

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE
ÜYELERİNİN BAKIM VERME SÜRECİNE
YÖNELİK TEPKİLERİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

ALEV AKTAŞ

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2020

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2017970099

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE
ÜYELERİNİN BAKIM VERME SÜRECİNE
YÖNELİK TEPKİLERİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ALEV AKTAŞ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ

TEZ KODU: DEU.HSL.MSc-2017970099

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	1
TABLO DİZİNİ.....	IV
KISALTMALAR.....	V
TEŞEKKÜR.....	VI
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Kanser Tanımı Ve Epidemiyolojisi.....	6
2.2. Kanser Oluşum Mekanizmaları.....	6
2.3. Kanser Risk Faktörleri.....	7
2.4. Kanser ve Bakım Veren.....	9
2.5. Bakım Vermenin Olumsuz Etkileri.....	9
2.6. Bakım Vermenin Olumlu Etkileri.....	11
2.7. Kanser Hastasına Bakım Vermeyi Etkileyen Faktörler.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Tipi.....	14
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	14
3.4. Çalışma Materyali.....	15
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	15
3.6. Veri Toplama Araçları.....	15

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Formu.....	15
3.6.2. Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi.....	16
3.6.3. Rotterdam Semptom Kontrol Listesi.....	16
3.6.4. Karnofsky Performans Durum Ölçeği.....	17
3.6.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	18
3.6.6. Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği.....	18
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	19
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	20
3.10. Etik Kurul Onayı.....	20
4. BULGULAR.....	21
4.1. Hasta ve Bakım Verene Ait Tanımlayıcı Özellikler.....	21
4.2. Bakım Alan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Veren Tepkisine Etkisi.....	28
4.3. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Veren Tepkisine Etkisi.....	31
5. TARTIŞMA.....	36
5.1. Bakım Alan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Veren Tepkisine Etkisi.....	36
5.2. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Veren Tepkisine Etkisi.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
7. KAYNAKLAR.....	48
8. EKLER.....	58
8.1. Aydınlatılmış Onam Formu (Ek 1).....	58
8.2. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formları (Ek 2).....	59
8.3. Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi (Ek 3).....	61
8.4. Rotterdam Semptom Kontrol Listesi (Ek 4).....	63

8.5. Karnofsky Performans Durum Ölçeği (Ek 5).....	65
8.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 6).....	66
8.7. Bakım Veren Tepkilerini Değerlendirme Ölçeği (Ek 7).....	68
8.8. Ölçek Kullanım İzinleri (Ek 8)	70
8.9. Kurum İzni (Ek 9)	71
8.10. Etik Kurul Onayı (Ek 10).....	72
8.11. Özgeçmiş.....	74



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Bakım Alan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri.....	21
Tablo 2. Bakım Alan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri, Charlson Komorbidite Puanları ve Rotterdam Semptom Kontrol Listesi Alt Boyut Puanlarının İstatiksel Analizleri.....	23
Tablo 3. Bakım Veren Bireyin Tanımlayıcı Özellikleri.....	24
Tablo 4. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri, Charlson Komorbidite Puanları ve Bakım Veren Tepkilerini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanlarının İstatiksel Analizleri.....	26
Tablo 5. Bakım Veren Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puanların İstatistiksel Analizleri.....	27
Tablo 6. Bakım Alan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin İstatiksel Analizleri.....	28
Tablo 7. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Bakım Veren Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin İstatiksel Analizleri.....	31

KISALTMALAR

CRA: Caregiver Reaction Assessment Scale

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

IARC: International Agency For Research On Cancer

WHO: World Health Organization

RSLC: Rotterdam Semptom Checklist

HPV: Human Papilloma Virüsü

HBV: Hepatit B Virüsü

HCV: Hepatit C Virüsü

H. PYLORİ: Helicobacter Pylori

EBV: Epstein-Barr Virüsü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli danışman hocam

Sayın Prof. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ'YE,

Lisans ve yüksek lisans eğitimime katkıda bulunan ve yol gösteren değerli hocam

Sayın Doç. Dr. Özlem UĞUR'A,

Bilgi ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım

Doç. Dr. MURAT BEKTAŞ

Doç. Dr. BURCU AKPINAR SÖYLEMEZ'E,

Tezimin tamamlanmasına katkı sunan

Araş. Gör. Merve Aliye AKYOL

Araş. Gör. Bilgehan ÖZKAYA'YA

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM.

ÖZET

KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM VERME SÜRECİNE YÖNELİK TEPKİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Alev AKTAŞ

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı

alevaktas62@gmail.com

Amaç: Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecine yönelik tepkileri ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

Yöntem: Kesitsel tipteki araştırma, Şubat 2019-Temmuz 2019 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Gündüz Tedavi Merkezi'nde ayaktan tedavi alan kanser hastaları ve bakım veren 203 aile üyesi ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Sosyo-Demografik Özellikler Formu, Rotterdam Semptom Kontrol Listesi, Karnofsky Performans Durum Ölçeği, Charlson Komorbidite İndeksi, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Veren Tepkilerini Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler korelasyon, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü ANOVA testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastanın yaşı, rotterdam fiziksel ve psikolojik semptom puanı, rotterdam günlük yaşam aktiviteleri puanı, karnofsky performans durum puanı ve bakım veren bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, hastaya yakınlık derecesi, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, komorbid puanı, algılanan sosyal destek düzeyi ile bakım veren tepkisi ölçeği alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecinde yaşadıkları olumlu/olumsuz deneyimlerin ve etkileyen faktörlerin tanımlanması bu doğrultuda uygun girişimlerin planlanması hemşirenin önemli sorumluluğudur.

Anahtar Kelimeler: Kanser, bakım veren, bakım veren tepkisi.

ABSTRACT

EXAMINATION OF THE REACTIONS OF FAMILY MEMBERS WHO CARE FOR CANCER PATIENTS AND THE FACTORS AFFECTING THE CARE PROCESS

Alev AKTAŞ

Dokuz Eylül University Institute of Health Sciences, Department of Nursing

alevaktas62@gmail.com

Objective: Examination of the reactions of family members who care for cancer patients and the factors affecting the reaction.

Method: Cross-sectional type research, February 2019-July 2019 was conducted at Dokuz Eylül University Hospital daytime treatment center with 203 family members receiving outpatient treatment and caring for cancer patients. Socio-Demographic Characteristics Form, Rotterdam Symptom Checklist, Karnofsky Performance Status Scale, Charlson Comorbidity Index, Multidimensional Perceived Social Support Scale and Caregiver Reaction Assessment Scale were used in the data collection. The data were analyzed using the correlation, independent samples t test, and the one-way ANOVA test.

Findings: A statistically significant difference was found between with the all sub-dimensions of the scale and patients' age, rotterdam physical and psychological symptom score, rotterdam daily life activities score, karnofsky performance status score. At the same time there is statistically significant difference between carers' age, sex, marital status, education level, degree of closeness to the patient, working status, income level, chronic disease presence, comorbid score, perceived social support level and all sub-dimensions.

Conclusions: It is the important responsibility of the nurse to identify the positive/negative experiences of the family members who care for the cancer patient and the factors that affect them and planning appropriate initiatives in this direction.

Keywords: Cancer, caregiver, caregiver reaction assessment.

1.GİRİŞ VE AMAC

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biri olmasıyla beraber önemi giderek artan küresel sağlık sorunudur. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı verilerine göre 2018 yılında 18.1 milyon kanser vakasının olduğu ve kanser nedeniyle ölümlerin 9.6 milyona ulaştığı açıklanmıştır (IARC, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine bakıldığında ise ölüm nedenleri sıralamasında kanserin dünya genelinde ikinci sırada olduğu ve yaklaşık 6 ölümden 1'nin kansere bağlı gerçekleştiği bildirilmektedir (World Health Organization, 2018). Ülkemizde de benzer bir durum görülmektedir. TÜİK verilerine göre her 5 ölümden 1'i kanser nedeniyle gerçekleşmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2017). Küresel olarak kanser türlerinin çoğunun 50 yaş ve üzeri kişilerde görüldüğü ve dünya yaşlı nüfusunun artmasıyla beraber kanser oranlarının 2040 yılında 29.5 milyona ulaşması öngörülmektedir (IARC, 2018; Pilleron ve ark., 2018).

Kronik hastalıklar kategorisinde olan kanser, tedavi şekli ve hastalığın seyri nedeniyle hasta ve ailesinin yaşam şeklini ve kalitesini olumsuz etkilemektedir (Yıldız, 2016). Kanser hastaları, sadece hastalık sürecine bağlı değil, aynı zamanda kanser tedavisinin yan etkilerine bağlı olarak da pek çok sorun yaşamaktadırlar (Unsar, 2017; Seven, 2013; Given BA, 2001). Kanserli hastaların çoğunun fiziksel ve sosyal fonksiyonları etkilenmekte; tedavi sürecinde ağrı, yorgunluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal, kabızlık, kilo kaybı, ağızda kuruluk veya mukozit, tat değişiklikleri, ciltte değişiklikler, saç dökülmesi gibi birçok semptom ortaya çıkmaktadır. Ayrıca uyku düzensizlikleri, depresyon, anksiyete gibi psikolojik semptomlarda görülebilmektedir (Unsar,2017; Seven, 2013). Bu nedenlerden dolayı kanser hastaları, hastalık ve tedavilerinin takibi, semptom yönetimi, ilaç yönetimi, duygusal destek, kişisel bakım ve yardıma ihtiyaç duymaktadırlar (Given BA, 2001).

Kanser ve tedavisi yalnızca hastaları değil, bakım veren aile üyelerini de etkilemektedir (Leseure, 2015). Kanser tanısı konmuş hastasına bakım veren aile üyeleri bakım sürecinde fiziksel, psikososyal ve ekonomik zorluklarla karşı karşıya kalabilmektedirler (Leseure, 2015; Girgis, 2013). Kanser tanısı ve tedavi süreci, prognozu, uygulanan tedavi protokollerinin başarısızlığı veya hastalığın nüksetmesi gibi belirsizliklerin verdiği korku aile üyeleri için büyük stres kaynağı olabilmektedir (Wozniak, 2014). Yapılan bazı çalışmalar, kanser tanısının olumsuz etkilerinin hastalara göre aile üyelerinde daha fazla olduğunu belirtmekte ve hastanın

fonksiyonel durumu azaldıkça bakım verenin anksiyete, stres, depresyon ve fiziksel yorgunluk düzeyinin arttığını göstermektedir (Johansen ve ark., 2018; Harris ve ark. 2017; Shaffer ve ark., 2016; Lambert ve ark., 2013).

Bakım veren bireylerin, bakım verme sürecine yönelik tepkileri bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir (Yıldız, 2015). Kanserli hastaya bakım verenlerin hastalığa psikolojik uyumlarını; bakım verenin yaşı, cinsiyeti, hastaya yakınlık derecesi, bakım verdiği süre, hastanın tanısı, hastalığın evresi ve semptomları etkileyebilmektedir. Bakım veren tepkisini bakım verme görevini algılama, bakım verme ortamı, bakım verenin karakteristik özellikleri, bakım verenin sosyo-demografik ve psiko-sosyal özellikleri, algılanan sosyal destek durumu, sunduğu bakımın tipi, hastasının fonksiyonel durumu ve bakım veren ile hasta arasındaki ilişkinin etkilediği belirtilmektedir (Öztürk Kaynar, 2018; Akyar ve ark., 2017; Harris ve ark., 2017; Maguire ve ark., 2016; Cobb ve ark., 2016; Yalçın, 2015).

Bakım verenler kendi ihtiyaçları ile bakım rolünün sorumlulukları arasında denge sağlamaya ihtiyaç duymaktadırlar (Al-Jauissy MS, 2010). Bireylerin ihtiyaçlarına ve beklentilerine önem vermek hem hastaların hem de bakım veren bireylerin yaşam kalitelerinin korunmasında büyük önem taşımaktadır (Yıldız, 2016). Hasta ve ailesinin yaşam kalitesini etkileyen ve bir diğer değişken olan sosyal destek; bakım veren bireyin aile üyelerinden, arkadaşlarından ve önemli diğer kişilerden aldığı psikolojik destek olarak tanımlanmaktadır (Warapornmongkholkul ve ark., 2017).

Kanser hastasına bakım verme sorumluluğu olumsuz etkilerin yanında bakım veren birey üzerinde olumlu etkilerin ve deneyimlerin yaşanmasına da yol açmaktadır. Bakım verme rolü ile beraber sevgi, samimiyet duygularının arttığı, sosyal desteğin ve kişiler arası ilişkilerin anlam bulduğu, kişinin kendisine olan saygısının ve kişisel gelişiminin arttığı belirtilmektedir (Orak, 2015).

Ülkemizde Bahar ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA) bakım verenlerin tepkilerini değerlendirmek ve kronik hastalıklarda bakım veren yükünün artmasına bağlı bakım verenlerin, bakım verme sürecine yönelik gösterdiği tepkileri belirlemek amacı ile geliştirilmiştir (Given CW, 1992). Bakım veren tepkilerini olumlu/olumsuz ölçen ve kapsamlı şekilde değerlendiren bir ölçektir. Ölçek bakım veren birey için planlamada bozulma, finansal sorunlar, aile desteği eksikliği, sağlık sorunları ve öz saygı alt boyutlarını içermektedir.

Bu çalışma ile kanser tanısı almış hastalara bakım sunan aile üyelerinin kanser tanısı ve tedavisine ilişkin tepkileri ve etkileyen faktörlerin neler olduğunun incelenmesi amaçlanmaktadır.

Literatürde kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin tepkilerini değerlendiren çalışmalar olmakla beraber (Petrinec ve ark., 2017; Applebaum ve ark., 2016; Albright D, 2015; Yang ve ark., 2013), ülkemizde kanser hastalarının tepkilerini değerlendirmeye yönelik çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışma ile bu alandaki gereksinimlerin karşılanması hedeflenmiştir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecine yönelik tepkileri ve bu tepkileri etkileyen faktörlerin incelenmesi.

1.3.Araştırma soruları

- Bakım alan hastanın sosyo-demografik özellikleri bakım veren tepkisini etkiler mi?
- Bakım veren bireylerin sosyo-demografik özellikleri bakım veren tepkisini etkiler mi?
- Bakım alan hastanın fiziksel ve psikolojik semptomları bakım veren tepkisini etkiler mi?
- Hastanın günlük yaşam aktiviteleri puanı ile bakım veren tepkisi arasında ilişki var mıdır?
- Hastanın yaşam kalitesi puanı ile bakım veren tepkisi arasında ilişki var mıdır?
- Hastanın Karnofsky Performans Durumu ölçek puanı ile bakım veren tepkisi arasında ilişki var mıdır?
- Hasta/bakım veren birey komorbid puanıyla bakım veren tepkisi arasında ilişki var mıdır?
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı ve bakım veren tepkisi arasında ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Tanımı Ve Epidemiyolojisi

Çağımızın önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser, anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve yayılması ile karakterize bir hastalıktır (American Cancer Society, 2019). Latince yengeç anlamına gelen ‘‘carcinus’’ kelimesinden köken alan kanser terimi ilk defa MÖ. 3.yüzyılda Hipokrat tarafından damarlanmaların yengeç bacaklarına benzetilmesi sonucu kullanılmıştır (Topi ve ark., 2020).

Dünyada kanser nedeniyle gerçekleşen ölümlerin yaklaşık %70’i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmekteyken en yaygın rastlanılan kanser türlerinin ise akciğer, meme, kolorektal, prostat ve mide kanserleri olduğu bildirilmiştir. Ölümlerin en fazla gerçekleştiği ve prognozu kötü olan kanser sıralamasında ise akciğer, kolorektal, mide, karaciğer ve meme kanserlerinin olduğu bildirilmiştir. Dünyada her 5 erkek ve 6 kadından biri kanser ile yaşamakta iken 8 erkek ve 11 kadından biri ise kanser sebebiyle ölmektedir (WHO, 2018). Ülkemizde ölüm sıralaması istatistiklerine bakıldığında dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer alırken kötü huylu tümör hastalıkları ise ikinci sırada yer almaktadır (TUIK, 2018).

2.2.Kanser Oluşum Mekanizmaları

Normal bir hücrede büyüme, bölünme ve apoptozis aşamalarını takip eden yönetim ve denetim mekanizmaları vardır. Hücrenin yaşamını sürdürmesi veya son vermesi bu mekanizmalar ile gerçekleşmektedir. Mekanizmaların devre dışı kalması sonucunda kontrolsüz çoğalma ve karsinogenez görülmektedir (Beerenwinkel ve ark., 2007). Kanser, ortak özellikleri hücre büyümesindeki düzensizlik olan çok sayıda hastalığı kapsamaktadır. Büyük bölümü edinsel ve çevresel travmalara bağlı gelişen DNA mutasyonlarının sebep olduğu genetik bir hastalıktır. Genetik değişikliklerin kalıtsal olması ve bölünmesi sonucu yavru hücreler meydana gelmektedir. Meydana gelen hücreler çevresindeki dokuları infiltre, invaze ve tahrip ederek metastaz yeteneği kazanmaktadır (Kumar V, 2013).

2.3. Kanser Risk Faktörleri

Kanserin nedeni tam olarak bilinmemekle beraber değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörlerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Kanserde genetik, yaş, tütün kullanımı, aşırı alkol tüketimi, beslenme ve diyet, obezite, kimyasal maddeler, iyonize radyasyon, ultraviyole ışınlar ve bulaşıcı hastalıklar, (human papilloma virüsü (HPV), hepatit B ve C virüsü (HBV/HCV), helicobacter pylori (H. Pylori)) risk faktörlerini oluşturmaktadır (American Cancer Society; National Cancer Institute).

