



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE
BİREYLERİNİN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN
BAKIM VERME YÜKÜ İLE İLİŞKİSİ

Filiz ÇELİK

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR

Haziran, 2023



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE
BİREYLERİNİN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN
BAKIM VERME YÜKÜ İLE İLİŞKİSİ

Filiz ÇELİK

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR

Haziran, 2023

TEZ ONAY SAYFASI



BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Filiz ÇELİK



TEŞEKKÜR

Tüm öğrenim hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen annem İfagat ÇELİK ve babam Süleyman ÇELİK'e,

Lisans öğrenimini tamamladığım Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü hocalarıma,

Araştırmamın planlanması ve yürütülmesi esnasında bilgisi, deneyimi, motivasyonu, sabır ve samimiyetinden dolayı tez danışmanım, değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üy. Azime KARAKOÇ KUMSAR'a,

Zorlu hastalık süreçlerinde çalışmama katılmayı kabul eden hastalara ve bakımına destek veren aile fertlerine teşekkürü borç bilirim.

Çalışmamı pandemi döneminde aniden kaybettiğim babam Süleyman ÇELİK'e ve bu zorlu süreçte birlikte çalıştığım tüm meslektaşlarıma ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	-
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
SİMGE/SEMBOL ve KISALTMALAR LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kanserin Tanımı ve Önemi	5
2.2. Kanserin Dünya’da ve Türkiye’de Epidemiyolojisi	6
2.3. Kanserin Etiyolojisi.....	9
2.3.1. Beslenme	10
2.3.2. Yaş ve Cinsiyet.....	10
2.3.3. Sigara ve Alkol.....	11
2.3.4. Hormonal Faktörler ve Cinsel Davranış	11
2.3.5. Hava Kirliliği.....	11
2.3.6. Virüsler	12
2.3.7. Kimyasal Ajanlar	12
2.3.8. Radyasyona Maruziyet	12
2.3.9. İmmunolojik Faktörler	13
2.3.10. Genetik Faktörler	13
2.4. Kanserin Belirtileri.....	14
2.5. Kanserde Tanılama Yöntemleri	15
2.6. Kanserin Evrelendirilmesi	15
2.7. Kanserin Tedavisi	16
2.7.1. Kemoterapi.....	17
2.7.2. Radyoterapi	18
2.7.3. Cerrahi Tedavi	19
2.7.4. İmmünoterapi	19

2.7.5. Hormonal Tedavi.....	20
2.7.6. Destek Tedavi.....	21
2.8. Kanser Hastalarına ve Bakım Veren Aile Bireylerine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	22
2.8.1. Kanser Hastalarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	22
2.8.2. Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları.....	28
2.9. Bakım Verme Yükü Kavramı	28
2.9.1. Formal ve İnformal Bakım Kavramları	29
2.9.2. Kanser Hastalarında Bakım Verme Yükünün Artışına Neden Olan Faktörler.....	29
2.10. Sosyal Destek Kavramı	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	33
3.2. Araştırmanın Soruları.....	33
3.3. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman	33
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	33
3.5. Veri Toplama Yöntemleri	34
3.6. Veri Toplama Araçları	34
3.6.1. Veri Toplama Formu (Ek 1).....	34
3.6.2. Bakım Verme Yükü Ölçeği (BYYÖ) (Ek 2).....	35
3.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek 3)	35
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	36
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER.....	69
5.1. Tartışma.....	69
5.2. Sonuç.....	80
5.3. Öneriler.....	81
6. KAYNAKLAR.....	82
7. EKLER	99
EK-1. Veri Toplama Formu	99
EK-2. Bakım Verme Yükü Ölçeği.....	105

EK-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	107
EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	109
EK-5. Etik Kurul İzni.....	110
EK-6. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	112
EK-7. Ölçek Kullanım İzinleri	113
8. ÖZGEÇMİŞ.....	114
9. İNTİHAL RAPORU.....	116



SİMGE/SEMBOL ve KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AJCC	American Joint Committee on Cancer (Amerikan Kanser Komitesi)
ALT	Alanin Aminotransferaz
APC	Adenomatöz Polipozis Koli
AST	Aspartat Aminotransferaz
BVYÖ	Bakım Verme Yüğü Ölçeğı
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ERCP	Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi
GLOBOCAN	Global Cancer Observatory (Küresel Kanser Gözlemevi)
GM-CSF	Granulocyte Macrophage Colony-Stimulating Factor
HPV	Human Papilloma Virüsü
IARC	International Agency Research Cancer (Uluslar arası Kanseri Ajansı)
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
PEG	Perkütan Endoskopik Gastrostomi
PTK	Perkütan Transhepatik Kolanjiyografi
RB	Retinoblastoma
RNA	Ribonükleik Asit
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
WT1	Wilms Tümör Geni

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2020 Verileri ve Türkiye Karşılaştırması (Yaşa Standardize Hız/100.000 kişide).....	7
Tablo 2. Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2020 Verilerine Göre Erkeklerde En Sık Görülen İlk Beş Kanseri Türünün Dağılımı	8
Tablo 3. Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2020 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanseri Türünün Dağılımı	9
Tablo 4. Tümörlerin TNM Sistemi ile Evrelendirilmesi.....	16
Tablo 4.1.1. Hastaya İlişkin Bilgiler	38
Tablo 4.1.2. Hastaya Bakım Veren Kişilere İlişkin Bilgiler	42
Tablo 4.1.3. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı ve Ortalama Değerleri	49
Tablo 4.1.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı ve Ortalama Değerleri.....	50
Tablo 4.1.5. Ölçeklere İlişkin Bilgiler.....	51
Tablo 4.1.6. Hastaya İlişkin Bilgilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 4.1.7. Hastaya Bakım Veren Kişiyi İlişkin Bilgilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.1.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puanları Arası İlişki Düzeyleri	68

ÖZET

Çelik, F. (2023). Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Algıladıkları Sosyal Desteğin Bakım Verme Yükü ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Araştırma, kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin algıladıkları sosyal desteğin bakım verme yükü ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı türdeki bu araştırma Nisan-Haziran 2022 tarihleri arasında, İstanbul ilinde yer alan bir Şehir Hastanesi'nde Tıbbi Onkoloji Kliniği, Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Tıbbi Onkoloji Polikliniklerinde tedavi gören, iletişim kurabilen, çalışmaya katılmayı kabul eden 212 hasta ve aile bireyleri ile yapıldı. Veriler, Veri Toplama Formu, Bakım Verme Yükü Ölçeği Türkçe Çevirisi ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde R vers. 2.15.3 programı, Shapiro-Wilk, Pearson korelasyon ve tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplar t, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve Dunn-Bonferroni test, Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. $P<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Araştırmaya katılan bakım verenlerin %64.2'si kadın, %74.5'inin evli, %31.5'inin ilkokul mezunu, %48.1'inin geliri giderine denk, %51.4'ünün çalışmadığı saptandı. Bakım vericilerin bakım yükünün hafif düzeyde (30.50 ± 14.99), algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyde (60.26 ± 19.20) olduğu bulundu. Bakım verenlerin bakım yükü ortalamaları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları aile, arkadaş, özel kişi ve toplam alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Bakım sürecinin, bakımı sağlayan bireyin aile içi/iş ortamı rollerini olumsuz yönde etkileyerek; bakım yükü puanını ($p<0.05$) artırdığı bulundu. Kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça bakım veren yükünün azaldığı belirlendi.

Anahtar kelimeler: Kanser, bakım verme yükü, sosyal destek

ABSTRACT

Celik, F. (2023). The Relationship Between Perceived Social Support and Caregiving Burden Among Family Members Providing Care to Cancer Patients. Master's Thesis, Graduate Education Institute, Biruni University, Istanbul.

This study aimed to determine the relationship between perceived social support and caregiving burden among family members caring for cancer patients. This descriptive, cross-sectional, and correlational study was conducted between April and June 2022 at a City Hospital in Istanbul, Turkey. The participants included 212 patients and their family members receiving treatment at the Medical Oncology Clinic, Outpatient Chemotherapy Unit, and Medical Oncology Polyclinics of the hospital. The participants were able to communicate and voluntarily agreed to participate in the study. Data were collected through face-to-face interviews using a Data Collection Form, the Caregiving Burden Scale Turkish Translation, and the Multidimensional Perceived Social Support Scale. R version 2.15.3 software was used for data analysis, including the Shapiro-Wilk test, Pearson correlation, one-way analysis of variance (ANOVA), independent samples t-test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Dunn-Bonferroni test, and Cronbach's alpha coefficient. A significance level of $p < 0.05$ was considered statistically significant. The study revealed that 64.2% of the participating caregivers were female, 74.5% were married, 31.5% had completed primary education, 48.1% had an income matching their expenses, and 51.4% were unemployed. It was found that caregivers had a mild caregiving burden (30.50 ± 14.99) and a moderate level of perceived social support (60.26 ± 19.20). It was determined that there was a significant negative relationship between the caregivers' mean burden of care and the multidimensional perceived social support scale mean scores of family, friends, unique people, and total sub-dimensions. The study also found that the caregiving process negatively affected the roles of caregivers in their family and work environments, leading to an increase in caregiving burden scores ($p < 0.05$). Moreover, it was determined that the caregiving burden decreased as the perceived level of social support increased among family members providing care to cancer patients.

Keywords: Cancer, caregiving burden, social support.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde kanser hem dünyada hem de ülkemizde önemli sağlık problemlerinden biridir. Her yıl hem vaka sayılarının artış göstermesi, hem de morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olması kanserin önemini daha da artırmaktadır. Kanser, küresel olarak dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ölüme neden olan hastalıklar arasında ikinci sırayı almaktadır (Kahrıman, 2014; Pelit, 2015).

2014 yılı Dünya Kanser Raporu'nda, yeni kanser tanısı alan birey sayısı 14.1 milyon olup, 2012 yılında kanser nedeniyle yaşamını yitiren birey sayısı ise 8.2 milyon olarak açıklanmıştır (Ülgen, 2019). Yeni kanser tanısı alan birey sayısı 2018'de 18.1 milyon iken 2020'de bu sayı 19 milyon 292 bin olarak açıklanmıştır. 2018 yılında kanser nedeniyle 9.6 milyon kişi yaşamını yitirmiş olup 2020 yılında ise 9 milyon 958 bin kişi kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir (<https://www.solunum.org.tr/basin/1595/4-subat-2023-dunya-kanser-gunu-basin-bildirisi.html>, Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2023). Bu verilerden yola çıkarak 2030 yılında 24 milyon bireyin yeni kanser tanısı alacağı ve aynı yıl içinde kanser sebebiyle yaşamını yitiren birey sayısının 17 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (Karaaslan, 2013).

Tüm dünyada hızlı bir şekilde yaygınlaşan kanserin etiyolojisinin kesin olarak bilinmemesiyle birlikte, çevre faktörlerinin organizmanın hücrelerinin neden olduğu karsinogenlerin yaptırımı ile hücrenin DNA birleşimi aşamasında ortaya çıkan değişikliklere bağlı olarak oluştuğu görüşü belirginleşmektedir. Kanser; "iç ve dış faktörlere bağlı olarak oluşan mutasyonlar neticesinde, bir hücrenin yada hücre topluluğunun kontrol dışı artmak suretiyle diğer dokuların zararına olan bir gelişme göstermesi ve kan, lenf aracılığıyla birincil lokalizasyonu haricindeki bölgelere ilerleyerek o alanlarda da gelişimini devam ettirmesi ve hayati tehdit oluşturması durumu" şeklinde tanımlanmaktadır. Kanser hücreleri normal hücrelerden oldukça farklıdır. Hücreler kanserleşme döneminde mevcut niteliklerini kaybeder ve hücre yıkımı, yenilenmesi, büyümesi ve artış göstermesine ait normal dışı özellikler edinirler. Normal hücreler standart bir düzen ve kontrol altında, gerekliliklere uygun şekilde bölünerek artış gösterirler. Bu aşama boyunca hücreler bir yandan sistematik şekilde ölüm veya "apoptoz" şeklinde isimlendirilen olay sebebiyle yok olurken,

diğer yandan da büyüme etkenlerinin yaptırımıyla artar. Büyüme etkenleri normalde DNA'daki farklı genlerin etkisiyle ortaya çıkan proteinlerdir. Bu genlerin mutasyon nedeniyle farklılaşmasının ardından hücreler kontrol dışı bir büyüme göstererek kansere sebebiyet verirler. Kanser sebebi olan mutasyon; iyonizan radyasyon, kozmik ışınlar sonucunda oluşabileceği gibi, diğer kansorejen ajanların etkisiyle de meydana gelebilmektedir (Karaaslan, 2013).

İçinde bulunduğumuz zaman diliminde bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler, sağlık tesislerinden faydalanma imkanlarının çoğalması, başka hastalıklara ait tedavi unsurlarındaki ilerlemeler ve bu durumla paralel olarak ortalama insan ömrünün uzaması, sigara kullanımındaki artış ve yanlış beslenme alışkanlıklarının yaygınlaşması, kimi virüsler, fazla alkol tüketimi gibi etkenlerle kanserli hasta sayısı gün geçtikçe çoğalmaktadır (İkde Öner, 2012; Karaaslan, 2013). Türkiye'de en fazla rastlanan kanser türleri erkeklerde akciğer, prostat, kolon, rektum, mide ve pankreas; kadınlarda meme, akciğer, kolon, rektum, serviks, over, mide ve pankreas kanserleridir (Kahrıman, 2014).

İçinde bulunduğumuz zaman diliminde, ilerleyen teknoloji ve gelişen tedavi yöntemleriyle kanserli hastaların yaşam süresi uzamış, bu durum da aile üyelerinin hastanın bakım sürecine daha aktif şekilde dahil olmalarına ve hastaların sürece ait tüm ihtiyaçlarının karşılanması sorumluluğunu daha istekli ve özverili bir şekilde üstlenmeleri üzerinde son derece etkili olmuştur (Kahrıman, 2014; Orak ve Sezgin, 2015). Kronik hastalıklar kategorisinde olan kanser, tanı ve tedavi sürecinden terminal döneme kadar olan zamanda hastalığın prognozu ve tedavi biçimiyle doğru orantılı olarak, tanı konulan kişi ve ailesinin günlük yaşam rutinleri ve yaşam kalitelerini direkt olarak etkilemektedir. Kanserli hastanın bakım vericileri, hastalarının hastalığa ait belirtilerini gözlemleyip semptomları sürekli olarak kontrol etme, gereken tıbbi tedavilerinin zamanında ve olması gereken şekilde uygulanmasını sağlama, hastanın ruhen ve bedenen rahatlığını sağlama, problemleri tespit edebilme ve çözüm geliştirebilme, psikolojik destek verme, hastalarının güvenliğini sağlama ve tedavi sürecinin devamı için, bulunulan ortamı uygun araç-gereçler kullanarak üst düzey bir konfor sağlama, hastanın beslenmesi, özbakımı, mobilizasyonu ve bağışıklık sistemlerinin normalden daha düşük olması nedeniyle ekstra hijyen ihtiyaçları gibi meşakkatli ve zor olarak nitelendirilebilecek görevleri bulunmaktadır. Bu görevlerin tümü literatürde bakım yükü şeklinde isimlendirilmiştir (Pelit, 2015; Yıldız, Dedeli ve Çınar Pakyüz, 2016). Bakım verme;

bireysel gelişme, yakın ilişkilerin daha ileri boyuta taşınması, duygusal tatmin, diğer insanlardan sosyal destek alma, kendi öz saygısında artış gibi olumlu faktörlerin yanı sıra, bakıma yardımcı olan aile bireylerinde bazı problemlerin oluşmasına neden olabilmektedir (Özkan Tuncay, Mollaoğlu ve Kars Fertelli, 2015). Bunlardan bazıları; yorgunluk, uykusuzluk, uyku kalitesinde düşme, bireysel özbakıma gereken zamanı ayıramama, dikkatini toplayamama, baskı ve ağlama hissi, iletişim kurmada isteksizlik, endişe, karamsarlık, asosyalite, aile hayatında negatif yönde değişim, tedavi sürecinin ekonomik yükü gibi sorunlardır (Pelit, 2015). Karaaslan (2013), bedensel problem yaşayan bakım vericilerin %64.7'si yorgunluk, psikolojik problemleri olan bakım verenlerin %50.7'si sıkıntı duygusunda yoğunlaşma, sosyal yaşamlarında problemler oluşan bakım vericilerin %56.7'si ise kişilerarası ilişkilerde azalma olduğunu belirtmiştir.

Bakım veren bireylere sağlanan sosyal desteğin, bakım yükünün azaltılması konusunda önemli bir yeri olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Güç durumunda olan bireylere, etrafındaki kişiler tarafından sağlanan yardım sosyal destek olarak tanımlanmaktadır. Aile, arkadaş ve farklı sosyal ilişkilerden oluşturulan desteğin tamamı şeklinde belirtilen sosyal desteğin, yaşam zorlukları ile baş edebilme, bedensel sağlık ve psikolojik anlamda iyi hissetme üzerine pozitif etkileri bulunmaktadır. Bakım veren bireylerin, bakım verme sebebiyle bireysel yaşamlarında sosyal ve psikolojik olarak negatif yönde değişimler meydana gelmektedir. Sağlık alanındaki uzmanlar ve hastaların bakım vericileri, birincil olarak hastanın gereksinimlerini dikkate aldıkları için bakım vericiler; sosyal destek anlamında eksiklikler yaşadıklarını, aile ve diğer sosyal çevrelerinden gereken desteği göremedikleri zamanlarda, stres ve gerginlik gibi istenmeyen duygularla başetmek durumunda kaldıklarını belirtmektedir. Sonuç olarak bakım veren bireylerin sosyal destek seviyesi düştüğünde bakım yükünü daha çok hissettikleri ve sosyal desteğin aile ve bakım verenlerin olumsuz etkilerine karşı tampon görevi yaptığı tartışılmaktadır. Hemşirelerin bakım verici görevini üstlenen kişileri bir bütün olarak ele alması ve bu kişilerde bakım yükünü skorlayabilmesi, hem bakım veren bireylerin hem de hastaların iyilik halinin oluşmasında önemli rol oynayacaktır. Sağlık profesyonelleri tarafından bakım veren kişilerin üzerlerinde oluşan yükün azaltılması ve bunun sağlanmasında çok önemli bir etken olan sosyal destek algısını belirlemek, bakım vericilerin ruhen gerçek bir iyilik haline getirilebilmenin yanı sıra bu durumun devamlılığını sağlayabilmesine ve hasta bakımının etkin ve en yüksek

fayda sağlayacak şekilde sistematik olarak yürütülmesine önemli ölçüde katkısı olacaktır (Özkan Tuncay ve ark., 2015).

Bu bağlamda çalışma, kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin algıladıkları sosyal desteğin bakım verme yükü ile ilişkisini incelemek amacıyla yürütüldü.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Tanımı ve Önemi

Tüm dünyada giderek yaygınlaşan kanserin oluş mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber, bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz bir şekilde bölünüp çoğalmasıyla karakterize kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Kabataş Yıldız, 2015; <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/4-subat-dunya-kanser-gunu-2022.html>, Erişim Tarihi: 7 Aralık 2022). Aynı zamanda organizmanın herhangi bir doku ya da organında oluşabilen, hücrelerin normal büyüme ve bölünme özelliklerini kaybettiği, uzak organ metastazı da yapabilen, malign, öldürücü olabilen bir hastalık olarak da tanımlanmaktadır (https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1, Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2023).

Kanser, hem dünyada hem de ülkemizde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almakta olup dünyada yaklaşık olarak her altı kişiden birinin, ülkemizde ise her beş kişiden birinin ölüm nedenlerinin kanserden kaynaklı olduğu görülmektedir (İkde Öner, 2012; <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/4-subat-dunya-kanser-gunu-2022.html>, Erişim Tarihi: 7 Aralık 2022). Günümüzde, kanserli hasta sayısı gün geçtikçe artmakta ve ilerleyen yıllarda da artacağı öngörülmektedir. Aynı zamanda, hem teknolojik gelişimler hem de tedavi olanakları anlamında önemli değişimler kaydedilmektedir. Buna bağlı olarak kanser, ölümcül bir hastalık olmanın dışında tedavi edilebilir kronik bir hastalık şeklini almıştır (Koşan Yurtseven, 2018). Kanserlerde farklılaşan klinik seyir ile beraber tedaviye verilen cevap da farklılık gösterebilmektedir (Tuncer, 2009). Bu yüzden kanserler ciddi bir kronik hastalık olmasının yanı sıra kişide ağrılı ve acılı bir sürecin başlangıcı, ölüm korkusu ve sürekli ölümü çağrıştıran duyguların ifadesi, panik ve agresif davranışlar sergilenmesi, kaygı, tedavi sonucunun garanti edilememesine bağlı anksiyete gibi duygular ve davranışsal tepkiler meydana getirebilmektedir (İkde Öner, 2012). Kanser tanısının konması, hem tanı konulan birey hem de bakıma destek verecek aile bireyleri için stres yaratan bir durumdur (Yıldız, 2015). Nitekim bu durum da bakıma katılacak aile bireylerini fiziksel, sosyal, duygusal, zihinsel ve ekonomik yönden etkilemekle beraber bakım verici bireyde korku, çaresizlik, suçluluk hissi gibi psikolojik faktörleri öne çıkarabilmektedir (Koşan Yurtseven, 2018).

2.2. Kanserin Dünya’da ve Türkiye’de Epidemiyolojisi

Kanser; yaş, cinsiyet, toplum, zengin, fakir ayırt etmeksizin tüm bireyleri etkileyebilen ciddi ve ölümcül olabilen bir hastalıktır (Özdemir, 2018). Dünyada her sekiz erkekten ve her 11 kadından biri kanser nedeniyle yaşamını yitirmektedir (<https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>., Erişim Tarihi: 10 Aralık 2022). 2012 yılı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün verilerine göre yılda 14.1 milyon kişiye yeni kanser teşhisi konulmuş, 8.2 milyon kişi ise kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir (Ceylan Gür, 2018). Türkiye’de ise, 2012 yılında 175.000 kişiye kanser tanısı konulmuştur (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/ANA_rapor_2012sooonn.pdf., Erişim Tarihi: 10 Aralık 2022). 12 Eylül 2018’de yayınlanan Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) verilerine göre, dünyada yeni kanser vaka sayısı 18.1 milyon olup 9.6 milyon kişi de kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir. 14 Aralık’ta yayınlanan GLOBOCAN 2020 verilerine göre ise, dünyada 19.3 milyon kişi yeni kanser tanısı almış olup 10 milyon kişi ise kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir (<https://www.uicc.org/news/global-cancer-data-globocan-2018>., Erişim Tarihi: 10 Aralık 2022). 2020 yılındaki yaklaşık 19.3 milyon yeni tanı ve ortalama 10 milyon ölüm sayısı, 2018 yılındaki yeni kanser tanısı ve ölüm sayıları ile kıyaslanırsa kanser yükünün küresel anlamda arttığı rahatlıkla anlaşılır (<https://www.solunum.org.tr/basin/1595/4-subat-2023-dunya-kanser-gunu-basin-bildirisi.html>., Erişim Tarihi: 13.05.2023).

Tablo 1. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2020 Verileri ve Türkiye Karşılaştırması (Yaşa Standardize Hız/100.000 kişide)

	Erkek	Kadın
Dünya	222	186
Batı Asya	198.3	162.3
Orta ve Doğu Avrupa	293.8	220.9
ABD	400.9	333.2
Türkiye	259.2	187

***Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017**

(https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf, Erişim Tarihi: 8 Aralık 2022).

Türkiye’de 2017 yılında belirtilen kanser verileri, Tablo 1’de verilen GLOBOCAN 2020 kanser verileri ile karşılaştırıldığında, Türkiye kanser insidansının, dünya insidansına kıyasla yüksek seyrettiği görülmektedir. Ülkemizin de içinde bulunduğu Batı Asya kanser insidansı, Türkiye insidansından düşük olduğu görülmektedir. Orta ve Doğu Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gibi gelişmiş ülkelerin kanser insidansları ise, ülkemizdeki verilere göre yüksek olduğu görülmektedir

(https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf, Erişim Tarihi: 8 Aralık 2022).

Fakat kanserin tanılama süresi, tedaviye başlama süresi ve bakım aşamalarının nasıl yapılacağı konuları diğer birçok hastalıklarda olduğu gibi ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre değişiklik gösterebilmektedir. Gelişmiş ülkelerde %90’ın üzerinde, gelişmemiş ülkelerde ise %15’in altındaki oranlarda detaylı bir tedavi yapılmaktadır (<https://www.who.int/news/item/03-02-2022-world-cancer-day-closing-the-care-gap>, Erişim Tarihi: 10 Aralık 2022).

Gelişmiş ülkelerin oranları yüksek olsa da kanser, tüm ülkelerin ekonomilerini olumsuz yönde etkilemektedir (Taşyüz, 2017). Düzenli bir kanser kontrol programı hayata geçirilmez ise kanser maliyetlerinin 2030’lu yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanamayacak düzeye geleceği öngörülmektedir. Yeterli veri olmamakla beraber Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’nun 2012 yılında sadece kanser ilaçları için verdiği ödenek yaklaşık 458 milyon TL olarak açıklanmıştır.

Kanser, tüm ülkelerin farklı alanlardaki yatırımlarının azalmasına, işgücü verimliliğinin düşmesine dolayısıyla ülke kalkınmasının olumsuz yönde etkilenmesine yol açmaktadır. Tüm bu gerekçeler göz önünde bulundurularak ülkelerin düzenli bir kanser kontrol programını uygulamaya koymalarının gerekliliği belirtilmektedir (Torun ve Kutlar, 2018).

Tablo 2. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2020 Verilerine Göre Erkeklerde En Sık Görülen İlk Beş Kanser Türünün Dağılımı

Türkiye	Dünya	Batı Asya	Orta ve Doğu Avrupa	ABD
Akciğer	Akciğer	Akciğer	Akciğer	Prostat
Prostat	Prostat	Prostat	Prostat	Akciğer
Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal
Mesane	Mide	Mesane	Mide	Mesane
Mide	Karaciğer	Mide	Mesane	Deri Melanomu

***Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017**

(https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf., Erişim Tarihi: 8 Aralık 2022).

Tablo-2'deki GLOBOCAN 2020 verilerine göre; Türkiye'de de çok yaygın görülen beş farklı kanser çeşidi gelişmiş ülkelerdeki verilerle benzerlik göstermektedir. Ülkemizde olduğu gibi diğer ülkelerde de akciğer, prostat ve kolorektal kanserleri erkeklerde sık görülen ilk üç kanser türü olarak sıralanmaktadır (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf., Erişim Tarihi: 8 Aralık 2022).

Tablo 3. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2020 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanser Türünün Dağılımı

Türkiye	Dünya	Batı Asya	Orta ve Doğu Avrupa	ABD
Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
Troit	Kolorektal	Troit	Kolorektal	Akciğer
Kolorektal	Akciğer	Kolorektal	Uterus Korpusu	Kolorektal
Akciğer	Uterus Serviksi	Akciğer	Akciğer	Uterus Korpusu
Uterus Korpusu	Troit	Uterus Korpusu	Uterus Serviksi	Deri Melanomu

***Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017**

(https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf, Erişim Tarihi: 8 Aralık 2022).

