nın değişikliğe uğraması, hücre DNA'sındaki ilerleyen değişikliklerle hatalar oluşmasıyla şekillendiği ayrıca kalıtsal olduğu düşünülmektedir (7,23).

Kanserleşme aşamasında, organizma bütünlüğü için gerekli olan tüm özellikler kaybolur. Yaşamsal özelliklerini kaybetmiş hücreler, normal hücre ve dokuların işlevlerini bozarak tümör kitleleri oluşturmaya başlarlar. Mutasyona uğramış hücreler yakın ya da uzak organlara yayılarak bu organların işlevlerini yapmalarına engel olurlar (7,23,24).

Kanser, köken aldığı organa göre isimlendirilir. Belirti ve bulguları kanserin türüne göre değişiklik göstermektedir. En yaygın kanser türleri akciğer, meme, sindirim ve üreme sistemi kanserleridir (9,23,25).

2.1.2. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser ölüm nedenleri arasında ülkemizde ve dünyada ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde her beş ölümden biri kanser nedenlidir. Kanseri istatistikleri 2015 verilerine göre; toplamda insidansı yüz binde 212,6'dır. Türkiye'de 167.463 kişi yeni kanser vakası teşhisi almıştır. Son 5 yılın verilerine bakıldığında; erkeklerde kanser sıklığında azalma gözlenirken, kadınlarda bir artma ya da azalma olmadığı görülmektedir (26).

Türkiye'deki kanser verilerine göre; erkeklerde vaka oranı dünya insidansının üzerinde iken kadınlarda daha düşüktür. Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika gibi gelişmiş ülkelerde kanserin gelişme hızı, kadınlarda ve erkeklerde daha düşük hızda

olduğu görülmektedir. Ülkemizde en sık görülen ilk beş kanser türü dünyadaki ve diğer gelişmiş ülkelerdeki ile benzerlik göstermektedir. Erkeklerde en sık görülen kanser türleri trakea, bronş ve akciğer kanseri, kadınlarda ise meme kanseridir (22,26).

2.1.3. Kanser Etiyolojisi

Kansere neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Genetik faktörler kanser riskini artırmaktadır. Ancak genetik olmayan faktörlerin kanser oluşumunda etkisi daha büyüktür. Kanserlerin %10-15'inin genetik olduğu geriye kalan %85-90'nın ise çevresel faktörlere bağlı geliştiği bilinmektedir (23,26). Genel olarak kanser etiyolojisinde rol oynayan çevresel faktörler;

Sigara kullanımı

Kanserin oluşmasında %30 oranında sigara etkilidir. Tütün-kanser ilişkisi içilen süre, miktar ve yaşla doğrudan ilişkilidir. Sigara kullanımı başta akciğer olmak üzere baş-boyun kanserleri, üriner bölge kanserleri, sindirim sistemi kanserleri ve hematolojik kanserlere neden olmaktadır. Pasif içiciliğinde akciğer kanseri üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir (1,21,23).

Alkol kullanımı

Alkolün içinde bulunan bileşenlerin DNA sentezi ve tamirine zarar verdiği bulunmuştur. Alkol kullanımı baş-boyun kanserleri, özefagus, larenks, mesane, rektum, kolon ve karaciğer kanseri üzerinde etkilidir (1,21).

Beslenme

Yapılan araştırmaların birçoğu beslenmenin kanser oluşumunda etkili olduğunu göstermiştir. Posası az diyetle beslenenlerde kalın bağırsak kanserleri, çok yağlı beslenen, bebeğini emzirmeyen ve şişman kadınlarda meme kanseri daha sık görülmektedir.

Nemli ve sıcak yerlerde iyi saklanmayan yiyecekler ve hatalı pişirme yöntemleri kansere neden olan molekülleri oluşturabilmektedir. Yağlı, tuzlanmış ya da tütülenmiş etler, salam, sosis, sucuk gibi hazır yiyeceklerde kanser riskini artırmaktadır. Vitaminlerin de kanser oluşumu üzerinde etkisi bulunmaktadır. A,E,C vitamini eksikliğinde kanserin daha sık görüldüğü bildirilmektedir (1,27).

Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite obeziteyi önleyerek ve IGF gibi onkogenik hormonların etkisi azaltarak kolon, meme, prostat kanserinden korumada rolü olduğu düşünülmektedir (1).

Mesleki Riskler

Kanser oluşumunun %10'dan fazlasında mesleki riskler etkilidir. Riskli ortamlarda çalışanlarda uzun süreli maruziyette hasar oranı da daha fazla olacaktır. Örneğin; nikel ve asbest ile çalışan işçilerde akciğer kanseri, baca temizleme ilerinde çalışanlarda skrotum kanseri riski yüksektir (1,21).

İyonize Radyasyon

İyonize radyasyon gibi ışınımalar (x, gama ışınları, nükleer emisyonlar, Ultra viole ışınları) DNA yapısını değiştirerek kansere neden olmaktadır. Lösemiler ve epitelyal kanserler olmak üzere birçok kansere neden olduğu bilinmektedir (9,23).

Ultraviyole Işınları

Özellikle açık tenli kişilerde kontrolsüz şekilde güneş ışıklarına maruziyet deri kanseri riskini artırmaktadır (9).

Enfeksiyöz Ajanlar

Virüs ve bakterilerin kanser üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Kanser oluşmasında virüsler yaklaşık %20 ilişkilidir. Örneğin; human papilloma virüs(HPV) serviks kanseri, hepatit B virüsü(HBV) karaciğer kanseri üzerinde etkilidir (1).

Bireysel Özellikler

Yaş, cinsiyet, genetik yatkınlık, etnik yapının kanser oluşumunda etkili olduğu yapılan çalışmalarla bilinmektedir. Örneğin; BRCA1 geni taşıyan kadınlarda meme ve over kanseri riski daha yüksektir (1).

Cinsel Sağlık ve Doğurganlık

Kadınlarda bazı kanser türleri üreme ve cinsellikle ilişkilendirilmiştir. Geç evlenmiş, geç doğum yapmış, erken menstrüasyon, geç menapoz görülen kadınlarda meme ve over kanseri riski yüksektir (1,21).

2.1.4. Kanserin Belirtileri

Kanserin belirtileri çok çeşitli ve etkilendiği organa göre değişiklik göstermektedir. Ayrıca belirtiler kişiden kişiye de değişiklik gösterebilir. Genel olarak belirtiler;

- Vücudun herhangi bir yerinde meydana gelen şişlikler
- İyileşmeyen ve iyileşmesi geciken yara
- Ben ve siğillerdeki değişiklikler
- Olağan dışı kanama
- Yutma güçlüğü
- Sürekli öksürük ve ses kısıklığı
- Tuvalet alışkanlıklarında değişiklik
- Ağrı
- Nedeni belli olmayan kilo kaybı
- Nedeni belli olmayan ateş

Bu belirtiler her zaman kanser demek değildir ancak bir uzmana başvurulması gerekir (3,28).

2.1.5. Kanserin Evrelendirilmesi ve Derecelendirilmesi

Bir kanserin seyri, hem histolojik tipine hem de tümörün boyutuna ve yaygınlığına göre değişiklik gösterir. Tümörler hücre ya da dokunun cinsine göre isim alırlar. Geliştiği dokuya göre hücreler malign (kötü huylu) ve benign (iyi huylu) tümör adını alır.

Dünya’da kanserin evrelendirilmesi için birçok evreleme sistemi kullanılmaktadır. Ancak en yaygın olarak kullanılan Amerikan Kanser Birliğinin Tümör Nodül Metastaz (TNM) sınıflama sistemidir(tablo 1) (29,30).

Tablo 1: TNM sınıflama sistemi

T: Tümörün büyüklüğünü gösterir. N: Bölgesel lenf bezi metastazının olup olmadığını gösterir. M: Uzak metastazın olup olmadığını gösterir. <i>*TNM bileşiklerinin alt boyutlarında malignant hastalığın yayılımını gösteren numaralandırma kullanılır.</i>	
Primer Tümör (T)	Tx: Primer tümör tanımlanmamıştır. T0:Primer tümör bulgusu yok Tis: İnsitu (sınırlı evre) karsinomu T1, T2, T3, T4: Lokal tümörün artan boyutu ve lokal yayılımı gösterir.
Bölgesel Lenf Bezleri (N)	Nx: Bölgesel lenf bezleri tanımlanmamıştır. N0:Bölgesel lenf metastazı yok N1, N2, N3, N4: Bölgesel lenf bezlerinin arttığını gösterir.
Uzak Metastaz (M)	Mx: Uzak metastaz tanımlanmamıştır. M0:Uzak metastaz yok. M1:Uzak metastaz varlığını gösterir.

Tablo 1, 30. kaynaktan alınmıştır.

2.2. Kanser Tedavileri ve Kemoterapi

Kanser eskilerden beri halk arasında çaresi olmayan bir hastalık olarak bilinmektedir. Ancak kanser tedavisi mümkün hastalıklar grubundadır. Kanser tedavisindeki başarı hastalığın seyri, cinsi ve tedavideki düzenliliğe bağlıdır. Tedavisi düzenli olmayan en iyi kanser türü bile başarısızlıkla sonuçlanır. Tedavi aşaması tek hekim tarafından değil, uzman bir ekip tarafından yapılır. Bu ekip içinde onkolog, radyoterapi uzmanı, cerrah ve patolog bulunmalıdır (3,9).

Kanser tanısı alan hastanın tedavisinde hastalığın özellikleri ve durumuna göre cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi gibi yöntemlerin bir veya birkaçı uygulanabilir. Bunların dışında hormon tedavisi, gen tedavisi, kemik iliği transplantasyonu ve alternatif tedaviler uygulanmaktadır (29,31,32).

Kanser tedavisinde en sık kullanılan yöntemlerden olan kemoterapi, normal hücrelere zarar vermeden çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal ya da kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir. Kemoterapi tedavisinde amaçlanan, tümörün büyümesini ve farklı odaklardan tekrarlamasını engellemek, yaşam kalitesini artırmak, yaşam süresini uzatmak ve tamamen ortadan kaldırılmasını sağlamaktır (2,21,29,33).

Kemoterapi tedavi edilen kanser türüne göre değişiklik gösterir. Kemoterapinin çeşitleri;

- *Palyatif kemoterapi*; tümörün kitlesini azaltmayı hedefler.
- *Küratif kemoterapi*; hastalığı tamamen kaldırmayı amaçlar.
- *Adjuvan kemoterapi*; tümörün lokalize evresinde cerrahi ve radyoterapiye destek olarak uygulanan kemoterapidir (9,29).

Kemoterapik ajanlar; alkilleyici ajanlar, antimetabolitler, antrasiklinler, bitki alkaloidleri ve doğal ürünler, platin içeren bileşikler, hormon ve hormon antagonistleri olarak sınıflandırılmaktadır. Kemoterapi tedavisinde uygulanan birçok farklı protokol vardır. Tedavi de tek bir ilaç kullanılabildiği gibi birden çok ilaç da uygulanabilir. İlaçların veriliş yollarına baktığımızda birçok yöntemin olduğu görülmektedir. Oral, cilt altına ya da kas içine enjeksiyon, damar içine ilaç uygulama ve doğrudan bölgesel olarak organa uygulama yöntemleri uygulanmaktadır (21,29,34).

Kemoterapide kullanılan ilaçlar kanser hücrelerinin çoğalmalarını engellemekte ve yok etmektedir. Ancak bu ilaçlar normal hücrelere de etki ederek ciddi yan etkilere neden olurlar (3). Her ilacın kendine özgü toksisitesi bulunmaktadır. Klinik açıdan bakıldığında ilaç toksisitesi hastalarda morbidite ve mortalite nedeni olabilmektedir. İlaç toksisiteleri yan etkinin derecelerine göre: Grade 1:hafif, Grade 2:orta, Grade 3:şiddetli, Grade 4: hayatı tehdit eden ve Grade 5: ölümle sonuçlanan olarak 5 ayrı kategoriye ayrılmıştır (35).

Kontrol edilemeyen yan etkiler yaşam kalitesini azaltmakta ve tedaviye uyumu da etkilemektedir. Bu yüzden ekibin uyum içinde olması ve yan etkileri iyi bilmesi tedavide başarı şansını artırmaktadır (3).

Kemoterapide sık görülen yan etkiler;

- Alopesi
- Bulantı ve kusma
- Yorgunluk
- Mukozit
- Diyare ve Konstipasyon
- İştah azalması
- Ağrı
- Cilt problemleri
- Nöropati
- Kemik iliğinin baskılanması
- Uyku problemleridir (1,3,21,29,36,37,42).

Alopesi: Kemoterapiye bağlı en sık yaşanan yan etkidir. Kemoterapinin ilk dozundan 1-3 hafta sonra başlar, genellikle 1-2 ay için tamamen dökülme olur ve tedavi bittikten 1-2 ay sonra tekrar çıkmaya başlar. Dökülmenin derecesi kemoterapi tipi, dozajı, uygulama yoluna bağlı olarak değişir. Bu yan etkinin geçici olmasına karşın yeni çıkan saçın yapısında ve renginde değişiklik olabilir (1). Genellikle kemoterapinin saç kaybı ile ifade edilmesine rağmen kasık, koltuk altı, kaş, kirpik gibi tüm kıllarında kaybına neden olabilmektedir (21).

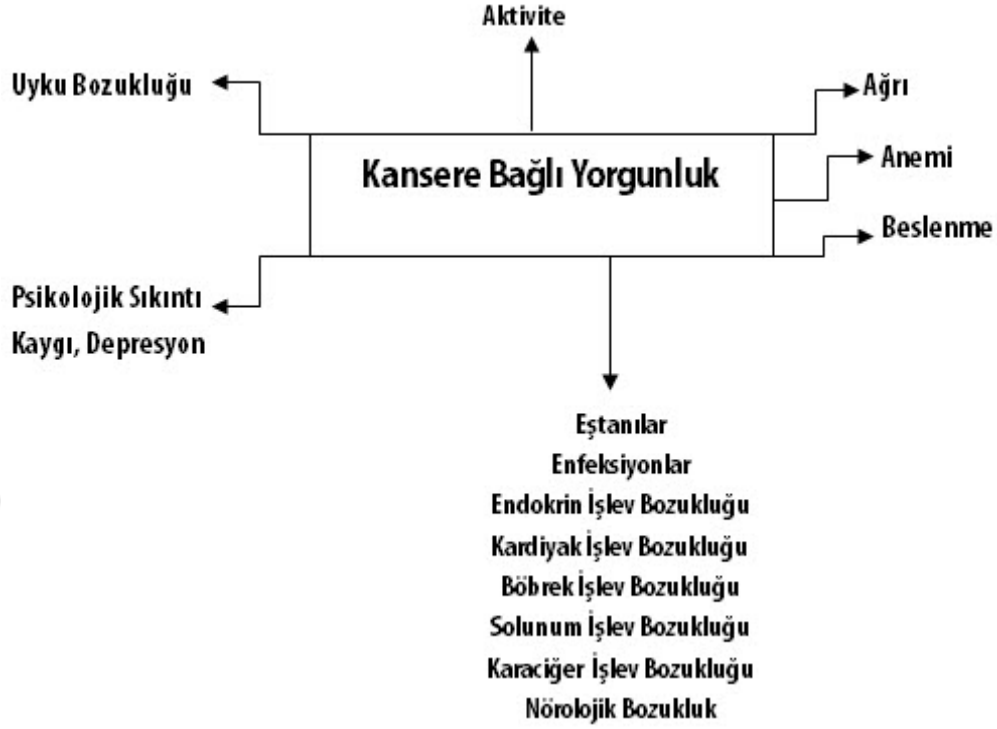
Kemoterapinin neden olduğu alopesi en olumsuz etkileyen yan etkilerden biri olarak değerlendirilmelidir. Alopesi beden imajını bozan ve sürekli kanseri anımsatan bir sembol olarak bilinmektedir. Alopesinin geçici bir yan etki olmasına rağmen hastalarda ciddi psikososyal sorunlara neden olmaktadır (1).

Bulantı ve Kusma: Kemoterapiye bağlı bulantı-kusma başlangıç zamanına göre üç şekilde incelenmiştir. Akut bulantı-kusma, gecikmiş bulantı-kusma, beklentisel bulantı-kusmadır. Semptom tedavisine bağlı olarak iki tipi daha eklenmiştir. Bunlar; ani kusma ve dirençli kusmadır (1).

Bulantı-kusma verilen tedavinin etkisinin değerlendirilmesinde önemli bir bileşendir. Kontrol altına alınamayan bulantı-kusma hastanın yetersiz beslenmesine neden olarak psikolojik ve mental açıdan kötüleşmesine neden olabilir (1,36).

Yorgunluk: Kansere bağlı yorgunluğu Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (NCCN) “her zaman yapılan işlevleri engelleyen kanser veya kanser tedavisiyle ilişkili olan yaygın, sürekli ve sübjektif yorgunluk hissi” olarak tanımlamaktadır (1,38). Kemoterapi hastalarında yorgunluk tedaviye bağlı olarak sık karşılaştığımız bir sorundur (38). Yorgunluğun; fiziksel, sosyal, bilişsel ve mesleki fonksiyonlarda azalma, ruh halinde değişiklik, uyku bozukluklarına neden olmasıyla tedaviye uyumsuzluk, hasta ve hasta yakınlarında emosyonel ve manevi sıkıntı yorgunluğuna bağlı bazı sonuçlardandır (1,36,38). Yapılan bazı çalışmalar göstermiştir ki yorgunluk hastaları ağrıdan daha fazla olumsuz etkilemektedir (şekil 1) (39,40).

Şekil 1: Kansere ilişkili yorgunluğu etkileyen faktörler



Şekil 1, 40. kaynaktan alınmıştır.

Mukozit: Birçok kemoterapötik ajan mukozite neden olmaktadır. Kemoterapi uygulamasından yaklaşık bir-iki hafta sonra ortaya çıkmakta ve genel olarak 21 ya da 28 günde bir tedavi alan hastalarda gelişmektedir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki oral mukozit hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (1).

Diyare ve Konstipasyon: Kemoterapiye bağlı diyare, bağırsakta yüzeyel tabakanın hasara uğramasına bağlı gelişir. Kemoterapi alan hastaların %50-80'inde görüldüğü belirtilmiştir (1).

Kanser hastalarının %50'den fazlasında görülen konstipasyon, bireyde önceden var olan bir problem olabilir ya da tedaviye, tümöre, yetersiz sıvı alımına, tedavide kullanılan antiemetiklere bağlı gelişebilir (1).

İştah azalması: Tedavinin neden olduğu bulantı-kusma, tat almada değişiklik gibi yan etkilere bağlı olarak gelişebilir. Hastanın fiziksel fonksiyonlarının

kısıtlanmasına, antikanser tedavisine toleransının azalmasına ve yaşam süresinin kısılmasına neden olur (1,36).

Ağrı: Hastalar ve yakınları için en önemli ve en korkulan semptomlardan birisidir. Ağrı kanserin türüne ve seyrine bağlı farklılık gösterir. Hastalar kimi zaman kansere bağlı kimi zamanda tedavinin etkilerine bağlı ağrı çekmektedir. Hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği için yönetimi çok önemlidir (1,36,41).