Genetik: Genetik faktörler yoluyla kanserin oluşma olasılığı %5-10 arasındadır ve çevresel faktörlere oranla daha azdır. Tümör baskılayıcı genlerdeki bozukluğun çevresel faktörler ile desteklenmesi sonucu kansere yatkınlık artmaktadır. Özellikle lösemilerin ve bazı çocukluk çağı tümörlerin (Retinoblastoma, Wilms tümörü) genetik özellik gösterdiği bilinmektedir (Şamkar ve ark., 2016; Persans 2011; National Cancer Institute).

Yaş: Kansere her yaşta ortaya çıkmakla beraber özellikle ileri yaş risk faktörleri arasında yer almaktadır. Ortalama kanser yaşı 66 iken bu değer bazı kanser türlerinde farklılık gösterebilmektedir. Osteosarkom ve lösemi gibi kanser türleri daha çok 20 yaş altında görülürken; meme, kolorektal, akciğer ve prostat kanserleri 60 yaş ve üzerinde görülmektedir (Wu ve ark., 2018; National Cancer Institute).

Tütün Kullanımı: Kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biri olarak yer almaktadır. Tütün ürünleri kullanan ve dumanına maruz kalan kişilerde kimyasallara maruziyet sonucu kanser riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Tütün kullanımının akciğer, larenks, ağız, özofagus, mesane, böbrek, karaciğer, mide, pankreas, kolon, rektum, serviks ve akut miyeloid lösemi olmak üzere birçok kanser türüne neden olduğu belirtilmektedir. Dumansız tütün (tütün çiğnemek) kullanımının ise ağız, özofagus ve pankreas kanseri riskini artırdığı belirtilmektedir (National Cancer Institute).

Alkol: Alkolün kanser üzerindeki etkisi tam olarak açıklanamamakla birlikte epidemiyolojik çalışmalar alkolün ağız, orofarenks, larinks, özofagus, karaciğer, kolon, rektum ve meme kanserine neden olduğu ve dünya çapında görülen tüm kanser türlerinin %5.8'inin alkol nedeniyle meydana geldiği bildirilmektedir. Düzenli olarak uzun yıllar tüketilen alkolün kanser gelişim riski ile orantılı olduğu ve ne kadar çok alkol tüketilirse riskin o kadar fazla olduğu bildirilmiştir (National Cancer Institute; Connor J, 2016).

Beslenme ve Diyet: Besinlerin kanserden koruyucu özelliklerinin yanında kanser yapma riski yüksek olanlarda yer almaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenme, obezite gibi yanlış beslenme tercihlerinin kanser riskini arttırdığı bildirilmektedir. Dünya çapında en çok görülen kanserlerin üçüncüsü olan kolorektal kanserlerin %60'nın beslenme kaynaklı olduğu bildirilmektedir (Farinetti ve ark., 2017; Peisch ve ark., 2016).

Obezite: Aşırı kilolu olma ve vücut yağının sağlıksız dağılımı olarak tanımlanmaktadır. Beden kitle indeksinin 30 üzerinde olması obez, 40 üzerinde olması ise morbid obez olarak sınıflandırılmaktadır (National Heart, Lung And Blood Institute; National Cancer Institute). Obezite insülin salınımı, büyüme faktörleri, cinsiyet hormonları ve leptin seviyelerinde artışa neden olurken adinopektin seviyelerinde azalmaya neden olarak karsinogeneze yol açmaktadır (Urhan, 2017).

Kimyasal Maddeler: Kimyasallara maruziyet sonucu pek çok meslek hastalığı görülebilmektedir. Kimya sanayisinde çalışanlarda akciğer, mesane ve karaciğer kanseri sık görülürken, petrol endüstrisinde çalışanlarda skrotum ve deri kanseri, metal endüstrisinde ise sıklıkla akciğer kanseri görülmektedir (Tarım M, 2017). Ayrıca yapılan çalışmalar asbeste maruz kalmanın akciğer kanserine neden olduğunu bildirmektedir (Ak ve ark., 2017; American Cancer Society)

İyonize Radyasyon: X ve gama ışını ile alfa, beta ve nötron partiküllerinden oluşan iyonize radyasyonun insan vücudunda sistem, doku, hücrel ve moleküler yapılarda olumsuz etkilere neden olduğu bildirilmektedir (Coşkun, 2011).

Ultraviyole Işımlar: DNA hasarı yaparak cilt kanserine neden olmaktadır. Ozon tabakasının giderek incilmesi ile beraber daha fazla UV ışınlarına maruz kalınmakta ve bu maruziyet sonucu cilt kanserlerinde risk unsurunun artmasına neden olmaktadır (Sümen, 2018).

Bulaşıcı Hastalıklar: Virüs, bakteri ve parazit gibi bazı bulaşıcı ajanlar kansere neden olabilir veya kanser oluşma riskini arttırabilir. Bazı enfeksiyonlar ise immün sistemi zayıflatarak vücudun savunma sistemini zayıflatırlar. Epstein-Barr Virüsü (EBV) bazı lenfoma türlerine neden olurken, Hepatit B/C Virüsü (HBV ve HCV) karaciğer kanseri ve Human Papilloma Virüsleri (HPV) servikal kanserlere neden olabilmektedir (National Cancer Institute).

2.4.Kanser ve Bakım Veren

Kanser kronik bir hastalık olmakla beraber tüm yaş gruplarında görülebilen, mortalite ve morbiditenin yüksek olduğu önemli bir sağlık sorunudur. Tanı alan hasta ve bakım veren bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, kişiyi başkasına bağımlı kılabilir (Tamayo ve ark., 2010).

Farklı kanser türlerine sahip hastalar ayaktan veya yatarak tedavi almakla birlikte bakım veren bireylere ihtiyaç duyarlar. Son zamanlarda tedavilerin daha da artması ve sağ kalım süresinin uzaması ile beraber hastanede kalış süreleri kısalmakta, primer bakım verenlerin evde hasta yönetimi artmakta ve artan bakım sorumluluğu beraberinde güçlükleri de getirmektedir (Tamayo ve ark., 2010; Uğur, 2006). Bazı hastaların tedavileri aylar sürerken bazılarının yıllar boyunca devam edebilmektedir. Sürekli bakım ve destek sunmaları gereken aile üyeleri hastalarına yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadan bakım verme rolünü üstlenmek zorunda kalabilmekte, hastalık ve tedavi sürecinde yaşanan güçlükler bakım veren tepkisini etkileyebilmektedir. Özellikle ileri evre kanser hastalarında artan semptomlar ve kötüleşen fiziksel durum ile daha da artan bakım yükü bakım veren tepkilerini doğurmaktadır (Henriksson, 2013; Northouse ve ark., 2012; Given ve ark., 2012; Given ve ark., 2011). Bakım veren aile üyeleri hastaların günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmak ve sosyal destek sunmak da dahil olmak üzere kanser tedavisi alan hastalara temel destek sağlarlar (Mollika ve ark., 2017). Tanı ve tedavi sürecinin zorlukları dışında yakınına bakım vermenin verdiği ağır yük ile bakım veren birçok güçlük yaşamaktadır. Bakım veren bireylerin güçlük yaşamasını yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma, gelir düzeyi, eğitim, hastanın tanısı, hastalığın evresi, tanı aldığı süre ve bakım verme süresi, hastanın yaşadığı semptomlar, kişisel ve sosyal destek kaynakları ve hastalık hakkındaki bilgi durumu gibi faktörler etkileyebilmektedir (Pınar ve ark., 2012; Türkoğlu, 2012).

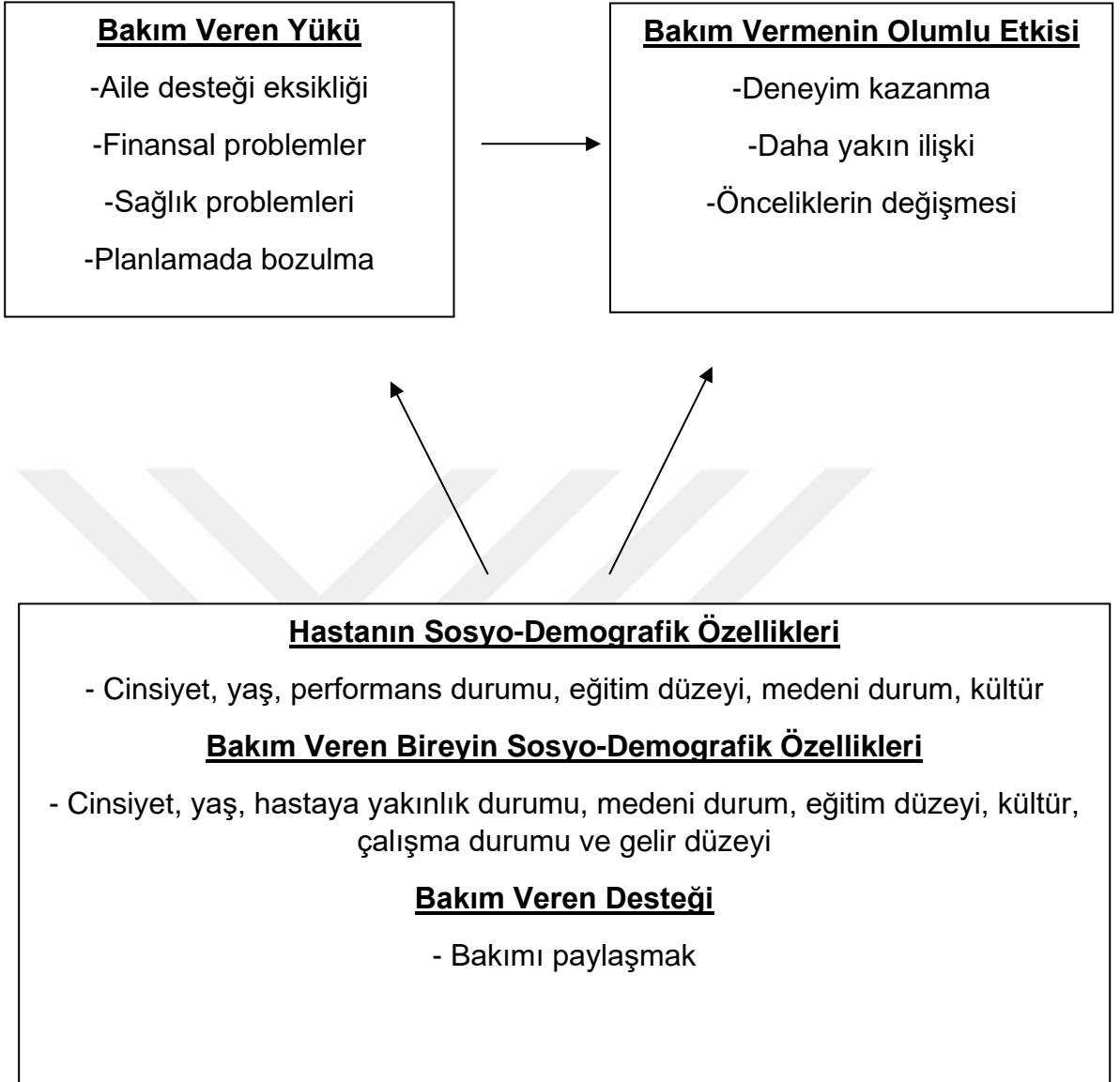
2.5.Bakım Vermenin Olumsuz Etkileri

Kanserli hastaya bakım verme süreciyle beraber bakım veren aile üyelerini de birtakım sorumluluklar beklemektedir. Kanserli hastanın tedavi süresince yanında olmak; fiziksel, psikolojik ve tıbbi ihtiyaçlarını karşılamak, duygusal destek sunmak ve bakımı koordine etmek gibi başlıca görevleri beraberinde getirmektedir. Kanser hastası ve bakım veren beklemedikleri anda karşılaştıkları hastalık durumundan ötürü anksiyete yaşayabilmekte, bakım rolünü tam

olarak üstlenememekte ve yaşadıkları belirsizlik nedeniyle çaresizlik yaşayabilmektedirler (Zarit, 2004; Eicher, 1993).

Aile üyeleri bakım vermede en önemli rolü üstlenmekte ve hastalık süreci ile beraber şartların ve koşulların değişmesi sonucunda bu roller zorlaşabilmektedir. Bakım veren rolünü üstlenmek planlanan ve seçilen bir durum olmamakla beraber durum ortaya çıktıktan sonra hastalığın seyri ve bakım veren rolü şekillenmektedir (Zarit, 2004; Eicher, 1993). Kanser hastalarının bakımının birçoğunu bakım verenler üstlenmektedir. Hastalığın evresi, prognozu, tedavi seçenekleri, ortaya çıkacak semptomların ve hastalığın nüks etme korkusuna kadar pek çok faktör kanser tedavisinin tanıdan yaşamın sonuna kadar olan bakım veren rollerini belirlemektedir (Given ve ark., 2012).

Bakım verme sorumluluklarının artması ve uzun süre devam etmesiyle beraber bakım verenin iş, aile hayatı ve sosyal yaşamında talepler artmakta ve tüm bu çatışmalar bakım verenin fiziksel, psikolojik, finansal ve sosyal tepkiler yaşamasına neden olmakla beraber bakım veren yükünü ortaya koymaktadır (Atagün ve ark., 2011). Algılanan kanser yükü bakıcıların rollerini ve sorumluluklarını belirleyebilmekte ve hastalık karşısındaki tepkilerinin derecesini ortaya koymaktadır. Kendilerini bakıma hazır hissetmeyen bakım verenlerde daha yüksek depresyon, anksiyete ve suçluluk gibi durumlar görülebilirken, bakım verme sorumluluğunun fazla yüklendiği bireylerde bakım verme stresi, aile desteği eksikliği ve finansal sorunların olduğu belirtilmiştir (Johansen ve ark., 2018; Trevino ve ark., 2018; Deshields ve ark., 2012).



(Park ve ark., 2012).

2.6. Bakım Vermenin Olumlu Etkileri

Bakım verme deneyimi olumsuz etkilerinin yanı sıra olumlu etkiler de içermektedir. Çok boyutlu algılanan bakım verme deneyimi sevgi, içtenlik, güven ve kişisel deneyimin artması, kendine saygı duyma, sosyal destek alma, kişisel doyum sağlama gibi deneyimler sayesinde anlam bulmaktadır (Nijboer ve ark., 2000).

Kanser tanısının konmasıyla beraber birçok bakım veren bireyin korku ve depresyon yaşadığı ancak kanserli birine bakım vermenin olumlu kazanımları da beraberinde getirdiği

literatürde belirtilmiştir. Bakım verenlerin hastalarıyla geçirdikleri duygusal zamanın çok değerli olduğu ve sevginin karşılıklı anlam bulduğu, bakım verenlerin bakım veren rolünü üstlenmeleriyle benlik saygılarının arttığı ve huzur buldukları, sorunları keşfetme ve çözme yeteneklerinin arttığı belirtilmiştir (Girgis ve ark., 2012; Park ve ark., 2010).

2.7. Kanser Hastasına Bakım Vermeyi Etkileyen Faktörler

Bakım verme; fiziksel, duygusal ve finansal destek sunmanın yanında bilgi, beceri ve sosyal destek gibi kaynakların yetersizliği ile karşı karşıya kalınan zor bir süreçtir. Kanser hastalığı olan bireylere bakım verenler, bakım ve destek sağlama konusunda hayati rol oynamaktadır (Yuen ve ark., 2016). Bakım veren, bakım sunduğu hastası ile beraber yaşamak durumunda kalan ve zamanının çoğunu bakım verdiği hastasının temel ihtiyaçlarını karşılamaya adanmış, tıbbi bakımını, hastane işlerini yürütüp, tedavilerini takip eden, hastalık ve bakım sürecinde önemli rol oynayan birey olarak tanımlanmaktadır (Dökmen Z.Y, 2012). Çalışmalar bakım verme rolünün anksiyete ve depresyon düzeyini artırarak bakım verenlerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini belirtmektedir. Bakım sürecine bağlı artan stresin enflamatuvar değişikliklere neden olmakla birlikte bakım veren morbidite ve mortalite riskini de arttırdığı belirtilmektedir (Geng ve ark., 2018). Ancak tüm bunların yanında bakım yükü bakım veren/hasta özelliklerine göre ve ne derece algılandığına bağlı olarak değişebilmektedir (Öztürk Kaynar, 2018).

Kültür: Manevi ve dini değerler, güçlü aile bağları kültürün parçaları olmakla birlikte motivasyonun önemli kaynaklarını oluşturmaktadır (Kristanti ve ark., 2019). Hastalık yalnızca bedenin yapısını ve işlevlerini bozarak fiziksel semptomlara neden olmamakla birlikte kişinin ailesel, çevresel, sosyal, psikolojik ve manevi yaşamına da etki ettiği belirtilmiştir (Otuzoğlu, 2020). Kanseri anlama, yaşama ve hastalıklarla başetme de kültürel farklılıklar olduğu belirtilmektedir. Etkili bakım sağlamak, hasta ve hasta yakınlarını anlayabilmek için kültürel etkilerin farkında olmak büyük önem taşımaktadır (Taylor, 2001).

Cinsiyet: Kadın ve erkek arasındaki cinsiyet farklılıkları, fırsat ve sorumlulukların eşitsiz dağılımı nedeniyle bakım verme rolü kadının görevi olarak algılanmaktadır. Bakım rolünün genellikle kadına yüklenmesi neticesinde kadınların daha fazla bakım yükü yaşadıkları ve olumsuz etkilerini erkek cinsiyete göre daha fazla deneyimledikleri belirtilmiştir (Swinkels ve ark., 2019).