Tablo-3'teki GLOBOCAN 2020 verilerine göre; Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanser türü diğer ülkelerde olduğu gibi meme kanseridir (47,7/100.000 kişi). Yeni tanı alan her dört kadından birinde meme kanseri görülmektedir (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf, Erişim Tarihi: 8 Aralık 2022).

2.3. Kanserın Etiyolojisi

Kanserın nedeni tam olarak bilinmemekle beraber, çoğu kanserin temelinde çevresel etmenlerin yer aldığı düşünülmektedir (İkde Öner, 2012). Kanserın nedenleri arasında beslenme, yaş ve cinsiyet, sigara ve alkol alışkanlığı, hormonal faktörler ve cinsel davranış, hava kirliliği, virüsler, kimyasal ajanlar, radyasyona maruziyet, immunolojik ve genetik faktörler yer almaktadır (Karaaslan, 2013; Özdemir, 2018).

2.3.1. Beslenme

Kanserin önlenmesinde beslenme alışkanlıklarının rolü oldukça büyüktür. Fazla oranda alınan hayvansal protein, doymuş yağ tüketiminde artışa neden olarak kansere sebebiyet verebilmektedir. Yağların herhangi bir çeşidinin fazla miktarlarda tüketilmesi de prostat, testis, meme, kolorektal, rahim ve yumurtalık kanseri oluşumunu artırmaktadır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanserden-korunma/kanserden-korunmalist/kanserde-beslenme.html>), Erişim Tarihi: 16 Aralık 2022). Karbonhidrattan zengin; sebze, meyve, posalı ve lifli gıdalardan fakir beslenme bağırsak pasajının sağlanmasına olumsuz etki göstererek rektum ve kalın bağırsak kanseri riskini artırdığı bildirilmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanserden-korunma/kanserden-korunmalist/kanserde-beslenme.html>), Erişim Tarihi: 16 Aralık 2022; Aycil, 2022). Ayrıca, vücutta alınan kaloringin fiziksel aktivite ile dengelenmemesi de kanser riskini artırmaktadır. Vitamin ve minerallerin günlük uygun miktarlarda alınmasının kanser oluşumuna önleyici etki gösterdiği belirtilmektedir. Kalsiyum, iyot, çinko, demir ve selenyum kansere karşı koruyucu görev üstlenen minerallerdendir. Besinlerin pişirilme yöntemleri de risk faktörlerinden bir diğeri olarak gösterilmektedir. Kömür ateşine yakın pişirme, besinin yanmasıyla veya kömürdeki maddenin besine yapışmasıyla kanserojen maddenin oluşmasına sebep olabilmektedir (Şimşek, 2003). Buna ek olarak kızartma, kavurma, közleme, tütsüleme gibi yöntemler de önerilmeyen pişirme yöntemlerinden olup, haşlama veya fırında pişirme gibi yöntemlerin tercih edilmesi önerilmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanserden-korunma/kanserden-korunmalist/kanserde-beslenme.html>), Erişim Tarihi: 16 Aralık 2022).

2.3.2. Yaş ve Cinsiyet

Erkeklerde kadınlara kıyasla daha fazla görülebilen kanser, 65 yaş ve üstü kişilerde daha çok kendini göstermektedir (Eti Aslan, Olgun ve Uzun, 2020). 2017 yılı Türkiye Kanser İstatistikleri'ne göre erkeklerde ve kadınlarda yaşa standardize edilmiş kanser hızları incelendiğinde, yaş arttıkça farklı kanser türleri görülmekte (erkeklerde trakea, akciğer ve bronş; kadınlarda ise meme kanseri) fakat erkeklerde kadınlara göre oran daha fazla görülmektedir (erkeklerde 100.000 kişide 56.7, kadınlarda 100.000 kişide 47.7) (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf), Erişim Tarihi: 8 Aralık 2022).

2.3.3. Sigara ve Alkol

Sigara ve alkol kansere neden olan en önemli önlenebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır (Karaaslan, 2013). 2011 yılında sekiz Avrupa ülkesinde yapılan çalışmaya 350.000'den fazla kişi dahil edilmiştir. Çalışmanın sonucunda, erkeklerde gözlenen kanser nedeninin %10'unun, kadınlarda gözlenen kanser nedeninin ise, %3'ünün alkolden kaynaklı olduğu sonucuna varılmıştır (Schütze, Boeing, Pischon, Rehm, Kehoe et al., 2011). Ayrıca alkolün, kandaki östrojen seviyesini artırarak meme kanseri gelişme riskini de artırdığı belirtilmektedir (Can, 2017). Ağız, farenks, larinks, özofagus, karaciğer, kolon, ve rektum kanserleri alkol kullanımına bağlı oluşan diğer kanser türleri arasında yer almaktadır (Schütze et al., 2011). Tütün kullanımı başta akciğer kanseri olmak üzere baş, boyun, özofagus, mesane, pankreas ve serviks kanseri gelişimine de sebep olabilmektedir (Can, 2017; Eti Aslan ve ark., 2020). Tütün ve alkolün birlikte kullanımı tek başına kullanılmalarına kıyasla daha zararlı etki oluşturup, ağız boşluğu ve özofagus kanseri gelişme riskini artırmaktadır. Bunun sebebi alkolün, tütünün zararlı maddelerinin sindirim sistemine geçişini kolaylaştırmasından kaynaklanmaktadır (Eti Aslan ve ark., 2020; <http://ailehekimimedicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/581/2019/04/Alkol-ve-Kanser-%C4%B0li%C5%9Fkisi.pdf>, Erişim Tarihi: 18 Aralık 2022).

2.3.4. Hormonal Faktörler ve Cinsel Davranış

Bazı hormonların uzun süreli alınması (özellikle östrojen ve progesteron), ileri yaşta yapılan doğum veya hiç doğum yapmamış olmanın meme kanseri riskini artırdığı belirtilmiştir (Kabataş Yıldız, 2015; Can, 2017). Bununla birlikte, küçük yaşta cinsel birleşme yaşanması, kişinin kendisinin veya partnerinin çok eşli cinsel yaşamının olması, ilk gebelik yaşının 20 yaşından küçük olması gibi faktörler de serviks kanserinin nedenleri arasında yer almaktadır (Kanbur ve Çapık, 2011). Vücuttaki hormon seviyeleri özellikle meme, prostat ve endometrium kanserlerinin meydana gelmesinde etkin rol oynamaktadır (Güran, 2005).

2.3.5. Hava Kirliliği

Hızla artan dünya nüfusu, endüstrileşme sebebiyle köylerden kentlere olan göç artışı, nüfus artışına bağlı olarak üretim ve tüketimin artışı, ısınma amaçlı yakıt

olarak kullanılan maddelerin doğaya salınımı havanın kirlenmesine yol açmaktadır. Havayı kirleten bu zararlı kimyasal maddeler akciğerler yoluyla vücudumuza girerek kan dolaşımıyla tüm vücuda yayılmaktadır (Aycil, 2022). Hava kirliliğine maruziyet solunum fonksiyon kaybına, astıma, solunum yolu enfeksiyonlarına ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'na (KOAHA) sebep olurken, uzun süreli maruziyetler akciğer kanserine sebep olabilmektedir (Mermit Çilingir, 2016).

2.3.6. Virüsler

Henüz nasıl kanserojen etki sağladıkları bilinmeyen onkojen virüsler DNA ve Ribonükleik Asit (RNA) virüsleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Deney hayvanlarından edinilen kanıtlara göre, DNA virüsleri kendilerinin üreyebilecekleri hücrelere girdiklerinde çoğalarak hücrenin ölümüne sebep olmaktadır. Doğal yollarla konaklayamadıkları hücrelere girdiklerinde ise, çoğalamazlar ancak uygun ortam oluştuğunda hücrenin çekirdeğine girerek birlikte çoğalmaya çalışırlar ve sonuçta oluşan hücre tümör hücresi özelliği göstermeye başlamaktadır (Eti Aslan ve ark., 2020). Human Papilloma Virüs (HPV), Epstein Barr Virüsü, Hepatit B ve Hepatit C virüsleri, Human Herpesvirüs-8 (HHV-8), Merkel Cell Polyomavirus (MCV) onkojenik virüsler olarak sıralanmaktadır (Warowicka, Nawrot, Broniarczyk, Węglewska and Goździcka-Józefiak, 2021).

2.3.7. Kimyasal Ajanlar

Daha çok mesleki nedenlerle, bulunulan ortamdaki kimyasallara maruziyetin artmasına paralel olarak kanser gelişme riski de artmaktadır (Şimşek, 2003). Renksiz ve kokusuz olan radon gazı özellikle maden işçilerinde akciğer kanserine sebep olabildiği bildirilmektedir. Kolaylıkla parçalanabilen ve nefes alıp verme ile akciğerlere yerleşen uzun süreli asbeste olan maruziyet de akciğer kanserine sebep olabilmektedir (Can, 2017). Boya ve lastik sanayi işçilerinde benzen kimyasalına olan maruziyet lösemiye, kaplamacılıkta kadmiyuma olan maruziyet prostat ve akciğer kanserine sebep olan başlıca kimyasallar arasında yer almaktadır (Şimşek, 2003).

2.3.8. Radyasyona Maruziyet

Kanserin meydana gelmesinde radyasyona maruziyet süresi, radyasyonun dozu, hücrenin tipi, cinsiyet ve yaş gibi faktörler belirleyicidir. Radyasyona maruz

kalındığında en sık karşılaşılan kanser türleri kemik iliği, tiroit, meme ve akciğer kanserleri olarak bilinmektedir. Radyasyon, iyonize ve non iyonize olmak üzere iki çeşittir. Tanı koymak ve tedavi planlamak amacıyla yapılan tıbbi görüntüleme işlemlerinde iyonize radyasyondan faydalanılmaktadır (Gökoğlu, Ekinci, Özgenç, İlem Özdemir ve Aşıkoğlu, 2020; Eti Aslan ve ark., 2020). İleri yaşlarda iyonize radyasyona maruz kalınması, genç yaşta radyasyona maruz kalınması ile kıyaslandığında kanserin daha az görüldüğü belirtilmektedir (Huang, Law and Khong, 2009). Diğer yandan, güneşteki ultraviyole ışınları da cilt kanseri riskini artıran faktörler arasında yer almaktadır. Özellikle açık tenli ve renkli gözlü bireylerde güneşe olan maruziyet süresi arttıkça bedenin açık kalan bölgelerinde deri kanseri gelişme riski artmaktadır (Eti Aslan ve ark., 2020).

2.3.9. İmmunolojik Faktörler

Bağışıklık sistemi elemanları, vücutta farklılaşan hücreleri algıladığında onları yok etmeye çalışmaktadır. İmmun sistemin zayıflığı veya immün sistemin baskılanmasına neden olan travmatize olaylar yaşanması, (aşırı stres, aile fertlerinden birinin kaybı, işsizlik, eşinden ayrılma gibi) bağışıklık sistemi hücrelerinin farklılaşarak işlevlerini yitirmelerine ve kanserli hücrelerin oluşumuna sebep olabilmektedir. Bu nedenle sağlıklı bir bağışıklık sisteminin olması, bireylerin kansere yakalanma riskini azaltması yönünden oldukça önem arz etmektedir (Can, 2017). Diğer yandan immün sistemi zayıf olan geriatric hastalarda ve çocuklarda kanser gelişme riski oldukça artmaktadır (Koşan Yurtseven, 2018).

2.3.10. Genetik Faktörler

Yaygın hastalıkların ortaya çıkmasında genler oldukça önemli rol oynamaktadır (Sapienza and Issa, 2016). Ailesel kanserler incelenirken; anne, baba, kardeşler, anne ve babanın kardeşleri ile bu kişilerin çocuklarından aktarılan genlerde mutasyon olup olmadığına bakılmaktadır. Ailede genetik geçişli olan kanserler dominant karakterdedir ve bu şekilde bir sonraki kuşağa aktarılmaktadır. Meme, kolon, yumurtalık, çocuklarda görülen göz ve böbrek tümörleri ile beyin tümörleri en sık gözlenen ailesel tümörler arasında yer almaktadır (Güran, 2005). BRCA 1 ve BRCA 2 genlerinde meydana gelen mutasyon meme ve over kanseri yönünden risk oluştururken, P53 genindeki mutasyon gastrointestinal sistem kanserleri, jinekolojik kanserler, solunum sistemi kanserleri, meme ve yemek borusu kanseri gibi

organizmadaki sistemler üzerinde yaygın kanser oluşumuna sebep olabilmektedir (Tung, Lin, Kidd, Allen, Singh et al., 2016; Duffy, Synnott, O'Grady and Crown, 2022). Adenomatöz Polipozis Koli (APC) genindeki mutasyon kolorektal, medulloblastom oluşturma yönünden risk oluştururken, ilk tümör baskılayıcı genlerden olan Retinoblastoma (RB) genindeki mutasyon gözde retinoblastom, osteosarkom ve yumuşak doku sarkomlarına neden olabilmektedir (Attard, Giglio, Koppula, Snyder and Lynch, 2007; Berry, Polski, Cavenee, Dryja, Murphree et al., 2019). Wilms Tümör (WT1) geninde oluşan mutasyon ise Denys-Drash sendromuna (doğuştan veya erken dönemde oluşan böbrek hasarı) yol açabilmektedir (Güngör, Bülbül, Gür, Kargın Çakıcı, Yazılıtaş ve ark., 2018).

2.4. Kanser Belirtileri

Kanser belirtileri tümörün bölgesel veya uzak organlara metastaz yapma durumuna göre değişiklik göstermektedir (Kocher, Hilbe, Seeber, Pircher, Schmid et al., 2015). Solunum sistemi kanserlerinde; dispne, öksürük, göğüs ağrısı, kilo kaybı, hemoptizi gibi belirtiler görülmektedir (<https://www.kanser.org/saglik/toplum/kanser-turleri-alt-kategori/akciger-kanseri-belirtileri>., Erişim Tarihi: 20 Şubat 2023).

Gastrointestinal sistem kanserlerinde; karın ağrısı, bulantı, kusma, kilo kaybı, dispepsi, obstrüksiyon, gastrointestinal kanama, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik gibi belirtiler görülmektedir (Bozdağ, Gültürk ve Aksu, 2014; Kohoutova, Worku, Aziz, Teare, Weir et al., 2021).

Genitoüriner sistem kanserlerinde; mesane kanserli hastalarda gözle görülen hematüri ve işeme bozukluğu (ani sıkışma hissi), böbrek kanserlerinde idrarda görülen kan, yan ağrıları, farklı organlara metastaz durumunda vücut sıcaklığının yükselmesi, kilo verme, abdominal renal kitle, testis kanserli hastalarda yaygın ağrı, testiste şişlik ve sertlik, prostat kanserli hastalarda erken dönemde herhangi bir belirti göstermezken, ileri evrede acil idrar yapma ihtiyacı, idrarı başlatmada zorlanma, idrar akımının yavaşlaması, idrar kesesinin tam olarak boşaltılamaması, gece idrara çıkma gibi belirtiler gözlemlenmektedir (Asgar Pour ve Çam, 2014; DeGeorge, Holt and Hodges, 2017; Yurtsever, 2018; Majidova, 2020).

Dermatolojik kanserlerde; ciltte iyileşme gözlenmeyen enfektif yaralar, deriden kabarık veya düzgün oluşumlar, ciltte farklı renklerdeki (kırmızı, kahverengi) oluşumlar cilt kanseri belirtileri arasında yer almaktadır

(<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/cilt-kanseri-2.html>., Erişim Tarihi: 25 şubat 2023).

Nörolojik sistem kanserlerinde; baş ağrısı ve nöbetler en yaygın belirtilerdir (Perkins and Liu, 2016). Ayrıca serebrovasküler rahatsızlıklar sonucunda vücudun sağ veya sol ekstremitesindeki kaslarda güçsüzlük, konuşma bozukluğu ve görme alanında bozukluk gibi belirtiler gözlenmektedir (Demir, Erdemci, Ulvi ve Aygöl, 2011).

Kardiyovasküler sistem kanserlerinde; metastatik akciğer kanseri, lösemi, lenfoma, özofagus ve meme kanseri gibi kanserler sıklıkla perikardiyal maligniteye sebep olabilmektedir. Bu da perikardiyal effüzyon, miyokard infarktüsü, dispne, aritmi, kardiyak tamponat, kalp yetmezliği, vena cava inferior dilatasyonu gibi belirtilerin görülmesine neden olabilmektedir (Ben-Horin, Bank, Guetta and Livneh, 2006; Işılak, Uz, Kardeşoğlu ve Uzun, 2014).

2.5. Kanserde Tanılama Yöntemleri

Kanserlerde tanı koymak için öncelikli kriter, kanser yönünden yüksek riskli kişilerin saptanarak herhangi bir belirti olmadan bireylerin kontrole gitmelerini sağlamaktır. Kanser yönünden şüphede edilen bireylerin, fiziksel ve işlevsel farklılıklarının olup olmadığını anlamak ve şüpheli görülen bireylere teşhis koymak amacıyla birtakım yöntemler uygulanmaktadır. Bu yöntemler: Hastadan alınan detaylı anamnez (yaşı, cinsiyeti, ailesel genetik yatkınlığı gibi), fizik muayene, kan ve idrar tetkikleri (tam kan sayımı, tümör markerları, hormon testleri, onkofetal proteinler, enzimler), görüntüleme yöntemleri (ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, pozitron emisyon tomografi, manyetik rezonans, akciğer grafisi), biyopsi, mamografi, sintigrafi, endoskopi, kolonoskopi, sigmoidoskopi, sitolojik ve patolojik incelemeler olarak sıralanmaktadır (Kabataş Yıldız, 2015; Eti Aslan ve ark., 2020; <https://www.kanser.org/saglik/toplum/kanser-turleri-alt-kategori/bobrek-kanseri-tanisi-nasil-konur>., Erişim Tarihi: 4 Mart 2023).

2.6. Kanserın Evrelendirilmesi

Kanserın yerleşim yerini, tümörün büyüklüğünü, farklı organlara metastaz yapıp yapmadığını belirlemek amacıyla kullanılan evrelendirme sistemi, tedavi yönteminin belirlenmesi bakımından oldukça önem taşımaktadır. En yaygın

kullanılan evrelendirme yöntemi, Amerikan Kanseri Komitesi (AJCC)'nin belirlemiş olduğu TNM evrelendirme sistemidir (Eti Aslan ve ark., 2020).

T: Tümör büyüklüğünü gösterir.

N: Bölgesel lenf bezi metastazının var olup olmadığını gösterir.

M: Uzak organ metastazının olup olmadığını gösterir.

Tablo 4. Tümörlerin TNM Sistemi ile Evrelendirilmesi

T	Birincil tümör
Tx	Primer tümör değerlendirilemez
T0	Primer tümör kanıtı yok.
Tis	Sınırlı evre karsinomu
T1, T2, T3, T4	Lokal olarak tümörün yayılımını gösterir.
N	Bölgesel lenf nodu tutulumu
Nx	Bölgesel lenf düğümleri değerlendirilemez.
N0	Bölgesel lenf nodu metastazı yok.
N1, N2, N3, N4	Lokal olarak lenf bezlerinin sayısında artış mevcuttur.
M	Uzak metastaz
M0	Uzak metastaz yok.
M1	Uzak metastaz mevcut.

(Eti Aslan ve ark., 2020).

2.7. Kanserin Tedavisi

Kanser, çevresel veya kalıtsal faktörler sebebiyle genlerde meydana gelen mutasyonlar sonucunda oluşmaktadır. Her bireyin kendine özgü DNA yapısının olması, hastalığın metastaz yapma durumu, hastanın yaşı, genel durumu tedavi

şeklini belirlemede oldukça önemli bir rol oynamaktadır (Baykara, 2016; Can, 2017). Lokal ve metastatik olmayan kanserlerde cerrahi ve radyoterapi öncelikli olarak tercih edilirken metastatik kanserlerde kemoterapi, hormon ve immünoterapi tedavileri tek başına veya kombine olarak tercih edilebilmektedir (Pérez-Herrero and Fernández-Medarde, 2015).

2.7.1. Kemoterapi

KontROLSÜZ bir şekilde büyüyen kanser hücrelerinin bölünmelerinin önlenmesi için verilen tedavi yöntemlerinin başında yer almaktadır. Kemoterapi, hastalığın yavaşlatılmasını veya durdurulmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda, sistemik etki göstermelerinden dolayı vücuttaki normal hücrelere de etki ederek bulantı, kusma, saç dökülmesi, diyare veya konstipasyon, oral mukozit, kan değerlerinde düşme gibi pek çok yan etki oluşturabilmektedir (Pérez-Herrero and Fernández-Medarde, 2015; Yorulmaz ve Karadeniz, 2020; <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/kemoterapi.html>, Erişim Tarihi: 4 Mart 2023). Ancak, bu yan etkiler geçici olup tedavi bittikten sonra hücreler normal işlev yeteneğini kazanmaktadır. Kemoterapiler, en yaygın intravenöz (damar içi) yolla verilirken, aynı zamanda oral (ağızdan), subkutan (cilt altı), intramüsküler (kas içi), intraperitoneal (karın içi), cilt kanserlerinde cilt üzerine kremler şeklinde ve intralezyonel (doğrudan tümör dokusu içine) olarak da verilebilmektedir (Baykara, 2016; <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/kemoterapi.html>, Erişim Tarihi: 4 Mart 2023).

Günümüzde kanser türlerine göre farklı tedavi yaklaşımları uygulanabilmektedir. Neoadjuvan tedavi, cerrahi tedavi öncesi tümörü küçültmek, tümörün kemoterapiye duyarlılığı konusunda fikir elde etmek için uygulanan tedavi yöntemidir (Uçar, Eren, Ergün, Yazıcı, Uncu ve ark., 2020). Cerrahi tedavi ve radyoterapi sonrasında gözle görülemeyen mikroskopik tümör hücrelerinin tekrar oluşumunu veya metastazını önlemek amacıyla uygulanan tedavi yöntemi ise adjuvan tedavi olup, en az iki tedavi ajanının birleştirilerek uygulandığı tedavi yöntemi ise kombine tedavidir. Kombine tedavi, hem tümör hücrelerinin bölünmesini durdurmak hem de metastaz yapma ihtimalini ortadan kaldırmak için uygulanan bir tedavi yöntemidir (Yazıcı, 2014; Bayat Mokhtari, Homayouni, Baluch, Morgatskaya, Kumar et al., 2017; <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/chemotherapy-for-breast-cancer.html>, Erişim Tarihi: 4 Mart 2023).

Metastatik meme kanseri olan bir bireye gemesitabin ve paklitaksel kemoterapi ajanlarının birlikte verilmesi örnek gösterilebilir (Albain, Nag, Calderillo-Ruiz, Jordaen, Llombart et al., 2008).

2.7.2. Radyoterapi

Vücuttaki malign tümörlerin bölünmelerini ve çoğalmalarını engellemek, tümörü küçültmek, harabiyetini sağlamak veya yok etmek amacıyla iyonizan ışınlar verilerek uygulanan bir tedavi seçeneğidir (Sis Çelik, 2014). Vücudun belirli doku yada organlarına radyoterapi uygulanabildiği gibi daha geniş alanlara da uygulanabilmektedir (Baykara, 2016).

Rapid Arc, Üç Boyutlu Konformal Radyoterapi (Three Dimensional Conformal Radiotherapy-3D-CRT), Konformal Proton Işın Radyoterapi (Conformal Proton Beam Radiation Therapy), Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi (Intensity Modulated Radiotherapy-IMRT), Görüntü Rehberliğinde Radyoterapi (Image Guided Radiotherapy-IGRT) ve CyberKnife gibi cihaz çeşitleri ile tedavi sağlanabilmektedir (Baykara, 2016). Farklı tekniklerle radyoterapi uygulanmasındaki temel amaç, sağlıklı doku yada organlara en az zararı vermek, tümör hücrelerine ise en yüksek harabiyeti sağlamaktır (Alfouzan, 2021).

Radyoterapinin yan etkileri ışınlanan bölgeye, fraksiyon sayısı ve dozuna göre farklılık göstermektedir (Sis Çelik, 2014). Baş boyun kanserlerinde uygulanan radyoterapi sonrasında oral mukozit, yutma güçlüğü (disfaji), kilo kaybı, tat alma işlevinde bozulma, azalmış tükürük salgısı ve buna bağlı ağız kuruluğu, özofajit, ciltte oluşan lezyonlar, göğüs ağrısı, öksürük, ağrılı yutma (odinofaji) ve larinks ödemeine bağlı ses kısıklığı oluşabilmektedir (Alfouzan, 2021; Kandaz, 2009). Çiğneme kaslarına verilen radyoterapi sınırlı ağız açıklığına (trismus) neden olmakta ve bu durum bireyde hayat boyu sorun olabilmektedir. Yine radyoterapi, osteoradyonekroza (ışınlanmış dokuda kemiğin ortaya çıkması ve nekroz gelişmesi) neden olabilmektedir (Alfouzan, 2021).

Gastrointestinal sistem yan etkilerinde ishal, karın ağrısı, mide ülserleri, bulantı; beyne uygulanan radyoterapi sonrası yan etkilerde ise, yorgunluk, saç dökülmesi orta kulak iltihabına bağlı işitme problemleri gibi yan etkilerin görülmesine neden olabilmektedir (Jereczek-Fossa, Zarowski, Milani and Orecchia, 2003; Lawenda, Gagne, Gierga, Niemierko, Wong et al., 2004; Powell, Guerrero,

Sardell, Cumins, Wharram et al., 2011; Miften, Vinogradskiy, Moiseenko, Grimm, Yorke et al., 2021).

2.7.3. Cerrahi Tedavi

Yaygın olarak kullanılan kanser tedavi seçeneklerinden bir diğeri de cerrahi tedavi yöntemidir. Genellikle vücudun belirli bir bölgesine lokalize (erken evre) olmuş kanserli dokunun çıkarılması işlemidir. Tümör dokusu çıkarılırken, tümörün yeniden oluşumunu önlemek için etrafındaki sağlam dokunun bir kısmı da çıkarılabilmektedir (Eti Aslan ve ark., 2020). Cerrahi işlem tek başına kullanılabildiği gibi diğer doku veya organlara metastaz varlığında radyoterapi ve kemoterapi ile kombine olarak da uygulanabilmektedir. Kanserde cerrahi işlemler; tanı koyma (örneğin biyopsi), evrelendirme, tedavi edici, koruyucu, palyatif ve rekonstrüktif amaçlı kullanılmaktadır (Baykara, 2016; Eti Aslan ve ark., 2020).