Cilt problemleri: En sık olarak döküntü gözlenir. Kemoterapik ajana bağlı olarak tırnak yapısında değişiklik, sivilcelenme, kuruluk ve kaşıntı meydana gelebilir. Kemoterapi alınan damar yolu boyunca renk değişikliği meydana gelebilir, 1-2 ay sonrasında iyileşme gözlenmektedir (1).

Nöropati: Tedavide doz kısıtlanmasını gerektiren semptomdur. Yaşamı tehdit eden enfeksiyonlar, uzun süre hastanede kalma, tedavi ertelenmesine neden olarak kemoterapinin kritik yan etkisidir (21).

Kemik iliğinin baskılanması: Kemoterapinin en ciddi ve en tehlikeli yan etkisidir. Kemik iliğinin baskılanması sonucu lökosit ve trombosit hücrelerinin yenilenme yeteneği azalır. Buna bağlı olarak hastada anemi, lökopeni ve trombositopeni gelişebilir. Bu durumda hastada anemiye bağlı yorgunluk, lökopeniye bağlı enfeksiyon, trombositopeni bağlı kanama ortaya çıkar (1).

Uyku problemleri: Uyku kişinin temel gereksinimlerinden biridir. Aynı zamanda fiziksel ve ruhsal iyilik halini etkilemektedir. Kanser hastaları tarafından uykuya dalmada güçlük, gece sık sık uyanma, kabus görme, yataktan kalkmada zorlanma şeklinde bildirilen sorunlardan biridir. Yapılan bir çalışmada elde edilen sonuca göre hastaların %59.4'ü, hasta yakınlarının ise %62.9'u uykusuzluk şikayeti olduğunu ifade etmişlerdir (36).

2.3 Kanser Etkileri

Kanser ölümcül ve sık görülen bir hastalık olması dışında getirdiği ekonomik ve sosyal yük nedeniyle bir toplumsal sorundur. Kanser, hasta ve ailede fiziksel, psikolojik ve ekonomik problemlere neden olmaktadır (9,33,42,43,44).

2.3.1. Fiziksel Etkileri

Kanser tanısı alan hasta birçok fiziksel problemle baş etmek zorunda kalmaktadır. Tanı öncesinde hastanın iç organlarında değişiklik veya şekil bozukluğu meydana gelmiş olabilir. Tümör bulunduğu ve baskı yaptığı organ ya da dokuya göre hastanın yaşamsal fonksiyonlarını etkilemektedir. Hastalar kanser tedavisine bağlı olarak, memenin alınması veya bir organın amputé edilmesi gibi kayıplar yaşayabilirler (9,33,43).

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki hastalar en sık yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, ağrı gibi fiziksel problemler yaşamaktadırlar. Bu problemler hastanın sadece kanser tanısına bağlı olarak değil, uygulanan tedavilere bağlı olarak da meydana gelmektedir (9,42,43,44).

Kanser sürecinin getirdiği fiziksel değişiklikler, hastaların öz-benliğini ve öz-saygısını olumsuz etkilemektedir. Bütün bu süreçlerde hastanın yanında olan ve bakımını üstlenen aile bireylerinin de fiziksel fonksiyonlarının olumsuz etkilendiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (9,43).

2.3.2. Psikososyal Etkileri

Günümüzde görülme sıklığı giderek artan kanserin meydana getirdiği fiziksel zorlukların yanı sıra hastalar üzerindeki psikolojik etkileri ağır ruhsal sorunlara neden olabilmekte ve bu durum hastalığın seyrini, tedaviyi uyumu olumsuz etkilemektedir (16,45,46).

Kanser ölümü, bilinmeyen bir tehlikeyi, acıyı, suçluluğu, utanç duygusunu, sosyal izolasyonu ve kaygıyı sembolize eden bir hastalıktır. Kanser adı, verdiği korku, hastalığın yarattığı stres, hasta ve hasta yakınlarını başka hiçbir hastalıkta olmayacak kadar etkilemektedir (9).

Gyllensköld'e göre kanser,

- Doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğu
- Sinsice hareket ettiği
- Nedenleri pek açıklanamadığı

- Zamanla kontrolün güçleştiği, kontrolden çıktığı ve büyük acılara neden olduğu
- Bireyi sosyal yönden izole ettiği ve damgaladığı için diğer kronik hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici olarak algılanır (9,45).

Kanserin bireyler üzerindeki psikolojik etkileri kültüre, etnik kökene, dini inanca, yaş ve eğitim düzeyine göre değişiklik göstermektedir (47). Yaklaşık olarak hastaların yarısı duygusal değişiklikler yaşamaktadırlar. Yaşanan psikolojik etkiler genellikle uyum bozuklukları, depresyon, anksiyete, azalan yaşam memnuniyeti ya da özgüven kaybıdır. En sık karşılaşılan psikolojik etkisi depresyondur (45). Kanser hastalarında depresyon genel nüfusun 2-3 kat fazlasıdır (48).

Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk olan depresyon, fiziksel ve psikolojik semptomları artırarak yaşam kalitesini azalttığı bilinmektedir (44,45,46). Ölüm korkusu, umutsuzluk, çaresizlik, yaşam hedeflerinin tehdit edilmesi gibi duygu ve düşünceler, benlik saygısının düşük olması, duygusal desteğin az olması kanser hastalarında depresyon gelişimi için risk faktörleridir (49). Ayrıca yaşam tarzı değişiklikleri, ekonomik sorunlar, geleceğe yönelik belirsizlik ve bedensel sağlığın bozulmasıyla duyulan üzüntü ve kaygı depresyon yaşanmasına neden olmaktadır (45).

Elisabeth Kübler-Ross, “Ölüm ve Ölmek Üzerine” isimli kitabında ölümcül hastalık tanısı alan hastaların yaşadıkları psikolojik tepkileri beş aşamada tanımlamıştır. Bu aşamalar sırası ile inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak tanımlanmıştır.

İnkâr: Hastanın ilk aşamada gösterdiği şok olma ve inanmamadır.

Öfke: İnkârın yerini zamanla öfke, küskünlük duyguları alır. İnkâr evresinin aksine bu evre aile için başa çıkılması daha zor olan bir dönemdir. Hasta öfkesini her alana yönlendirir.

Pazarlık: Bu evre kısa süreliğine de olsa hasta için yararlı bir dönemdir. Tedaviye uyum gösterir. Bu aşamada hasta işbirliği yapar.

Depresyon: Hasta artık tedavi ve hastalığın yan etkileri ile baş etmeye çalıştığı bu dönemde depresyon gelişir. Depresyon, sevilen kişilerin yakında kaybedilecek olmasına karşın kullanılan bir kabullenme aracı olabilir.

Kabullenme: Hasta bu dönemde yalnız kalmayı tercih eder. İletişim sözlüden sözsüze kaymıştır. Bu dönemde daha çok ailenin desteğe ve yardıma ihtiyacı vardır(50).

Kanser hastaları tanı, tedavi, kontrol, tekrarlama ve terminal dönemlerde değişik ruhsal ve psikolojik davranışlar gösterirler (tablo 2) (9,45).

Tablo 2: Kanserde psikolojik tepkiler

	Uyuma Yönelik Tepkiler	Uyuma Yönelik Olmayan Tepkiler
Tanı Öncesi	1.Kanser olasılığı ile ilgili kaygı geliştirme	1.Kanser tanısı konmadan hastalık belirtileri geliştirme 2.Hastalık olasılığının inkar edilmesi ve tedavide gecikme
Tanı Aşaması	1. Şok olma 2. İnanamama 3. Başlangıçta kısmi inkar 4. Kaygı 5. Kızgınlık, isyan, suçlayıcı duygular 6. Depresif mizaçlı uyum	1. Kesin inkar, tedaviyi reddetme 2. Ölümün kaçınılmaz olacağı düşüncesi ile tedaviyi reddetme

Tedavi Aşaması	Cerrahi Tedavi 1.Cerrahi girişimin geciktirilmesi Radyoterapi 1.Işın tedavisinin etkilerinden korkma 2. Terk edilme korkusu Kemoterapi 1.Yan etkilerden korkma 2. Vücut imajı değişiklikleri 3. Kaygı, izolasyon eğilimi, hafif depresif duygu durumu 4. Alturistik duygular	1.Ameliyat sonrası reaktif depresyon 2.Vücut imajı değişiklikleri ve uzamış ciddi elem reaksiyonu
Tedavi Sonrası	1. Normal baş etme düzeneklerine ve hastalık tedavi sınırları içinde yaşama dönüş 2. Nüks korkusu	1. Şok olma 2. İnanamama 3. Kısmi inkar 4. Kaygı 5. Kızgınlık 6. Depresif duygu durum
Hastalığın Seyri ve İlerlemesi	1. Yeni bilgi araştırma ve çeşitli tedavi olasılıklarına dönük arayış ve konsültasyonlar	1. (Major) Depresyon
Terminal/ Palyatif Dönem	1.Terk edilme korkusu, ağrı, bilinmezlik korkusu, varoluşçu endişeler 2. Ölüm düşüncesine bağlı kişisel elem duygusu ve kabulleniş	1. Depresyon 2. (Akut) Deliryum

Tablo 2, 45. kaynaktan alınmıştır.

2.3.3. Ekonomik Etkileri

Kanser tedavisi ve tetkiklerinin oldukça pahalı olması nedeniyle aileye ve devlete ekonomik yük getirmektedir (9,33). Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (2008) tarafından yapılan araştırmaya göre Türkiye’de 2006 yılında kanser için yapılan harcama 2.3 Milyar Avro iken kişi başına düşen kanser harcaması 38-43 Avro arasında değişmekte ve kanser harcamaları toplam sağlık harcamasının % 6,7’sini oluşturmaktadır (51).

Kanser tedavi süreci uzun olan bir hastalık olması sebebiyle iş gücü kaybına neden olmaktadır. Kanserın görülme yaş aralığı kişilerin aktif çalıştığı 45-60 yaş aralığında olması nedeniyle ailenin maddi durumunu olumsuz etkilemektedir (3,9).

Kanser hastalarının yaşam kalitesini ölçen bir çalışmada, hastalar en çok maddi zorluk çektiğini ifade etmişlerdir. Hastaların maddi zorluk yaşamasının nedenleri ise yoğun tedavi giderleri, gerekli bürokratik sürecin uzun olması ve takip sürecinde hastaların çalışmaması ile gelir düzeylerinin düşmesine bağlanmıştır (44).

Devlete düşen görev böyle uzun süreli bir hastalıkta hastaların sosyal güvencelerinin sağlanması olmalıdır. Aksi takdirde sosyal güvencesi olmayan hastalara kanser tedavisinin en önemli noktası olan düzenli tedavi uygulanamamaktadır (3).

Hasta bireylerin ailesinin yaşadığı ekonomik sorunlar hastanın sağlığını ve aile üyelerini olumsuz etkilemektedir (3,9). Hastalığın getirdiği fiziksel ve psikolojik sorunlara, ekonomik sorunlarda eklenince süreç aile için daha zor hale gelmektedir (3).

2.4. Kanser Sürecinde Aileye Yaklaşım

Aile; anne, baba ve çocuklardan oluşan toplumun en küçük birimidir. Fransız sosyologu Emile Durkheim aileyi ; "aralarında kan bağı bulunan ya da aynı soydan geldiklerine inanan fertlerden oluşan sosyal varlıktır" şeklinde tanımlamıştır. Saygı, sevgi, dayanışma, sadakat, itaat ve işbölümü aile yapısını oluşturan temel niteliklerdir (52).

“Aile sistemler teorisine” göre ailede bir hastalık görüldüğü zaman sadece hasta olan aile bireyi değil, tüm aile bireyleri ve sistemleri hastalıktan etkilenir (53).

Ailenin en önemli rolü hastalık durumlarında sağlığın sürdürülmesi için fiziksel ve duygusal destek sağlamaktır. Hastalıklar sıklıkla ailenin fonksiyonel durumlarını değiştirir (1,53). Bireylerin ve ailelerin gelişmesi için en temel beş aile fonksiyonları şu şekilde sıralanabilir;

1.Yönetim: Gücü kullanma, sahip olunan kaynaklar hakkında karar verme, kurallar koyma, finansal kararlar alma ve gelecek planını yapma

2.Sınırların belirlenmesi: Yetişkin ve çocukların rollerini belirleme

3.İletişim: Aile üyeleri arasında açık ve anlamlı iletişim kurma

4.Eğitim ve destek: Fiziksel, duygusal ve sosyal olarak sağlıklı yaşam için gereksinimlerin öğretilmesi, aile üyelerinin birbirlerini sevdiklerini ve önemsediklerini göstermesi, kriz ve hastalık durumlarında baş edebilmeyi geliştirme

5.Sosyalleşme: Ailelerin ev içinde ve dış dünyada yeterli, kabul edilebilir davranışlar geliştirmesi ve kültür transferini yapabilmesidir (1).

Kanser; hastanın bedensel fonksiyonları, çalışma durumu, aile ve sosyal rolleri ile beden imajında değişikliklere neden olur (1,9,45,54). Bütün bu değişimler hastanın günlük yaşamda bağımlı hale gelmesine neden olur. Bu nedenle kanser sadece hastayı değil, aileyi de etkileyen bir hastalıktır (1).

Aile üyeleri gelişen sağlık sorununa göre yaşam düzenlerinde değişiklik yapma ve yaşamlarını yeniden düzenleme gereksinimi duyarlar (1). Aile üyeleri tanıyı öğrendikten sonra şok, inkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme süreçlerini ve üzüntü, kaygı, suçluluk, ümitsizlik duygularını yaşarlar (1,50,55). Kanser hastalığı ve tedavi sürecinde aile üyeleri bakım veren rolünde bulunurlar. Sevilen birisinin tedavi ve bakım altına girmesi, aile üyelerinin zamanla yeteneklerini ve rollerini geliştirmelerini gerektirir (1,56).

Ülkemizde kanserin ölümcül bir hastalık olarak algılanması, aile üyeleri tarafından tanının hastalardan gizlenmesine neden olmaktadır. Bu durumda aile üyeleri üzerindeki yükü ve sorumluluğu artırdığı öngörülmektedir (1).

Kanser, aile üyelerinin yaşam kalitesini fiziksel, duygusal, sosyal, spiritüel ve ekonomik olarak etkiler (19,20,16,56,57,58).

Fiziksel sağlık durumu: Aile üyeleri bakım veren konumunda olduğu için, hastalarının gereksinimlerini öncelikli olarak ele aldıklarından kendi sağlıklarını sürdürmede yeterli zamanı bulamamaktadırlar ve fiziksel sağlıkları olumsuz etkilenmektedir. Böylece iştah değişiklikleri, uyku problemleri, ağrı görülebilmektedir (1).

Psikolojik sağlık durumu: Kanser tanısı aile bireyleri üzerinde gerginlik ve kaygıya neden olur. Hastalık boyunca, aile üyelerinin hastalardan daha fazla anksiyete, depresyon, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşadıkları tespit edilmiştir (49).

Aile üyeleri sıklıkla depresyon, yalnızlık, anksiyete, stres, hayal kırıklığı, öfke, suçluluk gibi duygular yaşamaktadırlar. Bu duygular hastayla geçirilen zaman arttıkça artış gösterir (1).

Yapılan çalışmalara göre, meme kanserli hastaların eşleri duygusal sıkıntı yaşamakta ve süreci travmatik bir olay olarak algılamaktadırlar (53,59). Aile üyeleriyle yapılan başka bir çalışmada, kanser tanısı olan hasta ve ailelerinin yaşadıkları sıkıntı düzeyleri, olmayan hasta ve aile üyelerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (1).

Aile üyeleri sürece hazır olmadıkları, sağlık profesyonellerinden yeterince destek alamadıkları için yaşadıkları stres ve tükenmişlik artmakta, sağlık ve iyilik durumları bozulmaktadır ayrıca hastalarına verdikleri bakımın kalitesi de olumsuz etkilenmektedir (1).

Hastayı memnun etme çabası içinde aile üyeleri sürekli mutlu gözükme gayretine girerler ve bu tutuma bağlı gerginlik yaşarlar. Hastayı bırakıp işe gitme, hasta olmadan sosyal aktivitelere katılma durumunda suçluluk hissederler (1).

Bu sonuçlar, aile üyelerinin duygusal yönden gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir.

Spiritüel sağlık durumu: Aile üyeleri kanser süreciyle baş edebilmek için yaşadıkları zorluklara anlam yüklemek isterler. Eğer bu süreçte hastalık olumlu algılanabilirse, baş etme düzeyi ve yaşam kalitesi daha iyi sürdürülebilir. Aile, gelecekle ilgili belirsizlikle mücadele edebilmek için manevi inançlarını güçlendirir (1).

Ekonomik etkilenme durumu: Kanser önemli mali bir yük getirerek aile üyelerinin yaşam kalitelerini etkiler. Aile üyelerinin büyük bir çoğunluğunun bakım sorumluluğunu nedeniyle işe gidemediği ya da ayrılmak zorunda olduğu tahmin edilmektedir. Kanser tedavileri ve bakıma bağlı, ailelerin ekonomik durumunu büyük ölçüde etkilenmektedir (1).

Sosyal iyilik durumu: Ailenin sosyal yapısı aileden birinin hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanması ile tehlikeye girebilir. Kanser tanısı, aile rollerinde değişikliğe ve hasta bireyin rollerini aile üyeleri üstlendiği için bağımlılık artışına neden olabilir. Ailede uzun dönemde rol değişikliği zorlanmaya ve tükenmişliğe sebep olabilir. Aile üyeleri artan sorumluluğa bağlı çatışma, eş ve aile ilişkilerinde kısıtlanma ve sosyal desteği korumada güçlük yaşayabilmektedir (1,9).

Kanserli hasta ailelerinin desteklenmesi ve bilgilendirilmesinde bir takım engeller bulunmaktadır. Aile merkezinin öneminin bilinmesine rağmen sağlık çalışanlarının aileyi bir kaynak yerine yük olarak görmesi, hasta bakımı için aile katkısının değerini azaltmaktadır (1).

Aile üyeleri ile tanı, tedavi ve yaşanan endişeler hakkında konuşmak sağlık profesyonelleri için zor bir görevdir (1,60). Hemşireler ve sağlık profesyonelleri ailelere, kanser süreciyle baş etme ve yaşam kalitesini devam ettirmede yardım etmek için değişik yöntemler geliştirebilirler (1).

Kanserli hasta ailesinin ayrı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (1,61). Hastaya primer bakım verenin kim olduğu sorulmalı ve aile üyesinin sıkıntıları değerlendirilmelidir. Ancak hemşireler genelde ilgisini hastaya odakladığı için aile üyeleri göz ardı edilmektedir (1).

Aile üyelerinin bakım verici rolünü sürdürmeleri için desteğe ihtiyaçları vardır. Aile üyelerinin gereksinimleri, bilgi ve eğitim ihtiyaçlarının anlaşılması, kanserli hasta bakımında aile merkezli bakım için büyük önem taşımaktadır (1).