Eğitim Düzeyi: Yakını kanser tedavisi gören bakım verenler, ilk defa kaşılaştıkları protokol ve prosedürler karşısında anksiyete yaşayabilmektedir. Hasta yakınları bilgiye erişim ve bilginin sentezi konusunda güçlükler yaşamakta ve bakım verme deneyiminde olumsuz etkilenebilmektedir (Matsuyama ve ark., 2011). Eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin

karşılaştıkları sorunlar karşısında etkin baş edemedikleri ve etkin bakım sağlayamadıkları bu nedenle bakım yüklerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Öztürk Kaynar, 2018).

Sosyo-Ekonomik Durum: Herhangi bir ücret almadan bakım verme sürecini üstlenen ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmek için çabalayan kişiler genellikle hasta yakınlarıdır (Işıkhani V, 2018). Gelir durumu düşük olan bakım verenlerin finansal endişelerinin yüksek olduğu ve çoğu zaman bakım verme rolü nedeniyle işlerini bırakmak zorunda kaldıkları belirtilmiştir (Jeong ve ark., 2015). Düşük gelir düzeyinin bakım veren üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği yapılan çalışmalarla da desteklenmiştir (Tsai ve ark., 2018; Jeong ve ark., 2015). Öztürk Kaynar (2018)'ın kolorektal kanserli hastaların bakım verenlerinde yaptıkları bir çalışmada kolostomi için kullanılan malzemelerin çoğu zaman bakım veren tarafından temin edilmek zorunda kaldığı ve ekonomik olarak bakım vereni etkilediği belirtilmiştir.

Sosyal Destek: Kanser hastaları ve bakım veren aile bireylerinin fiziksel gereksinimlerinin ötesinde psikolojik ve sosyal sorunlarının da var olduğu ve bakım vermeye sosyal destek arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Jeong, 2017). Hastasına bakım veren bireylerin, arkadaşları ve yakınları tarafından yalnız olmadıklarını hissetmelerinin bakım verme deneyimini olumlu etkilediği belirtilmektedir (Jeong, 2017; Dökmen, 2012).

3.GEREC ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecine yönelik tepkilerini ve bu tepkileri etkileyen faktörlerin neler olduğunun incelenmesi amacıyla kesitsel tipte bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma literatür taraması ile Haziran 2018'de başlamış, Temmuz 2020'de tez savunma ile sonuçlanmıştır. Araştırmanın veri toplama kısmı, Şubat-Temmuz 2019 tarihlerinde İzmir ili Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Gündüz Tedavi Merkezi'nde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

G-Power 3.0.1 programında etki büyüklüğü 0.15 (orta etki büyüklüğü), %80 güç ve 0.05 anlamlılık düzeyi ile hesaplanan güç analizinde gerekli olan örneklem büyüklüğü 184 olarak saptanmıştır. Bununla beraber %10 kayıp göz önünde bulundurularak 203 kişinin çalışmanın örneklemine oluşturmasına karar verilmiştir. Çalışmanın örneklemine, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uygun olan bakım verenler oluşturmuştur.

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

- Aile üyesi olmak
- Hasta ile yaşıyor olmak
- 18 yaş üstü olmak
- En az üç aydır bakım veriyor olmak
- Mental sorunu olmamak
- İletişim kurma güçlüğü olmaması
- Çalışmaya katılmayı kabul etme

Örneklem Dışlama Kriterleri

- Primer bakım veren olmamak
- Çalışmaya katılmayı reddetmek
- Çalışmaya katılmaktan vazgeçme

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmada veri toplama anketleri dışında materyal kullanılmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Bakım Veren Tepkilerini Değerlendirme Ölçeği alt boyut puanları.

Bağımsız Değişken: Sosyo-Demografik Özellikler Formu (hastanın; yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, tanısı, aldığı tedavi türleri, ne kadar süredir tedavi gördüğü, başka kronik hastalık varlığı, Charlson Komorbidite Puanı/ bakım verenin; cinsiyeti, yaşı, medeni durum, eğitim düzeyi, hastaya yakınlık derecesi, çalışma durumu ve aylık geliri, ne kadar süredir bakım verdiği, kronik hastalık varlığı, Charlson Komorbidite Puanı), hastanın fiziksel-psikolojik semptom puanı, günlük yaşam aktivitesi puanı, yaşam kalitesi puanı, Karnofsky Performans Durum Puanı ve bakım verenin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek toplam puanı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışma verileri; Sosyo-Demografik Özellikler Formu, Rotterdam Semptom Kontrol Listesi, Karnofsky Performans Durum Ölçeği, Charlson Komorbidite İndeksi, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçekleri ile Bakım Veren Tepkilerini Değerlendirme Ölçeği kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle elde edilmiştir. Verilerin toplanması her hasta ve bakım veren birey için ayrı ayrı görüşmeler şeklinde olup, ortalama 15 dakika olmak üzere toplamda 30 dakika sürmüştür.

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Formu

Kanser hastaları ve bakım sunan aile üyelerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veri toplamak amacı ile düzenlenen bilgi formudur. Form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bakım alan hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, tanısı ve evresi, tanı aldığı yıl, aldığı tedavi türleri, tedavi süresi, kanser dışında kronik hastalığının olup olmaması durumu, sürekli kullandığı ilaçlar, hastanın fiziksel/psikolojik semptom puanı ve günlük yaşam aktiviteleri puanı hakkında soruları içermektedir. İkinci bölüm bakım sunan aile üyesinin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, hastaya yakınlık derecesi, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir düzeyi, ne kadar süredir hastaya bakım verdiği ve bakım verenin sağlık durumu ile ilgili soruları içermektedir. Çalışma formu literatür taranarak hazırlanmıştır (Bahar ve ark., 2017; Bolol ve ark., 2017; Özkan, 2017).

3.6.2. Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi

Charlson Komorbidite İndeksi, 1987 yılında Mary Charlson ve arkadaşları tarafında birden fazla komorbidi olan hastalarda 1 yıllık mortalite risklerini tahmin etmek için geliştirilen ve kronik hastalık popülasyonlarında yaygın olarak kullanılan bir skorlama sistemidir. 19 maddeden oluşan indeks yalnızca kansere bağlı olmayıp eşlik eden başka kronik hastalıkların puanlandırılması ve varolan mevcut komorbid puanların toplanması sonucu elde edilen skora ilave olarak 40 yaş üzeri her 10 yıla +1 puan eklenerek toplam skorun elde edildiği bir skorlama sistemidir. Mortalite riski ve hastalık şiddetine bağlı olarak komorbite puanları 1 ile 6 puan arasında değişmekte olup; indekste maksimum skor 37, minimum skor ise 0 puan olarak hesaplanmaktadır. Yaşa bağlı olarak modifiye edilen indekste; 50-59 yaşa 1 puan, 60-69 yaşa 2 puan, 70-79 yaşa 3 puan, 80-89 yaşa 4 puan ve 90-99 yaşa 5 puan şeklinde hesaplanmaktadır. Sonuç olarak toplam skor (komorbidite+yaş) elde edilmektedir (Santos ve ark., 2018; Kiderlen ve ark., 2014; Zavascki, 2007; Extermann, 2000; Charlson ve ark., 1987).

3.6.3. Rotterdam Semptom Kontrol Listesi (Rotterdam Symptom Checklist)

Kanser hastalarının ifade ettiği semptomları değerlendirmek amacı ile De Haes ve ark. tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. 39 maddeden oluşan ölçek 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Kanser tedavisinin neden olduğu fiziksel semptomları değerlendiren fiziksel semptom rahatsızlığı alt boyutu (23 madde), psikolojik durum değişikliklerini değerlendiren psikolojik rahatsızlık alt boyutu (7 madde), günlük yaşam aktivitelerini değerlendiren aktivite düzeyi alt boyutu (8 madde) ve son bir hafta içindeki yaşam kalitesini değerlendiren yaşam kalitesi alt boyutu (1 madde) olmak üzere dört alt boyuta ayrılmaktadır. Fiziksel semptom rahatsızlığı ve psikolojik rahatsızlık alt boyutları altında bulunan maddeler ‘‘Hiç: 0 puan, Biraz: 1 puan, Oldukça: 2 puan, Çok Fazla: 3 puan’’ verilerek değerlendirilir. Aktivite düzeyi alt boyutu altında bulunan maddeler ‘‘Yapamıyorum: 0 puan, Yardımla Yapıyorum: 1 puan, Yardımla Yapıyorum/Fazla Zorlanıyorum: 2 puan, Yardımsız Yapıyorum: 3 puan’’ verilerek değerlendirilmekte ve yaşam kalitesi alt boyutu da çok iyi ile çok kötü arasında değişen 7 ayrı ifade kullanılarak değerlendirilmekte. Ölçek toplam puan ortalaması olmamakla birlikte alt boyut puan ortalamaları ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda fiziksel semptom toplam puan ortalaması (23 madde) 0-69, psikolojik semptom toplam puan ortalaması (7 madde) 0-21, Günlük yaşam aktiviteleri toplam puan ortalaması (8 madde) 0-24 puan arasında değişmekte iken yaşam kalitesi puanı ise (1 madde) 1-7 arasında bir değer almaktadır. Fiziksel

semptom, psikolojik semptom ve yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalamalarında yüksek puan hastaların olumsuz etkilendiğini gösterirken, günlük yaşam aktiviteleri alt boyutunda ise puan artışı hastanın fonksiyonel olarak iyi durumda olduğunu göstermektedir (Can, 2001).

Türkiye’de meme kanserli hastalarda geçerlik ve güvenilirliği Can tarafından yapılan Rotterdam Semptom Kontrol Listesinin fiziksel semptom alt boyut alfa değeri 0.75, psikolojik semptom alt boyut alfa değeri 0.79, aktivite düzeyi alt boyut alfa değeri 0.65 olarak bildirilmiştir (Can, 2001).

3.6.4. Karnofsky Performans Durum Ölçeği

Kanser hastalarının fonksiyonel durumunu ölçmek amacıyla Dr. Joseph H. Burchenal ile Dr. David A Karnofsky tarafından 1948 yılında geliştirilmiştir. Hastanın durumunu değerlendiren ölçek ‘‘0-100’’ arası puanlanmakta ve ölçek puanının artması bireyin fonksiyonel kapasitesinin arttığını göstermektedir.

100%- Normal yakınması yok, semptom yok.

90%- Normal aktivitesini sürdürebilir, hastalığın birkaç semptom veya bulgusu olabilir.

80%- Bazı zorluklarla beraber normal aktivitesini sürdürür, hastalığın minör bulgu ve belirtisi var.

70% -Kendine bakabilir, normal aktivite ve işini yapamaz.

60% -Gereksinimlerini karşılayabilir, nadir yardım gerekir biraz yardıma ihtiyaç duyar.

50%- Sıkça yardım ve tıbbi bakım gerekir.

40%- Özel bakım ve yardım gerekir.

30%- Hastane bakımı gerektirecek derecede sakat fakat ölüm riski yoktur.

20%- Çok hasta, hastanede aktif destek tedavisi gereksinimi vardır.

10%- Ölmek üzere.

0%- Ölüm

(Blagden ve ark., 2003; Karnofsky ve ark., 1948).

3.6.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Eker ile Arkar'ın Türkçeye çevirdiği ölçek, sosyal desteğin sağlıkla ilişkisinin araştırılması amacıyla Zimet ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (Zimet ve ark., 1988). Psikometrik özelliklerin değerlendirildiği toplam 12 maddelik ölçek, her biri 4 maddeden oluşan destek kaynağına ilişkin 3 grubu içermektedir. Bunlar; aile, arkadaş, özel insan olarak ayrılmaktadır. Her madde 7 aralıklı ölçek kullanılarak derecelendirilmektedir. Çalışmada, her alt ölçekteki dört madde puanlarının toplanması ile alt ölçek puanlarının elde edilip, tüm alt ölçek puanlarının toplanması ile ise ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçeğin alt boyut puanlarının '4-15' arasında olması algılanan sosyal desteğin olumsuz olduğunu ifade ederken, '17-28' arasında olması algılanan sosyal desteğin olumlu olduğunu ifade etmektedir. Ölçek toplam puan ortalamasında ise '12-47' puan arası sosyal desteğin olumsuz olduğunu, '49-84' puan arası algılanan sosyal desteğin olumlu olduğunu ifade etmektedir. Eker ile Arkar tarafından yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmalarında ölçek cronbach alfa değeri her üç örnekleme (aile, arkadaş, özel bir insan) 0.80 ile 0.95 arasında değişmektedir (Eker ve ark., 2001).

3.6.6. Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği

Kronik hastalıklarda bakım veren yükünün artmasına bağlı, bakım verenlerin tepkilerini değerlendirmek amacı ile 1992 yılında Given ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Given ve ark., 1992). Ülkemizde Bahar ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan Caregiver Reaction Assessment Scale, 5 alt boyut olmak üzere 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt başlıkları; bakım veren birey için planlamada bozulma, finansal sorunlar, aile desteği eksikliği, sağlık sorunları ve öz saygıyı içermektedir. Bu alt ölçeklerden öz saygı alt boyutu (7 madde) bakım vermenin olumlu yönlerini değerlendirirken, planlamada bozulma (5 madde), finansal sorunlar (3 madde), aile desteği eksikliği (5 madde), sağlık sorunları (4 madde) alt boyutları ise bakım vermenin olumsuz yönlerini değerlendirmektedir.

Her madde likert tipi ölçek kullanılarak 1 ile 5 arası (1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum) puanlama yapılarak hesaplanmaktadır. Puanlama her bir alt ölçek için toplam puanların ortalaması alınarak hesaplanır. Ölçekte; finansal sorunları değerlendiren 3. madde, öz saygıyı değerlendiren 7. madde, aile desteği eksikliğini değerlendiren 13. madde, sağlık sorunlarını değerlendiren 15. ve 19. maddeler ters puanlama yapılarak alt boyut puan ortalamaları hesaplanmaktadır. Öz saygıyı

değerlendiren alt ölçek dışındaki diğer ölçekler için yüksek puan bakım verenin negatif açıdan etkilendiğini ve bakım yükünün yüksek olduğunu göstermektedir. Öz saygı alt ölçeği için ise yüksek puan yüksek benlik saygısını ifade etmektedir (Given ve ark., 1992).

Türkiye’de kronik hastalıklarda bakım veren tepkilerini değerlendirmeye yönelik yapılan Geçerlik güvenirlik çalışmalarında ölçek cronbach alfa değeri toplam ölçek için 0.81 olarak belirlenmiştir (Bahar ve ark., 2017).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Literatür Taraması ve Konunun Belirlenmesi	Haziran-Kasım 2018
Kurum İzni Alma	Aralık 2018
Etik Kurul Onayı Alma	Şubat 2019
Verilerin Toplanması	Şubat-Temmuz 2019
Verilerin Girilmesi ve Analizi	Ekim-Kasım 2019
Tez Yazım Süreci ve Rapor Hazırlama	Ocak-Haziran 2020
Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavı	16 Temmuz 2020

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Kesitsel tipteki çalışmanın verileri bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Science (SPSS) version 24 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek ve farkın kaynaklandığı grupları belirlemek amacıyla korelasyon, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyinin belirlenmesinde $p < 0.05$ olarak belirlenmiş ve gruplar arasında farkın anlamlı çıktığı durumlarda, etki büyüklüğü (r) Cohen tarafından geliştirilen hesaplama (d) yöntemi ile hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü; 0.2’den küçük olması durumunda zayıf etki, 0.5 olması durumunda orta etki, 0.8’den büyük olması durumunda kuvvetli etki olarak tanımlanmıştır (Kılıç, 2014).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın tek merkezde yürütülmesi ve örnekleme dahil edilen bireylerin sosyo-kültürel özelliklerinin benzer olması çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gündüz Tedavi Merkezi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan araştırmacılardan izinler alınmıştır. Çalışmaya katılan gönüllü bireylere çalışmanın amacı konusunda bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır.



4.BULGULAR

Çalışmamızın bulguları, hasta ve bakım verene ait tanımlayıcı özellikler, hastaların Rotterdam Symptom Kontrol Listesi, Charlson Komorbidite İndeksi ve Karnofsky Performans Durum puanlarının bakım veren tepkisine etkisi ile bakım veren bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarının bakım veren tepkisine etkisi korelasyon, t testi ve tek yönlü ANOVA testleriyle analiz edilip alt başlıkları ile incelenmiştir.