2.7.4. İmmünoterapi

Biyolojik tedavi veya biyoterapi olarak da isimlendirilmektedir (Barbaros ve Dikmen, 2015). İmmünoterapi ile vücudun kendi doğal bağışıklık sistemi uyarılarak veya belirli ajanlar vücuda verilerek tümör hücrelerine karşı savaşma kabiliyeti sağlanmaya çalışılmaktadır (Abbott and Ustoyev, 2019). Monoklonal antikorlar ve sitokinler immünoterapide kullanılan tedavi yöntemlerindendir (Barbaros ve Dikmen, 2015). İmmun sistemin, tümör hücrelerindeki antijenleri hedefleyerek bu hücrelere karşı ürettiği antikorlara monoklonal antikor denmektedir (Anıl Özlük, Güner Oytun ve Güneç, 2017). Nivolumab (böbrek ve akciğer kanseri), pembrolizumab (jinekolojik kanserler), durvalumab (mesane kanseri) immünoterapi ilaçlarına örnek verilebilir (Shiravand, Khodadadi, Kashani, Hosseini-Fard, Hosseini et al., 2022). Bağışıklık sistemi hücreleri tarafından üretilen sitokinlerde ise sıklıkla interferonlar, interlökinler ve Granulocyte Macrophage Colony-Stimulating Factor (GM-CSF) kullanılmaktadır. İnterlökinler bağışıklık sistemi hücrelerinin çoğalmasını sağlarken, interferonlar ise tümör hücrelerinin oluşumuna yardımcı olan damarsal yapının gelişimini durdurmaya çalışmaktadır. GM-CSF ise, vücutta bağışıklık sisteminin sürdürülebilmesi için belirli kan hücrelerinin kemik iliğinden yapımını sağlamaya yardımcı olmaktadır (Barbaros ve Dikmen, 2015). İmmünoterapinin; yorgunluk, ciltte kızarıklık ve kaşıntı, oral mukozit, ağız kuruluğu, diyare ve hepatotoksisite [kandaki AST (aspartat aminotransferaz) ve ALT (alanin

aminotransferaz) seviyesinde yükselme], bulantı, hipotansiyon, serum sodyum düzeyinde düşme ve serum potasyum düzeyinde yükselme görülebilecek yan etkileri olarak bildirilmektedir (Çalıkları, 2019).

2.7.5. Hormonal Tedavi

Hormonoterapi olarak da adlandırılır (Değirmencioğlu ve Ünal, 2019). Genellikle meme, prostat ve endometriyum kanserlerinin tedavisinde kullanılır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/hormonal-tedavi.html>., Erişim Tarihi: 1 Nisan 2023). Hormonlar, vücudumuzun üretmiş olduğu protein yapılı maddelerdir. Hormon tedavisinde hormonun, hücre yüzeyindeki reseptörlere bağlanıp kanserli hücrelerin gelişimi bloke edilir ve dolayısıyla malign hücrelerin vücuttaki aktivasyonu inhibe edilir. (Baykara, 2016).

Hormonlar vücuttaki gereksinim durumuna göre dışarıdan ilaçlar yoluyla da verilebilir. Aromataz inhibitörleri, (örneğin; anastrozol, letrozol) androjenlerin östrojene dönüşümünü engelleyerek östrojen miktarını düşürür ve böylece östrojene duyarlı meme kanserinin tedavisinde kullanılır. Hormon reseptör antagonistlerinde ise (örneğin; tamoksifen, fulvestrant) malign hücrelerin büyümesinin durdurulması için bir hormonun hücre yüzeyindeki reseptörlere bağlanması engellenerek o hormonun büyüme emri verebilme yeteneği devre dışı bırakılır. Bunların aksine hormon replasman tedavisi yapılarak ve ilgili hormonun düzeyi artırılarak kanser hücrelerinin toksik etkiyle karşılaşması sağlanır. Prostat kanserinde sentetik östrojenler verilerek testosteron üretiminin inhibe edilmesi örnek verilebilir (Baykara, 2016).

Hormonal tedavinin yan etkileri alınan tedavinin türüne ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Prostat kanserinin hormonal tedavisinde kemiklerde zayıflık ve buna bağlı kırıklarda artma, ilaç intoksikasyonuna bağlı kardiyak toksisite, yüksek tansiyon gibi yan etkiler görülebilen; meme kanserinin hormonal tedavisinde ise sıcak basmaları, vajinal akıntı, duyu durum değişiklikleri, vajinal kuruluğa bağlı cinsel disfonksiyon, mesaneyi kontrol edebilme sorunları ve vücut ağırlığında artış görülebilir (Day, 2001; Ganz, Petersen, Bower and Crespi, 2016; Di Nunno, Mollica, Santoni, Gatto, Schiavina et al., 2019).

2.7.6. Destek Tedavi

Kanser hastalarında hastalığın progrese olmuş döneminde veya erken evre olup çeşitli kanser tedavileri sonucunda, hastada meydana gelen beklenmedik sonuçları kontrol altına almak amacıyla fizyolojik, psikolojik ve manevi problemleri belirleyerek hastanın acılarının dindirilmesini sağlamak ve bu sayede yaşam konforunu üst düzeye taşımaktır. Terminal dönemde uygulanabildiği gibi standart onkolojik tedavilerle eş zamanlı olarak da uygulanabilmektedir (Erbaycu, 2013; Kelley and Morrison, 2015; Sınnmaz ve Özbaş, 2020).

Organizmada tümör hangi organda oluşmuşsa o organın yaptığı görev doğrultusunda birtakım problemler oluşmaya başlamaktadır. Bu problemler doğrultusunda da tedavi ve bakım planlanmaktadır (Aksu, 2019).

- Akciğer kanseri olan bir hastada ağrı ve nefes darlığı oldukça sık görülür ve tedavi planında, uygun oksijen desteği ve genellikle narkotik analjezikler bulunmaktadır (Erbaycu, 2013).
- Karaciğer kanserlerinde bilirubin yüksekliğine bağlı sarılık, karında asit birikimi, abdomende kitle ve ağrı, erken doyma, kilo kaybı, halsizlik görülebilmektedir. Tedavi planında sarılığa sebep olan bilirubin düzeyini düşürmek için girişimsel radyolog tarafından karnın sağ yanından safra kanalına Perkütan Transhepatik Kolanjiyografi (PTK) yerleştirilir ya da gastroenterolog veya genel cerrah tarafından Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi (ERCP) yapılarak safra drenajı sağlanır ve böylece bilirubin düzeyi düşürülmeye çalışılır (Bialecki and Di Bisceglie, 2005; Akbulut ve Çalık, 2016). Karında biriken asitin kateter aracılığıyla drene edilmesi işlemleri de (parasentez) destekleyici tedaviler arasında yer almaktadır (Akbulut ve Çalık, 2016).
- Baş-boyun kanserlerinde burun tıkanıklığı, yutmada zorluk ve ağırlı yutma eylemi, oral mukozada yara, ses kısıklığı, kulak ağrısı olabilmektedir (Kumtepe, 2012). Özofagus tümörlerinde yutma eyleminin sağlanabilmesi için endoskopik yolla özofagusa takılan stent veya soluk borusunun tıkanıklığı nedeniyle ventilasyonun sağlanamadığı durumlarda takılan trakeostomi kanülü hastalara uygulanan destek tedavilerine örnek teşkil etmektedir (Akbulut ve Çalık, 2016).

- Kolorektal kanserlerde; diyare veya konstipasyon, makat bölgesinde şiddetli ağrı, dışkıya eşlik eden kan, karın ağrısı, anemi, bağırsak tıkanıklığına bağlı bulantı ve kusma şikayetleri görülmektedir (https://onkoloji.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=7336:kal-n-bag-rsak-kanseri&catid=303:kanser-tuerleri&Itemid=1104., Erişim Tarihi: 14 Nisan 2023; Özekin, 2019). Bağırsak obstrüksiyonunda uygun olan hastalara endoskopi işlemi altında stent takılmaya çalışılır. Bulantı ve kusmayı önlemek amacıyla cerrahi tedaviye uygun olmayan hastalara Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) yöntemi tercih edilmektedir (Sımmaz ve Özbaş, 2020).
- Pankreas ve safra yolları kanserlerinde tümörün belirli bir bölgede büyümesi sonucu tıkanıklığa sebep olması veya bu bölgelere metastaz yapması durumunda tedavi edici cerrahi yaklaşımlardan ziyade daha çok ağrı palyasyonunun sağlanması tedavide öncelikli yaklaşımlardan olmaktadır. Pankreas veya safra kanalında var olan tümör, tıkaçıcı nitelikte ve çıkarılmaya uygun değilse palyasyon amaçlı ya ERCP ya da PTK yöntemlerinden uygun olan yöntemle safra drenajı sağlanmaya çalışılmaktadır (Akbulut ve Çalık, 2016).

2.8. Kanser Hastalarına ve Bakım Veren Aile Bireylerine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

2.8.1. Kanser Hastalarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Son yıllarda kanserin teşhisi ve tedavisi alanlarında her ne kadar yol alınmış ve hastalar adına sağ kalım süresi artmış olsa da bu durum hasta ve bakım veren bireyleri ağrı, acılı süreç, anksiyete, panik, çaresizlik ve ölüm gibi kompleks düşüncelerden alıkoyamamıştır (Turan Kavrak ve Canlı Özer, 2014). Bundan dolayı gerek küratif radikal onkolojik tedavilerde (örneğin; kemoterapi, radyoterapi, immunoterapi gibi) gerekse tedavisinin hastanede yatırılarak devam ettirilmesi gereken terminal dönem veya destek hastalarına ve bakım veren aile üyelerine yönelik hemşirelik yaklaşımları oldukça önem arz etmektedir (Tan ve Akgün Şahin, 2009; Sarman, 2019; Yorulmaz ve Karadeniz, 2020).

Kemoterapi alan hastalarda birçok yan etki görüldüğü aşıkardır. Bu yan etkiler hastanın günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte olup, yönetimi de

oldukça önem arz etmektedir. Dolayısıyla bu istenmeyen etkilerden hastaya bakım veren birey de olumsuz etkilenmektedir. Bundan dolayı hem hastaya hem de bakım veren bireye tedavisinin ne olduğu, nasıl ve ne sıklıkta ilaçlarını alacağı, yan etkilerin neler olduğu ve bu etkilerle karşılaşıldığında neler yapılması gerektiği konusunda açık ve net bir anlatımla görüşme sağlanmalıdır. Bu görüşmenin verimli, kalıcı ve güven çerçevesinde olması için hemşirenin onkoloji alanındaki klinik, psikososyal ve bakım konusundaki bilgilerini güncel tutması gerekmektedir (Tan ve Akgün Şahin, 2009).

Genellikle klinikte yatarak tedavi gören destek hastalarının veya terminal dönem kanser hastalarının bakımı, hasta ve bakım verici yönünden oldukça zor olan bir süreçtir. Hemşirelik bakımı, hastaya tanı konulduğu andan ölüm anına kadar sürmektedir. Destek hastalarına bakım sağlarken hemşirenin temel görevi; hem hastalık evresinde hastaya ve bakım vericisine hem de hastanın kaybı sonrasında bakım veren bireyin bu durumdan en az etkilenmesi için hayat kalitesini artırmak olmalıdır (Sarman, 2019).

Hemşireler, hasta ve aile bireyleriyle tedavi ve rutin takip gerektiren konularda sıklıkla iletişim halinde olduklarından bakım konusunda anahtar görevi üstlenmektedirler (Tan ve Akgün Şahin, 2009). Bu görevlerini yerine getirirken; onkolog, algoloji uzmanı, onkoloji hemşiresi, psikolog, diyetisyen gibi farklı meslek gruplarıyla iletişim halinde olmak zorundadırlar (Sarman, 2019).

Hemşire, hasta ve ailesinin stres, kaygı ve anksiyetesini azaltmak için hastalığın prognozunu nasıl olduğu konusunda bilgi vermelidir. Bunu yaparken onların anlayacağı ifadeler kullanmalı ve karşı tarafın da soru sormasına imkan vermelidir (Sarman, 2019). Bunun yanı sıra hastanın umudunu kaybetmemesi, ümitsizlik yaşamaması adına, tedavisinin her aşamasına hastanın kendisini de katması gerektiği anlayışıyla hastaya yaklaşmalıdır (Tan ve Akgün Şahin, 2009; Sarman, 2019). Hemşire, her hastanın ve ailesinin farklı olduğunu, dolayısıyla gereksinimlerinin de farklı olduğunu düşünerek bakımı planlamalıdır. Planlanan bakım güncel koşullara yönelik olmalıdır (Sarman, 2019).

Klinikte kemoterapi, palyatif radyoterapi veya destek tedavi amaçlı yatan hastaların ağrı, bulantı, kusma, enfeksiyon ve ateş, iştahsızlık, tat alma fonksiyonunda değişiklik, kabızlık, ishal, oral mukozite bağlı ağız yaraları, radyoterapi sonrası özofajit oluşumu ve buna bağlı ağrılı yutma (odinofaji), disfaji, kilo kaybı, anemiye bağlı yorgunluk, gibi semptomlar oluşabilmektedir. Hemşirenin

semptomları erken fark etmesi, ilgili meslek gruplarıyla iletişime geçerek bu semptomları kontrol altına alması ve ruhsal semptomların oluşumunu da önlemesi oldukça önem arz etmektedir (Ertem, 2008; Tan ve Akgün Şahin, 2009; Sarman, 2019). Kansere tedavisinin günlük yaşam aktivitelerini, beslenmeyi ve bakım vericinin bakım verme yükünü olumsuz etkileyen birçok yan etkileri bulunmaktadır. Bu yan etkilere yönelik hemşirelik yaklaşımları oldukça önem taşımaktadır (Ertem, 2008).

İştahsızlık durumunda, diyet planı oluşturulurken yağ ve karbonhidrattan zengin diyet yerine protein ve enerji içeriği yüksek gıda veya mamalar önerilmelidir. Yemek aralarında sıvı gıdaların alımı kısıtlanmalıdır. Hasta tolere edebilecekse yemek öncesinde küçük egzersizler yaptırılabilir. Hastada bulantı veya kusma oluşturabileceği için tedaviden hemen sonra beslenme önerilmemektedir. Hastanın keyif alabileceği bir grup ile beslenmesi sağlanmalıdır (Akgün Kostak ve Akan, 2011).

Tat alma fonksiyonlarında değişiklik durumunda, hastanın sevdiği yiyecekler damak zevkine uygun baharatlar ve soslarla süslenerek servis yapılmalıdır. Tükürük salgısını artırmak için naneli şeker emmesi önerilebilir (Ertem, 2008).

Oral mukozit, genellikle kemoterapi tedavisi veya baş boyun kanserlerinde tercih edilen radyoterapi sonrası görülen ve hastanın hastanede kalış süresini artırması bakımından oldukça önemlidir. Farmakolojik olarak, antibakteriyel ve analjezik gargara ile antifungal solüsyonlar önerilen dozlarda ve sıklıkta kullanılmalıdır. Ayrıca aminoasit içeriği zengin olan glutamin, ağız yaralarının iyileşmesinde oldukça etkilidir. Nonfarmakolojik yöntemler olarak, antioksidan özelliği olan propolis ve E vitamini kullanımı önerilebilir. Hemşireler, günde en az bir kez hastanın oral mukozasını değerlendirmeli, mukozaya iritan etki gösterecek sert ve baharatlı gıdalardan kaçınması gerektiği konusunda hasta ve bakım veren bireyi uyarmalı, ağız hijyeni konusunda (yumuşak ağız bakım kitleri) bilgilendirmelidir. Ayrıca ağrı, kilo kontrolü, ateş takibi yapılmalı, iştahsızlığının olup olmadığı sorgulanmalıdır (Kırca ve Kutlutürkan, 2018; Çakmak ve Nural, 2020).

Ağrı, kanser hastalarının günlük yaşam aktivitelerini ve hayat kalitesini oldukça etkileyen önemli bir faktördür (Arslan, Tatlı ve Üyetürk, 2013). Ağrı, hastalığın kendisinden kaynaklanabileceği gibi tedaviler sonucunda da oluşabilir. Bunun dışında immobilizasyona bağlı belirli vücut bölgelerinde kan akımının

bozulması, enfeksiyon kaynaklı veya tümoral yapının kemiklere, sinirlere yaptığı bası sonucunda da ağrı görülebilmektedir. Analjezik tedavisi planlanırken, mümkünse opioid analjeziklerden önce nonsteroid antiinflamatuvar (NSAİ), parasetamol, ibuprofen gibi analjeziklerle hastanın ağrıya verdiği yanıt değerlendirilir. Ağrının devam etmesi halinde doktor ile iletişime geçilerek narkotik analjezik tedavisine geçilir. Narkotik analjezikler kullanılırken hastanın solunumu, bilinci, uyku alışkanlığı (uykuya meyilli bir durumun olup olmadığı), bağırsak alışkanlığı, bulantı ve kusmasının olup olmadığı kontrol edilmelidir (Akgün Kostak ve Akan, 2011).

Bulantı ve kusma, kanser hastalarının sıklıkla yaşadığı günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyen semptomlardandır. Hemşire, hasta ile iletişime geçip hangi aktivitelerden sonra bulantı ve kusmanın başladığı hakkında sorular sorarak, hastanın bu tetikleyici faktörleri fark etmesini sağlamalıdır. Bulantı ve kusmanın önlenmesi için tedavi öncesi ve hastanın öğün saatinden 30 dakika önce antiemetik ilaçları verilmelidir. Özellikle kemoterapi tedavisinin verildiği ilk 24 saatlik zaman diliminde antiemetik ilaçlar sadece hastanın şikayetleri oluştuğunda değil, rutin tedavi saatlerinde atlanmadan yapılmalıdır. Bunun dışında beslenme şekli de bulantı ve kusma şikayetlerini artırabilmektedir. Hastaya, soğuk yiyeceklerle beslenmesi, sindirimi kolay olan sıvı gıdalar tüketmesi gerektiği belirtilmelidir. Hastanın kullandığı alan ve eşyaları temiz, odası aralıklı olarak havalandırılmalıdır. Ağız bakımının düzenli yapılması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Malnütrisyon ve sıvı kaybı yönünden hasta dikkatle gözlemlenmelidir (Akgün Kostak ve Zafer, 2012).

Disfaji ve odinofaji, baş boyun kanserlerinde radyoterapi veya kemoradyoterapi tedavisinden 2-3 hafta sonra meydana gelen özofajitin (özofagusun inflamasyonu) akabinde oluşan ve yaygın görülen semptomlarından. Özofajit, hastanın besin alımının kısıtlanmasına neden olacağından oldukça önem arz etmektedir (Kırca ve Kutlutürkan, 2018). Hemşire, hastanın yumuşak, protein ve kalori bakımından yüksek ve sıvı gıdalarla beslenmesi konusunda hasta ve bakım veren bireye bilgilendirmelerde bulunmalıdır (Çömlekçi ve Can, 2021). Ayrıca sık aralıklarla hastanın yutma fonksiyonunu değerlendirmeli, gerekirse hekim ile iletişim kurarak nazogastrik sonda ile hastanın beslenmesini sağlamalıdır (Akgün Kostak ve Zafer, 2012).

İshal, kanser tedavisi sonucunda oluşan, hastanın günlük yaşam aktivitesini olumsuz etkileyen bir diğer faktördür. Acılı ve baharatlı besinler, kızartmalar, alkollü, kafeinli ve gaz yapan içecekler gibi gastrointestinal sistemin irritasyonuna sebep olabilecek besinler, beslenme programından çıkarılmalıdır. Bunun yerine enerji ve protein oranı yüksek diyet önerilmelidir. Hastanın dehidratasyon yönünden takibi yapıp sıvı açığı varsa ve oral alabiliyorsa oral yoldan, alamıyorsa intravenöz yoldan hidrasyonu sağlanmalıdır. Ayrıca dehidrate hastada serum potasyum seviyesi düşebileceğinden hastaya potasyumdan zengin diyet önerilmelidir (Akın, 2022).

Konstipasyon, en sık görülen semptomlardan biridir. Nedenleri; opioid analjezikler, antiasit, antitüssif, antikolinerjik, antidepresan, antiemetik, demir preparatları, diüretikler ve kemoterapötik ajanlardır (Larkin, Cherny, La Carpia, Guglielmo, Ostgathe et al., 2018). İmmobilizasyon ve beslenme azlığı da konstipasyona neden olan diğer faktörlerdendir. Sebze, meyve ve sıvı gıdalardan zengin diyet önerilmelidir (Ertem, 2008; Larkin et al., 2018). Hastanın tolere edebildiği kadar fiziksel hareketini artırmasına yardımcı olunmalıdır. Hasta opioid analjeziklerle taburcu edilecekse laksatif ilaçlarla taburcu edilmelidir (Larkin et al., 2018).

Enfeksiyon ve ateş, antikanser tedavilerine bağlı nötropeni durumunda ortaya çıkan en yaygın yan etkilerdendir. Ateş en tipik belirtisidir. Nötrofil sayısının kandaki normal değeri $4000-5000/mm^3$ 'tür. Genellikle kanser tedavilerini takiben 7 ila 10 gün içinde düşüş olabilmektedir. Kanser hastalarında ya tedavinin kendisi ya da hastalığın tipinden dolayı nötropeni gelişebilmektedir. Medikal tedavisinde GM-CSF kullanılabilir (Warnock, 2016). Hastalarda tedavi süresinin uzamasına, tedavinin sıklığına, verilen ilaçların dozuna, hastalığın nüksetmesine hatta sepsis ve ölüme neden olabileceğinden nötropenik hastaların bakımı oldukça önemlidir. Uygun hemşirelik bakımı, hem hastaya hem de bakım veren aile bireylerine yönelik olup, taburculuk eğitimleri de göz ardı edilmemelidir. Hasta ve bakım veren bireye el hijyeni, cilt bütünlüğünün korunması, genital bölge hijyeni, banyo alışkanlığı, uygun bakım kitleriyle ağız hijyeninin sağlanması, yeterli kalori ve protein alımının sağlanması, hasta odalarının belirli saatlerde havalandırılması, odada canlı çiçek bulundurulmaması konularında bilgilendirme yapılmalıdır. Diğer yandan hemşireler, invaziv işlemlerde uygun aseptik teknik kullanmalı, nötropenik hastanın izolasyonunu sağlayacak şekilde oda ayarlaması yapmalı, kullanılacak tıbbi

cihazların temizliğinin uygun şekilde yapılıp yapılmadığının kontrolünü sağlamalı, tedavi ve bakım yaparken maske ve eldiven kullanmalıdır (Tarakçıoğlu Çelik, 2016).

Kemoterapi veya radyoterapi ile eş zamanlı olarak veya tedavi sonrasında verilen steroidler vücutta kan şekerinin yükselmesine, mide ülserine, sodyum ve su tutulumuna neden olurlar. Buna kanserin neden olduğu olumsuz psikolojik faktörler de eklendiğinde hastanın oral alımı oldukça azalır, kilo kaybı gelişir ve protein malnutrisyonu meydana gelir. Kilo kaybı, immun sistemi baskılayarak enfeksiyona yatkınlığı artırır. Ayrıca kemoterapi ve radyoterapi tedavilerine karşı tolerasyonun azalmasına sebep olur. Bu durum kür amaçlı verilen kemoterapi veya radyoterapinin verilememesine dolayısıyla da kanser hücrelerinin vücutta ilerleyen boyutlara ulaşmasına neden olabilmektedir (Ertem, 2008).

Kanser hastalarında beslenmenin önemi oldukça büyüktür. Hastanın beslenme planı yapılırken öncelikle günlük alınması gereken kalori ve sıvı miktarı belirlenmelidir. Günlük alınması gereken miktar 500 kalori iken, sıvı miktarı ise hastanın kilosunun 30 ml katıdır. Hasta mümkün olduğunca oral beslenmeye teşvik edilmeli, oral beslenmenin yetersiz olduğu durumda önce enteral daha sonra parenteral beslenme tercih edilmelidir (Ertem, 2008).

Kanser tanısı ve tedavisi evrelerinde hastaların yaşadığı en önemli olumsuz bir diğer faktör de cinsel disfonksiyondur. Kanser tedavisinde gerek cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi, gerekse kombine tedaviler, hastanın beden imajının bozulmasına neden olacak birçok yan etki ve istenmeyen durumların oluşumuna sebep olabilmektedir. Örneğin; baş boyun kanserlerinde uygulanan kemoterapi ve/veya radyoterapi sonrasında hastada ağız yaraları, sekresyon, ağrı, ciltte tedaviye bağlı travmatize alanlar, cerrahi sonrası boğazda dışarı açılan kanül gibi faktörler hastada benlik saygısında azalmaya, dolayısıyla bireyde cinsel disfonksiyona neden olabilmektedir (Kayıkçı, Savcı, Çil Akıncı ve Yıldırım, 2021). DSÖ cinsel sağlığı, “kişinin sadece hastalık, işlev bozukluğu veya sakatlığının olmaması değil; fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır (https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2., Erişim Tarihi: 25 Nisan 2023). Kanser hastalığına sahip bireylerde de cinselliğin, tıpkı sağlıklı kişilerde olduğu gibi önemli olduğu bilincinde olunmalıdır. Bu nedenle de hastanın cinsel fonksiyonunun sağlıkta uzman kişiler tarafından düzenli aralıklarla değerlendirilmesi önemlidir (Kayıkçı ve ark., 2021).

2.8.2. Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Kanser tedavi sürecinde primer bakım verici birey; etrafındaki arkadaşlarından, sosyal faaliyetlerinden, komşularından, eş, anne veya baba rolünden ya da iş yaşamından uzak kalabilmektedir. Bu durum bakım verici bireyde fizyolojik, psikolojik ve sosyal problemlerin oluşuma sebep olabilmektedir. Bakım planlanırken, hasta taburcu olmadan evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşları olduğunu ve nasıl ulaşılabileceğini, evde ilaçların nasıl verileceğini, tıbbi malzemelerin nasıl kullanılacağını, hastada beklenmeyen bir sorun oluştuğunda ulaşılabilecek numaralar konusunda mümkünse yazılı bilgiler verilmelidir. Ayrıca aileden diğer kişilerle iletişime geçilerek bakım konusunda farklı kişiler desteklenerek hali hazırda bakım veren bireyin yükünün hafifletilmesi sağlanmalıdır (Şentürk, Bıçak ve Akça, 2018).

Hastalığın tedavisinin uzun sürmesi ve hastanede yatış süresinin uzaması gibi nedenlerle ailenin ekonomik yükü artabilmektedir. Bu durumda aile ile, ekonomik destek sağlayacak kamu kurumlarına nasıl ulaşabilecekleri konusunda görüşme sağlanmalıdır (Sarman, 2019).

Tedavinin uzun sürmesi, bakım veren bireylerin günlük rutinlerinin değişmesine sebep olmaktadır. Bu da bakım verici kişide korku, üzüntü, gelecekte beklenmenin kalmaması, çaresizlik gibi duyguların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu durumda bakım veren bireye psikososyal eğitim verilebilir veya psikolojik yardım alabileceği bölümlere yönlendirilebilir (Şentürk ve ark., 2018).

Kanser hastalarının bakım süreçlerinin uzaması, primer bakım verici bireyin hipertansiyon, diyabet, kalp yetmezliği gibi kronik hastalıklarının kontrollerinin ihmaline sebep olabilmektedir. Ayrıca uyku düzeninde bozulma, baş ağrısı, yorgunluk şikayetlerinde artışa neden olmaktadır. Bu durumda bakım verici bireyin duygu ve düşüncelerini aktarmasına fırsat verilmeli, dikkatle dinlenmeli, kendi tedavi ve bakımını sağlamayı ihmal etmemesi gerektiği konusunda hatırlatmalarda bulunulmalıdır (Şentürk ve ark., 2018).

2.9. Bakım Verme Yükü Kavramı

Bakım veren yükü; “bakım veren bireylerin kendilerine özgü zamanına, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik kaynakları ile sağladıkları birçok roller

göz önünde bulundurulduğunda, hastaların bakım gereksinimlerinin artışından kaynaklanan biyopsikososyal yanıt olarak” tanımlanmaktadır. İlerlemiş veya erken evre kanser hastalarının sayısı giderek artış gösterse de tedavi olanaklarındaki gelişmeler, hastalığın prognozuna olumlu etki göstererek yaşam süresini uzatmıştır (Orak ve Sezgin, 2015; Van Roij, Brom, Sommeijer, Van de Poll-Franse, Raijmakers et al., 2021). Hastalarda sağ kalım süresinin artması formal veya informal bakım veren bireylerin sayısında da artış sağlamıştır. Özellikle informal bakım veren bireylerde yük ve kişinin o yükü taşıma kapasitesi arasındaki dengenin sağlanması oldukça önemlidir. Özellikle metastatik kanserli hastalarda fizyolojik ve/veya zihinsel sağlığın etkilenmesi informal bakım veren bireyin bakım yükünü artırmaktadır (Van Roij et al., 2021).