2.5. Kemoterapi Alan Hastaya Evde Bakım

Evde bakım; hastaların sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için yaşadıkları ortamlarda sağlık hizmeti ve donanımının sunulmasıdır (31,62,63,64). Evde bakım, tarihsel süreçte birçok değişikliğe uğramıştır ancak bazı hastalıklar için evde bakımın uygunluğu değişmez bir gerçek olarak kalmıştır (64).

Kronik hastalıklardaki artış, teknolojinin gelişmesiyle ölüm oranının azalması ve yaşlı nüfusun artmasıyla evde bakım daha önemli hale gelmiştir (9,62,64). Gelişmiş ülkelerde evde bakım hizmetleri önemli yer tutmaktadır. Evde bakımın sağlık harcamalarını ve hastane yatış süresini azalttığı, bakımın niteliğinin arttırdığını ve yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmektedir (9,62).

Evde sunulan bakımda sosyal, psikolojik, tıbbi gereksinimlere odaklanılmaktadır. Evde bakımın kapsamına giren hastalıklar; kalp damar hastalıkları, özürlü olan kişiler ve kanser gibi kronik hastalıklardır (62).

Kanser, birçok semptomun bir arada görüldüğü kronik bir hastalıktır. Kanser bakım süreci, hastaneyle sınırlı kalmayan aynı zamanda evde de bakımın devam ettirilmesini gerektirmektedir (9,31).

Kronik hastalıkların evde bakımında, hasta ve hasta yakınının bakıma katılımcı olması beklenmektedir (64). Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi kanserinde bakımı zor, uzun süreli ve çok kapsamlıdır. Bu yüzden ailenin bakıma katılması çok önemlidir (9).

Kanser hastalığının getirdiklerinin yanında kemoterapi tedavisine bağlı olarak da hastalarda birçok yan etki görülmektedir (1,9). Bu nedenle hemşirelerin kanserli hastaya evde sunulan bakımı, bireyin ve ailenin problemlerini, gereksinimlerini iyi değerlendirmesi gerekmektedir (tablo 3) (65).

Tablo 3: Evde bakımda hasta tanınması

1. Hasta öyküsü	• Tümörün yeri, evresi, metastaz varlığı • Tedavi, (önceki ve sürdürülen) • Prognoz • Diğer sağlık problemleri • Temel sorun
2. Fiziksel tanılama	Sistemik problemlere yönelik tanılama: invaziv girişimler ile ilgili hastanın bakım sorunlarının tanımlanması (port, kateter, respiratör gibi)
3. Kendine bakım yetenekleri	• Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu • Tedaviler, ileri uygulamalara yönelik bakım yeteneği • Geleneksel rolleri yerine getirme yeteneği (eş, anne, alışveriş ve ev bakımı rolü)
4.Fiziksel bakım gereksinimleri	• Bakım ile ya da yardımda destek gerekliliği • Ağrı yönetimi, beslenme danışmanlığı, tedavi ve ilişkili problemlerin yönetimi • Bireysel hijyen, mobilite, eliminasyon, dolaşım ve seksüel fonksiyonlara ilişkin danışmanlık ya da destek gereksinimi
5. Psikososyal tanılama	• Sosyal destek sistemleri • Başa çıkma davranışları • Emosyonel durumu • Eğlence aktivitelerine katılımı
6.Aile/bakım verici tanınması	• Ailenin kompozisyonu, kararlarını kim veriyor? • Değerler • İletişim şekli • Aile üyelerinin sağlık durumu • Ailenin hastalığa ilişkin ve programa ilişkin bilgisi • Ailenin bakım verme yeteneği, (fiziksel ve emosyonel)

7. Çevre	• Temizlik yönünden değerlendirme • Bakımı engelleyecek bariyerler (telefon olmaması) • Acil bakımın uygunluğu
8. Mali durum	• Sağlık sigortası durumu ya da ödeme gücü, mali destek alabileceği kaynaklar

Tablo 3, 65. kaynaktan alınmıştır.

Hastalara verilen evde bakımın sağlıklı ve başarılı bir şekilde sürdürülmesi çok yönlü bir yaklaşımı gerektirmektedir. Aile üyeleri ve hasta bireylerin bu süreçte hemşirelik desteği olarak daha rahat bir hastalık dönemi geçirmesi sağlanmalıdır. Hastadaki gelişimler takip edilerek gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Kanserli hastanın evde bakımı, hastane ve sosyal kurumlar ile bağlantılı sürdürülmelidir (9).

2.6. Kanserli Hastaya Bakım Verenler

Bakım veren kavramı; yaş, kronik hastalıklar, tıbbi durumlar, uzun dönemli hastalık ya da yetersizlik nedeniyle anne-babalarına, eşlerine, çocuklarına veya diğer aile üyelerine sağlık bakım alanlarında ya da evde bakım sağlayan kişilerdir şeklinde tanımlanmaktadır. Bakım verenler hastanede ya da evde hastanın bakımının %80'den fazlasını karşılarlar. ABD' de kanser gibi kronik hastalığı olan bireylere bakım veren 44 milyonun üzerinde aile üyesi bulunmaktadır (1).

Kanser bir aile hastalığıdır. Gelişen teknolojik tedaviler sayesinde kanserli hastaların yaşam süresi uzamaktadır ve karmaşık tedavi protokolleri evde de hastalara uygulanabilmektedir. Bu nedenle kanser tanısı hasta birey kadar aile üyelerinin yaşam kalitesini de bozmaktadır (20,66).

Yaşam kalitesini tanımlamak zordur. Çünkü birçok alanı kapsayan çok yönlü bir kavramdır. Genel kabul edilen görüşe göre yaşam kalitesi, işlevsel yeterlilik, hastalık ve tedavi ile ilişkili yakınmalar, psikolojik ve sosyal işlevlerde yeterlilik kavramlarını kapsamaktadır (8).

Kanser hastasının bakımı ve tedavisinin önemli bir parçası, aile üyelerinden birinin üstlendiği, birincil bakım vericilerden oluşturmaktadır (7). Bakım verenlerin incelendiği araştırmalarda, uzun süreli bakımın birinci derecede bakımdan sorumlu kişilere, yoğun bir fiziksel ve duygusal yük getirdiği görülmüştür (9,20,67).

Bakım vericiler kendi ihtiyaçları ile bakım rolünün sorumlulukları arasında denge kurmaya çalışırlar. Bu durum bakım vericilerin en önemli sorunlarından. Böylece bakım verme işlemi, bakım vereni sıkıntıya sokan, tek yönlü bağımlı, bakım vericinin aile ilişkileri, çalışma, eğlence, sosyal yaşamdaki rolleriyle bakım rolleri arasında çatışma oluşmasına neden olmaktadır (58,67).

Bakım verme sürecinde bakım verenler; çaresizlik, suçluluk, öfke, korku, sosyal izolasyon duygularını yaşadıkları bilinmektedir. Bakım vermenin bakım verene etkileri; fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma, zaman ve özgürlüğün kısıtlanması, işini kaybetme, çalışma şeklini değiştirme veya azaltmaktan kaynaklanan ekonomik güçlükler, kişinin eşi, ailesi veya sosyal çevresi ile ilişkilerinde yaşadığı sorunlardan oluşmaktadır (9,68).

Bakım veren aile üyesi, bu sorumluluğu almadan önce; bakım verici rolünü nasıl yürüteceğini ve bakıma hangi oranda katılması gerektiğini, uygun kaynaklara nasıl ulaşacağı konularında yeterli bilgisi bulunmamaktadır. Bu nedenle kendi sağlık gereksinimlerini erteleyebilir, fiziksel ve emosyonel sağlığı olumsuz olarak etkilenebilir ve stres görülüp, depresyona varan sonuçlar ortaya çıkabilir (9). Stres genellikle bakım verende sorumluluklarını yerine getirmek için yeterli zamanı, enerjisi ve gerekli kaynakları olmadığını düşündüğü zaman ortaya çıkmaktadır. Bakım veren stresi, kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Duygusal, fiziksel ve ekonomik stresin kadınların yaklaşık %75'inde ortaya çıktığı görülmüştür (1).

Yapılan çalışmalarda bakım verenler öfkeli olduklarını, sosyal ilişkilerine vakit ayıramadıklarını, sağlık problemi yaşadıklarını ifade etmişlerdir (6,57,69).

Araştırmalar göstermiştir ki bakım verenler fiziksel, duygusal ve sosyal sorunlar yaşamaktadır ve yardıma ihtiyaçları vardır (6,20,57,61,69). Bu nedenle Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü Bakım Verenlerin Hakları Bildirgesi yayınlamıştır. Bu bildirgeye göre;

1. Kendimi umursama hakkım var(bu bencillik değildir hastama daha iyi bakabilmem için kendime iyi davranmam lazım)
2. Diğer insanlardan yardım isteme hakkım var(çünkü gücümün sınırlı olduğunu biliyorum)
3. Hastamla ilgili olan kısım dışında kendi yaşamımın diğer bölümlerini de sürdürme hakkım var, bazı şeyleri sadece kendim için yapma hakkına sahibim
4. Kızgın olmaya, depresif olmaya, kızgınlığımı, zorlandığımı, duygularımı açıklamaya hakkım var
5. Hastamın ya da çevremdekilerin bana kendimi suçlu ya da kızgın hissettirme girişimlerini reddetme hakkım var
6. Hastam için yaptıklarımla ilgili geri bildirim istemeye, affedilmeye, kabullenilmeye, sevmeye, bağlanmaya, önemsenmeye hakkım var
7. Yapabildiklerimle gurur duymaya hastamın ihtiyaçlarını karşılayabildiğimde kendimi alkışlamaya hakkım var
8. Hastamın benim tam gün yardımına ihtiyaç duymadığı zamanlarda beni ayakta tutabilecek bir yaşama ve bireyselliğimi korumaya hakkım var

Bu haklar sağlık çalışanlarına bazı yükümlülükler getirmiştir. Bu yükümlülükler; hasta yakınının güçlendirilmesi ve desteklenmesi, hastanedeki tedavi ve bakım sürecinde sosyal destek olma sorumluluğunun bilincinde olunmasıdır (1,61).

2.7. Kanserde Sosyal Destek

Yaşamın her döneminde bireyin ihtiyaç duyduğu çeşitli gereksinimlerin karşılanması, psikososyal iyilik halinin güçlendirilmesi, korunması ve devamı için sosyal destek çok önemlidir (10). Bireylerin yaşamında önemli yeri olan, kişiye duygusal, maddi yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumayı sağlayan sosyal hizmetler olarak tanımlanmıştır (9).

Kanser tanısı, sosyal desteğin yapısının sarsılmasına ve yeni düzenlemeler yapılmasına neden olmaktadır. Hasta bireylerin ihtiyaç duyduğu destek ise kişiye, zamana ve koşullara göre değişiklik göstermektedir (10).

Kanser hastası hastalığın ve tedavilerin getirdiği fiziksel değişiklikler, yaşadığı belirsizlikler ve korkuları artıkça daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duyar. Bu süreçte hastalar için özellikle duygusal destek önemlidir (10).

Sosyal desteği olmayan hastalar olan hastalara göre daha çok psikososyal stres yaşamakta ve süreçten daha olumsuz etkilenmektedir (9,70). Sosyal destek, hastanın fiziksel ve mental sağlığının korunmasını sağlayarak yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olmaktadır (10).

Kanser hastaları için sosyal desteğin önemini ve ailelerden alınan duygusal desteğin kansere uyum sürecinde etkili olduğunu gösteren birçok çalışma yapılmıştır. Sosyal çevrenin sağladığı bu destek, birey üzerindeki stresi, fiziksel, ruhsal semptomları azaltmakta, hastanın koşullara uyum sağlamasını kolaylaştırmaktır (10,54,100).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Kanser çağımızda giderek hızla artan, hastalığın getirdikleri itibariyle tüm aileyi etkileyen bir hastalıktır. Kanser tanısıyla birlikte aile üyeleri bakım veren olarak rol üstlenmektedir. Ailede kanser tanısı günlük rutinleri değiştirmekte ve aile içi rollerde ani değişimlere neden olmaktadır. Kanserlin hastada olduğu kadar aile üyelerinde de fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda sorunlara neden olduğu düşünülmektedir (18,19,20).

Bu bilgiler doğrultusunda, bu çalışma, kemoterapi tedavisi alan hastaların aile üyelerinin yaşam kalitesini belirlemek amacıyla planlandı.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, bir hastanenin kemoterapi ünitesinde tedavi gören hastaların aile üyelerinin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı tipte yapıldı.

3.3. Araştırmanın Soruları

1. Kemoterapi tedavisi alan hastaların aile üyelerinin psikolojik sağlık durumları iyi midir?
2. Kemoterapi tedavisi alan hastaların aile üyelerinin spiritüel (manevi) iyilik durumları artmış mıdır?
3. Kemoterapi tedavisi alan hastaların aile üyelerinin fiziksel sağlık durumları bozulmuş mudur?
4. Kemoterapi tedavisi alan hastaya bakım veren aile üyesi kadın ise tanıdan daha fazla mı etkilenmektedir?

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Marmara Bölgesi'nde bulunan özel bir hastanede yürütüldü. Bu hastane 2005 yılında hizmete başlamış olup, 209 yatak kapasitesine sahiptir. 18 yatak kapasitesi ile ayaktan kemoterapi hizmeti vermektedir. Bu ayaktan kemoterapi ünitesi sadece gündüz hizmet vermekte olup bünyesinde bir kemoterapi vaka yönetici hemşiresi, sekiz kemoterapi ilaç uygulama hemşiresi, üç kemoterapi ilaç hazırlama hemşiresi bulundurmaktadır. Hastalar ve aile üyeleri ilk kemoterapi tedavisi başlamadan önce vaka yöneticisi hemşireden kemoterapi ve yan etkileri hakkında eğitim

almaktadırlar. Ünitelerde hastalar peşin ücret, özel sağlık sigortası ya da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) aracılığı ile hizmet alabilmektedir. Ünitelerde resmi oran bilinmemekle birlikte birçok yabancı hastada tedavi almaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hastane verilerine göre 2016-2017 yılları arasında kemoterapi ünitesinde toplam 443 hasta kemoterapi tedavisi almıştır. 443 hastanın aile üyeleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Zaman kısıtlaması, araştırmanın sınırlılıkları ve yabancı uyruklu hastaların evrende büyük bir yer kaplaması nedeni ile Nisan 2018- Temmuz 2018 tarihleri arasında tedavi alan hastaların, örneklem kriterlerini sağlayan, çalışmaya gönüllü katılan 120 hasta yakınına ulaşıldı. Bu katılımcılar anket sorularının tamamına hatasız ve eksiksiz cevap vererek, araştırmanın örneklemi oluşturdu.

Örnekleme alınma kriterleri;

- İletişim kurabilmekte engelinin bulunmaması ve Türkçe okuma-yazma probleminin olmaması,
- Çalışmaya gönüllü katılmak istemesi ve bilgilendirilmiş onay formunu okuyup imzalaması gerekmektedir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler; hastaların aile üyelerinin aile-yaşam kalitesi ölçeği puanlarını içermektedir.

Bağımsız değişkenler; hastaların aile üyelerinin sosyo-demografik özellikleri ile tedavi süreci ile ilgili yaşadıkları durumlarını içermektedir.

3.7. Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama Yöntemleri

Araştırmanın verileri hasta yakınının tanıtıcı bilgilerini içeren Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu (Quality Of Life Scale - Family Version) kullanıldı. Veriler, araştırmanın yapıldığı kurumda araştırmacı tarafından hasta yakınları ile gerçekleştirilen yüz yüze görüşmelerle araştırmanın amacı açıklanarak ve bilgilendirilmiş onam formu imzalandıktan sonra katılımcıların formları doldurması ile elde edildi.

3.7.1. Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri taranarak hazırlanan bu form hasta yakınlarının yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek vb. özelliklerini içeren sosyodemografik soruları ayrıca aile üyesinin yaşam kalitesine etki edeceği düşünülen faktörleri içeren sorular bulunmaktadır. Bu form toplam 25 soru içermektedir (Ek 1).

3.7.2. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu (Quality of Life Family Version)

Kanserli hastalar için geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu toplam 37 maddeden oluşmaktadır. Ferrell ve Grant (1994-1998) tarafından kanserli hastaların yaşam kalitesinin değerlendirmesi için geliştirilen ölçek, aile üyelerinin yaşam kalitesini ölçmeye uygun hale getirilerek adapte edilmiştir. Aile üyelerinin yaşam kalitesini değerlendirmek için uyarlanan ölçek gözden geçirilip düzenlendikten sonra 219 kanserli hasta yakını ile yapılan bir çalışmayla test edilmiştir. Ülkemizde ölçeğin, Karadakovan'ın danışmanlığında Okçin tarafından 2007 yılında doktora çalışmasında 218 hasta yakınına uygulanarak genel geçerliliği yapılmıştır (9). Toplam 37 maddeden oluşan ölçek; Fiziksel sağlık durumu, Psikolojik sağlık durumu, Sosyal Kaygılar ve Spiritüel (Manevi) iyilik durumu olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışmanın test-retest güvenirlik sonuçları $r=.89$ ve iç tutarlılık Alpha değeri $r=.69$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin dört alt boyutu için faktör analizleri doğrulanmıştır (71).

Fiziksel Sağlık Durumu Alt Boyutu: 1, 2, 3, 4, 5. maddeleri içermektedir.

Psikolojik Sağlık Durumu Alt Boyutu: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21. maddeleri içermektedir.

Sosyal Kaygılar Alt Boyutu: 22,23,24,25,26, 27, 28, 29, 30. maddeleri içermektedir.

Spiritüel (Manevi) İyilik Durumu Alt Boyutu: 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37. maddeleri içermektedir.

Ölçekteki sorular 0 ile 10 puan arasında puanlanmakta “10” en iyi, “0” en kötüyü ifade etmektedir. Ölçekte 1-4, 6, 13-20, 22, 24-29, 33. sorular ters olarak

kodlanmaktadır. Örneğin, bu sorularda “3” işaretlendi ise puanlamada $10-3=7$ olarak kodlama yapılmaktadır.

Ölçek toplam puan ve alt boyut puanları üzerinden yorumlanmakta, yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Ek 2) (9).

3.8.Verilerin Analizi ve Değerlendirme Yöntemleri

Veriler SPSS (Statistical Package Social Science) 21 programında analiz edildi. Verilerin analizinde Mann-Whitney U testi ve Kruskall-Wallis testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkilerin araştırılmasında ise Korelasyon Analizine başvuruldu. Test sonuçlarına göre değişkenler arasında ilişki olup olmadığına ilişkin kararlar, %5 anlamlılık düzeyinde verildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sadece tek hastanede gerçekleştirilmesi
- Araştırmanın örneklemini sadece ayaktan kemoterapi alan hastaların yakınlarının oluşturması
- Araştırmanın yapıldığı birimde çok fazla yabancı hastanın tedavi görmesi

Belirtilen sınırlamalardan dolayı araştırmanın sonuçları sadece araştırmanın yapıldığı hastanedeki kemoterapi tedavisi alan hastaların yakınları için genellenebilir.