4.1.Hasta ve Bakım Verene Ait Tanımlayıcı Özellikler

Tablo 1. Bakım Alan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (n: 203)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	118	58.1
Erkek	85	41.9
Hastanın Kanser Türü		
Onkolojik	178	87.6
Hematolojik	25	12.4
Aldığı Tedavi Türleri		
Kemoterapi	145	71.4
Kemoterapi ve Radyoterapi	58	28.6
Tedavi Süresi		
3-6 Ay	74	37.9
7-12 Ay	41	20.2
>13 Ay	85	41.9
Başka Kronik Hastalık		
Var	106	52.2
Yok	97	47.8

Özellikler	n	%
Karnofsky Performans Durumu		
%90 -Normal aktivitesini sürdürebilir, hastalığın birkaç semptom veya bulgusu olabilir	64	31.5
80% -Bazı zorluklarla beraber normal aktivitesini sürdürür, hastalığın minör bulgu ve belirtisi var	91	44.8
70% - Kendine bakabilir, normal aktivite ve işini yapamaz	31	15.3
60% -Gereksinimlerini karşılayabilir, nadir yardım gerekir, biraz yardıma ihtiyaç duyar	15	7.4
50% -Sıkça yardım ve tıbbi bakım gerekir	2	1.0

Çalışmaya dahil edilen hastaların %58.1'inin kadın, %87.6'sının onkolojik tanıya sahip olduğu, %71.4'ünün yalnızca kemoterapi aldığı, %41.9'unun 13 aydan fazla süredir tedavi gördüğü, %52.2'sinin başka kronik hastalığa sahip olduğu ve %44.8'inin %80 performans skoruna sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Bakım Alan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri, Charlson Komorbidite Puanları ve Rotterdam Semptom Kontrol Listesi Alt boyut Puanlarının İstatiksel Analizleri (n:203)

	X±Ss	Min-Max
Yaş	59.80±12.81	22-85
Eğitim Yılı	7.81±4.46	0-20
Charlson Komorbidite Puanı	5.13±2.60	2-15
Fiziksel Semptom	19.21±9.46	2-51
Psikolojik Semptom	4.99±4.49	0-18
Günlük Yaşam Aktivitesi	13.25±4.46	1-22
Yaşam Kalitesi	2.94±1.36	1-7

Çalışmaya dâhil edilen hastaların yaş ortalamaları 59.80±12.81 iken, eğitim yılı ortalamalarının 7.81±4.46, Charlson Komorbidite Ölçek puan ortalamalarının 5.13±2.60 ve Rotterdam Semptom Kontrol Listesi alt boyut toplam puan ortalamalarından; fiziksel semptom alt boyutunun 19.21±9.46, psikolojik semptom alt boyutunun 4.99±4.49, günlük yaşam aktiviteleri alt boyutunun 13.25±4.46, yaşam kalitesi alt boyutunun ise 2.94±1.36 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri (n: 203)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	105	51.7
Erkek	98	48.3
Medeni Durum		
Evli	156	76.8
Bekâr	47	23.2
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Eş	87	42.9
Anne/Baba	80	39.4
Kızı/Oğlu	10	4.9
Akraba (Amca, Hala, Teyze...)	5	2.5
Diğer (Kardeş, Büyükanne, Büyükbaba)	21	10.3
Çalışma Durumu		
Tam Zamanlı Çalışıyor	57	28.1
Yarı Zamanlı Çalışıyor	16	7.9
Çalışmıyor	130	64

Özellikler	n	%
Aylık Gelir		
Gelir Giderden Az	93	45.8
Gelir Gidere Eşit	81	39.9
Gelir Giderden Fazla	29	14.3
Bakım Verme Süresi		
3-6 Ay	75	36.9
7-12 Ay	40	19.7
>13 Ay	88	43.3
Kronik Hastalık		
Var	56	27.6
Yok	147	72.4

Çalışmaya dahil edilen bakım verenlerin %51.7'sinin kadın, %76.8'inin evli, %42.9'unun eşine bakım verdiği, %64'ünün çalışmadığı, %45.8'inin aylık gelirinin giderden az olduğu, %43.3'ünün 13 aydan fazla süredir bakım verdiği ve %72.4'ünün kronik hastalığının olmadığı bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri, Charlson Komorbidite Puanları ve Bakım Veren Tepkilerini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanlarının İstatistiksel Analizleri (n: 203)

	X±Ss	Min-Max
Yaş	48.91±13.79	20-85
Eğitim Yılı	10.46±4.25	0-19
Charlson Komorbidite Puanı	0.77±1.50	0-8
Planlamada Bozulma	15.54±4.15	6-25
Finansal Sorunlar	8.53±3.11	3-15
Aile Desteği Eksikliği	10.86±3.84	5-22
Sağlık Sorunları	6.11±3.00	4-17
Öz Saygı	29.66±3.68	12-35

Çalışmaya katılan bakım veren bireylerin yaş ortalamalarının 48.91±13.79, eğitim yılı ortalamalarının 10.46±4.25, Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalamalarının 0.77±1.50 olduğu saptanmıştır. Bakım Veren Tepkilerini Değerlendirme Ölçeği ise alt boyutları ile değerlendirilmiştir. Planlamada bozulma alt boyutu 15.54±4.15, finansal sorunlar alt boyutu 8.53±3.11, aile desteği eksikliği alt boyutu 10.86±3.84, sağlık sorunları alt boyutu 6.11±3.00, öz saygı alt boyutunun ise 29.66±3.68 puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Bakım Veren Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puanların İstatiksel Analizleri (n: 203)

	n	%
Olumsuz	44	21.7
Kararsız	4	2.0
Olumlu	155	76.4
	<u>X±Ss</u>	<u>Min-Max</u>
Sosyal Destek Toplam Puan	61.78±16.44	12-84

Bakım verenlerin ÇBASDÖ' den aldıkları toplam puan ortalamaları 61.78±16.44 iken; bakım veren bireylerin %21.7'sinin algılanan sosyal desteğinin olumsuz, % 2'sinin kararsız, %76.4'ünün olumlu olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

4.2. Bakım Alan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Veren Tepkisine Etkisi

Tablo 6. Bakım Alan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin İstatistiksel Analizleri (n: 203)

Bakım Veren Tepkisi Ölçeği Alt Boyutları					
Demografik Özellikleri	Planlamada Bozulma Mean (Sd)	Finansal Sorunlar Mean (Sd)	Aile Desteği Eksikliği Mean (Sd)	Sağlık Sorunları Mean (Sd)	Öz Saygı Mean (Sd)
Yaş	r=-0.051 p=0.471	r=-0.199** p=0.004	r=-0.073 p=0.299	r=0.003 p=0.966	r=0.028 p=0.691
Cinsiyet					
Kadın	15.47±4.12	8.49±3.07	11.05±3.93	9.06±3.09	29.58±4.07
Erkek	15.64±4.22	8.60±3.18	10.61±3.74	9.17±2.85	29.77±3.07
	t=-0.291 p=0.771	t=-0.244 p=0.807	t=-0.801 p=0.424	t=-0.253 p=0.800	t=-0.365 p=0.715
Tanı Aldığı Süre	r=-0.064 p=0.366	r=0.043 p=0.542	r=0.083 p=0.240	r=0.003 p=0.967	r=0.066 p=0.346
Komorbid Puanı	r=0.030 p=0.668	r=0.017 p=0.812	r=-0.114 p=0.105	r=0.035 p=0.623	r=0.007 p=0.918
Rotterdam Fiziksel Semptom Puanı	r=0.095 p=0.177	r=0.186** p=0.008	r=0.138 p=0.050	r=0.147* p=0.037	r=-0.037 p=0.595
Rotterdam Psikolojik Semptom Puanı	r=0.048 p=0.496	r=0.190** p=0.007	r=0.132 p=0.060	r=0.058 p=0.415	r=-0.037 p=0.595
Rotterdam Günlük Yaşam Aktiviteleri Puanı	r=-0.178* p=0.011	r=-0.124 p=0.079	r=-0.128 p=0.069	r=-0.209** p=0.003	r=0.043 p=0.541

Bakım Veren Tepkisi Ölçeği Alt Boyutları					
Demografik Özellikleri	Planlamada Bozulma Mean (Sd)	Finansal Sorunlar Mean (Sd)	Aile Desteği Eksikliği Mean (Sd)	Sağlık Sorunları Mean (Sd)	Öz Saygı Mean (Sd)
Rotterdam Yaşam Kalitesi Puanı	r=0.079 p=0.262	r=0.130 p=0.064	r=0.082 p=0.242	r=0.068 p=0.335	r=0.026 p=0.717
Kornofsky Puanı	r=-0.128 p=0.069	r=-0.087 p=0.219	r=-0.178* p=0.011	r=-0.202** p=0.004	r=0.057 p=0.422

Kısaltmalar: Sd: Standart sapma, t değeri: bağımsız gruplarda t testi, F değeri: tek yönlü ANOVA testi, r değeri: pearson korelasyon katsayısı, *: $p < 0.05$, **: $p \leq 0.01$

Bakım alan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin bakım veren tepkisine etkisi alt başlıkları ile Tablo 6'da incelenmiştir. Çalışmaya göre hastaların yaşıyla finansal sorunlar alt boyutu arasında negatif yönde zayıf ilişki olduğu yaşın artması ile beraber finansal sorunların azaldığı tespit edilmiştir ($p < 0.01$). Hastaların Rotterdam fiziksel semptom puanı ile finansal sorunlar alt boyutu arasında pozitif yönde ilişki olduğu ve fiziksel semptom puanları arttıkça bakım veren bireylerin finansal sorunlarının da arttığı tespit edilmiştir ($p < 0.01$). Benzer şekilde çalışmada yer alan hastaların Rotterdam fiziksel semptom puanları ile bakım veren sağlık sorunları alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, hastaların fiziksel semptom puanları arttıkça bakım veren bireylerin sağlık sorunlarının da arttığı tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Hastaların psikolojik semptom puanları ile finansal sorunlar alt boyutu arasında pozitif yönde ilişki olduğu ve hastaların Rotterdam psikolojik semptom puanı arttıkça bakım veren bireylerin finansal sorunlar yaşadıkları bulunmuştur ($p < 0.01$).

Çalışmada yer alan hastaların Rotterdam günlük yaşam aktiviteleri puanı ile planlamada bozulma alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu ve günlük yaşam aktiviteleri puanı azaldıkça bakım veren bireylerin planlamada bozulmalar yaşadıkları bulunmuştur ($p < 0.05$). Ayrıca Rotterdam günlük yaşam aktiviteleri puanı ve sağlık sorunları alt boyutu arasında negatif yönde kuvvetli ilişki olduğu, hastaların günlük yaşam aktiviteleri puanı arttıkça bakım veren ailelerin sağlık sorunlarının da azaldığı tespit edilmiştir ($p < 0.01$).

Bakım alan hastaların Karnofsky Performans Durum puanlarına göre bakım veren aile üyelerinin aile desteği eksikliği alt boyut puanları incelendiğinde aralarında negatif yönde anlamlı fark olduğu, hastaların Karnofsky Performans Durum puanları arttıkça bakım veren aile üyelerinin aile desteği eksikliğini daha az yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.01$).

Çalışmamızda hastaların cinsiyeti, tanı alma süresi, komorbid puanı ve Rotterdam Semptom Kontrol Listesi yaşam kalitesi alt boyut puanı ile bakım veren tepkisi ölçeği alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).



4.3. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Veren Tepkisine Etkisi

Tablo 7. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Bakım Veren Tepkisini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin İstatistiksel Analizleri (n: 203)

Demografik Özellikleri	Bakım Veren Tepkisi Ölçeği Alt Boyutları				
	Planlamada Bozulma Mean (Sd)	Finansal Sorunlar Mean (Sd)	Aile Desteği Eksikliği Mean (Sd)	Sağlık Sorunları Mean (Sd)	Öz Saygı Mean (Sd)
Yaş	r=0.105 p=0.138	r=0.004 p=0.953	r=0.217** p=0.002	r=0.172* p=0.014	r=-0.007 p=0.922
Cinsiyet					
Kadın	16.21±4.08	8.63±3.15	11.06±3.94	9.83±3.01	29.71±3.54
Erkek	14.82±4.13	8.42±3.07	10.65±3.75	8.33±2.81	29.61±3.84
	t=2.412 p=0.017	t=0.478 p=0.633	t=0.764 p=0.446	t=3.660 p=0.001	t=0.197 p=0.844
Medeni Durum					
Evli	15.70± 3.98	8.56±3.02	11.16±3.73	9.19±2.90	29.83± 3.59
Bekâr	15.02±4.69	8.44±3.41	9.89±4.10	8.85±3.36	29.10±3.94
	t=0.988 p=0.324	t=0.226 p=0.821	t=1.992 p=0.048	t=0.681 p=0.497	t=1.188 p=0.236
Eğitim Düzeyi (Yıl)	r=-0.257** p=0.000	r=-0.245** p=0.000	r=-0.309** p=0.000	r=-0.270** p=0.000	r=0.061 p=0.386

Bakım Veren Tepkisi Ölçeği Alt Boyutları

Demografik Özellikleri	Planlamada Bozulma Mean (Sd)	Finansal Sorunlar Mean (Sd)	Aile Desteği Eksikliği Mean (Sd)	Sağlık Sorunları Mean (Sd)	Öz Saygı Mean (Sd)
Hastaya Yakınlık Derecesi					
Eş	16.06±3.77	9.12±3.07	12.25±3.46	9.57±2.78	29.45±3.53
Anne/Baba	15.32±4.54	8.02±3.14	9.53±4.22	8.55±3.20	30.26±4.07
Kızı/Oğlu	17.60±3.23	9.30±3.83	10.60±1.83	10.00±2.21	29.10±2.84
Akraba (Amca, Hala, Teyze...)	13.00±6.04	9.00±3.31	8.80±2.04	7.00±2.82	27.60±4.03
Diğer (Kardeş, Büyükanne, Büyükbaba)	13.85±3.42	7.57±2.31	10.80±2.92	9.42±3.13	29.00±2.72
	F=2.410 p=0.051	F=2.046 p=0.089	F=6.147 p=0.000	F=2.152 p=0.076	F=1.223 p=0.302
Çalışma Durumu					
Tam Zamanlı	15.35±4.22	8.15±2.95	10.08±4.02	8.05±2.89	30.66±3.70
Yarı Zamanlı	16.31±4.54	9.37±2.72	10.50±3.36	9.31±3.02	28.62±2.36
Çalışmıyor	15.53±4.10	8.60±3.21	11.25±3.79	9.55±2.96	29.35±3.73
	F=0.332 p=0.718	F=1.914 p=0.150	F=1.030 p=0.329	F=5.177 p=0.006	F=3.283 p=0.040
Gelir Düzeyi					
Gelir Giderden Az	16.55±4.07	9.88±3.03	11.73±3.90	10.03±3.07	29.51±3.44
Gelir Gidere Eşit	14.69±3.91	7.58±2.57	10.23±3.46	8.66±2.70	24.46±4.08
Gelir Giderden Fazla	14.68±4.50	6.89±3.03	9.86±4.22	7.41±2.63	30.68±3.11
	F=5.300 p=0.006	F=19.580 p=0.000	F=4.582 p=0.011	F=10.816 p=0.000	F=1.317 p=0.270

Bakım Veren Tepkisi Ölçeği Alt Boyutları					
Demografik Özellikleri	Planlamada Bozulma Mean (Sd)	Finansal Sorunlar Mean (Sd)	Aile Desteği Eksikliği Mean (Sd)	Sağlık Sorunları Mean (Sd)	Öz Saygı Mean (Sd)
Bakım Verme Süresi					
3-6 Ay	15.65±3.94	8.41±3.17	10.34±3.49	9.02±3.20	29.60±4.03
7-12 Ay	15.17±3.86	8.27±3.21	10.62±3.80	8.42±2.56	29.57±3.16
>13 Ay	15.62±4.49	8.76±3.03	11.42±4.11	9.50±2.99	29.76±3.62
	F=0.198 p=0.820	F=0.427 p=0.653	F=1.685 p=0.188	F=1.819 p=0.165	F=0.053 p=0.948
Kronik Hastalık Varlığı					
Var	16.42 ±3.76	9.00±3.21	11.92±4.04	10.28±3.24	29.71±3.21
Yok	15.21±4.26	8.36±3.06	10.46±3.70	8.66±2.79	29.64±3.85
	t=1.876 p=0.062	t=1.311 p=0.191	t=2.455 p=0.015	t=3.522 p=0.001	t=0.117 p=0.907
Komorbid Puanı	r=0.070 p=0.319	r=0.046 p=0.517	r=0.14* p=0.040	r=0.238* p=0.001	r=-0.030 p=0.675
Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanı	r=-0.219** p=0.002	r=-0.328** p=0.000	r=-0.592** p=0.000	r=-0.389** p=0.000	r=0.199** p=0.004

Kısaltmalar: Sd: Standart sapma, t değeri: bağımsız gruplarda t testi, F değeri: tek yönlü ANOVA testi, r değeri: pearson korelasyon katsayısı, *: p<0.05, **: p≤0.01

Bakım veren aile üyelerinin tanımlayıcı özelliklerinin bakım veren tepkisine etkisi alt başlıkları ile Tablo 7’de incelenmiştir.

Bakım veren bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin bakım veren tepkisine etkisi incelendiğinde; bakım veren yaşı ile aile desteği eksikliği alt boyutu arasında pozitif yönde ilişki olduğu ve bakım veren bireyin yaşı arttıkça aile desteği eksikliğinin de arttığı bulunmuştur (p<0.01). Bakım veren yaşı ile sağlık sorunları alt boyutu arasında da pozitif yönde anlamlı

ilişki olduğu ve bakım veren yaşının artması ile beraber sağlık sorunlarının arttığı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakım verenlerin cinsiyeti ile planlamada bozulma alt boyutu arasında anlamlı ilişki olduğu ve ilişkinin hangi gruptan kaynaklı olduğunu belirlemek için yapılan ileri analiz testinde farkın kadın bakım verenlerden kaynaklı olduğu ve kadın bakım verenlerin planlamada bozulmalarının erkek bakım verenlerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ayrıca cinsiyet ve sağlık sorunları alt boyutu arasında da pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Sağlık sorunları alt boyutu cinsiyete göre farklılık göstermekte ve kadın bakım verenlerin sağlık sorunlarının erkek bakım verenlere göre daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.01$).

Medeni durum ve aile desteği eksikliği alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve evli olan bakım verenlerin daha fazla aile desteği eksikliği yaşadıkları tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Bakım verenlerin eğitim yılı ile planlamada bozulma, finansal sorunlar, aile desteği eksikliği ve sağlık sorunları alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu ilişkilere bağlı olarak bakım verenlerin eğitim yılı arttıkça planlamada bozulmaların, finansal sorunların, aile desteği eksikliğinin ve sağlık sorunlarının azaldığı tespit edilmiştir ($p<0.01$).