2.9.1. Formal ve İnfomal Bakım Kavramları

Bakım verme kavramı, formal ve informal olmak üzere iki gruba ayrılır.

Formal bakım; özel veya kamu kurumlarında, alanında uzman kişiler tarafından belirli bir ücret karşılığında bakım verme görevinin sağlanmasıdır (Soner ve Aykut, 2017).

İnfomal bakım; bakım verme görevinin eş, çocuklar, arkadaş veya aile fertlerinden diğer kişilerin ücret karşılığı olmaksızın sağladığı bakım verme şeklidir (Soner ve Aykut, 2017).

2.9.2. Kanser Hastalarında Bakım Verme Yükünün Artışına Neden Olan Faktörler

Onkolojik tanı alan birey sayısı her geçen yıl artsa da teşhis ve tedavi yönündeki ilerlemelerle hastaların yaşam süreleri uzamaktadır. Bu durum, aile bireylerinin bakım sağlama sorumluluğunu doğrudan üstlenmeleri ile sonuçlanmaktadır. Bakım veren bireyler, bakım görevlerini yürütürken hastayla ilişkilerinin kuvvetlenmesiyle aldığı manevi doyum, yaşamdan anlam bulma, özsaygısının artması gibi olumlu özellikler kazanırken, ilerleyen zamanlarda belirli konularda yaşanan olumsuzluklar nedeniyle bakım verme kavramı, yerini daha çok bakım verme yüküne bırakabilmektedir (Orak ve Sezgin, 2015).

- Hastanın öz bakım ihtiyaçlarının daimi olarak bakım verici tarafından sağlanması (yemek yedirme, giyinmesine yardımcı olma, banyo yaptıрма, tuvalet ihtiyacını karşılamasına yardımcı olma).
- Alışverişin sağlanması.

- Hastanın, hastaneye ulaşımının sağlanması.
- Tedavinin devamlılığının sağlanması (ilaçlarını verme ve takibini yapma).
- Ekonomik yardımın sağlanması (hastane, ilaç, ulaşım ve alışveriş masrafları).
- Hastalığın meydana getirdiği belirtilerin önlenmesi.
- Duygusal destek sağlanması.
- Hasta ile aynı evde yaşanılması ve zorunlu sebeplerle hastaya belirli bir odanın ayrılamaması.
- Bakım veren bireyin kendi kronik hastalıklarının bulunması.
- Aile fertlerinden bakıma destek olabilecek başka kimsenin olmaması.
- Bakım veren bireyin kendi gereksinimlerini yerine getirememesi (Örneğin; aile içi rollerini yerine getirememe, sosyal faaliyetlerine zamanının kalmaması). (Erdoğan ve Emre Yavuz, 2014; Kahrıman, 2014; Soner ve Aykut, 2017).

Bakıma destek veren aile bireyinin bakım yükü; kişilik özellikleri, sağlık, finansal ve duygusal faktörlere göre iki farklı şekilde tanımlanmaktadır (Orbay, 2019).

Objektif bakım yükü; bakıma destek veren bireyin, bakımı sağlama aşamasında yaşamış olduğu ekonomik durumunun kötüleşmesi, yaşam tarzının değişmesi gibi gözlemlenebilir olaylardır (Soner ve Aykut, 2017).

Subjektif bakım yükü; bakıma destek veren bireyin, bakım verme aşamasında kendisinin hissettiği duygu ve düşünceleridir (Yiğit, 2018).

2.10. Sosyal Destek Kavramı

Sosyal destek; “bireylerin yaşamında meydana gelen istenmeyen olaylar sonucunda, bireyleri stresin etkilerine karşı korumak amacıyla fizyolojik, duygusal ve ekonomik anlamda sağlanan yardımların bütünü” olarak tanımlanmaktadır (Pelit, 2015).

Sosyal destek, sosyologlar tarafından farklı şekillerde yorumlanmıştır. Cassel, ortamda kaygıya neden olan faktörlerin varlığında kişiler arasındaki sosyal ilişkilerin kopmasının hastalığa yatkınlık seviyesini artıracığı görüşündedir. Caplan, ihtiyaç duyulan herhangi bir para veya materyali sağlayarak ya da bilgi ve nasihat vererek birlikte kaygıya neden olan faktörlerin giderileceği görüşünde olmuştur. House ise, sosyal desteği verecek ve alacak olan kişi arasında daha çok alıcının iyilik halinin yükseltilmesini sağlayan kaynak alışverişi olarak belirtmiştir (Özyurt, 2007).

Sosyal destek; duygusal, araçsal, güven ve bilgi desteği olmak üzere dört farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Değer verme, empati kurma, sevgi ve saygı gösterme duygusal desteği, maddi destek sağlama, ev temizliği yapma, ihtiyacı olan bir materyali temin etme araçsal desteği, bireyin etrafındaki kişiler tarafından olumlu düşüncelerin ifade edilerek bireyin desteklenmesinin sağlanması güven desteğini, nasihat verme, yapacağı belirli bir işte yol gösterme ve geri bildirim gibi bireyin nasıl davranması gerektiğine dair çözüm sunma ise bilgi desteğini ifade etmektedir. (Kahrıman, 2014).

Sosyal destek bireylerde ait olma ve sevilme duygusunu artırması, stresi ve kaygıyı azaltması ve özgüveni artırması gibi nedenlerle bireyde hem duygusal hem de fizyolojik anlamda iyileştirici etki sağlayarak tedaviye uyumu artırmaktadır (Kahrıman, 2014).

Kanser hastalığı ülkemizde morbidite ve mortalite oranı oldukça fazla olan önemli sağlık problemlerinden biridir. Tanı ve tedavi aşamalarından ölüm anına kadar hem hastada hem de bakım verici bireyde psikolojik ve fizyolojik birçok istenmeyen sonuçlar meydana getirebilmektedir (Işıkhan, 2007; Arslan, Akın ve Koçoğlu, 2008). Hastalığın kendisi, tedavi süresinin uzaması, tedavilerle birlikte gelişen ağır semptomlar, hastalığın iyileşmesi yönündeki belirsizlikler bakım verici bireyde sosyal desteğin önemini daha da ön plana çıkarmaktadır (Arslan ve ark., 2008). Bilhassa artık kür beklenmeyen, tanısıyla ilgili tüm basamak tedavi şansını tüketmiş hastalar ve bakım verenleri fizyolojik, psikososyal ve ekonomik olarak olumsuz etkilenirler ve bu yönde desteğe gereksinim duyarlar (Ersin, Çadircı ve Kılıç Dedeoğlu, 2022).

Bakım veren bireylerin sosyal destek gereksinimlerinin karşılanması oldukça önemlidir. Çünkü sosyal destek, bilişsel sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Bilişsel yönden sağlıklı bireyler hastalara daha iyi bakım sağlar, stresi yönetebilir ve çevresindeki kişilerle nitelikli ilişkiler kurabilir (Ersin ve ark., 2022). Bakım verenlerin sosyal çevreleriyle kurdukları iletişim ve aldıkları psikolojik destek strese karşı dayanıklılığı artırır, gelişebilecek psikolojik ve fizyolojik patolojilerin önlenmesinde yardımcı olur (Ong, Vaingankar, Abdin, Sambasivam, Fauziana et al., 2018).

Sosyal desteğin, algılanan sosyal destek ve alınan sosyal destek olmak üzere iki farklı boyutu vardır. Algılanan sosyal destek, bireylerin ihtiyaç duydukları anda kendi yakın çevrelerinden kaliteli bir destek alacağı düşüncesi olup; alınan sosyal

destek ise bireylerin sosyal çevrelerinden halihazırda objektif ve gözle görülür bir şekilde aldıkları destek olarak açıklanmaktadır. Algılanan sosyal destek, alınan sosyal desteğe göre bedensel, ruhsal ve zihinsel anlamda bireylerin daha iyi hissetmesini sağlamaktadır (Ong et al., 2018).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin algıladıkları sosyal desteğin bakım verme yükü ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma; tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Soruları

Araştırma amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap arandı;

- Kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin algıladıkları sosyal destek ne düzeydedir?
- Kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ne düzeydedir?
- Kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin algıladıkları sosyal desteğin bakım verme yüküne etkisi var mıdır?

3.3. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma verileri, Nisan 2022-Haziran 2022 tarihleri arasında İstanbul ilinde bir şehir hastanesinin Tıbbi Onkoloji Kliniği, Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Tıbbi Onkoloji Polikliniklerinde toplandı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, 01.04.2022-01.06.2022 tarihleri arasında İstanbul ilinde bir şehir hastanesinin Tıbbi Onkoloji Kliniği, Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Tıbbi Onkoloji Polikliniklerinde tedavi gören hastaların aile bireyleri oluşturdu.

Örneklem seçimine gidilmeden, araştırmanın yürütüldüğü tarih aralığında evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Bu bağlamda, çalışmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama formlarını eksiksiz dolduran aile bireyleri örneklemi oluşturdu.

Evrenin bilindiği formüle göre;

N: Popülasyondaki birim sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı

q: İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı

Bu doğrultuda;

N=2910

p=0,83

q=0,17

d=0,05

t=1,96

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

n=201,85 ~ 202 örnek sayısı yeterli bulunmuştur.

Yukarıdaki örneklem belirleme formülü kullanıldığında, İstanbul ilinde bir şehir hastanesinin Tıbbi Onkoloji Kliniği'nden, Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nden ve Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nden hizmet alan hasta sayısı 2910 olarak varsayılmak üzere minimum 202 aile bireyinin çalışmaya dahil edilmesi uygun bulundu.

Bu bağlamda, çalışmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama ölçeklerini eksiksiz dolduran toplam 212 birey örnekleme oluşturdu.

3.5. Veri Toplama Yöntemleri

Araştırmanın yapıldığı hastanenin Tıbbi Onkoloji Kliniği, Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde tedavi gören hastaların aile bireylerine araştırma hakkında bilgi verilerek gerekli sözlü ve yazılı onamları alındı. Veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Kullanılacak ölçekleri, primer bakım vericinin rahat bir ortamda doldurmaları istendi. Veriler, araştırmacı tarafından elde edildi.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler “Veri Toplama Formu” (Ek 1), “Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (BVYÖ) (Ek 2) ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı” (ÇBASDÖ) (Ek 3) kullanılarak toplandı.

3.6.1. Veri Toplama Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından literatürden (İkde Öner, 2012; Karaaslan, 2013; Büyükbayram, 2014; Pelit, 2015; Arslan, 2016; Taşyüz, 2017; Özdemir, 2018;

Ülgen, 2019; Çevik Özdemir, 2019; Atamer, 2021; Kaya, 2021) yararlanılarak hazırlanan bu form; hastaya ait ve bakıma destek veren aile üyesine ait tanıtıcı bilgileri sorgulayan iki bölümden oluşmaktadır. Bakım verici kişi hastaya refakat eden primer bakım verecek olan kişiyi ifade etmektedir.

3.6.2. Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ) (Ek 2)

Bakıma ihtiyacı olan kişiye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçe çevirisi, geçerlik ve güvenirlik çalışması İnci ve Erdem (2008) tarafından yapılmış, Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0,95 bulunmuştur. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini değerlendiren 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek; (0) Hiçbir zaman, (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Oldukça sık, (4) Hemen her zaman şeklinde beşli likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en yüksek 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak oldukça güvenilir bulunmuştur (İnci ve Erdem, 2008). Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.878 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek 3)

Bu ölçeğin orijinali ABD'de Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. İç tutarlılığı ve güvenirliği oldukça yüksek bulunmuştur. Cronbach's alfa katsayısı 0.77-0.92 olarak belirlenmiştir (Eker ve Arkar, 1995). Eker, Arkar ve Yaldız (2001) tarafından yapılan ölçeğin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach's alfa katsayısı 0,80-0,95 olarak oldukça yüksek bulunmuştur. Ölçek 12 maddeden oluşmaktadır ve 'Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet' şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenen likert tipinde bir ölçektir. Ölçeğin destek kaynaklarını yansıtan, aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmakta ve her alt grup 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3,4,8,11 maddeler aile desteğini, 6,7,9,12 maddeler arkadaş desteğini ve 1,2,5,10 maddeler de özel bir kişi desteğini ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden

alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçeğin kesme noktası olmayıp, ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.902 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için R vers. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) kullanıldı. Çalışma verilerinin raporlanmasında minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan, birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik, sıklık ve yüzde kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup arası değerlendirmelerinde Bağımsız gruplar t testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup arası değerlendirmelerinde Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeklere ilişkin iç tutarlılık düzeylerinin belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi (Evans, 1996).

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Helsinki Bildirgesi Prensipleri'ne uygun davranılarak; verileri toplamadan önce Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Karar No: 2021/64-15) alındı (Ek.5). Etik kurul onayını takiben çalışmanın yürütülmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak hastanede çalışmanın uygulanabilmesi için 18/02/2022 tarihli ve 71211201-15952939-302.08.01.01.01-E.22575 sayılı yazı ile kurum izni alındı (Ek.6). Araştırmada kullanılan 'Bakım Verme Yüğü Ölçeği' ve 'Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' araştırmamızda kullanılabilmesi için ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini yapan araştırmacılardan mail yolu ile izin alındı (Ek.7).

Araştırmamızda veri toplama aşamasında gönüllülük, bireye saygı ve mahremiyet ilkeleri göz önünde bulundurularak bakım veren aile bireylerine

araştırmanın amacı sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş onam formuyla aktarıldı (Ek.4).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular sadece araştırmanın yapıldığı hastanedeki hasta ve bakım veren bireyleri kapsamaktadır. Araştırmada primer bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve bakım verme yükleri kullanılan ölçeğin ölçtüğü değerlerle sınırlıdır.



4. BULGULAR

Tablo 4.1.1. Hastaya İlişkin Bilgiler (n=212)

	Min-Maks (Medyan)	Ort±ss
Yaş (yıl)	18-87 (64)	61.17±13.65
Tanı süresi (ay)	1-192 (6)	16.69±25.42
Tedavi süresi (ay)	1-120 (6)	14.71±22.68
Son yatış üzerinden geçen süre (gün)	10-1440 (14)	50.30±185.80
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	102	48.1
Erkek	110	51.9
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	16	7.5
Okur yazar	22	10.4
İlkokul	101	47.6
Ortaokul	16	7.5
Lise	35	16.5
Üniversite	22	10.4
Çalışma durumu		
Çalışıyor	17	8.0
Emekli	98	46.2
Çalışmıyor	97	45.8
Medeni durum		
Evli	151	71.2
Bekar	61	28.8
Çocuk sayısı		
Yok	12	5.7
1-2	81	38.2
3-4	79	37.3
5 ve üzeri	40	18.9
Sosyal güvence		
SGK	185	87.3
Yeşil kart	18	8.5
Özel sigorta	1	0.5
Yok	8	3.8

Tablo 4.1.1. Hastaya İlişkin Bilgiler (n=212) (devam)

Tanı		
Akciğer ca	57	26.9
Kolon ca	26	12.3
Meme ca	23	10.8
Mide ca	25	11.8
Pankreas ca	13	6.1
Diğer	68	32.1
Evre		
1.evre	34	16.0
2.evre	41	19.3
3.evre	55	25.9
4.evre	82	38.7
Tedavi		
Kemoterapi	171	80.7
Kemoterapi ve radyoterapi	26	12.3
Diğer	15	7.1
Metastaz		
Var	133	62.7
Yok	79	37.3
Gelir durumu		
Gelir < Gider	86	40.6
Gelir = Gider	103	48.6
Gelir > Gider	23	10.8
Fiziksel/Ruhsal engel varlığı		
Var	17	8.0
Yok	195	92.0
Kronik hastalık		
Var	113	53.3
Yok	99	46.7
Ailede kanser öyküsü		
Evet	108	50.9
Hayır	104	49.1
Yaşanılan yer		
İl	127	59.9
İlçe	76	35.8
Belde/Köy	9	4.2

Tablo 4.1.1. Hastaya İlişkin Bilgiler (n=212) (devam)

Yaşanılan kişi		
Yalnız	17	8.0
Çekirdek aile	174	82.1
Geniş aile	21	9.9
Tedavi uygulama şekli		
Yatarak	64	30.2
Ayaktan	148	69.8
En son hastaneye geliş nedeni		
Kontrol	26	12.3
Tedavi	177	83.5
Diğer	9	4.2

Hastaların yaşları 18 ile 87 yıl arasında değişmekte olup ortalama 61.17 ± 13.65 yıldır.

Hastaların tanı süreleri 1 ile 192 ay arasında değişmekte olup ortalama 16.69 ± 25.42 ay, tedavi süreleri 1 ile 120 ay arasında değişmekte olup ortalama 14.71 ± 22.68 ay, son yatışları üzerinden geçen süre ise 10 ile 1440 gün arasında değişmekte olup ortalama 50.30 ± 185.80 gündür.

Hastaların %48.1'i (n=102) kadın, %51.9'u (n=110) erkektir.

Hastaların %7.5'i (n=16) okur-yazar değilken, %10.4'ü (n=22) okur-yazar, %47.6'sı (n=101) ilkokul mezunu, %7.5'i (n=16) ortaokul mezunu, %16.5'i (n=35) lise mezunu, %9.4'ü (n=20) üniversite mezunudur.

Hastaların %8'i (n=17) çalışmakta, %46.2'si (n=98) emekli, %45.8'i (n=97) ise çalışmamaktadır.

Hastaların %71.2'si (n=151) evli, %28.8'i (n=61) bekardır.

Hastaların %5.7'sinin (n=12) çocuğu yok iken, %38.2'sinin (n=81) 1-2, %37.3'ünün (n=79) 3-4, %18.9'unun (n=40) ise 5 ve üzeri sayıda çocuğu bulunmaktadır.

Hastaların %87.3'ünün (n=185) sosyal güvencesi SGK iken, %8.5'inin (n=18) yeşil kart, %0.5'i (n=1) özel sigorta sahibidir.

Hastaların %16'sının (n=34) hastalığı 1.evre iken, %19.3'ünün (n=41) 2.evre, %25.9'unun (n=55) 3.evre, %38.7'sinin (n=82) 4.evredir.

Hastaların %62.7'sinde (n=133) metastaz durumu mevcuttur.

Hastaların %40.6'sının (n=86) geliri giderinden az, %48.6'sının (n=103) geliri giderine denk, %10.8'inin (n=23) geliri giderinden fazladır.

Hastaların %8'inin (n=17) fiziksel/ruhsal engeli, %53.3'ünün (n=113) kronik hastalığı, %50.9'unun (n=108) ailesinde kanser öyküsü bulunmaktadır.

Hastaların %59.9'u (n=127) ilde, %35.8'i (n=76) ilçede, %4.2'si (n=9) belde/köyde yaşamaktadır.

Hastaların %8'i (n=17) yalnız, %82.1'i (n=174) çekirdek ailesi ile birlikte, %9.9'u (n=21) geniş ailesi ile birlikte yaşamaktadır.

Hastaların %30.2'si (n=64) yatarak, %69.8'i (n=148) ayaktan tedavi almaktadır.

Hastaların %12.3'ü (n=26) en son hastaneye kontrol amaçlı gelmiş iken, %83.5'i (n=177) tedavi için, %4.2'si (n=9) diğer sebeplerle gelmiştir.

Tablo 4.1.2. Hastaya Bakım Veren Kişilere İlişkin Bilgiler (n=212)

	Min-Maks (Medyan)	Ort±ss
Yaş	18-76 (43)	44.07±13.71
Yardım eden kişi sayısı	0-7 (1)	1.04±1.31
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	136	64.2
Erkek	76	35.8
Yakınlık		
Anne/Baba	6	2.8
Kızı/Oğlu	109	51.4
Eş	68	32.1
Kardeş	14	6.6
Diğer	15	7.1
Medeni hal		
Evli	158	74.5
Bekar	54	25.5
Eğitim durumu		
Okur yazar	4	1.9
İlkokul	66	31.1
Ortaokul	24	11.3
Lise	62	29.2
Üniversite	47	22.2
Diğer	9	4.2
Meslek		
Ev hanımı	81	38.2
Memur	15	7.1
İşçi	25	11.8
Serbest çalışan	28	13.2
Diğer	63	29.7
Bakmakla yükümlü olunan engelli/çocuk		
Evet	41	19.3
Hayır	171	80.7
Çocuk sayısı		
Yok	63	29.7
1-2	83	39.2
3-4	57	26.9

Tablo 4.1.2. Hastaya Bakım Veren Kişilere İlişkin Bilgiler (n=212) (devam)

5 ve üzeri	9	4.2
Çalışma durumu		
Düzenli çalışıyor	61	28.8
Düzensiz çalışıyor	13	6.1
Çalışmıyor	109	51.4
Emekli	29	13.7
Gelir durumu		
Gelir < Gider	82	38.7
Gelir = Gider	102	48.1
Gelir > Gider	28	13.2
Yaşanılan kişi		
Yalnız	2	0.9
Çekirdek aile	184	86.8
Geniş aile	26	12.3
Hastaneye geliş gidişte eşlik etme		
Evet	193	91.0
Bazen	18	8.5
Hayır	1	0.5
Bakmakla yükümlü olunan kişi		
Evet	32	15.1
Hayır	180	84.9
Hasta bakım verme süresi		
< 6 ay	107	50.5
6-12 ay	42	19.8
13-24 ay	23	10.8
25-37 ay	14	6.6
≥38 ay	26	12.3
Hasta günlük bakım süresi		
0-6 saat	78	36.8
7-12 saat	26	12.3
13-18 saat	28	13.2
19-24 saat	80	37.7
Bakım konusunda yardım alınan kişi		
Evet	116	54.7
Hayır	96	45.3
Yardım alınan konu		
Parasal yardım	48	22.6

Tablo 4.1.2. Hastaya Bakım Veren Kişilere İlişkin Bilgiler (n=212) (devam)

Ev temizliği	78	36.8
Fiziksel bakımda yardım	56	26.4
Psikolojik destek	75	35.4
Ulaşım	58	27.4
Yemek	81	38.2
Hasta bakımında yapılan işler		
Temizlik	172	81.1
Beslenme	172	81.1
Hareket	113	53.3
Tuvalet ihtiyacı	72	34.0
Tedavi	150	70.8
Parasal işler	105	49.5
Fiziksel sorun varlığı	212	100.0
Baş ağrısı	124	58.5
Bel ağrısı	82	38.7
Kas ağrısı	83	39.2
Yorgunluk	183	86.3
Kilo alma	37	17.5
Kilo verme	22	10.4
Duygusal sorun varlığı	212	100.0
Stres	203	95.8
Anksiyete	126	59.4
Suçluluk duygusu	22	10.4
Alkol/ilaç kullanımı	8	3.8
Sigara kullanımı	31	14.6
Zihinsel güçlük yaşama	212	100.0
Algılama güçlüğü	89	42.0
Uykusuzluk	116	54.7
Dikkat dağınıklığı	116	54.7
Huzursuzluk	139	65.6
Sosyal güçlük yaşama	211	99.5
Boş zaman aktivitesinde kısıtlanma	136	64.2
Arkadaş ilişkilerinde bozulma	58	27.4
Yalnız hissetme	116	54.7
Sosyal desteğin azalması	95	44.8

Tablo 4.1.2. Hastaya Bakım Veren Kişilere İlişkin Bilgiler (n=212) (devam)

Ekonomik güçlük yaşama	69	32.5
Tedavi masraflarını karşılayamama	42	19.8
İşten ayrılma	31	14.6
Zorunluluktan emekli olma	4	1.9
Aile içi iş ortamı rolün olumsuz etkilenmesi		
Evet	58	27.4
Hayır	154	72.6
İlaç/kontrol gerektiren hastalık		
Evet	73	34.4
Hayır	139	65.6
Sağlık kontrolü yaptırabilme		
Evet	140	66.0
Hayır	72	34.0
Hasta ile aynı yerde yaşama		
Evet	154	72.6
Hayır	58	27.4
Hastanın kendi odasının olması		
Evet	187	88.2
Hayır	25	11.8
Bakım gereksinimleri konusunda bilgi sahibi olma		
Evet	150	70.8
Hayır	7	3.3
Kısmen	55	25.9
Çıkabilecek sorunlar hakkında bilgi/egitim alma		
Evet	152	71.7
Hayır	60	28.3
Bilgi eğitim kaynağı		
Doktor	129	84.9
Hemşire	137	90.1
Başka bir hasta	16	10.5
Kitap internet	52	34.2
Bilgi içeriği		
Hastalıkla ilgili	145	95.4
Tedavinin ne olduğu	139	91.4
Tedavinin yan etkileri	125	82.2
Taburcu olduktan sonra evde bakım	62	40.8
Yapılacak tetkik ve kontroller	105	69.1

Tablo 4.1.2. Hastaya Bakım Veren Kişilere İlişkin Bilgiler (n=212) (devam)

Bilgileri yeterli bulma		
Evet	103	67.8
Hayır	49	32.2
Tercih edilen öğrenme şekli		
Doktor hemşire	189	89.2
Yazılı	119	56.1
Görerek	55	25.9
Hasta yakınları	31	14.6
Hastaya en çok destek verilen konu		
Psikolojik duygusal destek	204	96.2
Fiziksel bakımda yardım	134	63.2
Maddi yardım	91	42.9

Bakım verenlerin yaşları 18 ile 76 yıl arasında değişmekte olup ortalama 44.07 ± 13.71 yıldır.

Bakım verenlere yardım eden kişi sayısı 0 ile 7 arasında değişmekte olup ortalama 1.04 ± 1.31 'dir.

Bakım verenlerin %64.2'si (n=136) kadın, %35.8'i (n=76) erkektir.

Bakım verenlerin %2.8'i (n=6) hastanın anne/babası, %51.4'ü (n=109) kızı/oğlu, %32.1'i (n=68) eşi, %6.6'sı (n=14) kardeşi, %7.1'i (n=15) ise diğer yakınlarıdır.

Bakım verenlerin %74.5'i (n=158) evli, %25.5'i (n=54) bekardır.

Bakım verenlerin %1.9'u (n=4) okur-yazar, %31.1'i (n=66) ilkokul mezunu, %11.3'ü (n=24) ortaokul mezunu, %29.2'si (n=62) lise mezunu, %22.2'si (n=47) üniversite mezunudur.

Bakım verenlerin %38.2'si (n=81) ev hanımı, %7.1'i (n=15) memur, %11.8'i (n=25) işçi, %13.2'si (n=28) serbest çalışandır.

Bakım verenlerin %19.3'ünün (n=41) bakmakla yükümlü oldukları engelli ya da küçük çocukları bulunmaktadır.

Bakım verenlerin %29.7'sinin (n=63) çocuğu yok iken, %39.2'sinin (n=83) 1-2, %26.9'unun (n=57) 3-4, %4.2'sinin (n=9) ise 5 ve üzeri sayıda çocuğu bulunmaktadır.