3.10. Etik Boyut

Çalışmanın uygulanabilmesi için araştırmanın gerçekleştiği hastanenin etik kurulundan ve Okan Üniversite’si etik kurulundan izin alındı (Ek 3, 4). Kanserli hastalar için geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu’ nun kullanımı için ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapan Figen Okçin’ den e-posta yolu ile izin alındı (Ek 5). Çalışmaya katılan tüm hasta yakınlarına araştırmanın amacı açıklanarak imzalı yazılı onam alındı (Ek 6). Bütün izinler alındıktan sonra Helsinki Bildirgesi temel alınarak çalışmaya başlandı.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında araştırmaya katılan 120 hasta yakınından elde edilen sonuçlar bulunmaktadır. Aile üyelerinin sosyo demografik özelliklerini ve aile yaşam kalitesi durumlarını analiz eden yüzde ve frekanslar tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 4: Kemoterapi alan hastaların aile üyelerinin sosyodemografik özellikleri (n=120)

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet		
Kadın	67	55.8
Erkek	53	44.2
Yaş		
18-30	8	6,7
31-43	42	35,0
44-56	43	35,8
57-69	21	17,5
70 ve üstü	6	5,0
Sosyal Çevreye Göre Dağılımı		
İl	73	60.8
İlçe	47	39.2
Eğitime Göre Dağılım		
Okuryazar	1	.8
İlkokul	21	17.5
Lise	42	35.0
Üniversite	40	33.3
Lisansüstü	16	13.3
Medeni Duruma Göre Dağılım		
Evli	99	82.5
Bekar	16	13.3

Dul/Boşanmış	5	4.2
Toplam	120	100.0

Tablo 4: Kemoterapi alan hastaların aile üyelerinin sosyodemografik özellikleri (devam)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılım		
Evet	93	77.5
Hayır	27	22.5
Çocuk Sayısına Göre Dağılım		
1	19	15,8
2	57	47,5
3	11	9,2
4 ve üstü	6	5,0
Toplam	93	77,5
Çocuksuz	27	22,5
Meslek Durumuna Göre Dağılım		
İşçi	12	10.0
Serbest Meslek	17	14.2
Memur	9	7.5
Emekli	27	22.5
Ev Hanımı	27	22.5
Öğrenci	3	2.5
Diğer	25	20,9
Toplam	120	100.0

Tablo 4: Kemoterapi alan hastaların aile üyelerinin sosyodemografik özellikleri (devam)

	Sayı(n)	Yüzde (%)
Çalışma Durumuna Göre Dağılım		
Evet	46	38.3
Hayır	74	61.7
Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Dağılım		
Eş	66	55.0
Anne/Baba	37	30.8
Kardeş	10	8.3
Çocuk	1	.8
Diğer	6	5.0
Hastayla Birlikte Yaşama Durumuna Göre Dağılımı		
Evet	92	76.7
Hayır	28	23.3
Hasta Yakınının Başka Bir Kronik Hastalığının Varlık Durumuna Göre Dağılım		
Hayır	94	78.3
Evet	26	21.7
Ailede Başka Kanser Tanılı Hastanın Varlığına Göre Dağılım		
Hayır	91	75.8
Evet	29	24.2
Toplam	120	100.0

Tablo 4: Kemoterapi alan hastaların aile üyelerinin sosyodemografik özellikleri (devam)

	Sayı(n)	Yüzde (%)
Ailede Başka Yaşlı, Hasta veya Çocuğun Varlığına Göre Dağılım		
Evet	38	31.7
Hayır	82	68.3
Hasta Bakım Süresine Göre Dağılım		
1-6 saat	74	61.7
7-12 saat	46	38.3
Toplam	120	100.0

Aile üyelerinin cinsiyete göre dağılımı araştırıldığında, grubun %55,8'inin kadın, %44,2'sinin erkek olduğu görülmüştür. Erkek ve kadın oranının birbirine yakın olması araştırmanın iki grubu da temsil etmesi açısından son derece önemlidir. Yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde en yüksek oranların, 31-43 ve 44-56 yaş aralığına ait olduğu gözlemlenmiştir. 18-30 ve 70 ve üzeri gruplarda aile üyelerinin çok düşük bir orana sahip olduğu görülmektedir.

Aile üyelerinin yaşadıkları çevreye göre dağılımı incelendiğinde %60,8'inin ilde, %39,2'sinin ilçede ikamet ettikleri görülmüştür. Eğitim düzeyleri incelendiğinde lise ve üniversite mezunlarının hemen hemen aynı orana sahip oldukları ve grubun büyük kısmını oluşturdukları gözlemlenmiştir. En düşük oran %0,8 ile okuryazarlara aittir.

Aile üyelerinin medeni duruma göre dağılımı incelendiğinde en yüksek oran %82,5 ile evlilere aittir. Bekar ve dul/boşanmış olanlar oldukça az sayıdadır. Büyük kısmı (%77,5) çocuk sahibiyken, %22,5'inin çocuğu yoktur. Çocuk sahibi olan bireylerin %61,3'ü 2 çocuklu, %20,4'ü tek çocuklu, %11,8'i 3 çocuklu ve %6,5'i 4 ve daha çok çocukludur.

Aile üyelerinin mesleklerine göre dağılımı incelendiğinde en yüksek ve birbirine eşit iki oran %22,9 ile emekli ve ev hanımı gruplarına aittir. En düşük oran olan %2,5'in öğrencilerden oluştuğu gözlemlenmektedir. Bireylerin %61,7 oranı ile büyük kısmının çalışmadığı, %38,3'ünün ise çalıştığı gözlemlenmektedir.

Aile üyelerinin %55 oranı ile büyük kısmı eşlerinin hasta yakınıdır. Bunu sırasıyla anne/baba, kardeş, diğer kişiler ve çocukları izlemektedir. Hasta yakınlarının %76,7'si hastalarıyla birlikte, aynı evde yaşamaktadır.

Aile üyelerinin %75,8'inin ailesinde başka kanser tanılı hasta olmadığı gözlemlenmektedir. Hasta yakınlarının %78,3'ünün başka bir kronik hastalığı yoktur. Bireylerin büyük kısmının ailesinde yaşlı, hasta veya çocuk bulunmamaktadır.

Aile üyelerinin %61,7'si hasta yakınlarına günde 1-6 saat arası bakım desteği verirken, %38,3'ü bunu 7-12 saat arası vermektedir.

Tablo 5: Kemoterapi Alan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılım (n=120)

	Sayı(n)	Yüzde (%)
Hasta Cinsiyetine Göre Dağılım		
Kadın	66	55.0
Erkek	54	45.0
Hasta Yaşına Göre Dağılım		
18-30	6	5.0
31-43	18	15.0
44-56	36	30.0
57-69	48	40.0

70 ve üstü	12	10.0
Hasta Odasının Varlığına Göre Dağılım		
Evet	105	87.5
Hayır	15	12.5
Toplam	120	100.0

Hastaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde %55'in kadın, %45'in erkek olduğu görülmektedir. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımında en yüksek oran %40 ile 57-69 yaş aralığına aittir. Bunu %30 ile 44-46, %15 ile 31-43 izlemektedir. En genç ve en yaşlı hastalara ait oranlarınsa çok düşük olduğu gözlemlenmektedir.

Hastaların %87,5'inin kendine ait bir hasta odası bulunmaktadır.

Tablo 6: Hastaların Tanı Zamanına ve Tanı Bilgisine Göre Dağılım (n=120)

	Sayı(n)	Yüzde (%)
Hastaların Tanı Zamanına Göre Dağılımı		
0-6 ay önce	58	48.3
7-12 ay önce	15	12.5
13-18 ay önce	13	10.8
19-24 ay önce	5	4.2
25 ay ve daha önce	29	24.2
Hastaların Tanı Bilgisine Göre Durumu		
Evet	113	94.2

Hayır	7	5.8
Toplam	120	100.0

Hastaların %48,3 oranı ile büyük kısmının tanısı 0-6 ay önce konmuştur. İkinci oran ise tanısı 25 ay ve daha önce konan hastalara aittir. Dolayısıyla hastaların çoğu ya tanısı çok yeni konanlar, ya da çok uzun süredir tanı konmuş olanlardır. Hastaların neredeyse tamamı (%94,2) tanısından haberdardır.

Tablo 7: Tedavinin Hasta ile Hasta Yakınının İlişkisine Olumsuz Etkisine Göre Dağılım (n=120)

	Sayı(n)	Yüzde (%)
Evet	20	16.7
Hayır	100	83.3
Toplam	120	100.0

Aile üyelerinin %83,3'lük kısmı tedavi sürecinin hasta ile ilişkisini olumsuz yönde etkilemediğini ifade etmiştir.

Tablo 8:Hasta Yakınlarının Bakım Verirken Destek Sistemlerine Göre Dağılımı (n=120)

	Sayı(n)	Yüzde (%)
Sağlık Personellerinden Destek Alma Durumuna Göre Dağılım		
Evet	70	58.3
Hayır	50	41,7
Hemşirelerden Alınan Desteğin Yeterliliğine Göre Dağılım		
Evet	84	70.0
Hayır	36	30.0

Sağlık Personellerinden Evde Destek İsteme Durumuna Göre Dağılım		
Evet	69	57,5
Hayır	51	42,5
Toplam	120	100.0
Tercih Edilen Destek Kanalına Göre Dağılım		
Telefon	59	49,2
e-posta	1	,8
Diğer	4	3,3
Toplam	64	53,3

Aile üyelerine tedavi süresince sağlık personellerinden destek alıp almadıkları sorulmuş ve destek alanların oranının %59,3, almayanların oranının %41,7 olduğu gözlemlenmiştir. Bu iki oran birbirine oldukça yakındır.

Aile üyelerinin %70'i tedavi bakım sürecinde hemşirelerden aldığı desteği yeterli görürken, %30'luk kısım desteğin yeterli olmadığını düşünmektedir. Aile üyelerinin %57,5'i hastalarına bakım verirken sağlık personellerinden destek almayı tercih etmekte, %42.5'i buna ihtiyaç duymamaktadır.

Sağlık personellerinden destek almayı tercih eden aile üyelerinin %49,2'si bunu telefon yolu ile, %3,3'ü diğer yollarla tercih etmektedir.

4.1. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik ve Diğer Özellikleri ile Aile Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Ortalamaların Karşılaştırılması

Aile-yaşam kalitesi ölçeği hasta yakınlarından oluşan katılımcıların değerlendirilmesine sunuldu. Ölçek psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, tanıya yaklaşım durumu ile destek ve ekonomik etkilene durumu olmak üzere dört alt boyut ve toplam 31 maddeden oluşmaktadır. Her bir alt boyuta ait veri seti, ilgili alt boyutu oluşturan maddelerin (gerekli maddeler ters kodlanarak) aritmetik ortalaması hesaplanarak 10 üzerinden skorlarla elde edildi. Alt boyutların bağımsız değişkenlerle ilişkisini araştırmada kullanılacak istatistiksel yöntemle karar vermek için

alt boyutlara ait verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile araştırıldı ve dağılımların normal olmadığı görüldü. Test sonuçları Tablo 9’da verilmiş olup tüm p değerleri %5’ten küçük olduğu için “H₀:Dağılım normale uygundur.” hipotezi reddedilerek karşılaştırmalarda parametrik olmayan istatistiksel yöntemlerin kullanılması gerektiği anlaşıldı. İki kategoriye sahip bağımsız değişkenlerle yapılan karşılaştırmalarda Mann-Whitney U test, ikiden fazla kategoriye sahip bağımsız değişkenlerle yapılan karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis Test kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkilerin araştırılmasında ise Korelasyon Analizine başvuruldu. Test sonuçlarına göre değişkenler arasında ilişki olup olmadığına ilişkin kararlar, %5 anlamlılık düzeyinde verildi.

Tablo 9: Normallik Testi (n=120)

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Taniya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Sayı(n)	120	120	120	120
P (2-tailed)	,000	,044	,002	,011

Tablo 10: Bakım verenlerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları (n=120)

TANITICI ÖZELLİKLER			Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu			
			Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Taniya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
CİNSİYET	Kadın	Ortalama	6,4912	4,5340	6,9126	5,4254
		Standart sapma	2,27856	1,87570	2,11335	1,72713
	Erkek	Ortalama	6,7307	4,2013	6,5499	5,4575
		Standart sapma	1,45334	1,65997	3,62254	1,39171
	İstatistiksel Analiz		P=0,251	P=0,270	P=0,037	P=0,721
Man-Whitney U testi kullanılmıştır.						
YAŞ	18-30	Ortalama	6,7955	3,6667	6,7679	4,8438
		Standart sapma	1,07318	1,19375	2,18921	1,17213
	31-43	Ortalama	6,5411	4,4630	7,3129	5,7976
		Standart sapma	2,57145	1,76604	3,94363	1,54529
	44-56	Ortalama	6,4419	4,4677	6,5183	5,3256

		Standart sapma	1,75301	1,88352	1,99319	1,55508
	57-69	Ortalama	6,9091	4,3167	6,2071	5,2750
		Standart sapma	1,43770	1,88537	2,05795	1,86361
	70 ve üstü	Ortalama	7,0000	4,3148	6,5714	5,1250
		Standart sapma	,38996	1,93272	2,76568	1,58706
		İstatistiksel Analiz	Sd=4 p=0,347	Sd=4 p=0,768	Sd=4 p=0,679	Sd=4 p=0,320
Ki – Kare testi kullanılmıştır.						
SOSYAL ÇEVRE	İL	Ortalama	6,5318	4,3714	7,0157	5,6507
		Standart sapma	1,47769	1,73563	3,26482	1,52111
	İLÇE	Ortalama	6,6983	4,4113	6,3435	5,1117
		Standart sapma	2,53747	1,87562	2,08869	1,63339
		İstatistiksel Analiz	P=0,887	P=0,983	P=0,389	P=0,063
Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.						
EĞİTİM DURUMU	Okur yazar	Ortalama	6,8182	6,2222	6,4286	5,5000
		Standart sapma	.	.	.	.
	İlkokul	Ortalama	6,5714	3,8413	7,1837	5,4167
		Standart sapma	1,46788	1,77936	2,18256	1,57189
	Lise	Ortalama	6,2684	4,3545	6,9014	5,6071
		Standart sapma	1,89494	1,70978	3,91783	1,61655
	Üniversite	Ortalama	7,0500	4,4750	6,5607	5,3000
		Standart sapma	2,41612	1,78559	2,14478	1,63123
	Lisansüstü	Ortalama	6,3466	4,8542	6,2946	5,3750
		Standart sapma	1,22203	1,96250	2,11793	1,53297
		İstatistiksel Analiz	Sd=4 P=0,571	Sd=4 P=0,342	Sd=4 P=0,670	Sd=4 P=0,994
	Ki-Kare testi kullanılmıştır.					
MEDENİ DURUM	Evli	Ortalama	6,6483	4,4602	6,5382	5,4848
		Standart sapma	1,45023	1,84387	2,14585	1,63071
	Bekar	Ortalama	6,5568	4,0556	8,4018	5,5469
		Standart sapma	3,99143	1,51535	5,56696	1,16982
	Dul/Boşanmış	Ortalama	5,7091	4,0000	5,7143	4,2000
		Standart sapma	1,10484	1,42292	1,69332	1,45129
		İstatistiksel Analiz	Sd=2 p=0,072	Sd=2 p=0,592	Sd=2 p=0,224	Sd=2 p=0,252
	Ki-Kare testi kullanılmıştır.					

Tablo 10’da hasta yakınlarının ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların cinsiyete göre fark yaratıp yaratmadığı test edildi. Test sonucunda tanıya yaklaşım durumu alt boyutu hariç diğer alt boyutlar için p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için anlamlı fark bulunmadı. Tanıya yaklaşım durumuna ait ortalama puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınların ortalama puanı 6,9 iken erkeklerin ortalama puanı 6,4’tür. Aradaki fark $p=0,037<0,05$ olduğundan anlamlıdır. Kadın hasta yakınlarının tanıdan daha fazla etkilendiği görüldü.

Hasta yakınlarının ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların kendi yaş gruplarına, yaşadıkları sosyal çevreye, eğitim düzeylerine, medeni durumlarına göre fark yaratıp yaratmadığı test edildi. Test sonucunda tüm alt boyutlar için p değerleri 0,05'ten büyük olduğu için anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 10: Bakım verenlerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları (Devamı) (n=120)

TANITICI ÖZELLİKLER			Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Tanıya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Çocuk Sahipliği Durumuna Göre	Evet	Ortalama	6,5992	4,4361	6,4624	5,4919
		Standart sapma	1,47839	1,84717	2,03446	1,61070
	Hayır	Ortalama	6,5892	4,2181	7,7513	5,2593
		Standart sapma	3,12012	1,56726	4,66366	1,49113
	İstatistiksel Analiz		P=0,300	P=0,550	P=0,137	P=0,529
	Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.					
Çocuk Sayısına Göre Karşılaştırma	1	Ortalama	6,1682	4,7000	6,4929	5,2875
		Standart sapma	1,56386	2,10729	2,64696	1,88358
	2	Ortalama	6,8373	4,4405	6,3835	5,4956
		Standart sapma	1,42427	1,81508	2,05059	1,61983
	3	Ortalama	6,4380	3,6768	6,3247	5,7500
		Standart sapma	1,18866	1,59355	,87852	1,29904
	4 ve üstü	Ortalama	6,4848	4,2963	7,6190	5,8333
		Standart sapma	1,66606	1,83474	1,75352	1,39344
	P		Sd=3 p=0,396	Sd=3 p=0,570	Sd=3 p=0,512	Sd=3 p=0,772
	Ki – Kare testi uygulanmıştır.					
Mesleğe Göre Karşılaştırma	İşçi	Ortalama	6,5833	4,9074	6,8452	6,5000
		Standart sapma	2,43671	1,46016	1,65757	1,29246
	Serbest Meslek	Ortalama	6,0374	4,3725	7,8571	5,3971
		Standart sapma	1,40324	1,77775	5,69192	1,47123
	Memur	Ortalama	7,0303	5,2346	6,4603	5,4722
		Standart sapma	,90568	1,75633	2,37093	1,63193
	Emekli	Ortalama	6,7576	4,2840	6,3810	4,9630
		Standart sapma	,96473	1,78506	2,03463	1,58221
	Ev Hanımı	Ortalama	6,2020	4,3951	7,0053	5,6852
		Standart sapma	1,88738	2,00577	2,32064	1,62551
	Öğrenci	Ortalama	7,0909	4,1111	6,6667	5,0833
		Standart sapma	,48105	1,28140	2,65474	1,37689
	Diğer	Ortalama	7,0277	3,8744	6,1366	5,3804
		Standart sapma	3,13357	1,73085	2,01547	1,53902
	İstatistiksel Analiz		Df=6 p=0,524	Df=6 p=0,508	Df=6 p=0,812	Df=6 p=0,109

	Ki – Kare testi uygulanmıştır.					
Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırma	Evet	Ortalama	6,5178	4,6763	6,4938	5,9022
		Standart sapma	1,56028	1,58315	1,85719	1,44960
	Hayır	Ortalama	6,6462	4,2072	6,9131	5,1520
		Standart sapma	2,17134	1,88627	3,35328	1,60095
	İstatistiksel Analiz		P=0,646	P=0,198	P=0,695	P=0,004
	Mann – Whitney U testi uygulanmıştır.					