Yakınlık derecesi ile Bakım Veren Tepkisi Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında; hastaya yakınlık derecesi ile aile desteği eksikliği alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Farkın kaynaklandığı grubu tespit etmek için yapılan ileri analiz testinde ise eş bakım verenlerin (12.25 ± 3.46), anne/baba bakım verenlere (9.53 ± 4.22) göre daha fazla aile desteği eksikliğini hissettikleri bulunmuştur ($p<0.01$).

Bakım veren bireylerin çalışma durumu ile sağlık sorunları alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Farkın kaynaklandığı grubu belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz testinde tam zamanlı çalışanların (8.05 ± 2.89) çalışmayanlara (9.55 ± 2.96) göre daha düşük sağlık sorunları yaşadıkları tespit edilmiştir ($p<0.01$). Bakım veren bireyin çalışma durumu ve öz saygı alt boyutu arasında anlamlı fark olduğu, farkın tam zamanlı çalışan ve çalışmayanlardan kaynaklı olduğu, tam zamanlı çalışanların (30.66 ± 3.70) öz saygı puanlarının çalışmayanlara (29.35 ± 3.73) göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakım verenlerin gelir düzeyi ile planlamada bozulma, finansal sorunlar ve sağlık sorunları alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Çalışmaya göre gelir giderden az olan bakım verenlerin (16.55 ± 4.07), gelir gidere eşit olan bakım verenlere (14.69 ± 3.91) göre daha fazla planlamalarda bozulma yaşadıkları bulunmuştur. Gelir giderden az olan bakım verenlerin (9.88 ± 3.03), gelir gidere eşit olan bakım verenlere (7.58 ± 2.57) göre daha fazla finansal sorunlar yaşadıkları bulunmuştur. Gelir giderden az olan bakım verenlerin (10.03 ± 3.07), gelir gidere eşit olan bakım verenlerden (8.66 ± 2.70) daha fazla sağlık sorunları yaşadıkları tespit edilmiştir. Ayrıca bakım verenlerin gelir düzeyi ile aile desteği alt boyutu arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gelir giderden az olan bakım verenlerin (11.73 ± 3.90), gelir gidere eşit olan bakım verenlere (10.23 ± 3.46) göre daha fazla aile desteği eksikliği yaşadıkları bulunmuştur.

Bakım verenlerin kronik hastalık varlığı ile aile desteği eksikliği alt boyutu arasında anlamlı fark olduğu ve kronik hastalığı olanların daha fazla aile desteği eksikliği yaşadıkları bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca kronik hastalığa sahip olan bakım verenlerin sağlık sorunlarını daha fazla yaşadıkları bulunmuştur ($p<0.01$).

Bakım verenlerin Charlson Komorbidite İndeksi puanları ile aile desteği eksikliği alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişkinin olduğu ve bakım verenlerin komorbidite puanı arttıkça aile desteği eksikliğini de paralel olarak arttığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde bakım verenlerin Charlson Komorbidite İndeksi puanları ile sağlık sorunları alt boyutu arasında pozitif yönde ilişki olduğu ve bakım verenlerin komorbidite puanlarının artması ile beraber sağlık sorunlarının da arttığı bulunmuştur ($p<0.01$).

Bakım veren aile üyelerinin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek toplam puanıyla planlamada bozulma, finansal sorunlar, aile desteği eksikliği ve sağlık sorunları alt boyutları arasında negatif yönde kuvvetli ilişki olduğu bulunmuştur. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı arttıkça planlamada bozulma, finansal sorunlar, aile desteği eksikliği ve sağlık sorunlarının da azaldığı bulunmuştur ($p<0.01$). Öz saygı alt boyutu ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı arttıkça öz saygının da arttığı bulunmuştur ($p<0.01$).

Çalışmamızda yalnızca bakım veren bireylerin bakım verme süresi ile Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

Bu araştırma kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecine yönelik tepkilerini ve bu tepkileri etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada hasta ve bakım veren bireylerin tanımlayıcı özellikleri, Charlson Komorbidite İndeksi puanları, hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi alt boyut puanları ile Karnofsky Performans Durum puanları ve bakım veren bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarının Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği alt boyut puanlarına etkisi tartışılmıştır.

5.1. Bakım Alan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Veren Tepkisine Etkisi

Çalışmamızda bakım alan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin bakım veren tepkisine etkisi alt başlıkları ile Tablo 6’da verilmiştir.

Çalışmamızda hastaların yaşı ile bakım veren bireylerin finansal sorunlar alt boyutu arasında negatif yönde kuvvetli ilişki olduğu ve hastaların yaşının artması ile beraber finansal sorunların azaldığı tespit edilmiştir ($p<0.01$, Tablo 6). Literatür incelendiğinde çalışmamız ile benzer sonuçların olduğu görülmüştür. Park ve ark. (2012)’nin yaptıkları çalışmada hastaların yaşı arttıkça aile desteği eksikliğinin ve finansal sorunların azaldığı belirtilmiştir. Meme kanseri teşhisi konmuş hastalarda tanının istihdam üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada; hastaların tanı aldıktan sonra birçoğunun işini bırakmak zorunda kaldığı ve serbest meslekle uğraşanların daha az üretkenlik bildirdikleri belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastaların istihdam değişikliklerine bağlı finansal sorunlar yaşadıkları ve tedavi sonrası hastalıkları nedeniyle negatif ayrımcılığa maruz kaldıkları ve iş bulma konusunda zorluklar yaşadıkları belirtilmiştir (Kong ve ark., 2017). Aile ekonomisine katkı sağlayan genç ve üretken bireylerin tanı aldıktan sonra işini kaybetmesi veya geçici bir süre ayrılmak durumunda kalması gerek hasta gerekse ailesi için finansal yükün artmasına neden olmaktadır. Genç hastalar ile yaşlı hastalar arasındaki istihdam ve gelir durumu farkı göz önünde bulundurulduğunda genç hastaların daha fazla ekonomik katkı sağladığı ancak tanı alma süreciyle beraber daha fazla gelir kaybı yaşadıkları ve bu doğrultuda daha fazla finansal tepkilere neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi alt boyutları olan fiziksel ve psikolojik semptom puanları ile Bakım Veren Tepkilerini Değerlendirme Ölçeği finansal sorunlar alt boyutu arasında pozitif yönde ilişki olduğu ve hastaların fiziksel ve psikolojik semptom alt boyut puanları arttıkça bakım veren bireylerin finansal sorunlarının da paralel

olarak arttığı tespit edilmiştir ($p<0.01$, Tablo 6). Literatür incelendiğinde hastaların psikolojik semptomlarının dolaylı olarak bakım verenlerde finansal sorunlara yol açtığına yönelik çalışmaların yer aldığı görülmüştür. Harris ve ark. (2017)'nin meme kanserli hastalarda mevcut olan stresin belirli zaman dilimlerinde hastanın fiziksel sağlığı üzerindeki etkisini değerlendirdikleri çalışmada, stresin fiziksel semptomları arttırdığı belirtilmiştir. Curt (2000), yorgunluğun hastalarda en sık bildirilen semptom olduğunu, yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini ve yorgunluğun fiziksel, psikolojik, sosyal sonuçlar üzerinde etkili olarak bakım veren bireylerin ekonomik durumlarını olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Kanser; fiziksel, psikolojik ve ekonomik kayıpları beraberinde getiren, tedavi sürecinin ve hastalığın prognozunun tam olarak bilinmediği karmaşık bir süreçtir. Hasta ve yakınlarının tanı alma ile beraber değişen rollerinin birçok psikolojik sıkıntıyı da beraberinde getirdiği, hasta ve bakım verenlerin çoğu zaman işlerini kaybetmek zorunda kaldıkları ve dolayısıyla bakım verme sürecinde finansal olarak olumsuz etkilendikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda yer alan hastaların fiziksel semptom alt boyut puanları ile bakım veren sağlık sorunları alt boyut puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve hastaların fiziksel semptom puanlarının artmasıyla beraber bakım veren bireylerin sağlık sorunlarının da arttığı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 6). Shaffer ve ark. (2016)'nın kanser hastaları ve bakım veren bireylerin sağlık durumları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada hastaların fiziksel ve psikolojik semptomlarının artması ile paralel olarak bakım veren bireylerin fiziksel sağlık sorunlarının arttığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Johansen ve ark. (2018) bakım veren bireylerin bakım sundukları hastalar ile aralarında etkileşim yaşadıklarını ve hastaların semptomları arttıkça bakım veren bireylerin fiziksel semptomlarının arttığını ileri sürmüşlerdir. Given ve ark. yaptıkları çalışmalarda hastaların fiziksel semptom ve kısıtlılıklarının artması sonucu bakım veren tepkisinin olumsuz etkilendiğini ve bakım verenlerin özellikle planlamada bozulmalar yaşadıkları belirtilmiştir (Given ve ark., 1997; Given ve ark., 1993). Kanser, kronik olmakla birlikte tedavi ve hastalık sürecine bağlı birçok semptomu da beraberinde getiren bir hastalıktır. Hastaların tedavi süresince artan semptomları ve kötüleşen fiziksel durumları nedeniyle bakım veren bireye olan ihtiyaç artmaktadır. Bakım veren bireylerin kendi görev ve sorumlulukları dışında gelişen bakım verme eylemi ile beraber fiziksel ve psikolojik yükler yaşadıkları ve bu nedenle sağlık sorunlarının arttığı düşünülmektedir.

Çalışmada yer alan hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi alt boyutu olan günlük yaşam aktiviteleri puanı ile planlamada bozulma alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir

ilişki olduğu ve bu doğrultuda günlük yaşam aktiviteleri puanı azaldıkça bakım veren aile üyelerinin planlamada bozulmalarının arttığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ayrıca günlük yaşam aktiviteleri ve sağlık sorunları alt boyut puanları arasında negatif yönde kuvvetli ilişki olduğu ve hastaların günlük yaşam aktiviteleri puanı arttıkça bakım veren ailelerin sağlık sorunlarının azaldığı tespit edilmiştir ($p<0.01$, Tablo 6). Çalışma bulgularımız literatür ile benzerdir. Jones ve Peters (1992) bakım veren birey için hastayı yıkamak ve beslemek gibi kişisel görevlerin alışveriş ve benzeri görevlere göre daha zor ve sıkıntılı olduğunu belirtmişlerdir. Northouse ve ark. (2012) kanserli hastaların fonksiyonel olarak kayıp yaşamalarının bakım veren tepkilerini arttırdığını belirtmişlerdir. Hastaların tedavi planlarının değişmesi ve hastalığın prognozuna bağlı hastalarda meydana gelen fonksiyonel kayıplar nedeniyle bakım veren bireylere olan talep artar. Artan bu talepler ve bakım gereklilikleri doğrultusunda olumsuz fiziksel sağlık etkileri nedeniyle bakım verenlerin risk altında olduğu belirtilmiştir (Given ve ark., 2001). Hastaların kendi günlük aktivitelerini yerine getirebilmesi ve bakım veren bireye olan ihtiyacın az olması neticesinde bakım veren bireylerin fiziksel olarak daha az bakım sundukları ve bu doğrultuda daha az sağlık sorunları yaşadıkları ancak hastaların tedavi takibi ve semptomları nedeniyle günlük rutinlerinin değiştiği ve bu nedenle planlamada bozulmaların da arttığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda Bakım alan hastaların Kornofsky Performans Durum puanları ile bakım veren aile üyelerinin aile desteği eksikliği alt boyut puanları incelendiğinde aralarında negatif yönde anlamlı fark olduğu, hastaların Karnofsky Performans Durum puanları arttıkça bakım veren aile üyelerinin aile desteği eksikliğini daha az hissettikleri saptanmıştır ($p<0.01$, Tablo 6). Literatür incelendiğinde çalışmamız ile benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Ownsworth ve ark. (2010)'nın yaptıkları çalışmada bakım verilen hastaların Kornofsky Performans Durum puanlarının yüksek olmasının bakım veren yükünü azalttığı ve bakım verme sürecini olumlu etkilediği belirtilmiştir. Chen ve ark. (2009) ağız kanseri olan hastaların destek gereksinimlerini ve bakım veren yükünü değerlendirdikleri çalışmada hastaların Karnofsky Performans Durum puanlarına göre bakım ihtiyaçlarının giderilmesinin bakım veren deneyimlerini olumlu etkileyerek öz saygı puanlarını arttırdığını belirtmişlerdir. Çalışmamızın örneklemini ayaktan tedavi alan kanser hastaları ile onlara bakım veren aile bireyleri oluşturmuştur. Hastaların Karnofsky Performans Durum puanları incelendiğinde %44,8'inin %80 performans skoruna sahip oldukları bulunmuştur. Serviste yatan kanser hastalarına göre ayaktan tedavi alan kanser hastalarının Kornofsky Performans Durum puanlarının daha yüksek olması bakım veren

bireylere olan ihtiyacı azaltabilmektedir. Bakım veren bireylere ihtiyacın azalması ile bakım verenin daha az yük yaşadığı ve bakım veren tepkilerinin daha az görüldüğü düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastanın cinsiyeti, tanı alma süresi, Charlson Komorbidite İndeksi puanı ve Rotterdam Semptom Kontrol Listesi alt boyutu olan yaşam kalitesi puanı ile Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde ise çalışmamızla benzer ve farklı sonuçların olduğu görülmüştür. Maguire ve ark. (2016)'nın kolorektal kanser hastalarına bakım veren bireylerin tepkilerini değerlendirdikleri çalışmada tanı alma süresi ile bakım veren tepkisi ölçeği alt boyutları arasında fark olmadığı belirtilmiş ve çalışmamız ile benzer sonuçların olduğu görülmüştür. Ancak Hsu ve ark. (2017)'nin kanserli yaşlı yetişkinlerin bakım veren yükünü değerlendirdikleri çalışmada hastaların yaşı ile beraber komorbidite puanlarının arttığını, Karnofsky Performans Durum puanlarının düşük olduğunu, günlük yaşam aktivitelerini yapmak konusunda yardıma ihtiyaç duyduklarını ve bu nedenle bakım verenlerin dörtte üçünün bakım veren yükü yaşadıklarını belirtmişlerdir. Akciğer kanseri tanısı almış olan hastalarda, hastalığın evresi ve hastanın yaşam kalitesinin bakım veren tepkisine etkisinin incelendiği bir çalışmada; ileri evre ve yaşam kalitesi kötü olan hastalara bakım veren aile bireylerinin daha fazla depresyon, anksiyete yaşadıkları ve bu nedenle daha fazla bakım yüküne sahip oldukları belirtilmiştir (Borges ve ark., 2017). Ülkemizde Öztürk Kaynar ve Vural (2018)'in kolorektal kanserli hastalara bakım veren bireylerin yüklerini inceledikleri çalışmada hastanın cinsiyetinin bakım verme yükünü etkilemediği ancak bakım veren bireyin kadın cinsiyet ve çalışmıyor olmasının yükü azalttığı belirtilmiştir. Kanser, tedavisinin karmaşıklığı ve tedavi süresince görülen semptomlar nedeniyle hastaların genel durumlarında çok hızlı değişimlere neden olan bir hastalıktır. Çalışmamızın örneklemini ayaktan tedavi alan hastaların oluşturması ve komorbidite puanlarının da (5.13 ± 2.6) düşük olması göz önünde bulundurulduğunda yaşam kalitelerinin iyi olduğu (2.94 ± 1.36) ve bu nedenle Bakım Veren Tepkilerini Değerlendirme Ölçeği alt boyutları arasında ilişki bulunamadığı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda bakım alan hastaların %58.1'ni ve bakım veren bireylerin %51.7'sini kadınların oluşturduğu, bakım verenlerin %64'ünün de çalışmadığı tespit edilmiştir. TÜİK (2018), kadın istihdam oranının erkek istihdam oranının yarısından da az olduğunu açıklamıştır. TÜİK verilerine bağlı olarak toplumumuzda çoğunlukla kadınların çalışmayıp ev hanımı olmalarının, sevgi, şefkat duygularını erkeklere göre daha fazla göstermelerinin, bakım vermeyi yük olarak değil de

sorumluluk olarak algılamaları nedeniyle cinsiyetin bakım veren tepkilerini etkilemediği düşünülmektedir.

5.2. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Veren Tepkisine Etkisi

Bakım veren aile üyelerinin tanımlayıcı özellikleri ile Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişki Tablo 7’de verilmiştir.

Bakım veren bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin bakım veren tepkisine etkisinin incelendiği çalışmamızda; bakım verenlerin yaşı ile aile desteği eksikliği alt boyutu arasında pozitif yönde ilişki olduğu ve bakım veren yaşı arttıkça aile desteği eksikliğinin de arttığı bulunmuştur ($p<0.01$, Tablo 7). Literatür incelendiğinde ise benzer sonuçlar görülmüştür. Garlo ve ark. (2010)’nın kronik hastalığa sahip bireylerin (kanser, kalp yetmezliği, KOAH) bakım yükünü inceledikleri çalışmada bakım veren yaşı arttıkça bakım ihtiyaçlarını karşılamak için başka bireylere ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bakım veren yaşının artması ile beraber birey daha fazla sağlık sorunları yaşamakta, kendi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek ve ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanmaktadır. Dolayısıyla bakım verdiği hastasının bakım ihtiyaçlarını yeterince karşılayamadığı için diğer aile üyelerine ihtiyaç duymakta ve bakım veren tepkisinin bu nedenle daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım veren yaşı ile sağlık sorunları alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve bakım veren yaşının artması ile sağlık sorunlarının da arttığı tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 7). Shieh ve ark. (2012), Park ve ark. (2012)’nin yaptıkları çalışmalarda yaşın artması ile bakım veren bireylerin sağlık sorunlarının da arttığı ve çalışmamız ile benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Kehoe ve ark. (2019) bakım veren yaşı arttıkça anksiyete ve depresyonun azaldığı ancak fiziksel sağlıklarında olumsuz artış olduğunu belirtmişlerdir. Maguire ve ark. (2016) ise kolorektal kanser hastalarına bakım veren bireylerin tepkilerini değerlendirdikleri bir çalışmada bulgularımızdan farklı olarak genç bakım verenlerin finansal olarak daha fazla etkilendiklerini ve stres yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu çelişkili bulgular bilgilerimizde ki boşluğu belirlemekte ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmasını desteklemektedir.