Bakım verenlerin %28.8'i (n=61) düzenli çalışmakta, %6.1'i (n=13) düzensiz çalışmakta, %13.7'si (n=29) emekli, %51.4'ü (n=109) ise çalışmamaktadır.

Bakım verenlerin %38.7'sinin (n=82) geliri giderinden az, %48.1'inin (n=102) geliri giderine denk, %13.2'sinin (n=28) geliri giderinden fazladır.

Bakım verenlerin %0.9'u (n=2) yalnız, %86.8'i (n=184) çekirdek ailesi ile birlikte, %12.3'ü (n=26) geniş ailesi ile birlikte yaşamaktadır.

Bakım verenlerin %91'i (n=193) her zaman, %8.5'i (n=18) ise bazen hastaneye geliş gidişte hastaya eşlik ettiğini ifade etmiştir.

Bakım verenlerin %15.1'i (n=32) bakmakla yükümlü olduğu başka kişi/kişiler olduğunu belirtmiştir.

Bakım verenlerin %50.5'i (n=107) 6 aydan kısa süredir, %19.8'i (n=42) 6-12 ay arası, %10.8'i (n=23) 13-24 ay arası, %6.6'sı (n=14) 25-37 ay arası, %12.3'ü (n=26) ise 38 ay ve daha uzun süredir hastaya bakım vermektedir.

Bakım verenlerin %36.8'i (n=78) günde 0-6 saat, %12.3'ü (n=26) 7-12 saat, %13.2'si (n=28) 13-18 saat, %37.7'si (n=80) 19-24 saat süreyle bakım verdiğini ifade etmiştir.

Bakım verenlerin %54.7'si (n=116) bakım konusunda yardım aldığını belirtmiştir. Bakım verenlerin %22.6'sı (n=48) maddi, %36.8'si (n=78) ev temizliği konusunda, %26.4'ü (n=56) fiziksel bakımda, %35.4'ü (n=75) psikolojik, %27.4'ü (n=58) ulaşım konusunda, %38.2'si (n=81) ise yemek konusunda destek aldığını ifade etmiştir.

Bakım verenlerin %81.1'i (n=172) temizlik, %81.1'i (n=172) beslenme, %53.3'ü (n=113) hareket, %34'ü (n=72) tuvalet ihtiyacı, %70.8'i (n=150) tedavi, %49.5'i (n=105) ise parasal konularında destek verdiğini ifade etmiştir.

Hastaya bakım verdiğinden beri yaşadığı fiziksel sorunlar incelendiğinde; bakım verenlerin %58.5'i (n=124) baş ağrısı, %38.7'si (n=82) bel ağrısı, %39.2'si (n=83) kas ağrısı, %86.3'ü (n=183) yorgunluk, %17.5'i (n=37) kilo alma, %10.4'ü (n=22) kilo verme sorunu yaşadığını belirtmiştir.

Hastaya bakım verdiğinden beri yaşadığı duygusal sorunlar incelendiğinde; bakım verenlerin %95.8'i (n=203) stres, %59.4'ü (n=126) anksiyete, %10.4'ü (n=22) suçluluk duygusu, %3.8'i (n=8) alkol/ilaç kullanımı, %14.6'sı (n=31) sigara kullanımı sorunu yaşadığını belirtmiştir.

Hastaya bakım verdiğinden beri yaşadığı zihinsel güçlükler incelendiğinde; bakım verenlerin %42'si (n=89) algılama güçlüğü, %54.7'si (n=116) uykusuzluk, %54.7'si (n=116) dikkat dağınıklığı, %65.6'sı (n=139) huzursuzluk yaşadığını belirtmiştir.

Hastaya bakım verdiğinden beri yaşadığı sosyal güçlükler incelendiğinde; bakım verenlerin %64.2'si (n=136) boş zaman aktivitesinde kısıtlanma, %27.4'ü (n=58) arkadaş ilişkilerinde bozulma, %54.7'si (n=116) yalnız hissetme, %44.8'i (n=95) sosyal desteğin azalması sorunu yaşadığını belirtmiştir.

Hastaya bakım verdiğinden beri yaşadığı ekonomik güçlükler incelendiğinde; bakım verenlerin %32.5'i (n=42) tedavi masraflarını karşılayamadığını, %14.6'sı (n=31) işten ayrıldığını, %1.9'u (n=4) zorunluluktan emekli olduğunu ifade etmiştir.

Bakım verenlerin %27.4'ü (n=58) aile içi / iş ortamı rolünün olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir.

Bakım verenlerin %34.4'ünün (n=73) ilaç/kontrol gerektiren hastalığı bulunmaktadır.

Bakım verenlerin %34'ü (n=72) sağlık kontrolünü yaptıramadığını ifade etmiştir.

Bakım verenlerin %72.6'sı (n=154) hasta ile aynı yerde yaşamakta, hastaların %88.2'sinin (n=187) kendi odası bulunmaktadır.

Bakım verenlerin %70.8'i (n=150) bakım gereksinimleri konusunda bilgi sahibi olduğunu, %25.9'u (n=55) ise kısmen bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Bakım verenlerin %71.7'si (n=152) hastalık ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında bilgi ya da eğitim almıştır. Bakım verenlerin %84.9'u (n=129) doktordan, %90.1'i (n=137) hemşireden, %10.5'i (n=16) başka bir hastadan, %34.2'si (n=52) ise kitap-internette bilgi almıştır.

Edinilen bilginin içeriği incelendiğinde; bakım verenlerin %95.4'ü (n=145) hastalıkla ilgili, %91.4'ü (n=139) tedavinin ne olduğu, %82.2'si (n=125) tedavinin yan etkileri, %40.8'i (n=62) taburcu olduktan sonra evde bakım, %69.1'i (n=105) yapılacak tetkik ve kontroller konularında bilgi aldığını ifade etmiştir.

Bakım verenlerin %67.8'i (n=103) bilgileri yeterli bulduğunu belirtmiştir.

Bakım verenlerin %89.2'si (n=189) doktor-hemşireden, %56.1'i (n=119) yazılı olarak, %25.9'u (n=55) görerek/yaparak, %14.6'sı (n=31) başka hasta yakınlarında bilgi edinmeyi tercih ettiğini ifade etmiştir.

Bakım verenlerin %96.2'si (n=204) en çok psikolojik-duygusal destek verdiğini ifade ederken, %63.2'si (n=134) fiziksel bakımda yardım, %42.9'u (n=91) maddi yardım konusunda destek olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.1.3. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı ve Ortalama Değerleri

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman	Ort±ss
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	47 (22.2)	35 (16.5)	56 (26.4)	30 (14.2)	44 (20.8)	1.95±1.42
Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	72 (34)	43 (20.3)	43 (20.3)	28 (13.2)	26 (12.3)	1.5±1.39
Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	67 (31.6)	32 (15.1)	55 (25.9)	35 (16.5)	23 (10.8)	1.6±1.36
Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	124 (58.5)	36 (17)	33 (15.6)	14 (6.6)	5 (2.4)	0.77±1.08
Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	136 (64.2)	39 (18.4)	28 (13.2)	5 (2.4)	4 (1.9)	0.59±0.94
Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	138 (65.1)	32 (15.1)	25 (11.8)	13 (6.1)	4 (1.9)	0.65±1.03
Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	33 (15.6)	15 (7.1)	53 (25)	55 (25.9)	56 (26.4)	2.41±1.36
Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	30 (14.2)	21 (9.9)	31 (14.6)	58 (27.4)	72 (34)	2.57±1.41
Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	123 (58)	39 (18.4)	34 (16)	9 (4.2)	7 (3.3)	0.76±1.08
Yakınınzla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	125 (59)	31 (14.6)	27 (12.7)	15 (7.1)	14 (6.6)	0.88±1.26
Yakınızın nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?	108 (50.9)	38 (17.9)	31 (14.6)	17 (8)	18 (8.5)	1.05±1.32
Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	96 (45.3)	52 (24.5)	24 (11.3)	22 (10.4)	18 (8.5)	1.12±1.32
Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	143 (67.5)	29 (13.7)	17 (8)	13 (6.1)	10 (4.7)	0.67±1.15
Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	36 (17)	26 (12.3)	29 (13.7)	42 (19.8)	79 (37.3)	2.48±1.51
Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	86 (40.6)	23 (10.8)	35 (16.5)	30 (14.2)	38 (17.9)	1.58±1.56
Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	150 (70.8)	23 (10.8)	15 (7.1)	7 (3.3)	17 (8)	0.67±1.24
Yakınızın hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	105 (49.5)	35 (16.5)	33 (15.6)	18 (8.5)	21 (9.9)	1.13±1.37
Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	157 (74.1)	15 (7.1)	23 (10.8)	11 (5.2)	6 (2.8)	0.56±1.06
Yakınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	79 (37.3)	50 (23.6)	59 (27.8)	13 (6.1)	11 (5.2)	1.18±1.16
Yakınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	42 (19.8)	34 (16)	51 (24.1)	36 (17)	49 (23.1)	2.08±1.43
Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	20 (9.4)	14 (6.6)	42 (19.8)	52 (24.5)	84 (39.6)	2.78±1.29
Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	61 (28.8)	51 (24.1)	48 (22.6)	33 (15.6)	19 (9)	1.52±1.3

Bakım verenlerin BKYÖ maddelerine verdikleri yanıtlara ilişkin dağılımlar ve maddelerin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.1.3'te sunulmuştur. En

fazla yanıt 2.78 ± 1.29 ortalama ile ‘Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?’ sorusuna verilmiştir.

Tablo 4.1.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı ve Ortalama Değerleri

	Kesinlikle hayır n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Kesinlikle evet n (%)	Ort±ss
Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.	12 (5.7)	10 (4.7)	11 (5.2)	18 (8.5)	14 (6.6)	18 (8.5)	129 (60.8)	5.75±1.9
İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.	8 (3.8)	7 (3.3)	12 (5.7)	20 (9.4)	16 (7.5)	24 (11.3)	125 (59)	5.83±1.74
Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	42 (19.8)	14 (6.6)	15 (7.1)	19 (9)	19 (9)	20 (9.4)	83 (39.2)	4.66±2.39
İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	55 (25.9)	14 (6.6)	9 (4.2)	19 (9)	15 (7.1)	21 (9.9)	79 (37.3)	4.43±2.51
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	60 (28.3)	8 (3.8)	14 (6.6)	15 (7.1)	10 (4.7)	21 (9.9)	84 (39.6)	4.44±2.57
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	59 (27.8)	13 (6.1)	10 (4.7)	12 (5.7)	11 (5.2)	22 (10.4)	85 (40.1)	4.46±2.59
Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.	14 (6.6)	5 (2.4)	4 (1.9)	17 (8)	13 (6.1)	19 (9)	140 (66)	5.96±1.8
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	39 (18.4)	5 (2.4)	12 (5.7)	16 (7.5)	12 (5.7)	21 (9.9)	107 (50.5)	5.11±2.36
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	58 (27.4)	15 (7.1)	8 (3.8)	13 (6.1)	7 (3.3)	23 (10.8)	88 (41.5)	4.5±2.6
Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	16 (7.5)	4 (1.9)	9 (4.2)	14 (6.6)	11 (5.2)	30 (14.2)	128 (60.4)	5.84±1.87
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	61 (28.8)	13 (6.1)	9 (4.2)	14 (6.6)	8 (3.8)	23 (10.8)	84 (39.6)	4.42±2.6
Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	43 (20.3)	10 (4.7)	14 (6.6)	18 (8.5)	7 (3.3)	20 (9.4)	100 (47.2)	4.87±2.45

Bakım verenlerin ÇBASDÖ maddelerine verdikleri yanıtlara ilişkin dağılımlar ve maddelerin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.1.4’te

sunulmuştur. En fazla yanıt 5.96 ± 1.8 ortalama ile ‘Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.’ sorusuna verilmiştir.

Tablo 4.1.5. Ölçeklere İlişkin Bilgiler

	Madde sayısı	Olası puan aralığı	Min-Maks (Medyan)	Ort $\pm$ ss	İç tutarlılık
ÇBASDÖ Aile	4	4-28	4-28 (21)	18.62 $\pm$ 8.21	0.852
ÇBASDÖ Arkadaş	4	4-28	4-28 (21)	19.78 $\pm$ 7.35	0.772
ÇBASDÖ Özel kişi	4	4-28	4-28 (22)	21.86 $\pm$ 6.03	0.722
ÇBASDÖ Toplam	12	12-84	14-84 (63)	60.26 $\pm$ 19.20	0.902
BVYÖ Toplam	22	0-88	3-73 (29)	30.50 $\pm$ 14.99	0.878

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların puanları 4 ile 28 arasında değişmekte olup ortalama 18.62 ± 8.21 ’dir. Bu alt boyutu oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.852 olduğu saptanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arkadaş alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların puanları 4 ile 28 arasında değişmekte olup ortalama 19.78 ± 7.35 ’tir. Bu alt boyutu oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.772 olduğu saptanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel kişi alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların puanları 4 ile 28 arasında değişmekte olup ortalama 21.86 ± 6.03 ’tür. Bu alt boyutu oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.722 olduğu saptanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların puanları 14 ile 84 arasında değişmekte olup ortalama 60.26 ± 19.20 ’dir. Bu alt boyutu oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.902 olduğu saptanmıştır.

Bakım Verme Yüğü Ölçeği toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların puanları 3 ile 73 arasında değişmekte olup ortalama 30.50 ± 14.99 ’dur. Ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.878 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.6. Hastaya İlişkin Bilgilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		Aile	Arkadaş	Özel biri	Toplam	BVYÖ Toplam
Yaş	r	0.054	0.003	0.022	0.031	-0.026
	p	0.433	0.968	0.751	0.653	0.705
Tam süresi	r	-0.070	-0.015	-0.031	-0.046	0.120
	p	0.308	0.828	0.648	0.508	0.081
Tedavi süresi	r	-0.081	-0.026	-0.035	-0.056	0.113
	p	0.241	0.705	0.612	0.421	0.101
Son yatış üzerinden geçen süre	r	0.168	0.127	0.001	0.119	0.163
	p	0.185	0.319	0.995	0.349	0.199
	n					
Cinsiyet						
Kadın	102	18.83±7.82	19.93±7.22	21.56±6.25	60.32±19.1	28.11±14.02
Erkek	110	18.42±8.59	19.64±7.49	22.15±5.84	60.2±19.39	32.71±15.57
^a Test değeri (t)		0.367	0.292	-0.706	0.047	-2.255
p		0.714	0.771	0.481	0.963	0.025*
Eğitim durumu						
Okuryazar değil	16	15 (10-26.5)	17.5 (10-27.5)	22 (19-28)	55 (40-75.5)	26.5 (15.5-39.5)
Okuryazar	22	22.5 (16-27)	24.5 (20-28)	24.5 (23-28)	70.5 (65-81)	24 (12-30)
İlkokul	101	18 (10-25)	19 (13-27)	22 (18-27)	57 (42-78)	31 (20-45)
Ortaokul	16	20.5 (12.5-24)	19 (14.5-24)	21 (18-25.5)	59.5 (48-67)	35.5 (28.5-40)
Lise	35	21 (16-28)	18 (14-28)	22 (18-28)	64 (42-78)	26 (18-44)
Üniversite	22	25.5 (20-28)	26.5 (16-28)	25.5 (20-28)	75.5 (54-84)	27 (21-32)
^b Test değeri (χ^2)		9.419	8.049	7.668	9.698	11.506
p		0.093	0.154	0.176	0.084	0.042*
Çalışma durumu						
Çalışıyor	17	22 (9-28)	22 (15-28)	22 (20-28)	65 (50-83)	30 (20-43)
Emekli	98	20 (10-28)	20.5 (12-28)	22.5 (19-28)	61.5 (45-80)	30 (21-41)
Çalışmıyor	97	21 (12-25)	20 (14-27)	22 (18-27)	63 (47-76)	27 (14-39)
^b Test değeri (χ^2)		0.087	0.378	0.633	0.278	2.164
p		0.957	0.828	0.729	0.870	0.339
Medeni durum						
Evli	151	18.58±8.44	19.95±7.39	22.19±5.94	60.72±19.67	31.20±14.35
Bekar	61	18.70±7.70	19.36±7.29	21.07±6.23	59.13±18.10	28.75±16.47
^a Test değeri (t)		-0.098	0.525	1.225	0.543	1.075
p		0.922	0.600	0.222	0.588	0.283
Çocuk sayısı						
Yok	12	23.5 (16-28)	22 (18-27.5)	22 (19.5-28)	69 (55-78)	23.5 (12.5-30)
1-2	81	21 (14-28)	19 (15-28)	22 (17-28)	60 (43-84)	31 (21-41)
3-4	79	21 (10-26)	20 (14-27)	24 (20-28)	63 (47-78)	27 (18-36)
5 ve üzeri	40	18.5 (12-25)	22 (13-25)	22 (19-24.5)	62.5 (43.5-72.5)	32 (18-43.5)
^b Test değeri (χ^2)		2.329	0.957	2.998	1.390	5.227
p		0.507	0.812	0.392	0.708	0.156
Sosyal güvence						
SGK	185	21 (11-27)	21 (13-28)	22 (19-28)	64 (46-78)	29 (20-39)

Tablo 4.1.6. Hastaya İlişkin Bilgilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

Yeşil kart	18	14 (9-23)	17 (10-25)	21.5 (16-27)	52.5 (42-64)	32.5 (16-50)
Özel sigorta	1	28 (28-28)	28 (28-28)	28 (28-28)	84 (84-84)	10 (10-10)
Yok	8	22 (17.5-28)	24.5 (21-28)	23.5 (21.5-27.5)	68 (63-82.5)	21 (16.5-28.5)
^b Test değeri (χ^2)		7.500	5.138	2.588	6.681	4.856
p		0.058	0.162	0.460	0.083	0.183
Tamı						
Akciğer ca	57	18 (10-25)	19 (14-28)	23 (19-28)	59 (45-73)	30 (21-39)
Kolon ca	26	23 (11-28)	26 (16-28)	24.5 (20-28)	69.5 (52-84)	24 (16-32)
Meme ca	23	21 (10-28)	24 (12-28)	23 (18-28)	61 (37-84)	24 (15-34)
Mide ca	25	17 (13-26)	22 (16-27)	23 (16-27)	63 (46-79)	25 (12-44)
Pankreas ca	13	21 (11-28)	17 (11-25)	22 (19-25)	54 (38-76)	33 (27-41)
Diğer	68	21 (12.5-28)	20 (13-27)	22 (18-28)	62 (46.5-76.5)	31.5 (21.5-41)
^b Test değeri (χ^2)		2.567	3.073	2.227	2.338	8.797
p		0.766	0.689	0.817	0.801	0.117
Evre						
1.evre	34	17.09±9.61	19±8.57	21.62±6.19	57.71±22.48	30.32±14.84
2.evre	41	19.24±8.22	20.15±7.01	22.12±5.78	61.51±18.66	28.83±13.5
3.evre	55	19.42±7.34	19.98±7.42	21.89±6.26	61.29±18.29	29.51±16.69
4.evre	82	18.4±8.2	19.78±7.02	21.82±6.05	60±18.85	32.06±14.67
^c Test değeri (F)		0.662	0.174	0.045	0.313	0.544
p		0.576	0.914	0.987	0.816	0.652
Tedavi						
Kemoterapi	171	21 (12-27)	20 (14-28)	22 (18-28)	63 (45-78)	29 (18-39)
Kemoterapi ve radyoterapi	26	18 (10-28)	19 (12-28)	22 (19-28)	54.5 (38-78)	29 (18-52)
Diğer	15	24 (9-28)	22 (17-27)	24 (20-27)	66 (50-76)	29 (24-39)
^b Test değeri (χ^2)		0.488	0.615	0.565	0.436	1.393
p		0.783	0.735	0.754	0.804	0.498
Metastaz						
Var	133	18.42±8.41	19.72±7.25	22.06±5.84	60.2±19.01	31.43±14.22
Yok	79	18.95±7.92	19.87±7.55	21.53±6.38	60.35±19.64	28.92±16.18
^a Test değeri (t)		-0.452	-0.145	0.616	-0.055	1.177
p		0.652	0.885	0.539	0.956	0.240
Gelir durumu						
Gelir < Gider	86	17 (9-24)	19 (13-26)	22 (18-27)	58.5 (42-73)	34.5 (25-46)
Gelir = Gider	103	21 (14-28)	20 (14-28)	22 (19-28)	63 (47-81)	24 (18-36)
Gelir > Gider	23	24 (16-28)	26 (17-28)	26 (23-28)	75 (55-84)	24 (14-30)
^b Test değeri (χ^2)		7.758	5.672	11.329	9.395	19.522
p		0.021*	0.059	0.003*	0.009*	<0.001*
Fiziksel/Ruhsal engel varlığı						
Var	17	16 (9-21)	17 (12-20)	19 (18-22)	51 (38-57)	43 (24-47)
Yok	195	21 (11-28)	22 (14-28)	23 (19-28)	65 (47-80)	28 (18-39)
^d Test değeri (z)		-1.983	-1.922	-2.197	-2.015	-1.913

Tablo 4.1.6. Hastaya İlişkin Bilgilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

p		0.047*	0.055	0.028*	0.044*	0.056
Kronik hastalık						
Var	113	18.42±8.52	19.49±7.49	21.53±6.44	59.43±19.83	30.1±15.55
Yok	99	18.85±7.88	20.11±7.2	22.24±5.54	61.2±18.51	30.95±14.39
^aTest değeri (t)		-0.382	-0.617	-0.856	-0.668	-0.412
p		0.703	0.538	0.393	0.505	0.681
Ailede kanser öyküsü						
Evet	108	18.93±8.04	20.13±7.35	21.77±6.26	60.82±19.4	29.73±16.01
Hayır	104	18.3±8.41	19.41±7.36	21.96±5.82	59.67±19.08	31.29±13.88
^aTest değeri (t)		0.556	0.709	-0.232	0.435	-0.755
p		0.579	0.479	0.817	0.664	0.451
Yaşanılan yer						
İl	127	21 (13-28)	22 (15-28)	23 (19-28)	65 (47-80)	30 (18-39)
İlçe	76	20 (10.5-25.5)	20.5 (13-28)	22 (18-28)	62.5 (43.5-77.5)	26.5 (19-39)
Belde/Köy	9	17 (4-22)	13 (10-19)	22 (19-26)	54 (37-62)	36 (22-53)
^bTest değeri (χ^2)		3.604	5.249	1.059	3.368	1.163
p		0.165	0.072	0.589	0.186	0.559
Yaşanılan kişi						
Yalnız	17	22 (15-27)	21 (16-27)	21 (19-22)	60 (54-71)	30 (18-37)
Çekirdek aile	174	20 (10-27)	20 (13-28)	22 (18-28)	62.5 (42-79)	29 (19-40)
Geniş aile	21	21 (16-25)	22 (16-28)	25 (22-28)	65 (54-78)	27 (20-41)
^bTest değeri (χ^2)		0.269	1.601	4.476	0.995	0.168
p		0.874	0.449	0.107	0.608	0.919
Tedavi uygulama şekli						
Yatarak	64	19.06±8.39	19.7±7.67	21.61±6.37	60.38±20.03	29.55±15.66
Ayaktan	148	18.43±8.16	19.81±7.23	21.97±5.9	60.21±18.9	30.91±14.72
^aTest değeri (t)		0.517	-0.098	-0.402	0.057	-0.605
p		0.605	0.922	0.688	0.954	0.546
En son hastaneye geliş nedeni						
Kontrol	26	23.5 (12-28)	24 (17-28)	21.5 (16-28)	68.5 (42-84)	36 (24-54)
Tedavi	177	20 (11-26)	21 (13-28)	22 (19-28)	62 (46-78)	28 (18-39)
Diğer	9	21 (16-28)	20 (16-28)	25 (22-28)	63 (55-84)	29 (21-38)
^bTest değeri (χ^2)		1.879	1.146	2.932	1.117	4.495
p		0.391	0.564	0.231	0.572	0.106

r=Pearson korelasyon analizi

^aBağımsız gruplar t testi, sonuçlar ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur.

^bKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) olarak sunulmuştur.

^cTek yönlü varyans analizi, sonuçlar ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur.

^dMann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) olarak sunulmuştur.

*p<0.05

Hastaların yaşları ile hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların tanı süreleri ile hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların tedavi süreleri ile hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların son yatışları üzerinden geçen süre ile hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların cinsiyetine göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların cinsiyetine göre hastaya bakım verenlerin BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.025$). Erkeklerin puanları daha yüksektir.

Hastaların eğitim durumuna göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların eğitim durumuna göre hastaya bakım verenlerin BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.042$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda okur-yazar olanlara bakım verenlerin puanlarının ilkökul ve ortaokul mezunu olanlara bakım verenlerin puanlarından düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.047$, $p=0.041$).

Hastaların çalışma durumuna göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların medeni durumuna göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların çocuk sayılarına göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların sosyal güvence durumlarına göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların tanısına göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların hastalık evresine göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların tedavisine göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastalarda metastaz varlığına göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların gelir durumuna göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Arkadaş alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların gelir durumuna göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.021$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden fazla olanlara bakım verenlerin puanlarının geliri giderinden az olanlara bakım verenlerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.034$). Hastaların gelir durumuna göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Özel biri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.003$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden fazla olanlara bakım verenlerin puanlarının geliri giderine denk ve geliri giderinden az olanlara bakım verenlerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.029$, $p=0.002$). Hastaların gelir durumuna göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.009$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden fazla olanlara bakım verenlerin puanlarının geliri giderinden az olanlara bakım verenlerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.008$). Hastaların gelir durumuna göre hastaya bakım

verenlerin BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden az olanlara bakım verenlerin puanlarının geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olanlara bakım verenlerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p<0.001$, $p=0.004$).

Hastaların fiziksel/ruhsal engel durumlarına göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Arkadaş alt boyut puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların fiziksel/ruhsal engel durumlarına göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Özel biri alt boyut ve toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.047$, $p=0.028$, $p=0.044$). Engeli olanların puanları daha yüksektir.