Tablo 10’da hasta yakınlarının ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların çocuk sahibi olma durumuna, çocuk sayısına, mesleklerine göre fark yaratıp yaratmadığı test edildi. Test sonucunda tüm alt boyutlar için p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için anlamlı fark bulunmadı.

Hasta yakınlarının ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların çalışma durumlarına göre fark yaratıp yaratmadığı test edildi. Test sonucunda destek ve ekonomik etkilene durumu alt boyutu hariç diğer alt boyutlar için p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için anlamlı fark bulunmadı. Destek ve ekonomik etkilene durumuna ait ortalama puanlar çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında, çalışanların ortalama puanı 5,9 iken çalışmayanların ortalama puanı 5,15’tir. Aradaki fark $p=0,004<0,05$ olduğundan anlamlıdır. Çalışan hasta yakınlarının ekonomik açıdan daha fazla etkilendiği görüldü. Bunun dikkat çekici bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Tablo 11: Bakım verenlerin gelir düzeyine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları (n=120)

	Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Taniya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Korelasyon	,056	-,051	-,008	-,166
P	,568	,604	,932	,091
N	105	105	105	105

Tablo 11’de hasta yakınlarının ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların gelirleriyle ilişkili olup olmadığını araştırmak için korelasyon analizi yapıldı. Test sonucunda gelir ve tüm alt boyutlar arasındaki korelasyon katsayıları p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için anlamsızdır.

Tablo 12: Bakım verenlerin hasta ve tanı bilgisi özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları (n=120)

TANITICI ÖZELLİKLER						
			Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Tanıya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Hasta Cinsiyetine Göre	KADIN	Ortalama	6,8306	4,1111	6,2446	5,3561
		Standart sapma	2,29291	1,78183	1,94004	1,48003
	ERKEK	Ortalama	6,3122	4,6792	7,3531	5,5472
		Standart sapma	1,41730	1,72885	3,66232	1,72165
	İstatistiksel Analiz		p=0,180	p=0,107	p=0,025	p=0,744
	Mann – Whitney U testi uygulanmıştır.					
Hasta Yaşına Göre	18-30	Ortalama	6,5455	3,8148	5,6905	4,8333
		Standart sapma	1,25705	2,29940	2,75743	1,91485
	31-43	Ortalama	6,2071	4,8025	6,6746	6,0139
		Standart sapma	1,49763	1,71013	1,62351	1,46897
	44-56	Ortalama	6,7071	3,8364	6,5952	5,4653
		Standart sapma	1,59132	1,76952	1,89075	1,48342
	57-69	Ortalama	6,7216	4,7847	7,1429	5,4323
		Standart sapma	2,50313	1,66760	3,84186	1,52003
	70 VE ÜSTÜ	Ortalama	6,3788	4,1111	6,3095	4,8333
		Standart sapma	1,36657	1,85441	2,37319	2,00945
	P		Sd=4 p=0,983	Sd=4 p=0,078	Sd=4 p=0,919	Sd=4 p=0,188
	Ki – Kare testi uygulanmıştır.					
Hastaya Yakınlık Derecesine Göre	EŞ	Ortalama	6,6694	4,6279	6,3571	5,5871
		Standart sapma	1,55612	1,79315	2,00255	1,68448
	ANNE/BABA	Ortalama	6,4840	4,2492	7,8147	5,3108
		Standart sapma	2,73694	1,59956	4,06507	1,46535
	KARD EŞ	Ortalama	6,8182	3,2667	5,7143	5,1750
		Standart sapma	1,09259	2,28264	2,20595	1,63745
	ÇOCUK	Ortalama	5,6364	4,2222	8,1429	5,7500
		Standart sapma	.	.	.	.
	DİĞER	Ortalama	6,2879	4,4815	6,0476	5,0000
		Standart sapma	1,64786	1,64904	1,67006	1,24499
	İstatistiksel Analiz		Sd=4 p=0,574	Sd=4 p=0,278	Sd=4 p=0,056	Sd=4 p=0,825
	Ki – Kare testi uygulanmıştır.					
Tanı Zamanına Göre	0-6 AY ÖNCE	Ortalama	6,3903	4,5230	6,5542	5,4914
		Standart sapma	1,16021	1,89730	1,90164	1,40719
	7-12 AY ÖNCE	Ortalama	6,9818	4,2963	7,3524	5,5167
		Standart sapma	1,99858	1,47266	1,89895	1,69154
	13-18 AY ÖNCE	Ortalama	6,4406	3,3590	7,9011	4,3846
		Standart sapma	1,54628	1,51342	6,71033	1,22736
	19-24 AY ÖNCE	Ortalama	6,7455	5,8889	7,1429	6,4000
		Standart sapma	1,25211	1,09149	2,64382	1,54717

	25 AY VE DAHA ÖNCE	Ortalama	6,8558	4,3640	6,2562	5,6034
		Standart sapma	3,15952	1,73964	2,09935	1,86068
		İstatistiksel Analiz	Sd=4 p=0,872	Sd=4 p=0,085	Sd=4 p=0,555	Sd=4 p=0,103
	Ki – Kare testi uygulanmıştır.					
Tanı Bilgisine Göre	EVET	Ortalama	6,6026	4,3589	6,7257	5,3916
		Standart sapma	1,99890	1,77250	2,92067	1,55763
	HAYIR	Ortalama	6,5065	4,8413	7,1837	6,2143
		Standart sapma	1,05085	2,05566	2,01139	1,88982
		İstatistiksel Analiz	S=0,955	S=0,534	S=0,436	S=0,136
	Mann – Whitney U testi uygulanmıştır.					
Ailede Başka Kanser Tanılı Bireyin Varlığına	HAYIR	Ortalama	6,5744	4,3663	6,8352	5,3681
		Standart sapma	2,15718	1,76900	3,14891	1,63399
	EVET	Ortalama	6,6677	4,4521	6,4926	5,6638
		Standart sapma	1,12114	1,86089	1,75321	1,40674
		İstatistiksel Analiz	p=0,564	p=0,809	p=0,695	p=0,318
	Mann – Whitney U testi uygulanmıştır.					

Tablo 12’de hasta yakınlarının ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların hastanın cinsiyetine göre fark yaratıp yaratmadığı test edildi. Test sonucunda tanıya yaklaşım durumu alt boyutu hariç diğer alt boyutlar için p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için anlamlı fark bulunmadı. Tanıya yaklaşım durumuna ait ortalama puanlar hastanın cinsiyetine göre karşılaştırıldığında, kadınların ortalama puanı 6,2 iken erkeklerin ortalama puanı 7,4’tür. Aradaki fark $p=0,025<0,05$ olduğundan anlamlıdır. Hasta yakını erkek olan aile üyelerinin tanıdan daha fazla etkilendiği görüldü.

Hasta yakınlarının ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların hastaların yaş gruplarına, hastalara olan yakınlık derecesine, hastalara tanı konma zamanına, hastaların tanı bilgisine, ailede başka kanser tanılı hastanın olup olmama durumuna göre fark yaratıp yaratmadığı test edildi. Test sonucunda tüm alt boyutlar için p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 12: Bakım verenlerin hasta ve tanı bilgisi özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları (Devamı) (n=120)

TANITICI ÖZELLİKLER			Psikolojik ve Manevi (Spiritu)el Sağlık durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Tanıya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Hasta Yakınında Kronik Hastalığın Varlığına Göre	HAYIR	Ortalama	6,7427	4,3085	6,8100	5,4016
		Standart sapma	1,87116	1,81101	3,02418	1,63020
	EVET	Ortalama	6,0699	4,6709	6,5440	5,5769
		Standart sapma	2,18504	1,68610	2,27211	1,41204
	İstatistiksel Analiz		P=0,078	P=0,330	P=0,886	P=0,947
	Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.					
Hasta İle Aynı Evde Yaşama Durumuna Göre	EVET	Ortalama	6,5860	4,4988	6,8602	5,5163
		Standart sapma	2,15229	1,75299	3,03792	1,57627
	HAYIR	Ortalama	6,6331	4,0198	6,3980	5,1875
		Standart sapma	1,09887	1,86785	2,24950	1,60096
	İstatistiksel Analiz		P=0,440	P=0,219	P=0,568	P=0,428
	Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.					
Hasta Odasının Varlığına Göre Durum	EVET	Ortalama	6,5558	4,4180	6,7483	5,4881
		Standart sapma	1,95882	1,79436	3,02115	1,62292
	HAYIR	Ortalama	6,8848	4,1704	6,7810	5,1000
		Standart sapma	1,95899	1,75474	1,50690	1,24571
	İstatistiksel Analiz		P=0,915	P=0,570	P=0,683	P=0,397
	Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.					
Evde Başka Hasta, Yaşlı veya Çocuğun Varlık Durumuna Göre	EVET	Ortalama	6,2632	4,2251	6,7970	5,3882
		Standart sapma	1,21744	1,85286	1,80873	1,52535
	HAYIR	Ortalama	6,7517	4,4621	6,7317	5,4634
		Standart sapma	2,20313	1,75782	3,25822	1,61547
	İstatistiksel Analiz		P=0,208	P=0,565	P=0,473	P=0,758
	Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.					
Hasta Bakım Süresine Göre	1-6 SA AT	Ortalama	6,5516	4,2042	6,5174	5,3581
		Standart sapma	1,47267	1,69768	1,98931	1,49605
	7-12 SA AT	Ortalama	6,6700	4,6812	7,1304	5,5707
		Standart sapma	2,56245	1,89688	3,89160	1,71890

Tedavinin İlişkiye Etkisine Göre	İstatistiksel Analiz		P=0,882	P=0,198	P=0,610	P=0,518
	Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.					
	EVET	Ortalama	6,6818	5,3611	6,9143	5,5625
		Standart sapma	2,21888	1,79736	2,23410	2,24029
	HAYIR	Ortalama	6,5800	4,1922	6,7200	5,4150
		Standart sapma	1,90818	1,72508	2,99088	1,42808
	İstatistiksel Analiz		P=0,735	P=0,010	P=0,526	P=0,614
	Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.					

Tablo 12’de hasta yakınlarının ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların kendilerinde bir kronik hastalığın olup olmama durumuna, hasta ile aynı evde yaşayıp yaşamadıklarına, hastanın kendine ait bir odasının varlık durumuna, hasta yakınının bakmak durumunda olduğu başka hasta/yaşlının varlık durumuna, hastalara verdikleri bakım süresine göre fark yaratıp yaratmadığı test edildi. Test sonucunda tüm alt boyutlar için p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için anlamlı fark bulunmadı.

Hasta yakınlarının ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların tedavinin hasta ile olan ilişkilerini etkileme durumuna göre fark yaratıp yaratmadığı test edildi. Test sonucunda fiziksel sağlık durumu alt boyutu hariç diğer alt boyutlar için p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için anlamlı fark bulunmadı. Fiziksel sağlık durumuna ait ortalama puanlar hasta ile ilişkinin etkilenme durumuna göre karşılaştırıldığında, ilişkisinin olumsuz yönde etkilendiğini ifade edenlerin ortalama puanı 5,36 iken etkilenmediğini ifade edenlerin puanı 4,19’dur. Aradaki fark $p=0,010 < 0,05$ olduğundan anlamlıdır. İlişkilerinin etkilendiğini ifade edenlerin fiziksel sağlık açısından da daha fazla etkilendiği görülmektedir.

Tablo 13: Bakım verenlerin aldıkları destek sistemlerinin özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları (n=120)

TANITICI ÖZELLİKLER			Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Tanıya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Sağlık Personelinden Destek Alma Durumuna Göre	EVET	Ortalama	6,7325	4,4937	6,6469	5,5750
		Standart sapma	2,31012	1,73629	2,01396	1,66939
	HAYIR	Ortalama	6,4261	4,1875	6,9137	5,1823
		Standart sapma	1,31488	1,87474	3,84544	1,43265
	İstatistiksel Analiz		P=0,941	P=0,309	P=0,649	P=0,190
	Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.					
			Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Tanıya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Sağlık Personellerinden Alınan Destegın Yeterlilik Durumuna Göre	EVET	Ortalama	6,7771	4,3889	6,6122	5,4315
		Standart sapma	2,14483	1,82831	2,04024	1,66391
	HAYIR	Ortalama	6,1247	4,3873	7,0898	5,4143
		Standart sapma	1,32697	1,72604	4,30431	1,38657
	İstatistiksel Analiz		P=0,093	P=0,875	P=0,921	P=0,912
	Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.					
			Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Tanıya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Eyde Destek İsteme Durumuna Göre	EVET	Ortalama	6,5072	4,6586	6,9752	5,6413
		Standart sapma	2,24163	1,86093	3,34976	1,62272
	HAYIR	Ortalama	6,6605	4,0385	6,4402	5,1633
		Standart sapma	1,49284	1,64547	2,09080	1,48478
	İstatistiksel Analiz		P=0,439	P=0,048	P=0,481	P=0,205
	Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.					
			Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Tanıya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Tercih Edilen Destek Kanalına Göre Karşılaştırma	TELEFON	Ortalama	6,3051	4,5273	7,0315	5,6144
		Standart sapma	1,44222	1,82453	3,43186	1,56904
	MAIL	Ortalama	5,8182	5,3333	8,4286	5,2500
		Standart sapma	.	.	.	.
	DİĞER	Ortalama	11,2727	5,2222	6,7619	7,0000
		Standart sapma	8,02321	3,38296	2,13968	1,39194
	Ki-kare testi uygulanmıştır.					
	sd		2	2	2	2
	P		Sd=2 p=0,451	Sd=2 p=0,780	Sd=2 p=0,592	Sd=2 p=0,276

Tablo 13’de hasta yakınlarının ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların sağlık personellerinden destek alma durumuna, sağlık personellerinden destek almaları durumunda alınan desteğin yeterli olup olmamasına, sağlık personellerinden destek almak istedikleri iletişim kanalına göre fark yaratıp yaratmadığı test edildi. Test sonucunda tüm alt boyutlar için p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için anlamlı fark bulunmadı.

Hasta yakınlarının ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların sağlık personellerinden evde bakım verirken destek isteme durumuna göre fark yaratıp yaratmadığı test edildi. Test sonucunda fiziksel sağlık durumu alt boyutu hariç diğer alt boyutlar için p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için anlamlı fark bulunmadı. Fiziksel sağlık durumuna ait ortalama puanlar sağlık personel desteği isteme durumuna göre karşılaştırıldığında, isteyenlerin ortalama puanı 4,66 iken istemeyenlerin puanı 4,04’tür. Aradaki fark $p=0,048<0,05$ olduğundan anlamlıdır. Fiziksel sağlık açısından daha fazla olumsuz etkilenen hasta yakınlarının evde destek verecek sağlık personeline ihtiyaç duyduğu görülmektedir.

Tablo 14: Ölçek Puanlarına İlişkin İstatistikler (n=120)

	Ortalama	Standart sapma
Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık durumu	6,5970	1,95365
Fiziksel Sağlık Durumu	4,3870	1,78407
Taniya Yaklaşım Durumu	6,7524	2,87126
Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu	5,4396	1,58147

Tablo 14’de aile-yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına ait toplam puanların ortalamaları ve standart sapmaları yer almaktadır. Ölçekte 1 ile 10 arasında toplam 10 seçenek bulunmaktadır. Psikolojik ve manevi sağlık durumu alt boyutu için ortalama yaklaşık 6,6’dır. Bu alt boyutta yer alan maddelerin olumlu olması nedeniyle puanların 10’a yaklaşması psikolojik ve manevi sağlık durumunun iyileşmesi biçiminde tanımlandığından, bulunan ortalama hasta yakınlarının psikolojik ve manevi sağlık

durumunun orta ile iyi arasında olduğunu göstermektedir. Fiziksel sağlık durumunda ise maddeler olumsuz olup puanların yükselmesi fiziksel sağlık durumun bozulması anlamına gelmektedir. Hasta yakınlarının sahip olduğu ortalama yaklaşık 4,4 olup bu değer fiziksel sağlık durumlarının çok da kötü olmadığını göstermektedir. Tanıya yaklaşım durumu alt boyutu da olumsuz maddelerden oluşmaktadır. Burada ortalama değer yaklaşık 6,8 ile göreceli olarak yüksektir. Hasta yakınlarının tanıya yaklaşım durumu onlar için endişe verici ve üzücüdür. Destek ve ekonomik etkilene alt boyutunu oluşturan maddeler yine olumsuzdur. Yaklaşık 5,4 olan ortalama hasta yakınlarının destek ihtiyacı ve ekonomik durum açısından orta düzeyde etkilendiklerini göstermektedir.

Standart sapmalar tüm alt boyutlar için çok düşük olduğundan hastaların benzer puanlama yaptıkları ve ortalamaların hasta değerlendirmelerini iyi temsil ettiği görülmektedir.

Tablo 15: Ölçek Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar (n=120)

		Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Tanıya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık durumu	Korelasyon	1	-,291**	-,275**	-,130
	P		,001	,002	,157
	N	120	120	120	120
Fiziksel Sağlık Durumu	Korelasyon	-,291**	1	,256**	,422**
	P	,001		,005	,000
	N	120	120	120	120
Tanıya Yaklaşım Durumu	Korelasyon	-,275**	,256**	1	,301**
	P	,002	,005		,001
	N	120	120	120	120
Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu	Korelasyon	-,130	,422**	,301**	1
	P	,157	,000	,001	
	N	120	120	120	120

Tablo 15 incelendiğinde hasta yakınlarının değerlendirdiği aile-yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının birbiriyle ilişkisi korelasyon katsayıları ile görülmektedir. Psikolojik ve manevi sağlık durumu ile fiziksel sağlık durumu arasında negatif yönlü,

istatistiksel anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı $-0,291$ ($p=0,001<0,05$) bulundu. Psikolojik ve manevi sağlık durumunda puanlar yükseldikçe hasta yakınları kendini psikolojik ve manevi açıdan daha iyi hissetmektedir. Fiziksel sağlık durumunda ise puanlar yükseldikçe hasta yakınları fiziksel açıdan sorun yaşamaktadır. Aradaki korelasyonun negatif olması beklenen bir sonuçtur çünkü fiziksel sağlık durumunda bozulmalar azaldıkça, manevi sağlık durumu iyileşmektedir.

Psikolojik ve manevi sağlık durumu ile tanıya yaklaşım durumu arasında negatif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı $-0,275$ ($p=0,002<0,05$) bulundu. Psikolojik ve manevi sağlık durumunda puanlar yükseldikçe hasta yakınları kendini psikolojik ve manevi açıdan daha iyi hissetmektedir. Tanıya yaklaşım durumunda ise puanlar yükseldikçe hasta yakınları içinde bulundukları ortamdan daha fazla yakınmaktadır. Yine aradaki korelasyonun negatif olması beklenen bir sonuçtur çünkü tanıya yaklaşım durumunda bozulmalar azaldıkça, manevi sağlık durumu iyileşmektedir.

Psikolojik ve manevi sağlık durumu ile destek ve ekonomik etkilenme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki yoktur. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı $-0,130$ ($p=0,157>0,05$) olup bu değer istatistiksel olarak anlamsızdır.