Bakım veren bireylerin cinsiyeti ile planlamada bozulma alt boyutu arasında anlamlı ilişki olduğu ve ilişkinin hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde farkın kadın bakım verenlerden kaynaklı olduğu ve kadın bakım verenlerin planlamada bozulmalarının erkek bakım verenlerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ayrıca

cinsiyet ile sağlık sorunları alt boyutu arasında da pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sorunları cinsiyete göre farklılık göstermekte ve kadınların sağlık sorunlarının erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.01$, Tablo 7). Literatür incelendiğinde çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Park ve ark. (2012), Perz ve ark (2011)'nin yaptıkları çalışmalarda kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre daha fazla planlamada bozulma, aile desteği eksikliği ve sağlık sorunları yaşadıkları belirtilmiştir. Ayrıca Cobb ve ark. (2016)'nin yaptıkları çalışmada bakım deneyiminde cinsiyete dayalı farklılıkların olduğu, erkek bakım verenlerin daha az planlamada bozulma, aile desteği eksikliği ve sağlık sorunları yaşadıkları belirtilmiştir. Francis ve ark. (2010)'nin yaptıkları bir çalışma da ise kadınların erkek bakım verenlere göre daha çok sağlık sorunları yaşadıkları tespit edilmiştir. Ketcher ve ark. (2019)'nin ileri evre kanser hastalarında bakım veren yükü ile bakım veren cinsiyeti arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada kadın bakım verenlerin algılanan stres, depresyon ve anksiyete düzeylerinin erkek bakım verenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Li ve ark. (2012)'nin yaptıkları bir çalışmada kanser hastasına bakım veren kadın eş bakım verenlerin zihinsel ve fiziksel olarak erkek eş bakım verenlere göre daha yüksek düzeyde olumsuz etkilendikleri, yaşam kalitelerinin erkeklere oranla daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Fenn ve ark. (2014)'nin yaptıkları çalışmada ise sonuçlarımıza ek olarak kadın cinsiyet bakım verenlerin finansal anlamda erkek cinsiyet bakım verenlere göre daha fazla olumsuz tepkiler yaşadıkları bildirilmiştir. Çalışma sonuçlarımız ve literatür göz önünde bulundurulduğunda bakım verme eyleminde cinsiyet farklılıkları olduğu ve kadın bakım verenlerin daha fazla olumsuz tepkiler yaşadıkları ve dolayısıyla bu alanda daha fazla desteğe ihtiyaçlarının olduğu görülmektedir. Ayrıca kadın eş bakım verenlerin erkek eş bakım verenlere göre daha yüksek düzeyde olumsuz deneyim algıladıkları belirtilmiştir. Nijboer ve ark. (2000) kadın bakım verenlerin fiziksel sağlık sorunlarının erkek bakım verenlerden daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle genç yaşta olan kadın bakım verenlerin bakım vermenin olumsuz deneyimlerini yaşlı erkeklere göre daha fazla yaşadıkları ve psikolojik sağlık sorunları ile karşı karşıya kaldıkları belirtilmiştir (Daly ve ark., 2009). Miller ve Cafasso (1992)'nin yaptıkları çalışmada kadınların sorunlar karşısında duygularını ön plana çıkardıklarını ve problem odaklı yaklaşım etkin baş edemediklerini bu nedenle olumsuz tepkileri erkeklere göre daha fazla yaşadıklarını bildirmişlerdir. TÜİK 2018 verilerine bakıldığında hane halkı iş gücü araştırması sonuçlarına göre kadınların istihdam oranının erkeklerin yarısından da az olduğu açıklanmıştır (TÜİK, 2018). Ülkemizde istihdam alanlarında çoğunlukla erkeklerin yer aldığı ve kadınların

ev işlerini yürütüp daha çok bakım rollerini üstlendikleri görülmektedir. Çalışma hayatına katılan kadınların ise üstlendiği roller artmıştır. Kadınlara yükletilen bakım rolleri nedeniyle kadınların duygusal ve manevi ihtiyaçlarını karşılayamadıkları ve bakım veren tepkisini erkeklere göre daha yüksek yaşadıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda medeni durum aile desteği eksikliği alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve evli olan bakım verenlerin daha fazla aile desteği eksikliği yaşadıkları bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 7). Literatür incelendiğinde çalışmamız ile benzer sonuçların olduğu görülmüş, Park ve ark. (2012)'nin kanser hastalarına bakım veren bireylerin bakım verme sürecine yönelik gösterdikleri tepkilerin olumlu ve olumsuz etkilerini inceledikleri çalışmada evli olan bakım verenlerin aile desteği eksikliğini daha fazla yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bigatti ve ark. (2011)'nin yaptıkları çalışmada kanserin, bakım veren aile bireylerinin günlük rol ve performansları üzerinde büyük etkisinin olduğu belirtilmiş ve özellikle kanser hastası erkek eş bakım verenlerin daha fazla yük yaşadıkları tespit edilmiştir. Jones ve Peters (1992) bakım veren yükünü büyük oranda eşlerin üstlendiğini ve eşlerin diğer bakım verenlere göre daha fazla stres ve sıkıntı yaşadıklarını belirtmiştir. Çalışma sonuçları ele alındığında evli bakım verenlerin bakım verme sürecinde daha fazla olumsuz tepki göstermesinin, bakım verme sorumlulukları dışında ev işlerinin yürütülmesi ve diğer sorumlulukların da yerine getirilmesi ile beraber daha fazla aile desteği eksikliğini yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin eğitim yılı ile planlamada bozulma, finansal sorunlar, aile desteği eksikliği ve sağlık sorunları alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu ilişkiye bağlılık doğrultusunda bakım verenlerin eğitim yılı arttıkça planlamada bozulmaların, finansal sorunların, aile desteği eksikliğinin ve sağlık sorunlarının azaldığı tespit edilmiştir ($p<0.01$, Tablo 7). Literatür incelendiğinde çalışmamız ile benzer sonuçlara ulaşıldığı ve eğitim düzeyi arttıkça finansal sorunlar, aile desteği eksikliği ve sağlık sorunlarının da azaldığı tespit edilmiş ancak planlamada bozulma alt başlığı arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Park ve ark., 2012). Hartnett ve ark. (2016), Girgis ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmalarda benzer sonuçların görüldüğü ve üniversite mezunu olmayan bakım verenlerin daha fazla finansal sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir. Papastrus ve ark. (2009)'nin yaptıkları bir çalışmada eğitim düzeyiyle baş etme arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiş, eğitim düzeyi yüksek olanların problem odaklı yaklaşım sorunlarla baş edebildikleri

ancak eğitim düzeyi düşük bakım verenlerin sorunları ile etkin baş edemedikleri ve bu nedenle bakım veren tepkilerini daha fazla yaşadıkları belirtilmiştir.

Yakınlık derecesine göre bakım veren tepkisi ölçeği alt boyutlarına bakıldığında; hastaya yakınlık derecesi ile aile desteği eksikliği alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı fark bulunmuştur. Farkın kaynaklandığı grubu belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz testinde ise eş bakım verenlerin (12.25 ± 3.46), anne/baba bakım verenlere (9.53 ± 4.22) göre daha fazla aile desteği eksikliği yaşadıkları bulunmuştur ($p < 0.01$). Given ve ark. (1994) yaptıkları çalışmada eş bakım verenlerin diğer aile üyelerine göre daha fazla aile desteği eksikliği yaşadıklarını ve daha az yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Ailede belirlenen rollerin kanser bakım yükünün getirdiği yeni rol ve sorumluluklar ile değişmesi veya artması sonucunda bakım veren tepkileri değişmektedir. Eş bakım verenlerin hastalık öncesinde birlikte yürüttükleri rol ve sorumlulukların tanı ve tedavi sürecinde değişiklik göstermesiyle beraber eş bakım verenlerin etkilendikleri ve bu nedenle bakım veren tepkilerini daha fazla yaşadıkları düşünülmektedir.

Bakım veren bireyin çalışma durumu ile sağlık sorunları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulunmuş ve farkın kaynaklandığı grubu belirlemek için yapılan ileri analiz testinde tam zamanlı çalışanların (8.05 ± 2.89) çalışmayanlara (9.55 ± 2.96) göre daha düşük sağlık sorunları yaşadığı tespit edilmiştir ($p < 0.01$). Bakım veren bireyin çalışma durumu ile öz saygı arasında ise anlamlı fark olduğu ve farkın tam zamanlı çalışan ile çalışmayandan kaynaklı olup, tam zamanlı çalışanların (30.66 ± 3.70) öz saygı puanının, çalışmayanlara (29.35 ± 3.73) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Cobb ve ark. (2016)'nın yaptıkları çalışmada tam zamanlı çalışan bakım verenlerin öz saygı puanlarının yarı zamanlı çalışan ve çalışmayanlara oranla daha yüksek olduğu belirtilmiş ve çalışmamız ile benzer sonuçlar vererek desteklenmiştir. Girgis ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmada işsiz veya emekli olanların daha fazla planlamada bozulma yaşadıkları tespit edilmiş, Park ve ark. (2012)'nin yaptıkları bir çalışmada ise çalışan bakım verenlerin daha az sağlık sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir. Wadhwa ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada daha fazla saat bakım vermek zorunda olan aile üyelerinin %25'inin tanı aldıktan sonra çalışma durumunda değişiklik yaşadıkları belirtilmiştir. Kanser hastalığı hasta ve bakım veren bireyleri fiziksel, psiko-sosyal ve ekonomik olarak etkilemektedir. Hasta ve bakım veren bireylerin rol ve sorumluluklarının değişmesi, ekonomik kayıpları ve artan iş yükü nedeniyle bakım veren tepkilerinin olumsuz olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin gelir düzeyi ile planlamada bozulma, finansal sorunlar ve sağlık sorunları alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$, Tablo 7). Çalışmaya göre geliri giderden az olan bakım verenlerin, gelir-gideri eşit olan bakım verenlere göre daha fazla planlamada bozulmalar, finansal sorunlar ve sağlık sorunları yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca bakım veren bireylerin gelir düzeyi ile aile desteği arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 7). Geliri giderden az olan bakım verenlerin geliri gidere eşit olan bakım verenlere göre daha fazla aile desteği eksikliği yaşadıkları bulunmuştur. Literatür incelendiğinde gelir düzeyi düşük olan bakım verenlerin planlamada bozulma, finansal sorunlar, aile desteği eksikliği ve sağlık sorunlarını daha fazla yaşadıkları görülmüştür (Park ve ark., 2012; Francis ve ark., 2010). Bu literatür bulguları çalışmamızı destekler niteliktedir. Girgis ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmada da benzer sonuçların görüldüğü ve gelir durumu düşük olan bakım verenlerin daha fazla finansal sorunlar ve planlamada bozulma yaşadıkları belirtilmiştir. Kore de yapılan bir çalışmada ise gelir düzeyi düşük olan bakım verenlerin performans durumu düşük olan hastalara uzun süre bakım vermeleri sonucunda daha fazla finansal sorunlar yaşadıkları ve bu doğrultuda yaşam kalitelerinin negatif etkilendiği belirtilmiştir (Yun ve ark., 2005). Northouse ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmada kanserin tanı aşamasından terminal döneme kadar harcamaların hastalığın prognozu ile paralel olup, terminal döneme doğru artış gösterdiğini ve bakım verenlerin bu süreçte birikimlerini kullanıp işini bırakmak zorunda kaldıkları bildirilmiştir. Ayrıca bakım verenlerin psikolojik sağlık sorunları yaşadıklarını ve bu sorunların bağımsızlık sistemlerini etkileyerek fiziksel sağlık sorunlarına yol açtığını ve bakım verenlerin istihdam sorunu yaşayarak finansal refahlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (Northouse ve ark., 2012). Kanser kronik bir hastalık olmakla beraber tedavisi aylar ve yıllarca sürebilmektedir. Tedavi protokollerinin sıklığı ve hastalığın semptomları hasta ve bakım veren bireyi kısıtlamakla beraber büyük yükler getirebilmektedir. Ayrıca bazı kanser ilaçları ve tıbbi malzemelerin hasta ve bakım verenler tarafından tedarik edilmesi nedeniyle ekonomik durumları olumsuz etkilenebilmektedir. Ülkemizde Karaaslan (2013)'ın yaptığı çalışmada bakım verenlerin % 64.9'unun hastane ve tedavi masraflarının çok fazla olduğunu ve %35.1'inin de başkalarından maddi destek almak zorunda kaldıklarını ifade ettikleri bulunmuştur. Ayrıca çalışmamıza katılan bakım verenlerden %45.8'nin aylık gelirlerinin giderlerden az olduğu bulunmuştur (Tablo 7). Bunlara bağlı olarak gelir düzeyi düşük olan bakım verenlerin finansal zorluklar

yaşayabilecekleri ve bu doğrultuda bakım veren tepkilerinin de olumsuz ve yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin kronik hastalık varlığı ve Charlson Komorbidite İndeksi puanları ile aile desteği eksikliği alt boyutu arasında anlamlı fark olduğu, kronik hastalığı olan ve komorbidite puanı yüksek olanların daha fazla aile desteği eksikliği yaşadıkları bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca kronik hastalığı ve komorbid sorunları olan bakım verenlerin daha fazla sağlık sorunları yaşadıkları bulunmuştur ($p<0.01$). Kehoe ve ark. (2019) bakım veren bireylerde komorbidite puanlarının artması sonucunda bakım veren anksiyetesinin de bu doğrultuda arttığını çalışmalarında belirtmişlerdir. Schulz (1999) yaptığı çalışmada kronik hastalığa sahip olan ve bakım veren aile üyelerinin bakım vermeyen bireylere göre daha fazla mortaliteye sahip olduklarını belirtmiştir. Kolorektal kanser hastaları ve bakım veren birey sosyo-demografik özelliklerinin bakım veren tepkisine etkisinin incelendiği bir çalışmada ise eş tanı ve bakım veren komorbid puanının artması ile beraber bakım veren bireylerin daha fazla sağlık sorunları yaşadıkları bildirilmiştir (Maguire ve ark., 2016). Literatürün sunduğu bu bulgular çalışmamızı destekler niteliktedir. Bakım veren bireylerin hem kendi hem de hastalarının sağlık sorunları ile ilgilenmek zorunda kalmaları birçok sorun yaşamalarına neden olmaktadır. Bakım yüklerinin arttığı hastalık sürecinde daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadıklarına yönelik birçok çalışma literatürde yer almaktadır (Kehoe ve ark., 2019; O'Hara ve ark., 2010; Harding ve ark., 2010). Bakım veren birey bu süreçte yeterli bakım sunamamakta ve daha fazla sağlık sorunu yaşayabilmektedir. Bakım veren gerek kendi sağlığı gerekse hastanın sağlık durumundan ötürü aile desteğine ihtiyaç duymaktadır. Yeterli aile desteği sağlanamayan bakım verenlerin bakım yükünün daha da artması ile beraber bakım veren tepkilerinin daha fazla yaşandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım veren aile üyelerinin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanlarıyla planlamada bozulma, finansal sorunlar, aile desteği eksikliği ve sağlık sorunları alt boyutları arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Bakım sunan bireylerin sosyal destek toplam puanları arttıkça planlamada bozulma, finansal sorunlar, aile desteği eksikliği ve sağlık sorunlarının azaldığı tespit edilmiştir. Öz saygı alt boyutuyla sosyal destek toplam puanı arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ve sosyal destek arttıkça öz saygının da arttığı bulunmuştur ($p<0.01$, Tablo 7). Literatür incelendiğinde çalışmamız ile benzer sonuçlar elde edildiği ve sosyal destek arttıkça planlamada bozulma, sağlık sorunları, aile desteği eksikliği ve finansal sorunların azaldığı, bakım veren öz saygısının ise arttığı

bulunmuştur (Shieh ve ark., 2012). Yeh ve ark. (2009)'nın aile desteğinin kanser hastalarına bakım veren bireylerin sağığı üzerine etkisini inceledikleri çalışmada aile desteğı eksikliğinin bakım veren sağığını olumsuz etkilediğı ve sosyal destek arttıkça bakım veren tepkilerinin azaldığı belirtilmiştir. Genel iyi olma ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelendiğı ve 35 çalışmadan elde edilen meta analizde algılanan sosyal destek ile öznel iyi oluş, Öz saygı ve yaşam doyumu arasında anlamlı fark olduğu ve sosyal desteğın artması ile beraber öznel iyi oluş, öz saygı ve yaşam doyumunun da arttığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada yalnızlık, depresyon ve sosyal destek arasında negatif yönde ilişki olduğu ve sosyal destek kaynaklarının azalması ile beraber yalnızlık ve depresyonun arttığı belirtilmiştir (Yalçın İ, 2015). Kanser hastasının ihtiyaçlarının karşılanması ve bireysel bakımının yerine getirilmesi kimi zaman büyük sorumluluklar gerektirebilmektedir. Kanser hastasına bakım veren bireylerin bakım verme sürecinde karşılaştıkları zorluklar ve yaşadıkları psikolojik sıkıntılar sosyal desteğe ihtiyaçlarını arttırabilmektedir. Tanı alma ile beraber başlayan bakım verme sürecinde aile üyeleri, arkadaşlar, komşular ve sosyal destek sunabilecek diğer kişiler bakım veren birey için önemli destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Toplumumuzda aile bağlarının, komşuluk ve akraba ilişkilerinin kuvvetli olması neticesinde bakım veren bireylerin sosyal destek taleplerinin karşılandığı ve bu bakımdan bakım verme sürecine yönelik olumsuz tepkiler yerine olumlu tepkiler deneyimledikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin bakım verme süresi ile Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeğı alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde çalışma bulgularımızdan farklı sonuçların olduğu görülmektedir. Ülkemizde Öztürk Kaynar ve Vural (2018)'in kolorektal kanserli hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerini inceledikleri çalışmalarında bakım verilen gün sayısının artması ile paralel bakım veren yükünün de arttığı bildirilmiştir. Ancak bu çalışma yalnızca kolorektal kanserli hastaların bakım veren yüklerini değerlendirmek amacıyla yapılmış bir çalışma olmasıyla beraber, stoması olan hastaların bakım yükünün de farklı olabileceğini düşündürmektedir. Çalışma bulguları arasındaki farklar göz önünde bulundurulduğunda bu alanda daha fazla çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