Hastalarda kronik hastalık olması durumuna göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların ailelerinde kanser öyküsü olması durumuna göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların yaşadıkları yere göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların yaşadıkları kişilere göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların tedavi uygulanma şekline göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların en son hastaneye geliş nedenine göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.1.7. Hastaya Bakım Veren Kişiyi İlişkin Bilgilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		Aile	Arkadaş	Özel biri	Toplam	BVYÖ Toplam
Yaş	r	-0.086	-0.047	-0.020	-0.061	0.073
	p	0.214	0.501	0.772	0.379	0.293
Yardım eden kişi sayısı	r	0.098	0.065	0.047	0.082	-0.053
	p	0.155	0.347	0.492	0.237	0.439
	n					
Cinsiyet						
Kadın	136	18.97±8.3	20.16±7.28	22.1±5.94	61.23±18.92	31.67±15.16
Erkek	76	17.99±8.07	19.09±7.47	21.45±6.22	58.53±19.7	28.39±14.54
^a Test değeri (t)		0.836	1.017	0.749	0.982	1.530
p		0.404	0.310	0.455	0.327	0.127
Yakınlık						
Anne/Baba	6	23 (16-28)	23.5 (16-28)	24.5 (19-28)	69 (55-84)	18.5 (13-26)
Kızı/Oğlu	109	21 (14-26)	20 (14-28)	23 (18-28)	63 (47-78)	30 (18-39)
Eş	68	17.5 (8-25.5)	20 (11-26.5)	22 (18-27)	58.5 (37-73.5)	29.5 (22.5-42)
Kardeş	14	16 (9-28)	20.5 (10-28)	22 (22-28)	57 (42-84)	22 (14-30)
Diğer	15	27 (16-28)	25 (16-28)	22 (19-28)	72 (60-84)	24 (19-38)
^b Test değeri (χ^2)		7.816	3.793	1.375	5.044	4.511
p		0.099	0.435	0.848	0.283	0.341
Medeni hal						
Evli	158	18.87±8.43	20.33±7.13	22.51±5.72	61.72±19.11	30.78±14.52
Bekar	54	17.87±7.57	18.17±7.78	19.96±6.56	56.00±19.02	29.65±16.38
^a Test değeri (t)		0.774	1.879	2.721	1.900	0.480
p		0.440	0.062	0.007*	0.059	0.632
Eğitim durumu						
Okuryazar	4	9.5 (4-17)	15.5 (10-21.5)	21 (17-25.5)	47.5 (31-64)	27 (16.5-47.5)
İlkokul	66	16 (10-24)	19 (13-27)	22 (19-27)	55 (42-74)	30.5 (22-45)
Ortaokul	24	19 (9-25.5)	22 (10.5-27)	22.5 (17.5-27)	56 (40-78)	22 (15-33)
Lise	62	20.5 (14-28)	22 (14-28)	23 (20-28)	65 (50-84)	27 (18-36)
Üniversite	47	24 (21-28)	24 (16-28)	23 (18-28)	71 (53-84)	29 (18-39)
Diğer	9	20 (16-23)	16 (12-20)	23 (16-28)	59 (46-67)	35 (26-53)
^b Test değeri (χ^2)		16.799	4.542	3.551	8.236	8.774
p		0.005*	0.474	0.616	0.144	0.118
Meslek						
Ev hanımı	81	19 (10-28)	21 (14-28)	23 (20-28)	64 (45-78)	29 (21-39)
Memur	15	20 (10-24)	20 (14-26)	22 (16-27)	55 (43-76)	37 (16-50)
İşçi	25	20 (13-26)	22 (13-28)	22 (18-28)	63 (42-79)	29 (17-39)
Serbest çalışan	28	17.5 (12-24.5)	16.5 (13-26)	22 (19.5-27.5)	58.5 (49-73.5)	27.5 (20.5-36)
Diğer	63	22 (14-28)	21 (15-28)	22 (19-28)	65 (48-80)	28 (18-40)
^b Test değeri (χ^2)		2.228	1.834	1.362	1.256	1.573
p		0.694	0.766	0.851	0.869	0.814

Tablo 4.1.7. Hastaya Bakım Veren Kişiyne İlişkin Bilgilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

Bakmakla yükümlü olunan engelli/çocuk						
Evet	41	20.39±7.57	20.73±6.65	23.15±5.38	64.27±17.3	29.61±16.99
Hayır	171	18.19±8.32	19.55±7.5	21.56±6.16	59.3±19.56	30.71±14.52
^a Test değeri (t)		1.544	0.925	1.521	1.493	-0.420
p		0.124	0.356	0.130	0.137	0.675
Çocuk sayısı						
Yok	63	18 (11-25)	17 (12-26)	22 (17-27)	58 (42-71)	29 (18-37)
1-2	83	23 (15-28)	24 (15-28)	24 (19-28)	68 (46-84)	27 (19-40)
3-4	57	19 (10-25)	18 (14-27)	24 (21-28)	62 (48-74)	30 (21-43)
5 ve üzeri	9	16 (9-23)	22 (13-24)	22 (19-24)	65 (45-72)	35 (24-44)
^b Test değeri (χ^2)		6.950	7.025	6.072	6.639	2.105
p		0.074	0.071	0.108	0.084	0.551
Çalışma durumu						
Düzenli çalışıyor	61	21 (15-27)	22 (13-28)	22 (18-28)	63 (46-78)	28 (18-39)
Düzensiz çalışıyor	13	14 (11-25)	16 (10-26)	22 (22-25)	52 (36-78)	33 (26-39)
Çalışmıyor	109	19 (10-27)	20 (13-28)	23 (19-28)	62 (47-77)	29 (21-39)
Emekli	29	23 (14-28)	21 (16-28)	22 (20-28)	66 (42-82)	28 (15-41)
^b Test değeri (χ^2)		1.815	1.051	1.845	1.040	1.438
p		0.612	0.789	0.605	0.792	0.697
Gelir durumu						
Gelir = Gider	102	22 (15-28)	24 (16-28)	23 (20-28)	66 (52-81)	26 (18-38)
Gelir > Gider	28	21 (14-28)	21.5 (13-28)	23.5 (18.5-28)	66 (45-79)	26.5 (13-34)
Gelir < Gider	82	16 (10-24)	17 (13-26)	22 (17-28)	54 (42-72)	33 (24-44)
^b Test değeri (χ^2)		8.348	6.471	2.885	7.983	8.999
p		0.015*	0.039*	0.236	0.018*	0.011*
Yaşanılan kişi						
Çekirdek aile	184	20.5 (10.5-28)	21 (13-28)	22 (19-28)	63 (45-78.5)	29 (19-39)
Geniş aile	26	21 (16-25)	20.5 (16-28)	24.5 (20-28)	64 (50-78)	27.5 (20-45)
Yalnız	2	15 (6-24)	19 (10-28)	20.5 (19-22)	54.5 (38-71)	18 (18-18)
^b Test değeri (χ^2)		0.317	0.351	1.041	0.394	1.806
p		0.853	0.839	0.594	0.821	0.405
Hastaneye geliş gidişte eşlik etme						
Evet	193	21 (11-27)	20 (14-28)	22 (19-28)	63 (45-78)	29 (18-39)
Bazen	18	18 (11-27)	23.5 (13-28)	23 (21-28)	61.5 (47-81)	29.5 (24-36)
Hayır	1	16 (16-16)	28 (28-28)	28 (28-28)	72 (72-72)	28 (28-28)
^b Test değeri (χ^2)		0.474	1.923	2.046	0.350	0.132
p		0.789	0.382	0.360	0.839	0.936

Tablo 4.1.7. Hastaya Bakım Veren Kişiyeye İlişkin Bilgilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

Bakmakla yükümlü olunan kişi						
Evet	32	20.13±7.01	20.16±6.58	21.41±6.59	61.69±17.62	34.41±17.17
Hayır	180	18.35±8.4	19.71±7.49	21.94±5.95	60.01±19.51	29.8±14.51
^a Test değeri (t)		1.127	0.315	-0.464	0.456	1.608
p		0.261	0.753	0.643	0.649	0.109
Hasta bakım verme süresi						
< 6 ay	107	22 (15-28)	22 (16-28)	22 (19-28)	66 (51-80)	26 (18-39)
6-12 ay	42	18 (11-28)	17.5 (13-28)	22 (18-28)	61 (38-80)	25.5 (18-36)
13-24 ay	23	21 (10-27)	22 (10-27)	24 (18-26)	57 (42-77)	36 (26-46)
25-37 ay	14	12.5 (5-20)	15.5 (9-25)	21.5 (10-23)	47.5 (32-65)	34.5 (24-44)
>=38 ay	26	19.5 (10-24)	20 (13-26)	23.5 (20-28)	60 (47-76)	32 (21-39)
^b Test değeri (χ^2)		8.636	5.392	4.077	7.780	7.196
p		0.071	0.249	0.396	0.100	0.126
Hasta günlük bakım süresi						
0-6 saat	78	19 (11-24)	20.5 (13-27)	22 (18-27)	60 (42-73)	26 (18-39)
7-12 saat	26	23.5 (17-28)	25 (16-28)	23.5 (21-28)	71.5 (55-84)	28 (18-33)
13-18 saat	28	25 (14.5-28)	21.5 (16.5-28)	23 (20-27.5)	65.5 (52.5-82)	28.5 (19-37.5)
19-24 saat	80	19 (8.5-25.5)	18 (11.5-27.5)	24 (20-28)	56.5 (41.5-78)	31.5 (22.5-44.5)
^b Test değeri (χ^2)		10.864	7.718	4.750	7.847	5.609
p		0.012*	0.052	0.191	0.049*	0.132
Bakım konusunda yardım alınan kişi						
Evet	116	19.33±7.83	20.02±7.06	22.3±5.44	61.65±17.86	30.37±14.43
Hayır	96	17.76±8.61	19.49±7.7	21.33±6.67	58.58±20.68	30.65±15.71
^a Test değeri (t)		1.386	0.520	1.164	1.141	-0.133
p		0.167	0.604	0.246	0.255	0.895
Sosyal güçlük yaşama						
Evet	211	21 (11-27)	21 (13-28)	22 (19-28)	63 (45-78)	29 (19-39)
Hayır	1	28 (28-28)	28 (28-28)	28 (28-28)	84 (84-84)	11 (11-11)
^d Test değeri (z)		-1.334	-1.273	-1.258	-1.410	-1.487
p		0.182	0.203	0.208	0.158	0.137
Ekonomik güçlük yaşama						
Evet	69	16.52±8.22	17.36±7.16	20.45±6.01	54.33±17.72	38.25±15.7
Hayır	143	19.63±8.04	20.94±7.17	22.55±5.95	63.12±19.29	26.76±13.14
^a Test değeri (t)		-2.617	-3.409	-2.396	-3.188	5.593
p		0.010*	0.001*	0.017*	0.002*	<0.001*

Tablo 4.1.7. Hastaya Bakım Veren Kişiyi İlişkin Bilgilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

Aile içi iş ortamı rolün olumsuz etkilenmesi						
Evet	58	17.81±7.63	18.24±7.26	19.86±7.05	55.91±19.38	39.66±14.66
Hayır	154	18.92±8.43	20.36±7.32	22.62±5.44	61.9±18.94	27.05±13.64
^a Test değeri (t)		-0.878	-1.881	-2.688	-2.037	5.879
p		0.381	0.061	0.009*	0.043*	<0.001*
İlaç/kontrol gerektiren hastalık						
Evet	73	18.68±8.05	19.82±7.38	22.34±6.31	60.85±19.22	32.03±15.65
Hayır	139	18.58±8.32	19.76±7.35	21.61±5.89	59.95±19.25	29.69±14.62
^a Test değeri (t)		0.086	0.063	0.837	0.323	1.079
p		0.932	0.950	0.403	0.747	0.282
Sağlık kontrolü yaptırabilme						
Evet	140	19.55±8.33	20.39±7.53	22.82±5.65	62.76±19.45	27.37±13.43
Hayır	72	16.81±7.71	18.58±6.88	20±6.35	55.39±17.86	36.57±16.06
^a Test değeri (t)		2.328	1.706	3.299	2.687	-4.413
p		0.021*	0.089	0.001*	0.008*	<0.001*
Hasta ile aynı yerde yaşama						
Evet	154	17.59±8.25	18.86±7.33	21.25±6.22	57.71±19.18	32.01±15.11
Hayır	58	21.34±7.52	22.21±6.87	23.48±5.23	67.03±17.71	26.48±14.01
^a Test değeri (t)		-3.024	-3.010	-2.426	-3.222	2.419
p		0.003*	0.003*	0.016*	0.001*	0.016*
Hastanın kendi odasına sahip olması						
Evet	187	21 (14-28)	22 (15-28)	23 (19-28)	65 (48-80)	28 (18-39)
Hayır	25	11 (7-20)	16 (10-20)	21 (18-24)	50 (38-62)	36 (20-48)
^d Test değeri (z)		-3.424	-2.995	-1.896	-2.993	-1.250
p		0.001*	0.003*	0.058	0.003*	0.211
Bakım gereksinimleri konusunda bilgi sahibi olma						
Evet	150	21 (12-28)	22 (14-28)	22.5 (19-28)	65 (47-81)	27.5 (19-39)
Hayır	7	22 (15-24)	22 (18-28)	23 (16-28)	63 (53-78)	37 (25-57)
Kısmen	55	16 (10-24)	18 (10-26)	22 (18-27)	58 (36-73)	30 (18-41)
^b Test değeri (χ^2)		3.913	5.680	1.275	3.937	1.858
p		0.141	0.058	0.529	0.140	0.395
Çıkabilecek sorunlar hakkında bilgi eğitim alma						
Evet	152	18.85±8.06	20.07±7.27	21.82±6.21	60.74±19.12	29.78±14.99
Hayır	60	18.03±8.64	19.05±7.54	21.97±5.62	59.05±19.52	32.32±14.96
^a Test değeri (t)		0.650	0.907	-0.156	0.575	-1.112

Tablo 4.1.7. Hastaya Bakım Veren Kişiyeye İlişkin Bilgilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

p		0.516	0.366	0.876	0.566	0.267
Bilgileri yeterli bulma						
Evet	103	19.61±8.27	21.25±7.17	22.83±5.89	63.7±19.09	26.24±12.85
Hayır	49	17.24±7.42	17.57±6.9	19.69±6.38	54.51±17.81	37.2±16.52
^aTest değeri (t)		1.703	2.992	2.992	2.833	-4.094
p		0.091	0.003*	0.003*	0.005*	<0.001*
Tercih edilen öğrenme şekli						
Doktor hemşire						
Evet	189	21 (11-28)	21 (14-28)	23 (19-28)	65 (46-79)	29 (20-39)
Hayır	23	18 (11-24)	17 (12-25)	19 (16-24)	55 (38-69)	29 (15-46)
^dTest değeri (z)		-0.838	-0.978	-2.581	-1.469	-0.106
p		0.402	0.328	0.010*	0.142	0.915
Yazılı						
Evet	119	18.66±8.29	19.67±7.49	21.82±6.02	60.15±19.42	30.57±15.53
Hayır	93	18.56±8.16	19.91±7.19	21.92±6.08	60.4±19.02	30.4±14.35
^aTest değeri (t)		0.092	-0.237	-0.131	-0.093	0.083
p		0.927	0.813	0.896	0.926	0.934
Görerek						
Evet	55	17.69±8	19.33±7.55	20.93±6.25	57.95±19.04	32.24±16.82
Hayır	157	18.94±8.29	19.94±7.29	22.19±5.94	61.07±19.26	29.89±14.3
^aTest değeri (t)		-0.973	-0.528	-1.339	-1.039	1.001
p		0.332	0.598	0.182	0.300	0.318
Hasta yakınları						
Evet	31	17.1±8.22	19±7.83	21.03±6.42	57.13±19.93	35.16±17.01
Hayır	181	18.88±8.21	19.91±7.27	22.01±5.97	60.8±19.08	29.7±14.52
^aTest değeri (t)		-1.117	-0.638	-0.829	-0.982	1.887
p		0.265	0.524	0.408	0.327	0.061
Hastaya en çok destek verilen konu						
Psikolojik duygusal destek						
Evet	204	21 (11-27)	21 (14-28)	22.5 (19-28)	63.5 (46-78)	28 (18-39)
Hayır	8	15.5 (7.5-21.5)	17.5 (10-23.5)	19 (12.5-22)	52.5 (31-62.5)	39.5 (31.5-52)
^dTest değeri (z)		-1.225	-1.132	-1.852	-1.403	-2.172
p		0.220	0.258	0.064	0.161	0.030*
Fiziksel bakımda yardım						
Evet	134	19.01±8.24	20.07±7.19	22.04±6.08	61.12±19.02	32.19±15.58
Hayır	78	17.95±8.18	19.28±7.62	21.55±5.99	58.78±19.55	27.58±13.51
^aTest değeri (t)		0.905	0.750	0.573	0.854	2.182
p		0.367	0.454	0.567	0.394	0.030*

Tablo 4.1.7. Hastaya Bakım Veren Kişiyi İlişkin Bilgilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

Maddi yardım						
Evet	91	19.26±7.97	19.91±7.24	21.76±6.06	60.93±18.86	33.18±15.65
Hayır	121	18.13±8.39	19.68±7.46	21.94±6.04	59.75±19.52	28.48±14.21
^a Test değeri (t)		0.993	0.229	-0.219	0.443	2.281
p		0.322	0.819	0.827	0.658	0.024*

r=Pearson korelasyon analizi

^aBağımsız gruplar t testi, sonuçlar ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur.

^bKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) olarak sunulmuştur.

^dMann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) olarak sunulmuştur.

*p<0.05

Bakım verenlerin yaşları ile ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Bakım verenlere yardım eden kişi sayısı ile ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Bakım verenlerin cinsiyetine göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Bakım verenlerin yakınlık derecesine göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Bakım verenlerin medeni haline göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş alt boyut puanları ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Bakım verenlerin medeni haline göre ÇBASDÖ Özel biri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.007). Evli olanların puanları daha yüksektir.

Bakım verenlerin eğitim durumuna göre ÇBASDÖ Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Bakım verenlerin eğitim durumuna göre ÇBASDÖ Aile alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu

saptanmıştır ($p=0.005$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda üniversite mezunu olanların puanlarının ilkokul mezunu olanların puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.011$).

Bakım verenlerin mesleğine göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin bakmakla yükümlü oldukları engelli/çocuk olması durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin çocuk sayısına göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin çalışma durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin gelir durumuna göre ÇBASDÖ Özel biri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin gelir durumuna göre ÇBASDÖ Aile alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.015$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden az olanların puanlarının geliri giderine denk olanların puanlarından düşük olduğu saptanmıştır ($p=0.014$). Bakım verenlerin gelir durumuna göre ÇBASDÖ Arkadaş alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.039$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden az olanların puanlarının geliri giderine denk olanların puanlarından düşük olduğu saptanmıştır ($p=0.033$). Bakım verenlerin gelir durumuna göre ÇBASDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.018$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden az olanların puanlarının geliri giderine denk olanların puanlarından düşük olduğu saptanmıştır ($p=0.015$). Bakım verenlerin gelir durumuna göre BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.011$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda

geliri giderinden az olanların puanlarının geliri giderine denk olanların puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.028$).

Bakım verenlerin yaşadıkları kişilere göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin hastaneye geliş gidişte hastaya eşlik etme durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin bakmakla yükümlü oldukları kişi olması durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin hastaya bakım verme süresine göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin hastaya günlük bakım verme süresine göre ÇBASDÖ Arkadaş, Özel biri alt boyut puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin hastaya günlük bakım verme süresine göre ÇBASDÖ Aile alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.012$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda günlük 7-12 saat bakım verenlerin puanlarının 19-24 saat bakım verenlerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.031$). Bakım verenlerin hastaya günlük bakım verme süresine göre ÇBASDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.049$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda günlük 7-12 saat bakım verenlerin puanlarının 19-24 saat bakım verenlerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.049$).

Bakım verenlerin bakım konusunda yardım alınan kişi olması durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin sosyal güçlük yaşama durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin ekonomik güçlük yaşama durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları

bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.010$, $p=0.001$, $p=0.017$, $p=0.002$, $p<0.001$). Ekonomik güçlük yaşayanların ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları daha düşük iken BVYÖ toplam puanları daha yüksektir.

Bakım verenlerin aile içi / iş ortamı rollerinin olumsuz etkilenmesi durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin aile içi / iş ortamı rollerinin olumsuz etkilenmesi durumuna göre ÇBASDÖ Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.009$, $p=0.043$, $p<0.001$). Rolü olumsuz etkilenenlerin ÇBASDÖ Özel biri alt boyut ve toplam puanları daha düşük iken BVYÖ toplam puanları daha yüksektir.

Bakım verenlerin ilaç kullanımı / kontrol gerektiren hastalıkları olması durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin sağlık kontrollerini yaptırabilme durumuna göre ÇBASDÖ Arkadaş alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin sağlık kontrollerini yaptırabilme durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.021$, $p=0.001$, $p=0.008$, $p<0.001$). Sağlık kontrolünü yaptırabilenlerin ÇBASDÖ Aile, Özel biri alt boyut ve toplam puanları daha yüksek iken BVYÖ toplam puanları daha düşüktür.

Bakım verenlerin hasta ile aynı yerde yaşama durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.003$, $p=0.003$, $p=0.016$, $p=0.001$, $p=0.016$). Hasta ile aynı yerde yaşayanların ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları daha düşük iken BVYÖ toplam puanları daha yüksektir.

Hastanın kendi odasına sahip olması durumuna göre bakım verenlerin ÇBASDÖ Özel biri alt boyut puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastanın kendi odasına sahip olması durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş alt boyut ve toplam puanları

bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.003$). Kendi odasına sahip olan hastaların yakınlarının ÇBASDÖ Aile, Arkadaş alt boyut ve toplam puanları daha yüksektir.

Bakım verenlerin bakım gereksinimleri konusunda bilgi sahibi olma durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin çıkabilecek sorunlar hakkında bilgi / eğitim alma durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenlerin edindikleri bilgileri yeterli bulma durumuna göre ÇBASDÖ Aile alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin edindikleri bilgileri yeterli bulma durumuna göre ÇBASDÖ Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.003$, $p=0.003$, $p=0.005$, $p<0.001$). Ekonomik güçlük yaşayanların ÇBASDÖ Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları daha yüksek iken BVYÖ toplam puanları daha düşüktür.

Doktordan / Hemşireden bilgi almayı tercih etme durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Doktordan / Hemşireden bilgi almayı tercih etme durumuna göre ÇBASDÖ Özel biri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.010$). Doktordan / Hemşireden bilgi almayı tercih edenlerin puanları daha yüksektir.

Yazılı olarak bilgi almayı tercih etme durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Görerek/Yaparak öğrenmeyi tercih etme durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hasta yakınlarından öğrenmeyi tercih etme durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaya en çok psikolojik / duygusal destek verme durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaya en çok psikolojik / duygusal destek verme durumuna göre hastaya bakım verenlerin BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.030$). En çok psikolojik / duygusal destek verdiğini ifade edenlerin puanları daha düşüktür.

Hastaya en çok fiziksel bakımda yardım etme durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaya en çok fiziksel bakımda yardım etme durumuna göre hastaya bakım verenlerin BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.030$). En çok fiziksel bakımda yardım ettiğini ifade edenlerin puanları daha yüksektir.

Hastaya en çok maddi yardım etme durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaya en çok maddi yardım etme durumuna göre hastaya bakım verenlerin BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.024$). En çok maddi yardım ettiğini verdiğini ifade edenlerin puanları daha yüksektir.

Tablo 4.1.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanları Arası İlişki Düzeyleri

	BVYÖ Toplam	
	r	p
ÇBASDÖ Aile	-0.304	<0.001*
ÇBASDÖ Arkadaş	-0.329	<0.001*
ÇBASDÖ Özel kişi	-0.392	<0.001*
ÇBASDÖ Toplam	-0.379	<0.001*

Pearson korelasyon analizi

* $p<0.05$

Bakım verenlerin BVYÖ puanları ile ÇBASDÖ Aile ($r=-0.304$, $p<0.001$), Arkadaş ($r=-0.329$, $p<0.001$), Özel kişi ($r=-0.392$, $p<0.001$) alt boyut puanları ve ölçek toplam ($r=-0.379$, $p<0.001$) puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Tartışma

Temel amacı, kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin algıladıkları sosyal desteğin bakım verme yükü ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmaya, İstanbul ilinde bir şehir hastanesinde tedavi gören 212 bakım veren birey dahil edildi.

5.1.1. Hastalara ve Bakım Veren Bireylere İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalamaları 61.17 ± 13.65 yıldır. Benzer çalışmalar incelendiğinde; Küçükoğlu'nun (2019) çalışmasında 57.1 yıl, Atamer'in (2021) çalışmasında 58.63 ve Özhan'ın (2019) çalışmasında 60,80 yıl olarak görülmektedir. Kanser hastalarının yakınlarına yönelik yapılan bu benzer çalışmalar ile bulgularımız benzerlik göstermekle beraber, yaş ortalamasının bizim çalışmamızda biraz daha yüksek çıkmasının nedeninin örneklem sayısının çalışmamızda yüksek olmasından kaynaklı olabileceği düşüncesindeyiz.

Çalışmaya katılan hastaların %51.9'unun erkek olduğu saptandı. Çelik'in (2022) araştırmasında katılımcıların %59'unun; Aycil'in (2022) çalışmasında %52.4'ünün; Tendik'in (2023) çalışmasında ise katılımcıların %50.8'inin erkek olduğu bildirilmektedir. Araştırmamızın bulguları literatür bulguları ile örtüşmektedir. 2017 yılı Türkiye Kanser İstatistikleri bilgileri göz önüne alındığında kanser hızlarının erkeklerde, kadınlara oranla daha fazla görüldüğü düşünüldüğünde, katılımcıların büyük bir kısmının erkek olması normal kabul edilmektedir.