Fiziksel sağlık durumu ile tanıya yaklaşım durumu arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı $0,256$ ($p=0,005<0,05$) bulundu. Bu değer, fiziksel sağlık durumu bozuldukça, tanıya yaklaşımın da giderek olumsuz hale geldiğini göstermektedir.

Fiziksel sağlık durumu ile destek ve ekonomik etkilenme durumu arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı $0,422$ ($p=0,000<0,05$) bulundu. Bu değer, fiziksel sağlık durumu bozuldukça, destek ihtiyacının arttığını ve ekonomik etkilenmenin daha fazla olduğunu göstermektedir.

Tanıya yaklaşım durumu ile destek ve ekonomik etkilenme durumu arasında da pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı $0,301$ ($p=0,001<0,05$) bulundu. Hasta yakınlarının tanıya olan yaklaşımı olumsuz hale geldikçe, destek ihtiyacı ve ekonomik etkilenmenin arttığı gözlemlenmektedir.

5. TARTIŞMA

Kemoterapi alan hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bu bölümünde 120 hasta yakınından elde edilen bulguların tartışması sunulmaktadır.

Araştırma sonucunda bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğu bulundu. Bu sonucun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir (4,11,15,20,55,72,73,74,75). Bu sonuç, toplumun kadına yüklediği rolle ilişkili olarak düşünülebilir. Erkeklerin daha çok çalışma hayatında olması, bakım sorumluluğunun daha çok ailedeki kadınlara bırakılması, bakım işinin kadına daha uygun olması düşüncesi ile ilgili olabilir. Hasta yakınlarının ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanları cinsiyete göre bakıldığında tanıya yaklaşım durumu alt boyutu hariç diğer alt boyutlar için p değerleri 0,05'ten büyük olduğu için anlamlı fark bulunamadı. Kadın hasta yakınlarının tanıdan daha fazla etkilendiği görüldü. Yapılan çalışmalara bakıldığında kadın hasta yakınlarının yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmektedir (4,20,57,72,73,79,80,81,83). Bostancı ve ark.'nın (2007) çalışmasında kadınların anksiyete ve depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur (80). Oluk Baltalayan'ın (2012) çalışmasında bakım verici kadınların kaygı ve duygusal yük yaşadıkları ifade edilmiştir (76). Literatürdeki bu çalışmaların sonuçları araştırma ile uyum göstermektedir. Grov ve ark. (2005) çalışmasında her iki cinsiyetinde kaygı düzeyinin yüksek olduğunu belirtmiştir (83). Malak ve Dicle'nin (2008) çalışmasında ise literatürdeki birçok çalışmadan farklı olarak cinsiyetin bakım yüküne etkisi olmadığı sonucu bulunmuştur (82). Bu çalışmada ve birçok çalışmada kadın bakım vericilerin yaşam kaliteleri ve tanıya karşı duygusal yaklaşımlarının daha kötü olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak kadınların bakım veren rolünde daha fazla yer almaları olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada bakım veren hasta yakınlarının yaş aralığının en yüksek 31-43 ve 44-56 arasına ait olduğu görüldü. Karabuğa'nın (2009) araştırmasında hastaya bakım verenlerin yaş ortalaması 44, Deniz'in (2011) çalışmasında hasta yakınlarının yaş ortalaması 42, Yıldız ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada aile üyelerinin yaş ortalaması 45, Grunfeld ve ark.'nın (2004) çalışmasında bakım verenlerin yaş ortalaması 53 olarak

bulunmuştur (15,20,72,85). Bu sonuçlara göre bakım verenlerin genelde orta yaş grubundan bireyler oldukları söylenebilir. Bakım verenlerin yaşa göre yaşam kalitesi ve ölçek alt boyutlarına bakıldığında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Çıtlık Sarıtaş ve ark. (2014), Toptaş (2013) , Şahin ve ark. (2009), Malak ve Dicle'nin (2008) yaptıkları çalışmalarda yaş grupları ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ifade etmişlerdir (4,74,84,86). Yapılan araştırmalar ile bu araştırmanın sonuçları uyumludur. Ancak literatürde yaş arttıkça bakım veren hasta yakınlarının yaşam kalitesinin düştüğünü gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (6,20,57,72,87).

Hasta yakınlarının %40'ı lise mezunu, %42'sinin ise üniversite mezunu olduğu tespit edildi. Babaoğlu ve Öz'ün (2003) çalışmasında bakım veren eşlerin %56,3'ü ilkokul mezunu, %55,3'ü ev hanımıdır (16). Bu araştırmadaki sonuçlara göre eğitim düzeylerinin daha yüksek olması, çalışmanın özel bir hastanede yürütülmüş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bakım vericilerin eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi test edildiğinde anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$). Çıtlık Sarıtaş ve ark. (2014), Şahin ve ark.(2009), Malak ve Dicle'nin (2008) yaptıkları bakım yükü çalışmalarında da aynı sonuç bulunmuştur (74,84,86). Yapılan çalışmaların sonuçlarının bu araştırma ile uyumlu olduğu görülmektedir. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında farklı sonuçlar bulunduğu görüldü. Deniz'in (2011) yaptığı çalışmada, öğrenim yılı azaldıkça yaşam kalitesi puanlarının azaldığı tespit edilmiştir (20). Cameron ve ark. (2001) çalışmasında hasta yakınlarının eğitim seviyesi düştükçe duygusal sıkıntının arttığı belirtilmektedir (88). Yeh ve ark. (2009) hasta yakınları ile yaptıkları çalışmada da eğitim düzeyleri düşük seviyede ve eğitimin yaşam kalitesine önemli etkisi olduğu bulunmuştur (89). Bu çalışmalara göre, eğitim düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisi literatürde değişik sonuçları içermektedir. Literatürde bu araştırmanın sonuçlarını destekleyen çalışmalar bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %82,5'i evlidir, medeni duruma göre yaşam kalitesi karşılaştırıldığında $p>0.05$ olduğundan anlamsız bulundu. Çıtlık Sarıtaş ve ark. (2014), Çivi ve ark. (2011), Malak ve Dicle'nin (2008) yaptıkları çalışmalarda da medeni durumun yaşam kalitesi üzerine etkisi bulunmamıştır (19,84,86). Literatüre bakıldığında yaşam kalitesinin medeni duruma göre farklılık gösterdiği çalışmalarda mevcuttur. Deniz'in (2011) yaptığı çalışmada evli bakım verenlerin bekar bakım

verenlerden yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (20). Başka bir çalışmada ise evli bireylerin yaşam kalitesi diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (90). Evli bireylerin yaşam kalitesini, bireylerin bakım veren rolü yanında eş rollerinin de olması olumsuz etkileyebilir. Ancak eşlerin birbirlerinden destek alması yaşam kalitesinin daha yüksek olmasını da sağlayabilir. Bütün çalışmalar ışığında medeni durumun bakım verenler üzerindeki etkisinin tamamen olumsuz olduğu söylenemez.

Hastaya bakım verenlerin yakınlık derecesine göre dağılımına bakıldığında %55'i hastaların eşleridir. Bu konuda literatüre bakıldığında araştırmayı destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (4,6,15,16,69,91). Günümüzde ailelerin daha çok çekirdek aile yapıda bulunması nedeniyle, eşlerin birbiriyle daha çok ilgilenebiliyor olması sonucu çıkarılabilir. Hasta yakınlarının yaşam kalitesine, hastaya yakınlık derecelerine göre bakıldığında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Tel ve ark.(2011) yaptıkları çalışmada bakım vericinin yaşadığı zorlanmanın hastaya yakınlık durumlarına göre farklılık göstermediğini, Kabataş Yıldız ve Ekinci'nin (2017) çalışmasında da bakım veren aile üyelerinin hastayla olan yakınlıkları ile BVYÖ puan ortalamaları arasında fark olmadığını, Işık'ın (2013) yaptığı çalışmada bakım vericilerin bakım yükünün yaşlıya yakınlık derecesine göre etkilenmediğini belirtilmiştirler (77,81,92). Bu sonuçlar araştırma ile uyumludur. Toptaş (2013) yaptığı çalışmada bakım verenlerin tanıya yaklaşım durumlarında hastaya yakınlık derecelerine göre fark bulunmuştur. Bakım veren aile üyelerinden en çok eşlerin etkilendiği ifade edilmektedir (4). Ancak bu çalışmada da bakım verenlerin çoğunluğunun eşler olmasına rağmen sonuçların farklı olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan bakım veren aile üyelerinin büyük kısmı (%77,5) çocuk sahibiyken, %22,5'inin çocuğu yoktur. Uğur'un (2006) çalışmasında bakım verenlerin %58'i, Yeh ve ark. (2009) %62'si, Deniz'in (2011) araştırmasında ise hasta yakınlarının %83'ünün çocuk sahibi olduğu ifade edilmiştir (13,20,89). Sonuçlar bu araştırma ile benzerlik göstermektedir. Hasta yakınlarının çocuk sahibi olma durumları ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık bulunmadı ($p>0.05$). Toptaş (2013) yaptığı çalışmada da benzer sonuçları elde etmiş, çocuk sahibi olmanın bakım verenlerin yaşam kalitesini etkilemediğini ifade etmiştir (4). Deniz'in (2011) yaptığı çalışmada ise çocuk sahibi olmayanların yaşam kalitesi puanlarını daha yüksek

bulunmuştur. Bu sonuç çocuk sahibi olmayan bakım verenlerin genç ve bekar olmaları, bakımın merkezinde yer almamaları ile ilişkilendirilmiştir (20). Bütün bu sonuçlar incelendiğinde primer bakım verenlerin çocuk sahibi olmalarının yaşam kalitelerini etkilemediği söylenebilir.

Hastaya bakım veren katılımcıların %61,7'si hastalarına günde 1-6 saat arası bakım desteği verirken, %38,3'ü 7-12 saat arası vermektedir. Okçin'in (2007) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %31,7'si 7-12 saat bakım verdiklerini belirtmişlerdir (9). Bu çalışma ile araştırmanın sonuçları birbirine uyum sağlamaktadır. Toptaş'ın (2013) çalışmasında ise bakım verenlerin üçte birinin neredeyse tüm gün hastalarıyla ilgilendikleri ifade edilmektedir (4). Bu çalışma ile araştırmanın farklı sonuçlara ulaşmasının nedeni olarak, ayaktan kemoterapi alan hastaların aile üyelerinin araştırmanın evrenini oluşturması düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan aile üyelerinin mesleklerine göre dağılımı incelendiğinde en yüksek ve birbirine eşit iki oran %22,9 ile emekli ve ev hanımı gruplarına ait olduğu görüldü. Kaçan Bilen, Çelik ve Başbilen' in (2016) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %42'si ev hanımı, Görgülü ve Akdemir'in (2010) yaptığı çalışmada % 46,7'sinin ev hanımı, % 43,3'ünün emekli, Babaoğlu ve Öz'ün (2003) çalışmasında katılımcıların %55,3'ü ev hanımıdır (16,69,93). Yapılan çalışmalar ve bu araştırmada da bakım verenlerin çoğunluğunun ev hanımı ve emekli olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak, çalışmayan bireylerin bakım verme işlemini üstlenmiş oldukları düşünülmektedir. Hasta yakınlarının ölçek alt boyutları puanlarının mesleklerine göre karşılaştırılması yapıldığında anlamlı bir fark bulunmadı. Çivi, Kutlu ve Çelik'in (2011) yaptığı çalışmada hasta yakınlarının mesleğinin yaşam kalitesini etkilemediği ifade edilmiştir (19). Bu çalışma ile araştırmanın sonuçları uyumludur. Kızılcı'nın (1999) çalışmasında ise meslek grubunun hasta yakınlarının yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir ve ev hanımı olan hasta yakınlarının, diğer hasta yakınlarına göre daha fazla etkilendiği ifade edilmiştir (57). Deniz'in (2011) yaptığı araştırmasında hasta yakınlarının meslek durumları ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında sosyal işlev hariç diğer alt boyutlarında puanlarının düşük olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada da Kızılcı'nın (1999) çalışmasında olduğu gibi ev hanımlarının yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (20). Kabataş Yıldız ve Ekinci'nin (2017) yaptığı bakım yükü

çalışmasında mesleklere göre farklılık olduğu belirtilmiş ve işçi olanlarda bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (92). Bütün bu araştırmalar incelendiğinde, ev hanımlarının yaşam kalitesinin daha düşük olması eve bağımlı olmaları ve bakımı üstlenmek zorunda kalmaları ile ilişkilendirilebilir. Ancak bu araştırmada ve Çivi, Kutlu ve Çelik'in (2011) yaptığı çalışmada farklı sonuçlar elde edilmesi nedeniyle, bu sonucun genellenebilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Araştırmaya katılan bakım verenler çalışma durumlarına göre incelendiğinde %61,7 oranı ile büyük kısmının çalışmadığı, %38,3'ünün ise çalıştığı gözlemlenmektedir. Bahadır Yılmaz ve Ata'nın (2017) yaptığı çalışmada bakım vericilerin çoğunluğunun çalışmamakta olduğu, Babaoğlu ve Öz'ün (2003) çalışmasında eşlerin %61,2'si işe devam etmediği, Akgün Şahin, Polat ve Ergüney'in (2008) çalışmasında bakım verenlerin %30'unun çalışmadığı, Tarı Selçuk ve Avcı'nın (2016) çalışmasında bakım verenlerin %88'nin çalışmadığı belirtilmektedir (16,74,79,94). Literatür ile araştırma uyum sağlamaktadır. Hastaya bakım veren aile üyelerinin çalışma durumlarına göre yaşam kalitesine bakıldığında, destek ve ekonomik etkilene durumu alt boyutu hariç diğer alt boyutlar için anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Destek ve ekonomik etkilene durumuna ait ortalama puanlar çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında, çalışanların ortalama puanı 5,9 iken çalışmayanların ortalama puanı 5,15'tir. Aradaki fark $p=0,004<0,05$ olduğundan anlamlıdır. Çalışan hasta yakınlarının ekonomik açıdan daha fazla etkilendiği görüldü. Malak ve Dicle'nin (2008) araştırmasında çalışma durumu ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (84). Pelit'in (2015) yaptığı çalışmada çalışan aile üyelerinin bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (95). Bu çalışmalarla araştırma uyum göstermektedir. Literatürde araştırmadan farklı sonuçlar elde eden çalışmalarda bulunmaktadır. Toptaş'ın (2013) çalışmasında bakım verenlerin, çalışma durumlarına göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur (4). Ancak bu araştırmadan farklı olarak çalışmayan bakım verenlerin ekonomik olarak etkilendiğini ifade edilmektedir. Deniz'in (2011) çalışmasında hasta yakınlarının yaşam kalitesi ile çalışma durumları karşılaştırıldığında sosyal işlev puanının tüm alt ölçekler arasında istatistiksel anlamlılık bulunduğu belirtilmiştir (20).

Bu araştırmadan farklı olarak çalışanların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak bakım verenlerin çoğunluğunun kadın ve ev hanımı olması belirtilmektedir (20). Ancak bu araştırmada da kadın ve ev hanımı bakım verenlerin çoğunlukta olmasına rağmen Deniz'in (2011) alışmasından farklı sonuçlar elde edildi. Orak ve Sezgin'in (2015) ve Işık'ın (2013) araştırmalarında çalışma durumu ile bakım yükü arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (73,81). Bütün bu bilgiler ışığında bakım verenlerin çalışma durumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında literatürde çok farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bu araştırmada ise literatürde fazla rastlanmayan bir sonuç elde edildi. Bu yüzden dikkat çekici olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin hastalarının %48,3 oranı ile büyük kısmının tanısı 0-6 ay önce konmuştur. İkinci oran ise tanısı 25 ay ve daha önce konan hastalara aittir. Hasta yakınlarının tanı konulma zamanına göre yaşam kalitesine bakıldığında ölçeğin tüm alt boyutları için değerler $p>0.05$ olduğundan anlamlı fark bulunmadı. Karabuğa'nın (2009) yaptığı çalışmasında bu araştırma ile benzer sonuçlar bulunmuştur. Hastalara bakım veren hasta yakınlarının yaşam kalitesini tanı zamanına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirmesinde istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (72). Toptaş'ın (2013) alışmasına bakıldığında sonuçların bu araştırmadan farklı olduğu görülmektedir. Araştırmada bakım verenlerin tanı konulma zamanına göre yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Hastalarına 1 yıldır tanı konulmuş olan hasta yakınlarının yaşam kalitesi puanı 5 yıldan fazla olanlara göre düşük bulunmuştur (4). Kızılcı'nın (1999) yaptığı araştırmasında da hasta yakınlarının 6. aydan itibaren yaşam kalitesi puanlarının düştüğü görülmektedir (57). Görgülü ve Akdemir'in (2010) alışmasında ise hasta yakınlarının 6. krden sonra yorgunluk puanlarının düştüğü görülmüştür. İlk ve altıncı kr arasında davranış/şiddet alt boyutu, duyuusal alt boyut ve bilişsel/ruhsal alt boyutlarda fark bulunmuştur (69). Literatüre bakıldığında çalışmaların birçoğunda tanı zamanının hasta yakınlarının yaşam kalitesini düşürdüğünü görüldü. Ancak bu araştırmada elde edilen veriler farklı sonuçları içermektedir. Bu yüzden sonuçların dikkat çekici olduğu düşünülmektedir.

Hasta yakınlarının %76,7'si bakım verdikleri hasta ile beraber yaşamaktadır. Hasta yakınlarının yaşam kalitesi puanlarına hastayla aynı evde yaşayıp yaşamamasına

göre bakıldığında anlamlı fark görülmedi ($p>0.05$). Yıldız, Dedeli, Çınar Pakyüz'ün (2016) yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının %52.5'i hastayla birlikte yaşadığını ifade etmiştir (15). Toptaş'ın (2013) çalışmasında bu araştırmadan farklı olarak hastayla aynı evde yaşayanların yaşamayanlara göre yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğunu ifade edilmiştir. Bu durumun bakım verenlerin hastayla hastane dışında daha fazla zaman geçirmelerine bağlı olacağı ifade edilmiştir (4). Literatüre bakıldığında bakım verenlerin çoğunluğunun hastalarla birlikte yaşadığı görülmektedir (4,9,15,78,92).

Araştırmaya katılan hasta yakınlarına bakmak zorunda oldukları başka hasta, yaşlı ya da çocuk olup olmadığı sorulduğunda %68.3'ü olmadığını ifade etti. Kaya ve ark.'nın (2017) çalışmasında hasta yakınlarının %67'sinin bakmakla yükümlü olduğu başka birinin olmadığı ifade edilmiştir (78). Sonuç, bu araştırma ile benzerlik göstermektedir.

Kemoterapi tedavi sürecinin hasta yakınları ile hasta arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediği bakıldığında hasta yakınlarının %83,3'ü ilişkilerinin olumsuz etkilenmediğini ifade etti. İlişkilerinin etkilendiğini ifade edenlerin ise fiziksel sağlık açısından daha fazla etkilendiği görülmektedir. Bu durumun psikolojik olarak etkilenen hasta yakınlarının fiziksel sağlıklarının da bozulmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir (58). Yıldız, Dedeli, Çınar Pakyüz'ün (2016) çalışmasında ve bu araştırmada bakım veren hasta yakınlarının çoğunluğunun eşler olmasına rağmen, Yıldız, Dedeli, Çınar Pakyüz'ün (2016) çalışmasında bakım verenlerin %64 'ü aile içi etkileşimin etkilendiğini belirtmişlerdir (15). Aile içi etkileşimin olumsuz etkilenmesinin nedeni olarak, hasta yakınının aile içi sorumluluklarının artması olduğu düşünülmektedir.