6. SONUC ve ÖNERİLER

Kanserde daha uzun sağ kalım oranlarının yakalanması ve insidansın artması ile beraber bakımın sürekliliği de artmaktadır. Özellikle hastaların ayaktan tedavi alıp semptom yönetimlerini evde aileleri ile beraber devam ettirmeleri sonucunda bakım sorunu hızla artmakta ve bakım veren aile üyelerine büyük sorumluluklar yüklenmektedir. Gündelik stres ve sorumlulukları dışında bakım verme rolünün olumlu ve olumsuz yönlerini deneyimledikleri bu süreçte bakım verme sürecine yönelik daha çok olumsuz tepkiler gösterdikleri çalışmamızda görülmüştür. Bakım vermenin olumsuz etkilerini belirleyip, risk grubunda olan bakım verenlerin tanımlanması ve bakım sonuçlarını etkileyen faktörlerin araştırılması için bu alanda daha fazla çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bununla beraber bakım vermenin olumlu sonuçlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve desteklenmesi, bakım verme sürecinde olumsuz etkilenme oranlarını azaltarak, sürecin verimliliği ve devamlılığını sağlayacaktır. Sağlık çalışanlarının kanserli hasta ve bakım veren aile üyelerinin süreç boyunca deneyimledikleri olumlu ve olumsuz tepkileri belirlemesi ve bu noktada desteklemeleri önem arz etmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Akyar İ, Korkmaz F, Atakul E. Yaşlı onkoloji hastalarına bakım veren bireylerin yaşamında oluşan değişikliklerin belirlenmesi. Mersin Univ. Sağlık Bilim Derg., 2017;10(3):158-167.
2. Albright D, Parker Oliver D.P, Demiris G. Reaction to caregiving by hospice caregivers upon enrollment. American Journal Of Hospice and Palliative Medicine, 2015;32(6):641-646.
3. Al-Jauissy MS, Health care needs of jordanian caregivers of patients with cancer receiving chemotherapy on an outpatient basis. Eastern Mediterranean Health Journal, 2010; 16(10):1091-1097.
4. American Cancer Society, <https://www.cancer.org/research> Son Erişim 16.06.2020.
5. Applebaum AJ, Bevans M, Son T, Evans K ve ark. A scoping review of caregiver burden during allogeneic hsct: lessons learned and future directions. Bone Marrow Transplantation, 2016;51(11): 1416-1422.
6. Atagün M.İ, Balaban Ö.D, Atagün Z, Elagöz M ve ark. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 2011;3(3):513-552.
7. Bahar Z, Elçigil A, Beşer A, Küçükgüçlü Ö ve ark. Reliability and validity of the turkish version of the caregiver reaction assessment scale. Studies on Ethno-Medicine, 2017;11(4):341-349.
8. Beerenwinkel N, Antal T, Dingli D, Traulsen A ve ark. Genetic Progression and the waiting time to cancer, PLoS Computational Biology, 2007;3 (11):2239-2246.
9. Bigatti S.M, Brown L.F, Steiner J.L, Miller K.D. Breast cancer in a wife: how husbands cope and how well it works. Cancer Nurse, 2011;34:193-201.
10. Blagden SP, Charman SC, Sharples LD, Magee L.R.A ve ark. Performance status score: do patients and their oncologists agree. British Journal Of Cancer, 2003;89:022 – 1027.
11. Bolol N, Kaya N, İşçi Ç, Ulgen S. Kanserli bireyin bakımından sorumlu yakınlarının yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Clinical and Experimental Health Sciences, 2017;8(1):25-35.
12. Borges L, Franceschini J, Costa L, Fernandes A.L.G. Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2017;43(1):18-23.

13. Can G, Meme kanserli hastalarda yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, 2001.
14. Charlson ME, Pompei P, Ales K.L, Mackensie C.R.A. New method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies, development and validation. *J Chron Dis.* 1987; 40:373-383.
15. Chen S.C, Tsai M.C, Liu C.L, Yu W.P ve ark. Support needs of patients with oral cancer and burden to their family caregivers. *Cancer Nursing*, 2009;32(6):473-481.
16. Cobb S.C, Etkins L, Nelson M, Egleston B ve ark. Caregiver reactions in oncology and other chronic illnesses. *Oncol Nurs Forum*, 2016;43(3): 321–327.
17. Connor J, Alcohol consumption as a cause of cancer. *Society For The Study Of Addiction*, 2016;112:222–228.
18. Coşkun Ö, İyonize radyasyonun biyolojik etkileri. *SDU Teknik Bilimler Dergisi*, 2011;1(2):13-17.
19. Curt G.A, Impact of fatigue on quality of life in oncology patients. *Seminars in Hematology*, 2000;37:14-17.
20. Daly B.J, Douglas S, Lipson A, Foley H, Needs of older caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2009;57:293-295.
21. Deshields T, Rihanek A, Potter P, Zhang Q ve ark. Psychosocial aspects of caregiving: perceptions of cancer patients and family caregivers. *Support Care Cancer*, 2012;20:349–356.
22. Dökmen Z.Y, Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012;3(1):1-38.
23. Eicher PS, Batshaw ML. Cerebral palsy. *Pediatr Clin North Am* 1993; 40:537-551.
24. Eker D, Arkar H, Yıldız H, Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001; 12(1):17-25.
25. Extermann M, Measuring comorbidity in older cancer patients, *European Journal of Cancer*, 2000;36:453-471.
26. Farinetti A, Zurlo V, Manenti A, Coppi F ve ark. Mediterranean diet and colorectal cancer: A systematic review. *Nutrition*, 2017;43(44):83–88.
27. Fenn K.M, Evans S.B, McCorkle R, Digiovanna M ve ark. Impact of financial burden of cancer on survivors' quality of life. *Journal of Oncology Practice*, 2014;10(5):332–338.

28. Francis L. E, Worthington J, Kypriotakis G, Rose H.J. Relationship quality and burden among caregivers for late-stage cancer patients. *Support Care Cancer*, 2010;18:1429–1436.
29. Geng H, Chuang D, Yang F, Yang Y ve ark. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients. *Medicine*, 2018;97(39):1-8.
30. Given BA, Given CW, Sherwood P. The challenge of quality cancer care for family caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*, 2012, 28;4:205-212.
31. Given BA, Given CW, Sherwood P. The Challenge Of Quality Cancer Care For Family Caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*, 2012; 28(4):205-212.
32. Girgis A, Lambert S, Johnson C, Waller A ve ark. Physical, Psychosocial, Relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *American Society of Clinical Oncology*, 2013;197-202.
33. Given B.A, Given C.W, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2001;51(4):213–231.
34. Given B.A, Given C.W, Stommel M. Predictors of use of secondary carers used by the elderly following hospital discharge. *Journal of Aging and Health*, 1994;6(3):353–376.
35. Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin* 2001; 51:213-231.
36. Given BA, Sherwood P, Given CW. Support for caregivers of cancer patients: transition after active treatment. *American Association for Cancer Research*, 2011;2015-2021
37. Given BA, Given CW, Helms E. Determinants of family care giver reaction: new and recurrent cancer. *Cancer Pract*, 1997;5:17–24.
38. Given C.W, Stommel M, Given B, Osuch J ve ark. The influence of cancer patients' symptoms and functional states on patients' depression and family caregivers' reaction and depression. *Health Psychology*, 1993;12(4):277–285.
39. Given CW, Given B, Stommel M, Collins C ve ark. The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing and Health*, 1992;15:271-283.
40. Halpern M, Fiero M, Bell M. Impact of caregiver activities and social supports on multidimensional caregiver burden, analyses from nationally presentative surveys of cancer patients and their caregivers. *Qual Life Research*, 2017;26(6):1587–1595.

41. Harding R, Higginson I.J, Donaldson N. The relationship between patient characteristics and carer psychological status in home palliative cancer care. *Support Care Cancer*, 2010;11(10):638–643.
42. Harris L.N, Bauer M.R, Wiley J.F, Hammen C ve ark. Chronic and episodic stress predict physical symptom bother following breast cancer diagnosis. *Journal of Behavioral Medicine*, 2017;40(6):875–885.
43. Hartnett J, Thom B, Kline N. Caregiver burden in end-stage ovarian cancer. *Clinical Journal Oncology Nursing*, 2016 ;20(2): 169–173.
44. Henriksson A, Årestedt K. Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: A correlational, cross-sectional study. *Palliative Medicine*, 2013;27(7):639-646.
45. Hsu T, Loscalzo M, Ramani R, Forman S ve ark. Are Disagreements in Caregiver and Patient Assessment of Patient Health Associated with Increased Caregiver Burden in Caregivers of Older Adults with Cancer? . *The Oncologist*, 2017;22:1383–1391.
46. <http://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf>, son erişim:09.11.2018.
47. International Agency for Research on Cancer (IARC).
48. Işıkhana V. Kurumda çalışan yaşlı bakım elemanlarının bakım yükünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2018;29(1):1-26.
49. Jeong A, An J.Y. The moderating role of social support on depression and anxiety for gastric cancer patients and their family caregivers. *PLOS ONE*, 2017;12(12):1-9.
50. Jeong Y.G, Jeong Y.J, Kim W.C, Kim J.S. The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life. *Journal of Physical Therapy Science*, 2015;27(5):1543-1547.
51. Johansen S, Cvancarova M, Ruland C. The effect of cancer patients' and their family caregivers' physical and emotional symptoms on caregiver burden. *Cancer Nursing*, 2018;41(2):91–99.
52. Jones D.A, Peters T.J, Caring for elderly dependants: effects on the carers' quality of life. *Age And Ageing*, 1992;21(6):421–428.
53. Karaaslan A, Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi. Ankara Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2013.
54. Karnofsky D.A, Abelmann W.H, Craver L.F, Burchenal ve ark. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma, with particular reference to bronchogenic carcinoma. *American Cancer Society*, 1948;1:634 – 656.

55. Kehoe L.A, Xu H, Duberstein P, Loh K.P ve ark. Quality of life of caregivers of older patients with advanced cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2019;0:1-9.
56. Ketcher D, Trettevik R, Vadaparampil S.T, Heyman R.E ve ark. Caring for a spouse with advanced cancer: similarities and differences for male and female caregivers. *Journal of Behavioral Medicine*, 2019; DOI: [10.1007/s10865-019-00128-y](https://doi.org/10.1007/s10865-019-00128-y).
57. Kılıç S. Etki büyüklüğü. *Journal of Mood Disorders*, 2014;4(1):44-46.
58. Kiderlen M, Glas N.A, Bastiannet E, Water W ve ark. Impact of comorbidity on outcome of older breast cancer patients: a focus cohort study. *Breast Cancer Research Treatment*, 2014; 145:185-192.
59. Kong Y.C, Bhoo-Pathy N, Wong L.P, Taib N.A ve ark. Impact of cancer on employment: a qualitative study exploring employment changes and financial coping strategies following breast cancer. *Annual Scientific Conference of the Malaysian Oncological Society*, 2017;3(6).
60. Kristanti M.S, Effendy C, Utarini A, Vernooji-Dassen M ve ark. The experience of family caregivers of patients with cancer in an Asian country: A grounded theory approach. *Palliative Medicine*, 2019;00(0):1-9.
61. Kumar V, Abbas A, Aster J. *Robins Temel Patoloji*, 9. Basım, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2013;161:214.
62. Kurt S, Unsar S. Quality of life and symptom control in patients with cancer. *International Journal of Caring Sciences*, 2017;1685-1695.
63. Lambert S, Girgis A, Lecathelinais C, Stacey F. wlaing a mile in their shoes: anxiety and depression among caregivers of cancer survivors st six and months post diagnosis. *Support Care in Cancer*, 2013: 75-85.
64. Leseure P, Chongkham-Ang S. The experience of caregivers living with cancer patients: a systematic review and meta-synthesis, *journal of personalized medicine*. 2015:406-439.
65. Li Q.P, Mak Y.W, Loke A.Y, Spouses' experience of caregiving for cancer patients: a literature review. *International Nursing Review*, 2012;60(2):178–187.
66. Maguire R, Hanly P, Hyland P, Sharp L. Understanding burden in caregivers of colorectal cancer survivors: what role do patient and caregiver factors play?. *European Journal of Cancer Care*, 2016;27(1):1-9.

67. Matsuyama R.K, Wilson-Genderson M, Kuhn L, Moghanaki D ve ark. Education level, not health literacy, associated with information needs for patients with cancer. *Patient Education and Counseling*, 2011;85(3):229-236.
68. Metintaş S, Ak G, Yılmaz Ş, Metintaş M. Asbest temasının akciğer kanserinin kliniğine. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 2017;31:1.
69. Miller B, Cafasso L. Gender differences in caregiving: fact or artifact?. *The Gerontologist*, 1992;32(4): 498–507.
70. Mollica M.A, Litzelman K, Rowland J.H, Kent E.E. The role of medical/nursing skills training in caregiver confidence and burden: A CanCORS study. *Cancer*, 2017;123(22): 4481–4487.
71. National Cancer Institute, At the National Institutes of Health, 2015 <https://www.cancer.gov/> son erişim: 13.01.2020.
72. National Cancer Institute, At the National Institutes of Health, updated: 2019 <https://www.cancer.gov/> son erişim: 03.02.2020.
73. National Heart, Lung And Blood İnstitute, <https://www.nhlbi.nih.gov/>, son erişim: 04.02.2020.
74. National Heart, Lung And Blood İnstitute, <https://www.nhlbi.nih.gov/> son erişim: 13.06.2020.
75. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Mulder M ve ark. patterns of caregiver experiences among partners of cancer patients. *The Gerontologist*, 2000;40(6):738–746.
76. Northouse L, Williams A, Given Barbara, Mccorkle R. Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *American Society of Clinical Oncology*, 2012;30(11):1227-1234.
77. O'Hara R.E, Hull J.G, Lyons K.D, Bakitas M ve ark. Impact on caregiver burden of a patient-focused palliative care intervention for patients with advanced cance. *Palliat Support Care*, 2010;8(4):395–404.
78. Orak S, Sezgin S, Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 2015;6(1):33-39.
79. Otuzoğlu M, Kanser hastalarının manevi gereksinimlerini değerlendirmeye ilişkin ölçek çalışmalarının incelemesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 2020;10(1):138-145.

80. Ownsworth J, Henderson L, Chambers S. Social support buffers the impact of functional impairments on caregiver psychological well-being in the context of brain tumor and other cancers. *Psycho-Oncology*, 2010;19:1116–1122.
81. Özkan M, Akın S. Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2017;25(3):177-192.
82. Öztürk Kaynar G, Vural F. Assessment of the caregiver burden of caregivers of colorectal cancer patients. *Turk Journal Colorectal Disease*, 2018;28:164-171.
83. Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H. Exploring the other side of cancer care: the informal caregiver. *European Journal of Oncology Nursing*, 2009;13(2): 128–136.
84. Park C.H, Shin D.W, Choi J.Y, Kang J ve ark. Determinants of the burden and positivity of family caregivers of terminally ill cancer patients in Korea. *Psycho-Oncology*, 2012; 21(3):282–290.
85. Parsons D.W, Li M, Zhang X, Jones S ve ark. The genetic landscape of the childhood cancer medulloblastoma. *Science*, 2011; 331(28):435-439.
86. Peisch S.F, Van Blarigan E.L, Chan J.M, Stampfer M.J ve ark. Prostate cancer progression and mortality: a review of diet and lifestyle factors. *World Journal of Urology*, 2016;35(6):867–874.
87. Perz J, Ussher J.M, Butow P, Waing G. Gender differences in cancer carer psychological distress: an analysis of moderators and mediators. *European Journal of Cancer Care*, 2011;20:610–619.
88. Petrincec A, Burant C, Douglas S. Caregiver reaction assessment: psychometric properties in caregivers of advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 2017;26:862-865.
89. Pınar G, Pınar T, Ayhan A. The Strain and Hopelessness in Family Caregivers of Patients with Gynecologic Cancer Receiving Chemotherapy. *International Journal of Hematology and Oncology*, 2012;3(22):170-180.
90. Pilleron S, Sarfati D, Heijnen M.J. Vignat J. Global cancer incidence in older adults 2012 and 2035: A population-based study. *International Journal of Cancer*, 2018; 144(1):2-18.
91. Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2011;26(4):193-198.