Çalışmaya katılan hastalarda %26.9 oranında akciğer kanseri, %12.3 oranında ise kolon kanseri saptanmıştır. Çelik'in (2022) çalışmasında hastaların %20'sinin akciğer kanseri, %13.3'ünün ise kolon kanseri olduğu bildirilmiştir. Özdemir'in (2018) çalışmasında ise bu veriler sırasıyla %23.5 ve %19.7'dir. Bu veriler çalışmamızın verilerini destekler niteliktedir. Fakat Ceylan Gür'ün (2018) çalışmasında meme kanseri oranı %30.6, akciğer ve kolon kanserleri oranları ise sırasıyla %18.1 ve %13.8'dir. Akciğer kanserli hastaların oranlarının bizim çalışmamıza göre düşük çıkması, bizim çalışmamızdaki katılımcı yoğunluğunun erkek olmasından, Ceylan Gür'ün (2018) çalışmasındaki katılımcı yoğunluğunun ise kadın (%60) olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin %64.2'sinin kadın olduğu ve yaş ortalamalarının 44.07 olduğu saptanmıştır. Benzer çalışmalara bakıldığında Karaaslan'ın (2013) çalışmasında cinsiyet ve yaş ortalamaları sırasıyla %77.3 ve 44.93; Nurhal Yazıcı'nın (2023) çalışmasında %54.4 ve 45.18; Ülgen'nin (2019) çalışmasında ise %64.4 ve 40-61 yaş oranları %47.3 olarak bildirilmiştir. Eroğlu ve İrdem'in (2016) çalışmasında, toplumda kadınlara atfedilen görevlerin arasında faydalı bir anne ve eş olma ile evin düzenini sağlama gibi faktörlerin yer aldığını ileri sürmüştür. Bu görüşe göre çalışmamızdaki kadın oranının yüksek olmasının literatür bulgularını desteklediği savunulabilir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin %31.1'inin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Benzer çalışmalar incelendiğinde Karaaslan'ın (2013) çalışmasında bu oran %40.7; Kabataş Yıldız'ın (2015) çalışmasında %30.8 olarak bildirilmiş olup çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Şen'in (2022) çalışmasında ise bakım vericilerin eğitim düzeyi lise ve üstü olup %75.3 oranındadır ve bulgularımızla benzerlik göstermemektedir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin %48.1'inin gelirin giderine denk olduğu, %51.4'ünün düzenli bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Benzer çalışmalar incelendiğinde Kahrıman'ın (2014) çalışmasında bakım verenlerin %47.5 oranında geliri giderine denk, %56.2'sinin çalışmadığı; Öztürk Kaynar'ın (2016) çalışmasında bakım verenlerin %87'sinin geliri giderine denk, %81.5'inin çalışmadığı bildirilmiştir. Literatür bulguları, bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

5.1.2. Bakım Veren Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Morbidite ve mortalite oranı yüksek olan kanser hastalığı, bakım veren bireylerde fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok istenmeyen faktörlerin gelişimine sebep olabilmektedir. Aile bireyleri hastalığın herhangi bir evresinde desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Sosyal destek, bireylerde ruhsal rahatlama ve olumsuz olaylarla baş etme tutumunu geliştirmektedir (Arslan ve ark., 2008). Çalışmamızda bakım veren bireylerin ÇBASDÖ'den aldıkları toplam puan 60.26 ± 19.20 'dir. ÇBASDÖ aile alt boyutundan 18.62 ± 8.21 , ÇBASDÖ arkadaş alt boyutundan 19.78 ± 7.35 , ÇBASDÖ özel kişi alt boyutundan ise 21.86 ± 6.03 puan alınmıştır. ÇBASDÖ toplam puanından en az 12, en fazla 84 puan alınabilmektedir. Kahrıman'ın (2014) çalışmasında

ÇBASDÖ toplam puanı 58 ± 20.95 , özel bir kişiden algılanan sosyal destek puanı 20.04 ± 8.2 , aileden algılanan sosyal destek puanı 21.01 ± 7.65 , arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanı 17.02 ± 8.5 ; Karaaslan'ın (2013) çalışmasında toplam sosyal destek puanı 55.62 ± 23.17 , özel bir kişiden algılanan sosyal destek puanı 16.50 ± 9.34 , aileden algılanan sosyal destek puanı 20.65 ± 8.20 , arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanı 18.46 ± 8.61 'dir. Bulgular, çalışma bulgularımızla benzer olup Ülgen (2019) ve Kars Fertelli ve Özkan Tuncay (2019) çalışmalarındaki sosyal destek puanları ile karşılaştırıldığında, çalışmamızdaki bakım veren aile bireylerinin algıladıkları sosyal destek puanının orta seviyede olduğu görülmektedir. Çalışmamızda toplam sosyal desteğin orta düzeyde olması, örneklem grubundaki hastaların hastalık semptomlarının fazla olmaması, hastalıkla ilgili doktor ve hemşireden yeterli bilginin alınması (özel kişi desteği 21.86 ± 6.03), hastaların %69.8'inin ayaktan tedavi almasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Ülkemizde kronik hastalığı olan kişilerin primer bakım vericileri genellikle aile bireyleri olmaktadır. Bakım konusu, primer bakım vericiler tarafından karmaşık bir rol olarak düşünülmekle beraber pek çok zorluğu da beraberinde getirmektedir. Bu zorluklar bakım vericilerde yük kavramının oluşmasına neden olmaktadır (Orak ve Sezgin, 2015). Kahrıman (2014) ve Ülgen (2019), çalışmalarındaki bakım veren yükünü; 0-20 puan aralığı bakım yükünün olmadığı, 21-40 hafif bakım yükü, 41-60 orta, 61-88 ağır bakım yükü şeklinde sınıflandırmışlardır. BVYÖ'den en az 0, en fazla 88 puan alınmaktadır. Bu iki faktör göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızdaki bakım vericilerin bakım yükü puanının (30.50 ± 14.99) hafif düzeyde olduğu görülmektedir. Benzer çalışmalara bakıldığında: Kabataş Yıldız'ın (2015) çalışmasında 35.17 ± 12.48 ; Kahrıman'ın (2014) çalışmasında 34.16 ± 16.39 ; Orak ve Sezgin'in (2015) çalışmasında 39.02 ± 18.44 olarak saptanmış olup bakım yükünün hafif düzeyde olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki bakım yükü puanının benzer çalışmalardaki bakım yükü puanlarından biraz daha düşük çıkmıştır. Bunun nedeninin çalışmamızda bakım verenlerin %65.6'sının takip gerektiren bir hastalığının olmadığını ve gerektiğinde sağlık kontrollerini yaptırabildiklerini, bakım verme konusunda çevrelerindeki bireylerden yardım aldıklarını ifade etmelerinden kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz. Özdemir, Şahin ve Küçük'ün (2009) kanserli çocuklara bakım veren annelerin bakım yüküne yönelik yapılan çalışmasında ise annelerin bakım yükü 21.29 ± 12 olarak saptanmıştır. Bu çalışmadaki bakım yükü ortalamasının çalışmamıza oranla çok daha hafif düzeyde olması annelerin

çocuklarına yönelik birçok fedakarlıkta bulunabileceğini ve verdiği bakımı yük olarak değerlendirmemesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

5.1.3. Hastaya İlişkin Bilgilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışma sonucuna göre erkek hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Arslantaş ve Adana'nın (2011) ve Tire'nin (2017) çalışmalarında toplumumuzda erkeklere atfedilen görevin daha çok bir işte çalışma ve aileye maddi destek sağlamaya yönelik olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda erkek hastalar sayıca fazla ve çalışmayan kişiler %45.8 oranındadır. Erkeğin çalışmaması aile bireylerinde ekonomik sorunlara neden olabileceği dolayısıyla da bakım yükünü artırmış olabileceği düşüncesindeyiz.

Maddi durumun yüksek olması, hastanın hem tedavi ve bakım masraflarının karşılanmasını hem de bakım vericilerin desteğinin hastada odaklanmasında ve bu sayede sosyal desteği artırması yönünden önemli bir faktördür (Ayaz, Yaman Efe ve Korukluoğlu, 2008). Çalışmada, hastaların gelir durumuna göre hastaya bakım verenlerin ÇBASDÖ Aile, Özel biri ve toplam alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Geliri giderinden fazla olanlara bakım verenlerin puanlarının geliri giderinden az olanlara bakım verenlerin puanlarından yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamızda hastaların %48.6'sının geliri giderine denk olduğu saptanmıştır. Benzer çalışmalarda, gelir durumu düşük olan hastaların algıladıkları sosyal desteğin de düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Arslan, 2016; Kök ve Demir, 2018; Gündüz, 2019). Bu bilgiler doğrultusunda literatür bilgileri çalışmamızı desteklemektedir.

Hastanın ve hastaya bakım veren bireylerin maddi durumu, bakım yükünü etkileyen en önemli faktörlerdendir. Özellikle kanser tedavi süresinin uzaması ve yapılan harcamaların artması bakım yükünü artırmaktadır (Lafci, Yıldız, Toru ve Karakaya, 2020). Hastaların gelir durumuna göre hastaya bakım verenlerin BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Geliri giderinden az olanlara bakım verenlerin puanlarının, geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olanlara bakım verenlerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Birçok literatür daha çok bakım veren bireylerin gelir düzeyi ile bakım yükü ilişkisini incelemiş olmakla beraber bizim çalışmamız hastaların gelir düzeyi ve bakım verme yükü ile ilişkisini de ele almaktadır. Benzer çalışmalardan

Küçüköğlu'nun (2019) çalışmasında hastanın algıladığı gelir düzeyi yetersiz olmakla beraber bu sonuç bakım verme yükünü artırmıştır. Bulgularımız, literatür ile paralellik göstermektedir.

5.1.4. Hastaya Bakım Veren Kişiy İlişkin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Kadınlar maddi ve sosyal açıdan erkeklerden, erkekler ise hayatlarını idame ettirme konusunda kadınlardan destek görmektedir. Bu yönüyle evli olmak bireyleri psikolojik olarak olumlu yönde etkileyerek sosyal destek algısını artırmaktadır (Dökmen, 2012). Bakım verenlerin medeni haline göre ÇBASDÖ Özel biri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Evli olanların puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Çiçek Yavaş'ın (2020) çalışmasında ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel kişi alt boyutlarında evli olanların puan ortalamalarının bekar bireylere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın aksine Arslan'ın (2016) onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalara yönelik yaptığı çalışmada ise bekar bireylerin algıladığı aile, arkadaş, özel kişi ve toplam sosyal desteğin evli bireylere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Evli bireylerin akraba, komşu veya sağlık çalışanı gibi hasta bakımına yardımcı olabilecek uzantıların daha fazla olabileceğini dolayısıyla bu durumun da özel kişi desteğini artıracağını düşünmekteyiz.

Eğitim durumu, bireylerin farkındalığını artırarak zor durumlarla baş etme mekanizmasını geliştirir. Eğitim seviyesinin artmasıyla, kişiler arası ilişkilerin gelişimi, sosyoekonomik faktörlerde ve sosyal destek algısında artış meydana gelmektedir (Pelit Aksu ve Şentürk Erenel, 2021). Çalışmamızda bakım verenlerin eğitim durumuna göre ÇBASDÖ Aile alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Üniversite mezunu olanların puanlarının ilkökul mezunu olanların puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Park, Shin, Choi, Kang, Baek et al., (2012) çalışmasında, eğitim seviyesi yükseldiğinde anlamlı ölçüde aile desteğinin sağlandığını belirtmiştir. Coşkun ve Akkaş (2009), engelli çocuğu olan annelere yönelik çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe sorunların çözümünü sağlayacak farklı çevrelerden daha çok yararlanma imkanı olduğunu belirtmiştir. Çalışmamız verileri literatürle örtüşmektedir. Eğitim seviyesinin yükselmesi, bakım vericilerin maddi imkanlarını artırabileceği, sosyal destek hizmetlerine erişimini

kolaylaştıracığı, bireyleri psikososyal yönden rahatlatacağı, bakım yükünü azaltacağı ve bakımın verimliliğini artıracığını düşünmekteyiz.

İstihdam, sosyoekonomik kaynaklardan yararlanma adına bireyler için güçlü bir sosyal destek kaynağıdır (Pelit Aksu ve Şentürk Erenel, 2021). Maddi durumu düşük seviyede olan hastalar, etrafındaki kaynaklardan yeterli destek alamamaktadır (Kök ve Demir, 2018). Bakım verenlerin gelir durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, toplam alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Geliri giderinden az olanların puanlarının geliri giderine denk olanların puanlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda bakım vericilerin %38.7'sinin geliri giderinden düşük, %48.1'inin geliri giderine denk olduğu, %51.4'ünün herhangi bir yerde çalışmadığı saptanmıştır. Bakım vericilerin sosyal destek kaynaklarından yeterince yararlanabilmesi ve kaliteli bakım sağlayabilmeleri için yeni istihdam olanakları sağlanmalıdır.

Yıldız ve ark., (2016), bakım yükünün, fizyolojik ve psikososyoekonomik faktörlerin yetersizliği nedeniyle meydana geldiğini dile getirmiştir. Bakım verenlerin gelir durumuna göre BKYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Geliri giderinden az olanların puanlarının geliri giderine denk olanların puanlarından yüksek olduğu bildirilmiştir. Yıldız ve ark.,'nın (2016) kanser hastalarına bakım veren aile bireylerine, İkde Öner'in (2012) onkoloji hastalarına ve Çiçek Yavaş'ın (2020) demanslı hastalara yönelik çalışmalarında ekonomik durumu kötü olan bakım verenlerin, bakım verme yükünü daha çok hissettikleri sonucuna varmışlardır. Gerek hastanın kişisel ihtiyaçlarının gerekse ilaç, tedavi ve ulaşım masraflarının karşılanması için bakım veren bireylerin sosyoekonomik durumunun önemli olduğu düşüncesindeyiz. Benzer çalışmalara baktığımızda da çalışma bulgularımızı destekler nitelikte bilgilere ulaşıldığı görülmektedir.

Bakım verme süresinin artması sosyal destek algısının azalmasına neden olmaktadır (Dökmen, 2012). Bakım verenlerin hastaya günlük bakım verme süresine göre ÇBASDÖ Aile, toplam alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Günlük 7-12 saat bakım verenlerin puanlarının 19-24 saat bakım verenlerin puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda bakım verenlerin (%50.5) 6 aydan daha kısa süre bakım verdiklerini ve bakım süreçlerinde yardım aldıklarını (%54.7) ifade etmiş olmalarının aile ($r=23.5$) ve

toplam alt boyut ($r=71.5$) algılanan sosyal destek puanının yükselmesini sağladığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin ekonomik güçlük yaşama durumuna göre BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Ekonomik güçlük yaşayanların BVYÖ toplam puanları daha yüksektir. Arslantaş ve Adana, (2011) maddi problemlerin bireylerde en fazla yük oluşturan faktörler arasında olduğunu savunmaktadır. İkde Öner'in (2012) çalışmasında ekonomik yetersizliğin bakım yükünü artırdığı tespit edilmiştir. Bakım verenlerin %61'inin geliri giderinden düşük bulunmuştur. Ülgen'in (2019) çalışmasında ise ekonomik düzeyi orta (%73.9) ve düşük olan (%9) bakım vericilerin bakım yükleri, maddi durumu iyi olanlara göre önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Karaaslan'ın (2013) çalışmasında ise bakım vericilerin %60.7'sinin geliri giderine denk olarak saptanmış olup %64.7'si maddi problemler yaşamış, %64,9'u hastane ve tedavi masraflarını karşılayamadığını, %35.1'i başkalarından maddi destek almak durumunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda bakım verenlerin %48.1'inin geliri giderine denk, %38.7'sinin ise geliri giderinden düşük olduğu saptanmış olup %51.4'ü herhangi bir işte çalışmadığını, %32.5'i tedavi masraflarını karşılayamadığını, %14.6'sı işten ayrıldığını ifade etmiştir. Ekonomik güçlük yaşayan aile bireyleri hastanın tedavi, ilaç ve hastane masraflarının karşılanmasında güçlük çekeceği ve gerekli sosyal destek hizmetlerinden yararlanamayacağı ve bu nedenlerin bakım veren bireylerde yük faktörünün belirgin bir şekilde artışına neden olacağı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin aile içi/iş ortamı rollerinin olumsuz etkilenmesi durumuna göre BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Rolü olumsuz etkilenenlerin BVYÖ toplam puanları daha yüksektir. Çalışmamızda bakım verenlerin %27.4'ünün aile içi/iş ortamı rolünün olumsuz etkilendiği saptanmıştır. İkde Öner'in (2012) çalışmasında bakım vericilerin %35.43'ünün ailedeki rolünün etkilendiği; Özhan'ın (2019) çalışmasında bakım verenlerin %53'ü aile ilişkilerinde güçlük yaşadığını, %70'i sorumluluklarını yerine getiremediklerini; Özbek'in (2018) çalışmasında ise kanserli hastaların bakım verme sürecinde cinsiyete göre sorun yaşama oranları incelendiğinde kadınların %73'ü, erkeklerin %52.2'si işle ilgili sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bakım vericilerin bakım verme nedeniyle çocuklarına yeterli zaman ayıramama, yemek yapamama, işten sürekli izin almak durumunda kalmaları nedeniyle yöneticisi ve iş arkadaşlarıyla gerginlik yaşaması gibi nedenler bireyin bakım verici yükünü daha

çok hissetmesine neden olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızın aksine Yıldız ve ark., (2016), bakım vericiler (%52) aile içi sorumluluklarının etkilenmediğini belirtmiştir. Bunun nedeninin aile üyelerinden (%64) etkili bir destek aldıkları, bakım verme süresinin (%52) 1 yıldan az olması ve günlük bakım verme sürelerinin (%48.5) 1-6 saat arasında olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin sağlık kontrollerini yaptırabilme durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Özel biri alt boyut ve toplam puanları ve BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlık kontrolünü yaptırabilenlerin ÇBASDÖ Aile, Özel biri alt boyut ve toplam puanları daha yüksek iken BVYÖ toplam puanları daha düşüktür. Bireylerin zor zamanlarında çevresindeki kişiler tarafından sağlanan maddi veya manevi destek sistemleri bakım verenlerin yükünün önemli ölçüde azalmasını sağlamaktadır (Özkan Tuncay ve ark., 2015). Çalışmamızda bakım verenlerin %66'sının sağlık kontrollerini yaptırabildiği saptanmıştır. Bu durumun bakım verenlere destek olan bireylerin (%54.7) olduğunu ve bakım veren bireyin kendi tedavisi için kontrollere gidebilecek zamanı bulabildiği düşünülmektedir. İkde Öner'in (2012) çalışmasında bakım vericilerden sağlık problemi olanların bakım yükü puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmadaki bakım yükü puanının yüksek olmasının aileden algılanan sosyal desteğin kalitesinin yeterli olmaması ve bakım verenin sağlık kontrollerini yaptıramamasından kaynaklı olabileceği düşüncesindeyiz.

Bakım verenlerin hasta ile aynı yerde yaşama durumuna göre BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Hasta ile aynı yerde yaşayanların BVYÖ toplam puanları daha yüksektir. Çalışmamızda hasta ile aynı yerde yaşayan bakım vericilerin oranı %72.6'dır. Bakım vericilerin hastayla sürekli iç içe olması, temizlik (%81.1), beslenme (%81.1), hareket (%53.3), tuvalet ihtiyacı (%34) ve tedavi (%70.8) gibi bakımların sürekliliği, uykusuzluk (54.7) gibi nedenlerle bakım yükünün arttığı düşünülmektedir. Çeler, Cengiz Özyurt, Elbi ve Özcan (2018); Vahidi, Mahdavi, Asghari, Ebrahimi, Eivazi Ziaei et al., (2016); Pehlivan, Özgür, Yıldız, Dalkılıç ve Pehlivan (2018) ve Hacıoğlu (2017) çalışmalarında hasta ile aynı yerde yaşayan bireylerin, yaşamayanlara göre bakım yükünün fazla olduğunu belirtmişlerdir. Koşan Yurtseven (2018) ise çalışmamızdan farklı olarak bakım verenlerin hasta ile yaşamamasının bakıcı yükünü artırdığını savunmuştur.

Bakım verenlerin hasta ile aynı yerde yaşama durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Hasta ile aynı yerde yaşayanların ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel biri alt boyut ve toplam puanları daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda hasta ile aynı yerde yaşayan bakım vericilerin oranı %72.6'dır. Bakım vericiler, bakım verme sürecinde sosyal desteğin azaldığını (%44.8), yalnız hissettiklerini (%54.7), arkadaş ilişkilerinin bozulduğunu (%27.4), boş zaman aktivitelerinin kısıtlandığını (%64.2) ifade etmişlerdir. Hacılioğlu'nun (2017) çalışmasında hasta ile aynı yerde yaşamayan bakım vericilerin algıladıkları sosyal destek aile alt boyutundan aldığı puanın (22.29 ± 3.41) aynı yerde yaşayanlara göre yüksek (19.69 ± 4.40) olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışma, bulgularımızı desteklemektedir. Kara'nın (2007) çalışmasında ise hasta ile aynı yerde yaşayan bakım verenlerin algıladığı sosyal destek aile, arkadaş, özel biri ve toplam alt boyut puanları bakımından anlamlı bulunmamıştır.

Hastanın kendi odasına sahip olması durumuna göre ÇBASDÖ Aile, Arkadaş alt boyut ve toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kendi odasına sahip olan hastaların yakınlarının ÇBASDÖ Aile, Arkadaş alt boyut ve toplam puanları daha yüksektir. Çalışmamızda, hastaların %88.2'sinin kendine ait bir odasının bulunduğu saptanmıştır. Hastanın kendine ait bir yaşam alanının olması; bakımında yapılan işlerin (temizlik, beslenme, hareket, tedavi, tuvalet ihtiyacı gibi) daha rahat uygulanacağı, mahremiyetinin korunacağı, hastanın konforunun artacağı ve bakımın kalitesinin artacağı düşünülmektedir. Literatürde konuyla ilgili yeterli veri bulunmamakla beraber Demirel'in (2015), genç onkoloji hastalarının kendi odalarının olmasıyla sosyal destek algısı arasında anlamlı bir bulgu saptanmamıştır fakat oda sayısının artmasıyla sosyal destek algısının arttığı saptanmıştır.

Bireylere yapacağı belirli bir işte yol gösterme ve geri bildirim gibi bireyin nasıl davranması gerektiğine dair çözüm sunulması, sosyal desteğin bilgi desteği boyutunu ifade etmektedir (Kahrıman, 2014). Doktordan/Hemşireden bilgi almayı tercih etme durumuna göre ÇBASDÖ Özel biri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Doktordan/Hemşireden bilgi almayı tercih edenlerin puanları daha yüksektir. Çalışmamızda doktor/hemşireden bilgi almak isteyenlerin oranı %89.2'dir. Bakım verenlerin %95.4'ü hastalıkla ilgili, %91.4'ü tedavinin ne olduğu ile ilgili, %82.2'si tedavinin yan etkileri ve %40.8'i

taburcu olduktan sonra evde bakım konularında bilgi almak istemişlerdir. Hekimin tıbbi tanı, tedavi ve tedavinin ne sıklıkta ve ne kadar süre boyunca alınacağı, tedavinin yan etkilerinin neler olduğu, tedaviden ne kadar süre sonra görüntüleme işlemlerini yaptırmaları gerektiğinin hasta ve bakım veren bireylere anlatılması gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca, kronik hastalığı olan ve uzun süre bakım gerektiren hastaların bakım vericileri, gerek evde gerekse hastane yatışlarında hemşirenin sorumluluğunda olan bakım görevlerini de üstlenmektedirler. Bu nedenle hastanın bakımı bütüncül olarak değerlendirilmeli, bakım vericinin gereksinimleri, sosyal destek kaynakları, bakım yüküne neden olan faktörlerin belirlenip o yönde bilgilendirme ve yönlendirmelerde bulunulması önerilmektedir. Hekim ve hemşirelerin yeterli bilgi vermemeleri, hasta ve bakım veren bireylerde tedavi ve bakımın nasıl ilerleyeceğini bilememelerine bağlı anksiyete ve stres gibi durumların oluşmasına neden olacağı ve bunun da aynı zamanda bakım verme yükünü artıracığı düşünülmektedir.

Hastaya en çok psikolojik/duygusal destek verme durumuna göre hastaya bakım verenlerin BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. En çok psikolojik/duygusal destek verdiğini ifade edenlerin puanları daha düşüktür. Çalışmamızda bakım verenlerin %96.2'si hastaya psikolojik/duygusal destek verdiğini, %54.7'si bakım konusunda yardım aldığını, %35.4'ü ise bakım verme sürecinde kendilerinin de psikolojik destek aldığını ifade etmiştir. Bakım verenlerin hastalarına duygusal destek sağlayarak tedaviye uyum konusunda faydalı olduklarını düşünmüş olabileceği, verilen duygusal desteğin ve bakımın gerek hasta gerekse bakım veren birey arasındaki ilişkiyi ve duygusal yakınlığı kuvvetlendirmiş olabileceği ve bu durumun bakım vericide yük algısını düşürmüş olabileceği, bununla beraber bakım vericinin bakım verme tecrübesinden olumlu olarak faydalanmış olabileceği ve aynı zamanda kendilerinin de psikolojik destek almalarının bakım yükünü azaltmış olabileceği düşünülmektedir.

Hastaya en çok fiziksel bakımda yardım etme durumuna göre hastaya bakım verenlerin BVYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. En çok fiziksel bakımda yardım ettiğini ifade edenlerin puanları daha yüksektir. Çalışmamızda bakım veren bireylerin %63.2'sinin hastaya fiziksel bakımda yardım ettiği saptanmıştır. Fiziksel bakımına yardım eden bakım vericilerin %58.5'i baş ağrısı, %38.7'si bel ağrısı, %39.2'si kas ağrısı, %86.3'ü yorgunluk ve %10.4'ünün kilo verdiklerini ifade etmişlerdir. Bu semptomların nedenlerinin

özellikle yatağa bağımlı ve günlük yaşam aktivitelerini (hareket, tuvalet ihtiyacı, alt bakımı, diş fırçalama, yemek yeme, banyo yaptırma) yerine getiremeyen kanser hastalarına, kas gücü kullanarak bakım vermeye çalışmalarından dolayı olduğunu düşünmekteyiz.

5.1.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Arası İlişki Düzeyleri

Bakım verenlerin BVYÖ puanları ile ÇBASDÖ Aile ($r=-0.304$, $p<0.001$), Arkadaş ($r=-0.329$, $p<0.001$), Özel kişi ($r=-0.392$, $p<0.001$) alt boyut puanları ve ölçek toplam ($r=-0.379$, $p<0.001$) puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bireylerin zor zamanlarında çevresindeki kişiler tarafından sağlanan maddi veya manevi destek sistemleri bakım verenlerin yükünün önemli ölçüde azalmasını sağlamaktadır (Özkan Tuncay ve ark., 2015). Çalışmamızdaki aile bireylerinin bakım verme yükü puanı, Kahrıman'ın (2014) ve Ülgen'in (2019) çalışmalarıyla karşılaştırıldığında hafif düzeyde (30.50 ± 14.99), algılanan sosyal destek puanı ise Ülgen'in (2019) ve Kars Fertelli ve Özkan Tuncay'ın (2019) çalışmalarıyla karşılaştırıldığında orta düzeyde (60.26 ± 19.20) olduğu saptanmıştır. Malak ve Dicle'nin (2008) sosyal destek alan aile bireylerinin bakım yükünün daha düşük olduğu; Kim, Duberstein, Sörensen and Larson'un (2005) çalışmasında sosyal desteği az olan aile bireylerinin bakım yükünün arttığı; Ülgen'in (2019) çalışmasında sosyal desteğin artmasının bakım yükünü azalttığı; İkte Öner'in (2012) çalışmasında bakımda destek azlığının bakım yükünü artırdığı saptanmış olup bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Kars Fertelli ve Özkan Tuncay'ın (2019) inmeli bireylere yönelik çalışmasında bakım vericilerin bakım yükü puan ortalaması bizim çalışmamızdan farklı olarak orta seviyede (36.24 ± 12.65), sosyal destek (55.16 ± 15.26) puan ortalaması ise bizim çalışmamızla benzer olup orta seviyede bulunmuştur. Çalışmadaki sosyal destek puanının biraz düşük çıkmış olmasının bakıcı yükünü artırdığını düşünmekteyiz. Bakım veren bireylerin gerek aile ve arkadaşlarından gerekse özel bir kişinin (tanıdık bir sağlık çalışanı, komşu, akraba, nişanlı veya sözlüsü gibi) desteğinden yoksun kalmasının her türlü bakıcı rolünü tek bir bireyin yürütmek zorunda kalmasına neden olacağını, bu zorlu bakıcı görevinin bir süre sonra bakım veren bireyde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden güçlükler sebep olacağını ve dolayısıyla bu durumun bakım verenin yükünü artıracak olduğunu düşünmekteyiz.

5.2. Sonuç

Kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinde algılanan sosyal desteğin bakım verme yükü ile ilişkisini belirlemeye yönelik, 212 hasta ve bakım veren birey ile yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar;

Literatürdeki benzer çalışma sonuçları incelendiğinde ve ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum değerler göz önüne alındığında bakım verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamasının (60.26 ± 19.20) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Literatürdeki benzer çalışma sonuçları incelendiğinde ve ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum değerler göz önüne alındığında bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamasının (30.50 ± 14.99) hafif düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Bakım verenlerin BVYÖ puanları ile ÇBASDÖ Aile ($r = -0.304$, $p < 0.001$), Arkadaş ($r = -0.329$, $p < 0.001$), Özel kişi ($r = -0.392$, $p < 0.001$) alt boyut puanları ve ölçek toplam ($r = -0.379$, $p < 0.001$) puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiş olup algılanan sosyal destek arttıkça bakım verme yükünün azaldığı saptanmıştır.

5.3. Öneriler

Bakım verenlerin sosyal destek sistemlerinden ve maddi olanaklardan daha fazla yararlanabilmeleri ve bakım yükünü daha az düzeyde hissetmeleri için eğitim seviyesinin ve istihdam olanaklarının artırılması sağlanmalıdır.