Hastaya bakım veren aile üyelerine sağlık profesyonellerinden aldıkları destek sorulduğunda %59,3'ü destek aldıklarını ve evde hastaya bakım süreçlerinde destek isteme durumu sorulduğunda %58'i destek almak istediklerini ifade etti. Fiziksel sağlık durumu olumsuz etkilenen hasta yakınlarının evde destek verecek sağlık profesyoneline daha fazla ihtiyaç duyduğu görüldü. Görgülü ve Akdemir'in (2010) yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının %53.3'ü hastasına yönelik profesyonel destek almak istediklerini belirtmişlerdir (69). Göçmen ve Yılmaz'ın (2016) çalışmasında da hasta yakınlarının hastalarına evde bakımda sağlık profesyonellerinden beklentilerinin yüksek olduğu

ifade edilmiştir (96). Bu araştırma ile sonuçlar uyum sağlamaktadır. Sağlık profesyonellerinden destek almayı isteyen hasta yakınlarının %49,2'si bunu telefon yolu ile almak istediğini ifade etti. Literatüre bakıldığında hasta yakınlarının bakımda tercih edilen destek kanalını sorgulayan çok fazla çalışma yoktur. Ancak yapılan çalışmalarda telefon yolu ile destek alan hasta yakınlarının daha az bakım yükü yaşadıkları belirtilmektedir (69,97).

Araştırmada bakım verilen hastaların %55'inin kadın, %45'inin erkek olduğu tespit edildi. Hasta yakınlarının hasta cinsiyetine göre yaşam kalitelerine bakıldığında tanıya yaklaşım durumu alt boyutu hariç diğer alt boyutlar için p değerleri 0,05'ten büyük olduğu için anlamlı fark bulunmadı. Tanıya yaklaşım durumuna ait ortalama puanlar hastanın cinsiyetine göre karşılaştırıldığında, kadınların ortalama puanı 6,2 iken erkeklerin ortalama puanı 7,4'tür. Aradaki fark $p=0,025<0,05$ olduğundan anlamlıdır. Bakım verilen hasta yakını erkek olan katılımcıların tanıdan daha fazla etkilendiği görüldü. Karabuğa (2009) çalışmasında, erkek hastaya bakım veren hasta yakınlarının yaşam kalitesinin daha düşük bulunduğunu ifade etmiştir (72). Araştırma ile çalışmanın sonuçları uyumludur. Orak ve Sezgin'in (2015) yaptığı çalışmada kadın hastalara bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu ifade edilmiştir (73). Sonuçlar bu araştırmadan farklılık göstermektedir. Kılıç Akça ve Taşçı (2005) çalışmasında ise karşı cinsten birine bakım vermenin sosyal aktiviteyi ve eğlenceyi kısıtladığını, bakım verenin sağlık etkilenimini artırdığını ifade etmiştir (98). Bu sonuç ile araştırmanın sonucu benzerlik göstermektedir.

Kanser hastasına bakım veren hasta yakınlarının yaşam kalitesinin değerlendirildiği bu araştırmada, psikolojik ve manevi sağlık durumu alt boyutu için ortalama puan yaklaşık 6,6'dır. Hasta yakınlarının fiziksel sağlık durumlarının ortalaması yaklaşık 4,4'dür. Tanıya yaklaşım durumu alt boyutu ortalama değer yaklaşık 6,8 ve destek ve ekonomik etkilenme alt boyutu yaklaşık 5,4 olarak bulundu. Toptaş'ın (2013) yaptığı benzer çalışmada sonuçlar, psikolojik ve manevi sağlık durumu için 5.42, fiziksel sağlık durumu için 5.54, tanıya yaklaşım durumu için 3.01, destek ve ekonomik etkilenme durumu için 4.69 puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür (4). Psikolojik ve manevi, fiziksel ve ekonomik sağlık durumları alt boyutları olarak benzer sonuçlara ulaşılmıştır ancak tanıya yaklaşım durumu Toptaş'ın (2013) çalışmasında belirgin düzeyde düşük bulunmuştur (4).

Araştırmada psikolojik ve manevi sağlık durumu alt boyutu için bulunan

ortalama, hasta yakınlarının psikolojik ve manevi sağlık durumunun orta ile iyi arasında olduğunu göstermektedir. Psikolojik ve manevi sağlık durumu ile fiziksel sağlık durumu ve tanıya yaklaşım durumu arasında negatif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Fiziksel sağlık durumunda ve tanıya yaklaşım durumunda bozulmalar azaldıkça, manevi sağlık durumu iyileşmektedir. Kaan Bilen, elik ve Başbilen' in (2016) yaptığı araştırmada da hasta yakınlarının depresyon düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur (93). Alacacıoğlu'nun (2007) araştırmasında hasta yakınlarının çoğunluğunda orta düzeyde depresyon olduğu saptanmıştır (49). ivi, Kutlu ve elik'in (2011) alışmasında, hasta yakınlarında orta düzeyde depresyon saptanmıştır. Depresyonlu olan hasta yakınlarının fiziksel sağlık durumları, olmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (19). Toptaş'ın (2013) alışmasında da psikolojik ve manevi sağlık durumu ile fiziksel sağlık durumu ve tanıya yaklaşım durumu arasında anlamlı ilişki olduğu ifade edilmiştir (4). Bu çalışmaların sonuçları araştırma ile uyumludur. Babaoğlu'nun (2003) alışmasında sürece ve tanıya karşı belirsizliğin anksiyete, korku, kaygı,ümitsizliğe neden olduğu belirtilmiştir (16). Bu araştırmada da tanıya bağlılek alt boyutlarının, psikolojik ve manevi alt boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü. Babaoğlu'nun (2003) alışmasının sonuçları araştırma ile uyumludur. Çıtlık Sarıtaş ve Büyükbayram'ın (2016) ve Karabulutlu ve ark.'nın (2013) alışmasında bakım verenlerin anksiyete puanlarının bu araştırmadan farklı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir (18,99). Psikolojik ve manevi sağlık durumu ile destek ve ekonomik etkilenme durumu arasında araştırmada anlamlı ilişki olmadığı görüldü.öven Ustaalıoğlu ve Acar'ın (2017) alışmasında hasta yakınlarında aylık gelirin depresyonla ters orantılı ilişkisi olduğu belirtilmiştir (12).

Araştırmada hasta yakınlarının fiziksel sağlık durumlarının çok kötü olmadığı görüldü. Görgülü ve Akdemir'in (2010) araştırmasında, hasta yakınlarının günlük yaşam aktivitelerinde, beslenme, hareket, boşaltım gereksinimlerini karşılanmasında güçlük yaşadığı ifade edilmiştir (69). Aslında literatürdeki çalışmalara bakıldığında birçok çalışmada hastaya bakım verenlerin fiziksel sağlık durumlarının bozulduğu ifade edilmektedir (17,20,69,75,76,80,95). Ancak bu araştırmada hasta yakınlarının fiziksel sağlık durumlarının sonuçları literatürden farklı olarak bulundu. Bu durumun dikkat çekici olduğu düşünülmektedir. Araştırmada fiziksel sağlık durumu ile tanıya yaklaşım durumu ve destek ve ekonomik etkilenme durumu arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki

vardır. Toptaş'ın (2013) çalışmasında da fiziksel sağlık durumu ile destek ve ekonomik durum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (4). Bu sonuç ile araştırma benzerlik göstermektedir.

Araştırmada tanıya yaklaşım durumu ölçek alt boyutu ile destek ve ekonomik etkilenme durumu arasında anlamlı ilişki vardır. Hasta yakınlarının tanıya olan yaklaşımı olumsuz hale geldikçe, destek ihtiyacı ve ekonomik etkilenmenin arttığı gözlemlendi. Toptaş'ın (2013) çalışmasında tanıya yaklaşım durumu alt ölçeğinde ise sosyal yaşamlarının bu süreçten çok etkilendiğini ifade edenlerin, destek ve ekonomik etkilenme durumu daha düşük bulunmuştur (4). Toptaş'ın (2013) çalışmasında tanıya yaklaşım durumu ortalama puanın daha düşük olmasına rağmen, tanıya yaklaşım durumu ile destek ve ekonomik etkilenme durumu arasındaki ilişki bu araştırma ile benzerlik göstermektedir (4).

Araştırmada, kanser hastasına bakım veren hasta yakınlarının bakım verme sürecinde, rol değişimi yaşamaları, kendilerine zaman ayıramamaları, maddi yönden etkilenmeleri, süreçle ilgili yaşadıkları duygusal yük nedeniyle yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada kemoterapi alan hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla 120 hasta yakını ile çalışıldı. Bakım verenlerin %55.8'inin kadın, %35.8'inin 44-56 yaş aralığında, %82.5'inin evli, %61.7'sinin çalışmadığı tespit edildi. Bakım veren hasta yakınlarının %55'i eş, %76.7'si hastalarıyla aynı evde yaşamakta, hasta yakınların %78.3'ünün kronik bir hastalığı olmadığı ve %61.7'si hastalarına günde 1-6 saat arası bakım desteği verdiği belirlendi. Hasta yakınlarının %83.3'ünün hasta ile olan ilişkisinin olumsuz etkilenemediğinin, %59.3'ünün sağlık çalışanlarından destek aldığı, %70.6'sının hemşirelerden aldığı desteği yeterli bulduğu, %58'nin evde bakım verirken sağlık profesyonellerinden destek almayı ihtiyaç duyduğu ve %49.2'sinin evde telefonla destek almak istediğini ifade etti (Tablo 4,5,7,8).

Çalışmanın sonucunda;

- Hasta yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu' nun toplam puan ortalamaları, “Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu” alt boyutu için ortalaması 6,6, “Fiziksel Sağlık Durumu” için 4,4, “Tanıya Yaklaşım Durumu” için 6,8, “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” için 5,4 puan ortalamalarına sahip oldukları tespit edildi. Hasta yakınlarının yaşam kalitesinin orta düzeyde etkilendiği belirlendi.
- Yaş, sosyal çevre, eğitim, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, hastaya yakınlık derecesi, hastaya bakım süresi değişkenleri hasta yakınlarının yaşam kalitesini etkilememektedir.
- Cinsiyete göre yaşam kalitesine bakıldığında, kadın bakım verenlerin ve bakım verilen hasta erkek ise bakım vericilerin tanıdan daha fazla etkilendikleri tespit edildi.
- Çalışma durumuna göre bakıldığında çalışan hasta yakınlarının ekonomik etkilenme durumunun daha fazla olduğu görülmektedir.
- Hastayla olan ilişkisi olumsuz etkilenen hasta yakınlarının fiziksel sağlık durumlarının daha çok bozulduğu görüldü.

- Hasta yakınları evde bakımda sağlık profesyonellerinden destek almak istediklerini ifade etti.

Bu sonuçlara dayanarak;

1. Kadın bakım verenlerin yaşam kalitesinin daha düşük olması sebebiyle aile içinde bakımın paylaştırılarak yapılması ve bakım vericiye süreçte destek olunması,
2. Hasta yakınlarının hastaya bakım sürecinde sağlık profesyonellerinden destek alabilecekleri destek hatlarının oluşturulması ve telefonla destek sağlanması,
3. Hasta yakınlarının çalışma durumunun yaşam kalitesine etkisi için daha fazla çalışma yapılması,
4. Kanser hasta yakınlarına yönelik benzer çalışmaların farklı kurumlarda yapılması,
5. Bakım verenlerin sorunlarının belirlendiği çalışmaların ışığında yaşam kalitesini artırmada neler yapılabileceğini saptamak için nitel çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKÇA

1. Can G. *Onkoloji Hemşireliği*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2014.
2. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A, “Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 2006,10(1); 15-28.
3. Kutluk T. Kars A. *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser ve Savaş Daire Başkanlığı, Ankara,1992.
4. Toptaş S. *Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2013.
5. Gültekin Z, Pınar G, Doğan N, Algier L, Pınar T, Kızıltan G, Özyılkan Ö, “Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri”, *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 2008, 18(2);99-106.
6. Fadiloğlu Ç, “Kanserli hastaya bakım verenlerin gereksinimlerinin saptanması”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1995, 11(2); 43-54.
7. Weitzner MA, McMillan SC, Jacobsen PB, “Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings”, *Journal of Pain and Symptom Management*, 1999, 17(6); 418-428.

8. Müezzinoğlu T, “Yaşam kalitesi üroonkoloji derneği 2004 güz dönemi konuşması”, *Üroonkoloji Bülteni*, 2005, 1; 25-29.
9. Okçin F. *Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması* (Tez). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; İzmir, 2007.
10. Işıkhani V, “Kanser ve sosyal destek”, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2007, 18(1); 15-29.
11. Subaşı HG, Yıldız HN, Tekin S, “Kanser hastalarının bakımıyla ilgilenen yakınlarının umut düzeylerinin incelenmesi”, *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2016, 14(2); 109-127.
12. Ustaaliğlu Öven BB, Acar E, “Türk toplumunda kanserli hastalar ve yakınları arasındaki depresyon ve depresyonla ilişkili faktörler”, *Anta Oncologica Turcica*, 2017, 10; 115-123.
13. Uğur Ö. *Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi* (Tez). Ege Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı Doktora Tezi; İzmir, 2006.
14. McMillan SC, Small BJ, Weitzner M, Schonwetter R, Tittle M, Moody L, Haley WE, “Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer”, *Cancer*, 2006, 106(1); 214-222.

15. Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz Çınar S, “ Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2016, 13(3); 216-225.
16. Babaoğlu E, Öz F, “ Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003, 2; 24-33.
17. Ferrell B, Ervin K, Smith S, Marek T, Melancon C, “ Family perspectives of ovarian cancer”, *Cancer Practice*, 2002, 10(6); 269-276.
18. Sarıtaş Çıtlık S, Büyükbayram Z, “Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016, 15(2); 141-150.
19. Çivi S, Kutlu R, Çelik HH, “Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2011, 53; 248-253.
20. Deniz MÇ. *Ayaktan kemoterapi alan hastalar ve yakınlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi* (Tez). Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; Edirne, 2011.
21. Kemoterapi Hemşireliği Kurs Kitabı, Onkoloji Hemşireliği Derneği, Ankara, 2010.
22. Lafçı D. *Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi* (Tez). Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Adana, 2009.

23. Yokuş B, Çakır DÜ, “Kanser biyokimyası”, *Dicle Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi*, 2012, 1(2); 7-18.
24. Baykara O, “Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar”, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5(3); 154-165.
25. Altınbaş M, Hepşen S, İmamoğlu İ, Sarı E, Köse N, Karataş F, Hacıoğlu B, Aytekin A, Ersoy U, “Kanser hastalarının ölüm nedenleri ve sağkalımı etkileyen faktörler”, *Sakarya Üniversitesi, Sakaryamj*, 2015, 5(1); 5-9.
26. Türkiye Kanser İstatistikleri 2015, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, 2018.
27. Baysal A. *Genel Beslenme*, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 2012.
28. Gelin D, Ulus B, “Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 6(1); 31-35.
29. Ovayolu N, Ovayolu Ö. *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, Nobel Tıp Kitabevleri, Adana, 2016.
30. Çakmak DE. *Kanser dispne ölçeği'nin türk kanser hastalarında geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi* (Tez). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2012.

31. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü, “Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2(2); 3-12.
32. Oylar Ö, Tekin İ, “Kanserin teşhis ve tedavisinde nanoteknolojinin önemi”, *Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 2011, 16(1); 147-154.
33. Sadırlı SK. *Kanserli hastalarda semptom kontrolünün değerlendirilmesi* (Tez). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi; Edirne, 2008.
34. Güllü İ.H. *Kemoterapi El Kitabı*, Hacettepe Doktorlar Yayınevi, Ankara, 2005.
35. Dilek İ, “Kemoterapide toksisite değerlendirilmesi”, XXXVI. Ulusal Hematoloji Kongresi, 3-7 Kasım 2010, Belek, Antalya, 2010; 63-70.
36. Can G. *Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2018.
37. Uğur Ö, “Kanser hastasının semptom yönetimi”, *Türk Onkoloji Dergisi*, 2014, 29(3); 125-135.
38. Can G, “Kanser hastasında yorgunluk”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2006, 3(2);10-17.

39. Bag B, “Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013, 5(1);109-126.
40. Bag B, “Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunlar ve çözüm önerileri”, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2012, 21(4); 253-273.
41. Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü, “Kansere bağlı ağrı ve tedavisi”, *Abant Medical Journal*, 2013, 2(3);256-260.
42. Karabulutlu Ö, “Kemoterapi alan hastalarda semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi”, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightgale Hemşirelik Dergisi*, 2009, 17(3); 218-225.
43. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş, “Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013, 12(3); 219-224.
44. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö, “Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi”, *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2015, 17(1); 27-36.
45. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO, “Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2014, 28(2); 85-92.
46. Şener Ş, Günel N, Akçalı Z, Şenol S, Koçkar Aİ, “Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma”, *Klinik Psikiyatri*, 1999, 2; 254-260.

47. Pehlivan S, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, “Kanser, kültür ve hemşirelik”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 4(4); 168-174.
48. Tünel M, Vural A, Evlice YE, Tamam L, “Meme Kanseri Hastalarında Psikiyatrik Sorunlar”, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2012, 21(3); 189-219.
49. Alacacıoğlu A. *Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi; İzmir, 2007.
50. Kübler-Ross E. *Ölüm ve Ölmek Üzerine*, April Yayıncılık, Ankara, 2010.
51. Torun P, Kutlar A, “Türkiye’de kanserin ekonomik maliyetleri: Bir hesaplanabilir genel denge modeli yaklaşımı”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2018; 21(1); 87-101.
52. Celkan HY, “Beşeri kültürün temel ögesi aile”, *Aile ve Toplum Dergisi*, 1991, 1(1); 81-84.
53. Güner İC, “Meme kanseri ve eşlerin desteği”, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008, 46-46.
54. Tuncay T, “Kanserle başetmede destek grupları”, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 2010, 21(1); 59-71.

55. Bilge A, Ünal G, “Kanserli hastanın yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 21(2); 37-46.
56. Aktaş E, Barış N, Hıdıroğlu S, Save D, “Kemoterapi alan hastaların yakınlarının deneyimleri: Niteliksel bir çalışma”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2012, 28(2); 63-78.
57. Kızılcı S, “Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1999, 3(2); 18-26.
58. Erdoğan Z, Yavuz DE, “Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi”, *Arşiv Tarama Dergisi*, 2014, 23(4); 726-736.
59. Hocaoglu Ç, Kandemir G, Civil F, “Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri”, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2007, 3(3); 163-165.
60. Yiğit R, “Hasta ve ailesine ölümle baş etmelerinde yardım etme”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2(2); 9-15.
61. Terakye G, “Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011, 4(2); 78-82.
62. Yılmaz M, ve ark. “Sağlık hizmetinde alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı”, *İstanbul Tıp Dergisi*, 2010, 11(3); 125-132.