92. Santos D.P, Ulbrich A.H, Woloszyn V, Vieira R. An initial investigation of the charlson comorbidity index regression based on clinical notes. IEEE 31st International Symposium on Computer-Based Medical Systems, 2018; 6-11.
93. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. JAMA, 1999;282:23.
94. Seven M. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013;12(3):219-224.
95. Shaffer K.M, Kim Y, Carver C.S. Physical and mental health trajectories of cancer patients and caregivers across the year post-diagnosis: a dyadic investigation. Psychology & Health, 2016;31(6):655–674.
96. Shieh S, Tung H, Liang S. Social support as influencing primary family caregiver burden in taiwanese patients with colorectal cancer. Journal of Nursing Scholarship, 2012;44(3):223-231.
97. Silver J.H, Wellman N. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. Journal of American Dietetic Association, 2002;102:831-836.
98. Sümen A, Öncel S. Türkiye’de cilt kanseri ve güneşten korunmaya yönelik yapılan araştırmaların incelenmesi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 2018;10(1):59-69.
99. Swinkels J, Tilburg T.V, Verbakel E, Groenou. Explaining the gender gap in the caregiving burden of partner caregivers. Journals of Gerontology: Social Sciences, 2019;74(2):309–317.
100. Şamkar H, Yıldırım A, Delibaş Ö, Lojistik Regresyon Analizi ile Kanser Hastalığına Neden Olan Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Alphanumeric Journal, 2016; 4:205-221.
101. Tamayo Gj, Broxson A, Munsell M, Cohen M.Z. Caring for the caregiver, Oncol Nurs Forum, 2010; 37:50-7.
102. Tarım M. Kimya Sektöründe İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları. Istanbul Commerce University, Journal of Science, 2017; 16(32):49-64.
103. Taylor E.J. Spirituality, culture, and cancer care. Seminars in Oncology Nursing, 2001;17(3), 197–205.
104. Topi S, Santacroce L, Bottalico L, Ballini A ve ark. gastric cancer in history: a perspective interdisciplinary study. Cancers, 2020;12(2):1-14.

105. Trevino K.M, Prigerson H.G, Maciejewski P.K. Advanced cancer caregiving as a risk for major depressive episodes and generalized anxiety disorder. *Psycho-Oncology*, 2018;27:243–249.
106. Tsai Y.H, Lou M.F, Feng T.H, Chu T.L ve ark. Mediating effects of burden on quality of life for caregivers of first-time stroke patients discharged from the hospital within one year. *BMC Neurology*, 2018;18(1):2-9.
107. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) <http://www.tuik.gov.tr>, son erişim:16.08.2018.
108. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) <http://www.tuik.gov.tr> son erişim 12.01.2020.
109. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) <http://www.tuik.gov.tr>, son erişim 08.06.2020.
110. Türkoğlu N, Kılıç D. Effects of care burdens of caregivers of cancer patients on their quality of life. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2012;13: 4141-5.
111. Uğur Ö, Fadiloğlu Ç. Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi; 2006.
112. Uğur Ö, Fadiloğlu C. Assesment of the reactions of caregivers of a cancer patients: Validity and reliability of the scale of “Your reactions helping your family member” in Turkish society. *Indian Journal of Cancer*, 2013;50(3):219-226.
113. Urhan M, Akbulut G. Obezite ve kanser ilişkisi: leptin kanserojen bir adipokin midir?. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2017;2(3):35-43.
114. Vargas A.J, Thompson P.A. Diet and nutrient factors in colorectal cancer risk. *Nutrition in Clinical Practice*, 2012;27(5):613-623.
115. Wadhwa D, Burman D, Swami N, Rodin G ve ark. Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 2011;22(2):403-410.
116. Warapornmongkholkul A, Howteerakul N, Suwannapong N, Soparattanapaisarn N. Self-efficacy social support and quality of life among primary family-member caregivers of patients with cancer in thailand, *Journal of Health Research*, 2017;32(2):111-122.
117. World Health Organization, 12 september 2018 <http://www.who.int/cancer/en/>, son erişim 09.11.2018.
118. Wozniak K, Izycki D. Cancer: a family at risk. *Prz Menopauzalny*, 2014;13(4): 253-26.
119. Wu S, Zhu W, Thompson P, Hannun Y.A. Evaluating intrinsic and non-intrinsic cancer risk factors. *Nature Communications*, 2018;9(1):1-12.

120. Yalçın İ. İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: türkiye’de yapılmış çalışmaların meta analizi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2015;26(1):21-32.
121. Yang H.K, Shin D.W, Kim S.Y, Cho J ve ark. Validity and reliability of the korean version of the caregiver reaction assessment scale in family caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 2013;22: 2864-2868.
122. Yeh P.M, Wieraga M.E, Yuan S.C. 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.
123. Yıldız E. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2016;13(3):216-225.
124. Yıldız MK. Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2015.
125. Yuen E, Knight T, Ricciardelli L.A, Burney S. Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 2016;26(2):191–206.
126. Yun Y.H, Rhee Y.S, Kang I.O, Lee J.S ve ark. economic burdens and quality of life of family, caregivers of cancer patients. *Oncology*, 2005;68(2-3):107–114.
127. Zarit S. Family care and burden at the end of life. *Canadian Medical Association or its licensors*, 2004;170:1811-1812.
128. Zavascki A.P. The need for reappraisal of aids score weight of charlson comorbidity index. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007;60:867-868.
129. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support, *Journal of Personality Assessment*, 1988;52:30-41.

8. EKLER

8.1. Aydınlatılmış Onam Formu (Ek 1)

Sayın Katılımcı,

Kanser hastalığının görülme oranı giderek artmakta ve hastalar kadar bakım veren aile üyeleri de pek çok zorluk yaşamaktadırlar. **“Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecine Yönelik Tepkileri Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”** isimli çalışmamız ile bakım veren aile üyelerinin gösterdikleri tepkileri (olumlu-olumsuz) ve bu tepkileri etkileyen faktörlerin neler olduğunun incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmada yer aldığımız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacak, yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır. Veri toplama sürecinde hasta ve bakım veren aile üyeleri ile farklı anket görüşmeleri yapılacak olup her görüşmenin ortalama 15 dakika olmak üzere toplamda 30 dakika sürmesi planlanmaktadır.

Katkılarınız için teşekkürler.

Gönüllünün:

Adı-Soyadı: (Rumuz kullanabilir ya da bu alanı boş bırakabilirsiniz)

.....

İmzası:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının:

Adı-Soyadı: Alev AKTAŞ

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

8.2. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formları (Ek 2)

Bakım Alan Hasta Formu

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

3- Eğitim durumunuz:

Yıl:

Okur-yazar değil ilköğretim Lise Yüksekokul/Fakülte Lisansüstü

4- Tanınız:

5- Evresi:

6- Tanı aldığınız yıl:

7- Aldığınız tedavi türleri:

Kemoterapi Radyoterapi

8- Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?

3-6 ay 6-12 ay 1 yıldan fazla

9- Başka bir kronik hastalığınız var mı?

Var Yok (Var ise belirtiniz) :

10- Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?

Var Yok (Var ise belirtiniz) :

11- Hastanın fiziksel semptom puanı:

12- Hastanın psikolojik semptom puanı:

13- Hastanın günlük yaşam aktivitesi puanı:

14- Hastanın yaşam kalitesi puanı:

15- Hastanın karnofsky performans durum puanı:

Bakım Veren Aile Üyesi Formu

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

3- Medeni durumunuz:

Evli Bekar

4- Eğitim durumunuz:

Yıl:

Okur-yazar değil ilköğretim Lise Yüksekokul/Fakülte Lisansüstü

5- Hastaya yakınlık dereceniz:

Eşim Annem/ Babam Kızım/Oğlum

Akrabam (Amca,hala,teyze...belirtiniz) Diğer.....

6- Çalışma durumunuz:

Tam zamanlı çalışıyor Yarı zamanlı çalışıyor Çalışmıyor

7- Sağlık güvenceniz:

Var Yok

8- Aylık geliriniz:

Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla

9- Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?

3-6 ay 6-12 ay 1 yıldan fazla

10- Kronik bir hastalığınız var mı?

Var Yok (Var ise belirtiniz) :

8.3. Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi (Ek 3)

Hastanın Adı-Soyadı:

Yaşı:

Modifiye Charlson Komorbidite İndeksi			
		Var	Yok
1	Koroner Arter Hastalığı	1	0
2	Konjestif Kalp Yetmezliği	1	0
3	Periferik Vasküler Hastalık	1	0
4	Serebrovasküler Hastalık	1	0
5	Demans	1	0
6	Kronik Akciğer Hastalığı	1	0
7	Konnektif Doku Hastalığı	1	0
8	Peptik Ülser Hastalığı	1	0
9	Hafif Düzeyde Karaciğer Hastalığı	1	0
10	Diyabet	1	0
11	Hemipleji	2	0
12	Orta-Şiddetli Böbrek Hastalığı	2	0
13	Son Organ Hasarı Yapan Diyabet	2	0
14	Herhangi Tümör Varlığı	2	0
15	Lösemi	2	0
16	Lenfoma	2	0
17	Orta-Şiddetli Karaciğer Hastalığı	3	0
18	Metastatik Solid Tümör	6	0
19	AIDS	6	0
*40 yaşından sonra her 10 yıl için +1 puan eklenir.			

Toplam Puan:

Yaş	Skor
50-59	1
60-69	2
70-79	3
80-89	4
90-99	5

Toplam Skor (Komorbidite+Yaş):

8.4. Rotterdam Semptom Kontrol Listesi (Ek 4)

Son bir hafta içinde ne derece.....yaşadınız?

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok Fazla
İştahsızlık	0	1	2	3
Öfke	0	1	2	3
Yorgunluk	0	1	2	3
Üzüntü	0	1	2	3
Kas ağrısı	0	1	2	3
Depresyon	0	1	2	3
Enerji eksikliği	0	1	2	3
Bel ağrısı	0	1	2	3
Sinirlilik	0	1	2	3
Bulantı	0	1	2	3
Geleceğe yönelik ümitsizlik	0	1	2	3
Uykusuzluk	0	1	2	3
Baş ağrısı	0	1	2	3
Kusma	0	1	2	3
Baş dönmesi	0	1	2	3
Cinsel yaşama ilgi azalması	0	1	2	3
Gerginlik	0	1	2	3
Karın ağrısı	0	1	2	3
Nedeni belli olmayan korku	0	1	2	3
Kabızlık	0	1	2	3
Diyare	0	1	2	3
Hazımsızlık	0	1	2	3
Titreme/ürperme	0	1	2	3
El ve ayaklarda karıncalanma	0	1	2	3
Konsantrasyon bozukluğu	0	1	2	3
Yutkunmayla boğaz ağrısı	0	1	2	3
Saç kaybı	0	1	2	3
Göz yanması/ağrısı	0	1	2	3
Nefes darlığı	0	1	2	3
Ağız kuruluğu	0	1	2	3

Aşağıdaki faaliyetleri ne derece sürdürebiliyorsunuz?

	Yapamıyorum	Yardımla Yapıyorum	Yardımla Yapıyorum/ Fazla Zorlanıyorum	Yardımsız Yapıyorum
Kendine bakmak	0	1	2	3
Evin etrafında yürümek	0	1	2	3
Hafif ev işi yapmak	0	1	2	3
Merdiven çıkmak	0	1	2	3
Ağır ev işi	0	1	2	3
Dışarıya çıkmak	0	1	2	3
Alışverişe gitmek	0	1	2	3
İşe gitmek	0	1	2	3

Son bir hafta içinde yaşam kalitenizi nasıl tanımlarsınız?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Oldukça iyi
4. Ne iyi ne kötü
5. Oldukça kötü
6. Kötü
7. Çok kötü

8.5. Karnofsky Performans Durum Ölçeği (Ek 5)

100	Normal, yakınması yok, semptom yok
90	Normal aktivitesini sürdürebilir, hastalığın birkaç semptomu veya bulgusu olabilir
80	Bazı zorluklarla beraber normal aktivitesini sürdürür, hastalığın minör bulgu ve belirtisi var
70	Kendine bakabilir, normal aktivite ve işini yapamaz
60	Gereksinimlerini karşılayabilir, nadir yardım gerekir biraz yardıma ihtiyaç duyar
50	Sıkça yardım ve tıbbi bakım gerekir
40	Özel bakım ve yardım gerekir
30	Hastane bakımı gerektirecek derecede sakat fakat ölüm riski yoktur
20	Çok hasta, hastanede aktif destek tedavisi gereksinimi vardır
10	Ölmek üzere
0	Ölüm

8.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 6)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan, sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8.7. Bakım Veren Tepkilerini Değerlendirme Ölçeği (Ek 7)

Aile üyenize bakım vermenin sizi, aile üyelerinizi ve günlük rutinlerinizi geçen hafta nasıl etkilediğini anlamaya çalışıyoruz. Aşağıdaki sorulardan, her bir ifadeye ilişkin kendinizi nasıl hissettiğinizi gösteren yanıtı daire için alınız. Parantez (...) içinde olan yer bakım verdiğiniz aile üyelerinizi (anne/ baba/ kardeş/çocuk...) belirtmek içindir. Ancak gizlilik açısından hastanızın adını belirtmek zorunda değilsiniz.

Maddeler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. (anne/ baba/ kardeş/çocuk...) baktığım için kendimi ayrıcalıklı hissediyorum.					
2. Herkes (anne/ baba/ kardeş/çocuk...) bakımını benim üzerime yıktı.					
3. Ekonomik durumum bakım vermek için gerekli olan masrafları ödemeye yeterlidir.					
4. Yaptığım tüm işler (anne/ baba/ kardeş/çocuk...) bakımı ile ilgilidir.					
5.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) baktığımdan beri kendimi hep yorgun hissediyorum.					
6.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) bakarken ailemden yardım almam çok zordur.					
7.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) bakıyor olmak benim gücüme gidiyor.					
8.İşimi yarıda bırakmak zorunda kalıyorum.					
9.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) gerçekten bakmak istiyorum.					
10. (anne/ baba/ kardeş/çocuk...) bakım verdiğimden beri sağlığım daha kötüye gidiyor.					

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
11.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) baktığımdan beri ailemi ve arkadaşlarımı daha az ziyarete gidiyorum.					
12.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) ne kadar baksam O'nun yaptıklarını ödeyemem.					
13.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) ailece bakıyoruz.					
14.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) baktığımdan beri kendi programımda vazgeçtiğim şeyler oluyor.					
15.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) bakmak için yeterince (fiziksel) gücüm var.					
16.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) baktığımdan beri ailemin beni yalnız bıraktığını (terk ettiğini) hissediyorum.					
17.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) baktığım için kendimi iyi hissediyorum.					
18.Sürekli bir şeyler için bölünmek dinlenmemi zorlaştırıyor.					
19.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) bakabilmek için sağlığım yerinde.					
20.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) bakmak benim için önemlidir.					
21.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) bakmak ailemi maddi olarak zorluyor.					
22.(hastama) bakarken ailem (ağabeylerim, kız kardeşlerim ve çocuklarım) beni yalnız bıraktı.					
23.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) bakmak hoşuma gidiyor.					
24.(anne/ baba/ kardeş/çocuk...) sağlık gereksinimlerini ve masraflarını ödemek zor oluyor.					

8.8. Ölçek Kullanım İzinleri (Ek 8)

"Prof. Dr. Gülbeyaz Can" <gulbeyaz@istanbul.edu.tr>

27 Kas 2018 Sal 22:45



Alıcı: ben ▾

Merhaba Alev kullanmada bir sakınca yok. İyi çalışmalar.
Prof.Dr. Gülbeyaz Can

> alev aktaş <alevaktas62@gmail.com> şunları yazdı (27 Kas 2018 23:20):



>

> Hocam merhaba

> Ben Alev AKTAŞ, Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim ve aynı zamanda Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Kliniğinde çalışmaktayım. Yüksek lisans tezimde "Rotterdam semptom Checklisti" ölçeğinizi kullanabilmem için gerekli izni verebilir misiniz?



haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>

4 Ara 2018 Sal 12:27



Alıcı: ben ▾

Sayın Alev Aktaş,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri

Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: "alev aktaş" <alevaktas62@gmail.com>

Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 30 Kasım Cuma 2018 21:14:21

8.9. Kurum İzni (Ek 9)



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



E-İmzalıdır

Sayı : 72292585-10.99-E.86953
Konu : Alev Aktaş'ın Çalışma İzni

18/12/2018

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 11.12.2018 tarih ve 59537164-00.99-84859 sayılı yazınız.

Fakülteniz İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Alev AKTAŞ'ın "Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecine yönelik Tepkileri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli çalışmanın Gündüz Tedavi Merkezinde yapılması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Aynur AKAY
Başhekim V.



Adres: İnciraltı Mahallesi, Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi
No:1606, 35340 Narlıdere/Balçova/İzmir
Tel: 0(232) 412 1212
Elektronik Ağ: <http://www.hastane.deu.edu.tr/>

Bilgi İçin İrtibat:
Pakize ÖZGENÇ
Dahili:
E-Posta: pakize.ozgenc@deu.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Aynur AKAY tarafından 18.12.2018 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrakımızı <http://dogrulama.deu.edu.tr> linkinden 2DD098D2XE kodu ile doğrulayabilirsiniz.

8.10. Etik Kurul Onayı (Ek 10)

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4452-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> MÜNFERİT ARAŞTIRMA <input type="checkbox"/> ÖÇM <input type="checkbox"/> YÜKSEKLİSANS <input checked="" type="checkbox"/> DOKTORA <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecine Yönelik Tepkileri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/04-44	Tarih:20.02.2019
	Prof.Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ'nün sorumlusu olduğu "Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecine Yönelik Tepkileri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
				E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Can SEVİNÇ (Başkan)	Göğüs Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan Yardımcısı)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

8.11. Özgeçmiş



ALEV AKTAŞ

✓ Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Doğum Tarihi

13 Mart 1987

İletişim Adresi

(İş) Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

Telefon

E-posta

alevaktas62@gmail.com

Web Adresi

Öğrenim Bilgileri

01 Eylül 2010 - 01 Haziran 2015 (4 yıl 10 ay)

Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