63. Altuntaş M, Yilmazer TT, Güçlü YA, Öngel K, “Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri”, *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 2010, 20(3); 153-158.
64. Çoban M, Esatoğlu AE, “Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış”, *Klinik Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 2004, 12; 109-120.
65. Ertem G, “Jinekolojik kanserlerde evde bakım”, *Türk Onkoloji Dergisi*, 2010, 25(3); 124-132.
66. Kim Y, Given BA, “Quality of life family caregivers of cancer survivors”, *Cancer*, 2008, 112(11); 2556-2568.
67. Şentürk S, Bıçak D, Akça D, “Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2018, 5(1); 35-39.
68. Nijboer C, et,al, “Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients”, *Cancer*, 1999, 86(4); 577-588.
69. Görgülü Ü, Akdemir N, “İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi”, *Genel Tıp Dergisi*, 2010, 20(4); 125-132.
70. Argon G, “Romatoid artritlilerde fonksiyonel yetersizlik, sosyal destek ve depresyon ilişkisinin incelenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1991, 7(2); 1-15.

71. Ferrell BR, Grant M, “Quality of Life Family Version”, *City of Hope*, National Medical Center and Beckman Research Institute.
72. Karabuğa H. *Kanserli hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi* (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2009.
73. Orak OS, Sezgin S, “Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2015, 6(1); 33-39.
74. Şahin AZ, Polat H, Ergüney S, “Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12(2); 1-9.
75. Taşdelen P, Ateş M, “Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012, 9(3); 22-29.
76. Baltayan OA. *Yaşlı hastalara bakım veren kadınların bakım yüklerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesi* (Tez). İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2012.
77. Tel ve ark. “KOAHLı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi”, *Türk Toraks Dergisi*, 2012, 13; 87-92.

78. Kaya ve ark. “Kanserli bireyin bakımından sorumlu yakınlarının yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler”, *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2018, 8; 25-35.
79. Yılmaz BE, Ata EE, “Nörolojik hastalığı olan bireylerin bakım vericilerinin bakım veren yükü ile stresle başa çıkma biçimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2017, 8(3); 145-149.
80. Bostancı ve ark. “Kanserli çocuğun bakım verenlerinde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri”, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2007, 15(60); 165-172.
81. Işık K. *Yaşlı hastaya evde bakım verenlerin yaşam doyumları ile bakım yükleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler* (Tez). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi; Malatya, 2013.
82. Kim Y, Baker F, Spillers RL, “Cancer caregivers’ quality of life: Effects of gender, relationship and appraisal”, *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007, 34(3); 294-304.
83. Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fossa SD, “Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase”, *Annals of Oncology*, 2005,16; 1185–1191.
84. Malak AT, Dicle A, “Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler”, *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 2008, 18(2); 118-121.

85. Grunfeld et.al, “Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers”, *CMAJ*, 2004;170(12); 1795-1801.
86. Çıtlık Sarıtaş S, Bayır K, Sarıtaş S, Ucuzal M, “Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlenmesi”, *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2014, 2(1); 17-25.
87. Given et.al, “Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life”, *Oncol Nurs Forum*, 2005, 31(6); 1105–1117.
88. Cameron et.al, “Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients”, *Cancer*, 2002, 94(2); 521-527.
89. Yeh et.al, “Influences of psychological well-being, quality of caregiver –patient relationship and family support on the health of family caregivers for cancer patients in Taiwan”, *Asian Nursing Research*, 2009, 3(4); 154-166.
90. Bookwala J, “Marital quality as a moderator of the effects of poor vision on quality of life among older adults”, *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2011, 66(5); 605-616.
91. Uğur Ö, Fadiloğlu ZÇ, “Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi”, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2012, 53-58.

92. Yıldız MK, Ekinçi M, “Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2017, 14(3); 176-184.
93. Kaçan HS, Çelik A, Başbilen H, “Kemoterapi alan hasta yakınlarında depresyon”, *Kastamonu Sağlık Akademisi*, 2016, 1(1); 56-70.
94. Selçuk TK, Avcı D, “Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler”, *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 7(1); 1-9.
95. Pelit S. *Jinekolojik kanserli hastanın hastanede bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıdıkları sosyal destek düzeyinin belirlenmesi* (Tez). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2015.
96. Göçmen F, Yılmaz M, “Kanserli hasta ve bakım verenlerinin evde bakım hizmetlerinden beklentileri”, *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 2016, 2(3); 73-80.
97. Hindistan S, Çilingir D, ”Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: Telefon kullanımı”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012, 9(1); 30-35.
98. Akça NK, Taşçı S, “65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi”, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of 30 Health Sciences) 14(Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı)*, 2005, 30-36.

99. Karabulutlu ve ark. “Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunların incelenmesi”, *Türk Onkoloji Dergisi*, 2013, 28(1); 1-9.
100. Given et.al, “The challenge of quality cancer care for family caregivers”, *Seminars in Oncology Nursing*, 2012, 28(4); 205-212.



EKLER

EK 1. Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz:

() Kadın

() Erkek

2. Yaşınız:

() 18-30

() 31-43

() 44-56

() 57-69

() 70 yaş üstü

3. Yaşadığınız sosyal çevre:

() İl

() İlçe

() Kasaba

4. Eğitim durumunuz nedir?

() Okuryazar

☐ İlkokul

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Lisansüstü

5. Medeni durumunuz nedir?

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Dul/Boşanmış

6. Çocuğunuz var mı ?

☐ Evet

☐ Hayır

7. Evet ise çocuk sayısı:

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4 ve üstü

8. Mesleğiniz nedir?

☐ İşçi

☐ Serbest meslek

☐ Memur

☐ Emekli

☐ Ev hanımı

☐ Öğrenci

☐ Diğer

9. Şu an herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

10. Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?(Ortalama bir miktar yazabilirsiniz.)

.....

11. Hastanızın cinsiyeti:

☐ Kadın

☐ Erkek

12. Hastanızın yaşı:

☐ 18-30

☐ 31-43

☐ 44-56

☐ 57-69

☐ 70 yaş üstü

13. Hastayla olan yakınlık dereceniz nedir?

☐ Eşim

☐ Annem/Babam

☐ Kardeşim

☐ Çocuğum

☐ Diğer

14. Hastanıza tanı ne zaman konuldu ?

☐ 0-6 ay önce

☐ 7-12 ay önce

☐ 13-18 ay önce

☐ 19-24 ay önce

☐ 25 ay ve üstü

15. Hastanız tanısını biliyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

16. Ailede başka kanser tanısı olan birey var mı?

☐ Hayır

☐ Evet

17. Sizin bir kronik hastalığınız var mı?

☐ Hayır

☐ Evet

18. Hastanızla aynı evde mi yaşıyorsunuz ?

☐ Evet

☐ Hayır

19. Evde hastanın kendisine ait bir odası var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

20. Evinizde bakmakla yükümlü olduğunuz başka hasta, yaşlı veya küçük çocuk var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

21. Günde ortalama kaç saat hastanıza bakım vermektedirsiniz?

☐ 1-6 saat

☐ 7-12 saat

22. Tedavi süreci hastanızla olan ilişkinizi olumsuz etkiledi mi ?

☐ Evet

☐ Hayır

23. Hastanıza bakım verirken sağlık personellerinden(hekim/hemşire/hasta bakım teknisyeni) destek alabiliyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

24. Hastanızın evdeki bakım süreçlerinde hemşirelerden aldığınız desteği yeterli buluyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

25. Hastanıza evde bakım verirken sağlık personellerinden (hekim/hemşire) destek almak ister misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

Cevabınız evet ise hangi iletişim yoluyla destek almak istersiniz?

() Telefon

() Mail

() Diger



EK 2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği

Sevdiğiniz yakınınızın kanser olmasıyla birlikte yaşadıklarınızın sizin yaşam kalitenizi nasıl etkilediğini öğrenmek istiyoruz. Aşağıdaki soruları yaşamınızın bu dönemi ile ilgili olarak cevaplayınız. Yaşadıklarınızı en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız.

Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu	
1. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisinin sonucu ile baş edebilmek sizin için ne kadar güç ?	hiç güç değil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 oldukça güç
2. Yaşam kaliteniz genel olarak nasıl?	oldukça kötü 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mükemmel
3. Kendinizi ne kadar mutlu hissediyorsunuz ?	hiç değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok mutluyum
4. Yaşamınızdaki olayların kontrolünüzde olduğunu hissediyor musunuz ?	hiç değil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 tamamen kontrolümde
5. Yaşamınızdan ne kadar memnunsunuz?	hiç değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok memnunum
6. Şu sıralar bazı şeyleri hatırlama yada konsantre olabilme yeteneğiniz nasıl ?	oldukça zayıf 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mükemmel
7. Genel olarak psikolojik sağlığınıza değerlendirin	son derece kötü 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mükemmel
8. Genel olarak sosyal ilişkilerinizi değerlendirin	oldukça kötü 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mükemmel
9. Yaşamda bir amacınız/göreviniz ya da yaşamak için bir nedeniniz var mı ?	hiç yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 oldukça fazla
10. Kendinizi ne kadar umutlu hissediyorsunuz ?	hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 oldukça fazla
11. Genel olarak manevi sağlık durumunuzu değerlendirin	

oldukça kötü	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	mükemmel
Fiziksel Sağlık Durumu												
12. Yorgunluk												
sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi bir sorun
13. İştah değişiklikleri												
sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi bir sorun
14. Ağrı veya Sızı												
sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi bir sorun
15. Uyku değişiklikleri / düzensizlikleri												
sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	aşırı derecede
16. Genel olarak fiziksel sağlığını değerlendirin												
oldukça kötü	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	mükemmel
17. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi kişisel ilişkilerinize ne derecede engel oluyor ?												
hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamiyle
18. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi cinsel yaşantınıza ne derecede engel oluyor ?												
hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamiyle
19. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi evdeki aktivitelerinize ne derecede engel oluyor ?												
sorun yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ciddi bir sorun
20. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi sizin çevrenizden ne kadar izole (yalnız) olmanıza neden oluyor?												
hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamiyle
Taniya Yaklaşım Durumu												
21. Aile bireyinize ilk kanser teşhisi konması sizin için ne kadar üzüntü verici idi?												
hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	fazlasıyla

22. Genel olarak ne kadar endişelisiniz ?
hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok fazla
23. Kendinizi ne düzeyde depresif hissediyorsunuz ?
hiç yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok fazla
24. Diğer aile bireyleriniz için ikinci bir kanser korkusu yaşıyor musunuz?
hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok fazla
25. Aile bireyinizde kanserin tekrarlama korkusunu yaşıyor musunuz?
hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok fazla
26. Aile bireyinizin kanserin başka organlarına yayılması korkunuz var mı?
hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok fazla
27. Aile bireyinizin geleceği ile ilgili ne kadar belirsizlik hissediyorsunuz ?
hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 oldukça
Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
28. Aile bireyinizin son tedavisi bittiğinden bu ana kadar geçen süre sizin için ne kadar üzücü ?
hiç değil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok fazla
29. Sizin dışınızda aile üyeleri /diğer kişilerden aldığınız destek gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli mi?
hiç değil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 tamamen yeterli
30. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi iş yaşantınıza ne derecede engel oluyor ?
sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ciddi bir sorun
31. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisinden kaynaklanan ekonomik zorluklarınız ne ölçüde?
hiç yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 oldukça fazla

EK 3. Etik Kurul Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 17.01.2018

Toplantı Sayısı: 90

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)

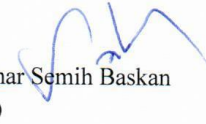
Okan Üniversitesi Etik Kurulu 17.01.2018 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

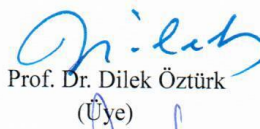
Karar 22. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Şule ÇALIŞIR**'ın **"Kemoterapi Yapılan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



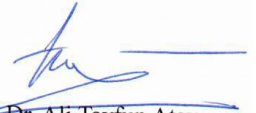
Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)



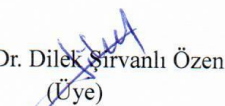
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)



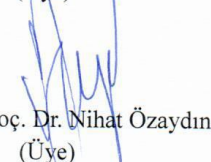
Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)



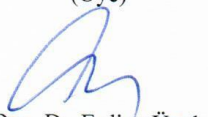
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)



Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)



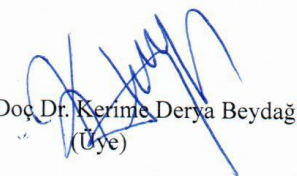
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)

EK 4. Hastane Etik Kurul Onayı

ANADOLU^H

In Affiliation with
JOHNS HOPKINS MEDICINE

Anadolu Eğitim ve Sosyal Yardım Vakfı Sağlık Tesisleri İktisadi İşle
Kanuni Merkez: Fatih Sultan Mehmet Mahallesi, Balkan Caddesi,
No:58 Buyaka E Blok Tepeüstü, Ümraniye / İstanbul
Büyük Mükellefler V.D. 0680263503
Mersis No Merkez: 0-6802-6350-300011
Mersis No Gebze : 7-1472-2237-6591466

T.C.
ÖZEL ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ
ETİK KURULU

Sayı : ASM-EK-18 / 74
Konu : Çalışma İzni Hk.

14.03.2018

İLGİLİ MAKAMA,

Yürütücülüğünü Şule Çalışır'ın yaptığı "Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi" konulu çalışma Etik Kurulumuz tarafından değerlendirilmiştir.

Çalışmanın Özel Anadolu Sağlık Merkezi hastanesinde yürütülmesinde bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.
ASM Hastane Etik Kurulu

Başkan
Prof Dr Salih Türkoğlu

Salih Türkoğlu

Üyeler

Prof Dr Ayşen Yücel

Ayşen Yücel

Uzm Dr Resmiye Beşikçi

Resmiye Beşikçi

Prof Dr Hüseyin Baloğlu

Hüseyin Baloğlu

Prof Dr Cemil Uygur

VAKFI

Joint Commission
INTERNATIONAL

Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi
Cumhuriyet Mahallesi 2255 Sokak No.3
Gebze 41400 Kocaeli

Özel Anadolu Sağlık Ataşehir Tıp Merkezi
Barbaros Mahallesi Ortahisar Sokak No.28/28A
Ataşehir 34746 İstanbul

44 44 276
www.anadolusaglik.org

EK 5. Ölçek İzin Yazısı

 Gmail

figen.okcin@ege.edu.tr



 E-Posta Yaz

 Gelen Kutusu 198

 Yıldızlı

 Ertelendi

 Önemli

 Gönderilmiş Postalar

 Taslaklar 48

 Şule +



2 ileti dizisinden 1.



Ölçek Kullanım İzni  Gelen Kutusu x

 **figen okcin** <figen.okcin@ege.edu.tr>
Alıcı: ben

3 Oca 2018 Çar 12:45 

Merhaba Şule ÇALIŞIR,
Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin
(QOL-FV) Türkçe versiyonunu çalışmanızda kullanabilirsiniz..
İyi Çalışmalar

Yrd.Doç.Dr.Figen OKÇİN
Ege Ü. Hemşirelik Fak.
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi

EK 6. Bilgilendirilmiş Onay Formu

Sizi ‘Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi’ isimli çalışmamıza davet ediyoruz.

Bu çalışma kemoterapi alan hastaya bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans öğrencisi olan Şule Çalışır’ın Bilim Uzmanlığı Tezi olarak planlandı. Bu çalışmayı kabul etmeniz veya reddetmeniz hastanızın tedavisini etkilemeyecek veya aksatmayacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Bu formu okuyup, onaylamanız katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelmektedir. Ancak çalışma başladıktan sonra istediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bütün veriler tamamen çalışma amacı ile kullanılacak ve bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışmaya destek verdiğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacı

Prof.Dr.Birsen YÜRÜGEN

Araştırmacı

Şule ÇALIŞIR

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Şule	Soyadı	Çalışır
Doğum Yeri	Göztepe	Doğum Tarihi	27.03.1993
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	
E-mail	sulecalisir@gmail.com	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Marmara Üniversitesi	2016
Lise	Dilovası Yahya Kaptan Anadolu Lisesi	2011

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre(Yıl)
Hemşire	Gebze Fatih Devlet Hastanesi Ameliyathane	2018...Halen
Hemşire	Anadolu Sağlık Merkezi Kemoterapi Ünitesi	2016-2018

KONGRE BİLDİRİLERİ

1) Çalışır Ş, Çitrak F. Hemşirelerin zor hasta algısı. 2018 UPHK (V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi), Antalya, 20-23 Kasım 2018 (Poster Bildirisi).

2) Yıldız H, Çavuşoğlu C, Aybey E,C, Özgü G, Çelebi K, Kalay N, Çalışır Ş. Üniversite öğrencilerinin infertilite alanındaki teknolojik uygulamalara ilişkin görüş ve tutumları. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Eskişehir, 28-29 Nisan 2016 (Poster Bildirisi).

3) Yıldız H, Okutan E, Çalışır Ş. Teknolojik gelişimle yaşamımıza giren kimyasallar neslin devamında tehdit mi? 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Eskişehir, 28-29 Nisan 2016 (Poster Bildirisi).

KATILDIĞI SEMPOZYOM-KONGRE - BİLİMSEL ETKİNLİKLER VE KURSLAR

1. Breast Care Nurse Training Programme, 3. International İstanbul Breast Cancer Conference (Breastanbul), 2018.

2. Onkoloji Hemşireliği Kursu, Yeditepe Üniversitesi İhtisas Hastanesi, 2018.

3. Temel Düzey Psikolojik Bakım Kursu, Anadolu Sağlık Merkezi, 2018.

4. Zor Hastalarla İletişim Kursu, Gebze Teknik Üniversitesi, 2018

5. 1. International and National Oncology Nursing Consensus Meeting, İstanbul,2017.

6. Merhamet Yorgunluğu Dayanıklılık Programı, Koç Üniversitesi, 2017.

7. Marmara Üniversitesi Cinsiyet Eşitsizliği Sempozyumu, Görevli (Sunucu Hocaya Yardımcı Öğrenci), İstanbul,2016.

8. İstanbul Aydın Üniversitesi, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Sempozyumu, Katılımcı, İstanbul,2016.

9. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Öğrencileri Sempozyumu, Görevli Öğrenci, İstanbul,2015.

10. UHOK (Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi) Katılımcı, Kayseri,2015.

11. Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Diyabet Farkındalık Sempozyumu, Katılımcı, İstanbul,2015.

12. Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Sağlıkta Teknoloji Kullanımı Sempozyumu, Katılımcı, İstanbul,2015.

DERNEK VE KLÜP ÇALIŞMALARI

1. 2016 Haziran: Çocuk ve Adölesan Diyabetliler Kampında Gönüllü Çalışmacı

2. 2014-2015: Öğrenci Hemşireler Derneğinde Marmara Üniversitesi Temsilcisi

3. 2014-2015: Marmara Üniversitesi Sağlıklı Yaşam Kulübünde Komisyon Yöneticiliği

4. 2014-2015: Marmara Üniversitesi Mizah Kulübü Amatör Oyunculuk