Bakım verenler, psikolojik destek almaları konusunda cesaretlendirilmelidir.

Kanserli hastalar ve aileleri, bütüncül olarak değerlendirilmeli, bakım veren bireylerin gereksinimleri ihmal edilmemelidir.

Hemşireler, hasta ve bakım veren bireylerin gereksinimlerinin neler olduğunu sorgulamalı ve o doğrultuda bilgilendirme ve yönlendirmelerde bulunmalıdır.

Hemşireler, hastaların diğer aile üyeleriyle de görüşme sağlayarak bakımı tek bir kişinin üstlenmemesi konusunda yapıcı bir görüşme sağlamalıdır.

Sağlık profesyonelleri olarak hastanın tedavisinin nasıl ilerleyeceğini, bakımının nasıl olacağını ve ilaçlarını nasıl kullanması gerektiği konusunda hasta, hastaneye yattığı andan itibaren eğitimini planlanmalıdır.

Palyatif bakım merkezleri ve evde sağlık hizmetlerinin sayısı daha da artırılmalıdır.

6. KAYNAKLAR

Abbott, M., Ustoyev, Y. (2019), Cancer and the immune system: the history and background of immunotherapy. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(5), 150923.

Akbulut, G., Çalık, B. (2016), Palyatif bakım içeren cerrahi uygulamalar. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics*, 9(1), 15-30.

Akgün Kostak, M., Akan, M. (2011), Terminal dönemdeki çocuğun palyatif bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(4), 182-192.

Akgün Kostak, M., Zafer, R. (2012), Kanserli çocuklarda beslenme sorunları ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(21), 19-34.

Akın, M. (2022), Radyoterapi Hemşireliği. İçinde: Sağlık ve Bilim. Güler S, (eds.), İstanbul: Efeakademi Yayınları, s: 107-116.

Aksu, S. (2019), Kemoterapinin Gastro İntestinal Sistem (GİS) Kanserli Hastaların Beslenme Durumlarına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Burcu Yeşilkaya).

Albain, K.S., Nag, S.M., Calderillo-Ruiz, G., Jordaan, J.P., Llombart, A.C., Pluzanska, A., Rolski, J.,..., O'Shaughnessy, J. (2008), Gemcitabine plus paclitaxel versus paclitaxel monotherapy in patients with metastatic breast cancer and prior anthracycline treatment. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 26(24), 3950–3957.

Alfouzan, A.F. (2021), Radiation therapy in head and neck cancer. *Saudi Medical Journal*, 42(3), 247–254.

Anıl Özlük, A., Güner Oytun, M., Günenç, D. (2017), Kanser immünoterapisi. *FNG ve Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi*, 2(1), 21-23.

Arslan, A. (2016), Onkoloji Kliniklerinde Tedavi Gören Hastalarda Yalnızlık Ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Makbule Batmaz).

Arslan, D., Tatlı, A.M., Üyetürk, Ü. (2013), Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. *Abant Medical Journal*, 2(3), 256-260.

Arslan, S., Akın, B., Koçoğlu, D. (2008), Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(1), 47-56.

Arslantaş, H., Adana, F. (2011), Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.

Asgar Pour, H., Çam, R. (2014), Erkeklerin kendi kendine testis muayenesi ve testis kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(1), 33-38.

Atamer, B. (2021), Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Spiritüel İyilik Durumu, Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Ülkü Polat).

Attard, T.M., Giglio, P., Koppula, S., Snyder, C., Lynch, H.T. (2007), Brain tumors in individuals with familial adenomatous polyposis: a cancer registry experience and pooled case report analysis. *Cancer*, 109(4), 761–766.

Ayaz, S., Yaman Efe, Ş., Korukluoğlu, S. (2008), Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28(6), 880-885.

Aycil, İ. (2022), Kanser Hastalarında Bütüncül Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ve Etkileyen Faktörler: Hematoloji Kliniği Örnek Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Anita Karaca).

Barbaros, B., Dikmen, M. (2015), Kanser immünoterapisi. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 31(4), 177-181.

Bayat Mokhtari, R., Homayouni, T.S., Baluch, N., Morgatskaya, E., Kumar, S., Das, B., Yeger, H. (2017), Combination therapy in combating cancer. *Oncotarget*, 8(23), 38022–38043.

Baykara, O. (2016), Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.

Ben-Horin, S., Bank, I., Guetta, V., Livneh, A. (2006), Large symptomatic pericardial effusion as the presentation of unrecognized cancer: a study in 173 consecutive patients undergoing pericardiocentesis. *Medicine*, 85(1), 49–53.

Berry, J.L., Polski, A., Cavenee, W.K., Dryja, T.P., Murphree, A.L., Gallie, B.L. (2019), The RB1 story: characterization and cloning of the first tumor suppressor gene. *Genes*, 10(11), 879.

Bialecki, E.S., Di Bisceglie, A.M. (2005), Diagnosis of hepatocellular carcinoma. *HPB: The Official Journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*, 7(1), 26–34.

Bozdağ, A., Gültürk, B., Aksu, A. (2014), Alt gastrointestinal sistem endoskopisi sonuçlarımız. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 5(4), 580-582.

Büyükbayram, Z. (2014), Kemoterapi Alan Hasta Ve Bakım Veren Anksiyete Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Seyhan Çıtılık Sarıtaş).

Can, G. (2017), Kanser. İçinde: Fiziopatoloji. Eti Aslan F, Olgun N, (eds.), Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, s: 33-50.

Ceylan Gür, S. (2018), Kanserli Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü, Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Şanlıurfa, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Fatma Ersin).

Coşkun, Y., Akkaş, G. (2009), Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 213-227.

Çakmak, S., Nural, N. (2020), Kemoterapi ve radyoterapi alan hastalarda oral mukozit: bir gözden geçirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(3), 185-194.

Çalikuşu, Z. (2019), Kanserde immünoterapi yan etkileri ve yönetimi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 142-147.

Çeler, H.G., Cengiz Özyurt, B., Elbi, H., Özcan, F. (2018), Meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesinin ve bakım yükünün değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 18(2), 164-174.

Çelik, B. (2022), Kanser Hastalarında Bilgi Yüğü İle Kansere Verilen Tepkiler Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sevil Yılmaz).

Çevik Özdemir, H.N. (2019), Kanserli Çocukların Ailelerinde Bakım Yüğü Ölçeğinin Geliştirilmesi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Selmin Şenol).

Çiçek Yavaş, G. (2020), Demanslı Hastalara Bakım Verenlerin Algıladığı Sosyal Desteğin Bakım Yüğüne Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Esra Köroğlu Çamdeviren).

Çömlekçi, N., Can, G. (2021), Onkoloji hastalarında beslenme sorunlarının yönetimi ve hemşirenin rolü. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (15), 681-691.

Day, R. (2001), Quality of life and tamoxifen in a breast cancer prevention trial: a summary of findings from the NSABP P-1 study. National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 949, 143–150.

DeGeorge, K.C., Holt, H.R., Hodges, S.C. (2017), Bladder cancer: diagnosis and treatment. *American Family Physician*, 96(8), 507–514.

Değirmencioğlu, S., Ünal, O.Ü. (2019), Metastatik hormon pozitif meme kanserinde fulvestrant tedavisinin etkinliği ve tolerabilitesi. *Journal of Human Rhythm*, 5(1), 13-22.

Demir, R., Erdemci, B., Ulvi, H., Aygöl, R. (2011), Akciğer kanserinin atipik seyirli multiple beyin metastazı. *Düzce Tıp Dergisi*, 13(3), 43-45.

Demirel, A.C. (2015), Genç Kanser Hastalarının Sosyal Destek Düzeyleri Ve Yaşam Doyumu, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Kocaeli, (Danışman: Prof. Dr. Hakan Acar).

Di Nunno, V., Mollica, V., Santoni, M., Gatto, L., Schiavina, R., Fiorentino, M., Brunocilla, E.,..., Massari, F. (2019), New hormonal agents in patients with nonmetastatic castration-resistant prostate cancer: meta-analysis of efficacy and safety outcomes. *Clinical Genitourinary Cancer*, 17(5), 871–877.

Dökmen, Z.Y. (2012), Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 3-38.

Duffy, M.J., Synnott, N.C., O'Grady, S., Crown, J. (2022), Targeting p53 for the treatment of cancer. *Seminars in Cancer Biology*, 79, 58–67.

Eker, D., Arkar, H. (1995), Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği, *Türk Psikoloji Dergisi*, 101(34), 45-55.

Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H. (2001), Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.

Erbaycu, A.E. (2013), Terminal hastalar ve destek tedavisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1(3), 138-141.

Erdoğan, Z., Emre Yavuz, D. (2014), Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4), 726-736.

Eroğlu, F., İrdem, Ş. (2016), Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ve yönetim kademelerindeki yansımaları. *Pamukkale İşletme ve Bilişim Yönetimi Dergisi*, (2), 11-35.

Ersin, F., Çadırcı, D., Kılıç Dedeoğlu, G. (2022), Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalara bakım veren bireylerin mental iyi oluş durumları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 61(3), 379-386.

Ertem, G. (2008), Kanser hastalarında beslenme ve hemşirelik yaklaşımı. *Dirim Tıp Gazetesi*, 83, 56-63.

Eti Aslan, F., Olgun, N., Uzun, Ö. (2020), Onkoloji. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F, (eds.), Ankara: Akademisyen Kitabevi, s: 183-209.

Evans, J.D. (1996), Straightforward statistics for the behavioral sciences. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.

Ganz, P.A., Petersen, L., Bower, J.E., Crespi, C.M. (2016), Impact of adjuvant endocrine therapy on quality of life and symptoms: observational data over 12 months from the mind-body study. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 34(8), 816–824.

Gökoğlu, E., Ekinci, M., Özgenç, E., İlem Özdemir, D., Aşıkoğlu, M. (2020), Radyasyon ve insan sağlığı üzerindeki etkileri. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(3), 289-294.

Gündüz, F. (2019), Kanserli Hasta Ve Bakım Verenlerinin Algıladıkları Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, (Danışman: Doç. Dr. Rahşan Çevik Akyıl).

Güngör, T., Bülbül, M., Gür, G., Kargın Çakıcı, E., Yazılıtaş, F., Özaltın, F., Kara Eroğlu, F. (2018), Erken dönemde böbrek yetmezliği ile prezente olan denys drash sendromu. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 12(3), 221-222.

Güran, Ş. (2005), Kanserden korunma. *Gülhane Tıp Dergisi*, 47(4), 324-326.

Hacıaloğlu, G. (2017), Omurilik Yaralanmalı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verici Yükü Ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Ayfer Özbaş).

Huang, B., Law, M.W., Khong, P.L. (2009), Wholebody PET/CT scanning: estimation of radiation dose and cancer risk. *Radiology*, 251(1), 166-174.

Işıksan, V. (2007), Kanseri ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18(1), 15-29.

Işılak, Z., Uz, Ö., Kardeşoğlu, E., Uzun, M. (2014), Kardiyak tamponada yol açan bronkojenik akciğer kanserinin perikardiyal metastazı. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(4), 335-337.

İkde Öner, Ö. (2012), Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Destegin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Elazığ, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu).

İnci, F.H., Erdem, M. (2008), Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçeye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 85-95.

Jereczek-Fossa, B.A., Zarowski, A., Milani, F., Orecchia, R. (2003), Radiotherapy-induced ear toxicity. *Cancer Treatment Reviews*, 29(5), 417-430.

Kabataş Yıldız, M. (2015), Kanseri Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri Ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mine Ekinci).

Kahrıman, F. (2014), Kanseri Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Ayten Zaybak).

Kanbur, A., Çapık, C. (2011), Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(1), 61-72.

Kandaz, M. (2009), Özofagus Kanserli Hastalarda Radyoterapi Veya Kemoradyoterapi Uygulama Sonuçlarının Retrospektif Analizi, Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Mustafa Vecdi Ertekin).

Kara, T. (2007), Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Bireye Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Başetme Ve Sosyal Destek Durumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri, (Danışman: Prof. Dr. E. Ümit Seviğ).

Karaaslan, A. (2013), Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Tülin Bedük).

Kars Fertelli, T., Özkan Tuncay, F. (2019), İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Jaren*, 5(2), 107-115.

Kaya, H. (2021), Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Yatan Yaşlılara Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Nesrin İlhan).

Kayıkçı, E.E., Savcı, C., Çil Akıncı, A., Yıldırım, D. (2021), Radyoterapi/kemoradyoterapi uygulanan baş ve boyun kanserli hastalarda cinsiyet ve beden imajı doyumunun cinsel işlev üzerine etkisi. *Gevher Nesibe Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(15), 57-64.

Kelley, A.S., Morrison, R.S. (2015), Palliative care for the Seriously Ill. *The New England Journal of Medicine*, 373(8), 747-755.

Kırca, K., Kutlutürkan, S. (2018), Baş-boyun kanserlerinde radyoterapiye bağlı gelişen erken ve geç dönemdeki semptomların kontrolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 110-117.

Kim, Y., Duberstein, P.R., Sørensen, S., Larson, M.R. (2005), Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: effects of personality, social support and caregiving burden. *Psychosomatics*, 46(2), 123–130.

Kocher, F., Hilbe, W., Seeber, A., Pircher, A., Schmid, T., Greil, R., Auberger, J.,..., Fiegl, M. (2015), Longitudinal analysis of 2293 NSCLC patients: a comprehensive study from the TYROL registry. *Lung Cancer*, 87(2), 193–200.

Kohoutova, D., Worku, D., Aziz, H., Teare, J., Weir, J., Larkin, J. (2021), Malignant melanoma of the gastrointestinal tract: symptoms, diagnosis and current treatment options. *Cells*, 10(2), 327.

Koşan Yurtseven, İ. (2018), Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin, Bakım Yükü Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Sıdıka Oğuz).

Kök, H., Demir, S. (2018), Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 99-106.

Kumtepe, D. (2012), Baş-Boyun Kanserlerinde Tedavi Sonrası Çekilen PET/BT'nin Klinik Yararı, Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Bursa, (Danışman: Prof. Dr. Eray Alper).

Küçüköğlu, E. (2019), Kemoterapi Alan Hastaların Bakım Verenlerinin Karşılanmamış Gereksinimleri, Bakım Yükü, Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Sevgisun Kapucu).

Lafcı, D., Yıldız, E., Toru, F., Karakaya, D. (2020), Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verenlere etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(2), 105-113.

Larkin, P.J., Cherny, N.I., La Cripia, D., Guglielmo, M., Ostgathe, C., Scotté, F., Ripamonti, C.I.,..., ESMO Guidelines Committee (2018), Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO clinical practice

guidelines. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 29(Suppl 4), 111–125.

Lawenda, B.D., Gagne, H.M., Gierga, D.P., Niemierko, A., Wong, W.M., Tarbell, N.J., Chen, G.,..., Loeffler, J.S. (2004), Permanent alopecia after cranial irradiation: dose-response relationship. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 60(3), 879–887.

Majidova, N. (2020), Renal Hücreli Karsinom Hastalarının Klinik Ve Tedavi Özelliklerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun, (Danışman: Prof. Dr. Güzin Demirağ).

Malak, A.T., Dicle, A. (2008), Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18(2), 118-121.

Mermit Çilingir, B. (2016), Hava kirliliği ve akciğer. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(Case Reports), 131-137.

Miften, M., Vinogradskiy, Y., Moiseenko, V., Grimm, J., Yorke, E., Jackson, A., Tomé, W.A.,..., Dawson, L.A. (2021), Radiation dose-volume effects for liver SBRT. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 110(1), 196–205.

Nurhal Yazıcı, E. (2023), Kemoterapi Alan Hastaların Yakınlarının Kansere İlişkin Stigma Algılarının Bakım Verme Yüküne Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Banu Çevik).

Ong, H.L., Vaingankar, J.A., Abdin, E., Sambasivam, R., Fauziana, R., Tan, M.E., Chong, S.A.,..., Subramaniam, M. (2018), Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry*, 18(1), 27.

Orak, O.S., Sezgin, S. (2015), Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 33-39.

Orbay, İ. (2019), Kanser Hastası Çocuklara İnfomal Bakım Verenlerde Merhamet Yorgunluğunun Betimlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Manisa, (Danışman: Doç. Dr. Hakan Baydur).

Özbek, N. (2018), Kanserli Hastaya Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre Bakım Yüğü Ve Baş Etme Biçimlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Programı, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Kılıç).

Özdemir, F.K., Şahin, Z.A., Küçük, D. (2009), Kanserli çocuğı olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26, 153-158.

Özdemir, G. (2018), Kanser Hastasına Bakım Verenlerde Bakım Yüğü, Baş Etme Ve Duygusal Zekanın İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Özkaraman).

Özekin, M.E. (2019), Metastatik Kolon Tümörü Tanılı Hastalarda Klinik, Demografik, Patolojik Özelliklerle Post-Progresyon Sağ Kalım Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, (Danışman: Doç. Dr. Bülent Erdoğan).

Özhan, E. (2019), Kanser Hastalarının Yakınlarının Psiko-Sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi: Eyüpsultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Örneğı, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sakarya, (Danışman: Prof. Dr. M. Zafer Danış).

Özkan Tuncay, F., Mollaoğlu, M., Kars Fertelli, T. (2015), Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerde bakım yüğü ve sosyal destek düzeyi. *Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi*, 8, 5-10.

Öztürk Kaynar, G. (2016), Kolorektal Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yüğüünün İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fatma Vural).

Özyurt, B.E. (2007), Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 15(1), 1-15.

Park, C.H., Shin, D.W., Choi, J.Y., Kang, J., Baek, Y.J., Mo, H.N., Lee, M.S.,..., Park, S. (2012), Determinants of the burden and positivity of family caregivers of terminally ill cancer patients in Korea. *Psycho-Oncology*, 21(3), 282–290.

Pehlivan, S., Özgür, Y.F., Yıldız, H., Dalkılıç, H.E., Pehlivan, Y. (2018), Romatolojik hastalıklarda sosyal destek ve bakım veren yükü. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 44(1), 19-25.

Pelit Aksu, S., Şentürk Erenel, A. (2021), Caregiver burden and the level of perceived social support of caregivers helping with inpatient care of patients with gynecologic cancer. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 29(1), 113–123.

Pelit, S. (2015), Jinekolojik Kanserli Hastanın Hastanede Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Ayten Şentürk Erenel).

Pérez-Herrero, E., Fernández-Medarde, A. (2015), Advanced targeted therapies in cancer: drug nanocarriers, the future of chemotherapy. *European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics: Official Journal of Arbeitsgemeinschaft Fur Pharmazeutische Verfahrenstechnik e.V*, 93, 52–79.

Perkins, A., Liu, G. (2016), Primary brain tumors in adults: diagnosis and treatment. *American Family Physician*, 93(3), 211–217.

Powell, C., Guerrero, D., Sardell, S., Cumins, S., Wharram, B., Traish, D., Gonsalves, A.,..., Brada, M. (2011), Somnolence syndrome in patients receiving radical radiotherapy for primary brain tumours: a prospective study. *Radiotherapy and Oncology: Journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology*, 100(1), 131–136.

Sapienza, C., Issa, J.P. (2016), Diet, nutrition and cancer epigenetics. *Annual Review of Nutrition*, 36, 665–681.

Sarman, A. (2019), Palyatif/pediatric palyatif bakımın tarihsel gelişim süreci, ilkeleri ve hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 153-160.

Schütze, M., Boeing, H., Pischon, T., Rehm, J., Kehoe, T., Gmel, G., Olsen, A.,..., Bergmann, M.M. (2011), Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 342, d1584.

Shiravand, Y., Khodadadi, F., Kashani, S.M.A., Hosseini-Fard, S.R., Hosseini, S., Sadeghirad, H., Ladwa, R.,..., Kulasinghe, A. (2022), Immune checkpoint inhibitors in cancer therapy. *Current Oncology (Toronto, Ont.)*, 29(5), 3044–3060.

Sınmaz, T., Özbaş, A. (2020), Kolorektal kanserlerde palyatif bakım. *Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 41-53.

Sis Çelik, A. (2014), Radyoterapi sonucu gelişen yan etkiler ve hemşirelik yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 933-947.

Soner, S., Aykut, S. (2017), Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 375-387.

Şen, A.Ö. (2022), Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinde Özgeciliği Davranışlarının Psikolojik Dayanıklılık Ve Bakım Yüküne Yordayıcı Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Ezgi Karadağ).

Şentürk, S., Bıçak, D., Akça, D. (2018), Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 35-39.

Şimşek, N. (2003), Hemşirelerin Kanserden Korunma Ve Kanser Erken Tanısına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi, Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nihal Cengiz).

Tan, M., Akgün Şahin, Z. (2009), Kemoterapi alan hastaların hemşirelik bakımından memnun olma durumlarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 38-45.

Tarakçıoğlu Çelik, G.H. (2016), Nötropeni ve hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum*, 26(2), 10-16.

Taşyüz, N. (2017), Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerde Bakım Yüğü, Depresif Semptomlar, Anksiyete Belirtileri Ve Etkileyen Etmenler, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. E. Zeynep Tuzcular Vural).

Tendik, P. (2023), Kanser Hastalarında Covid-19 Korkusu Ve Aleksitimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Özlem Şahin Altun).

Tire, O. (2017), Toplumsal cinsiyet rolleri açısından Türkiye’de kadın yoksulluğu. *Mavi Atlas*, 5(1), 97-112.

Torun, P., Kutlar, A. (2018), Türkiye’de kanserin ekonomik maliyetleri: bir hesaplanabilir genel denge modeli yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(1), 87-101.

Tuncer, M. (2009), Kanserin Ülkemiz ve Dünyadaki Önemi, Hastalık Yüğü ve Kanser Kontrol Politikaları. İçinde: Türkiye’de Kanser Kontrolü. Özgül N, Olcayto E, Gültekin M, (eds.), Ankara: Koza Matbaacılık, s: 3-410.

Tung, N., Lin, N.U., Kidd, J., Allen, B.A., Singh, N., Wenstrup, R.J., Hartman, A.R.,..., Garber, J.E. (2016), Frequency of germline mutations in 25 cancer susceptibility genes in a sequential series of patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 34(13), 1460–1468.

Turan Kavrak, S., Canlı Özer, Z. (2014), Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 154-164.

Uçar, G., Eren, T., Ergün, Y., Yazıcı, O., Uncu, D., Özdemir, M., Birol Bostancı, E.,..., Yıldırım Özdemir, N. (2020), Neoadjuvan kemoterapi alan lokal ileri mide kanserli hastalarda primer tümör lokalizasyonunun önemi. *Dicle Tıp Dergisi*, 47(4), 962-969.

Ülgen, T. (2019), Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Evdeki Bakım Uygulamaları Ve Algılanan Sosyal Desteğin Bakım Yüküne Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Özlem Uğur).

Vahidi, M., Mahdavi, N., Asghari, E., Ebrahimi, H., Eivazi Ziaei, J., Hosseinzadeh, M., Namdar Areshtanab, H.,..., Kermani, I.A. (2016), Meme kanserinin diğer yüzü: bakım veren yükü ile ilişkili faktörler. *Asya Hemşireliği Araştırması*, 10(3), 201-206.

Van Rooij, J., Brom, L., Sommeijer, D., Van de Poll-Franse, L., Raijmakers, N., eQuiPe study group (2021), Self-care, resilience, and caregiver burden in relatives of patients with advanced cancer: results from the eQuiPe study. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(12), 7975–7984.

Warnock, C. (2016), Neutropenic sepsis: prevention, identification and treatment. *Nursing Standard*, 30(35), 51–60.

Warowicka, A., Nawrot, R., Broniarczyk, J., Węglewska, M., Goździcka-Józefiak, A. (2021), Wirusy onkogenne a nowotwory [Oncogenic viruses and cancer]. *Postepy Biochemii*, 66(4), 336–355.

Yazıcı, Z. (Çev.) (2014), Kanser Kemoterapisi. Chu E., Sartorelli A.C., Cancer Chemotherapy, İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri.

Yıldız, E. (2015), Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Manisa, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özden Dedeli).

Yıldız, E., Dedeli, Ö., Çınar Pakyüz, S. (2016), Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 216-225.

Yiğit, M.F. (2018), Ayaktan Radyoterapi Alan Hastalara Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yükleri İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin

İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya, (Danışman: Prof. Dr. Behice Erci).

Yorulmaz, D.S., Karadeniz, H. (2020), Terminal dönem ve iyi ölüm sürecinde hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(2), 134-138.

Yurtsever, E. (2018), 50 Yaş Üzeri Erkeklerin Prostat Kanseri Bilgi Ve Tutumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Asiye Gül).

Alkol ve Kanser İlişkisi, (Erişim Tarihi: 18.12.2022), <http://ailehekimi.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/581/2019/04/Alkol-ve-Kanser-%C4%B0li%C5%9Fkisi.pdf>.

American Cancer Society, Chemotherapy for Breast Cancer, (Erişim Tarihi: 04.03.2023), <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/chemotherapy-for-breast-cancer.html>.

Kalın Bağırsak Kanseri, (Erişim Tarihi: 14.04.2023), https://onkoloji.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=7336:kaln-bag-rsak-kanseri&catid=303:kanser-tuerleri&Itemid=1104.

Küresel Kanser Verileri (GLOBOCAN) 2018, (Erişim Tarihi: 10.12.2022), <https://www.uicc.org/news/global-cancer-data-globocan-2018>

Küresel Kanser Verileri (GLOBOCAN) 2020, (Erişim Tarihi: 10.12.2022), <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (Erişim Tarihi: 25.02.2023), <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/cilt-kanseri-2.html>

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (Erişim Tarihi: 04.03.2023), <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/kemoterapi.html>

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (Erişim Tarihi: 01.04.2023), <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/hormonal-tedavi.html>

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 4 Şubat Dünya Kanseri Günü, 2022, (Erişim Tarihi: 07.12.2022), <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/4-subat-dunya-kanser-gunu-2022.html>

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanseri Dairesi Başkanlığı, (Erişim Tarihi: 16.12.2022), <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanserden-korunma/kanserden-korunmalist/kanserde-beslenme.html>

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye Kanseri İstatistikleri, (Erişim Tarihi: 08.12.2022), https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye Kanseri İstatistikleri, (Erişim Tarihi: 10.12.2022), https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/ANA_rapor_2012sooonn.pdf

Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, (Erişim Tarihi: 20.02.2023), <https://www.kanser.org/saglik/toplum/kanser-turleri-alt-kategori/akciger-kanseri-belirtileri>

Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, (Erişim Tarihi: 04.03.2023), <https://www.kanser.org/saglik/toplum/kanser-turleri-alt-kategori/bobrek-kanseri-tanisi-nasil-konur>

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, 4 Şubat 2023 Dünya Kanseri Günü Basın Bildirisi, 2023, (Erişim Tarihi: 13.05.2023), <https://www.solunum.org.tr/basin/1595/4-subat-2023-dunya-kanser-gunu-basin-bildirisi.html>

World Health Organization, Cancer, (Erişim Tarihi: 13.05.2023), https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

World Health Organization, Sexual Health, (Erişim Tarihi: 25.04.2023), https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

World Health Organization, World Cancer Day: Closing the Care Gap, 2022, (Erişim Tarihi: 10.12.2022), <https://www.who.int/news/item/03-02-2022-world-cancer-day-closing-the-care-gap>

7. EKLER

EK-1. Veri Toplama Formu

Anket No:

A. HASTAYA AİT VERİ TOPLAMA FORMU	
Adı Soyadı: 1. Yaşı;	2. Cinsiyeti; ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Eğitim durumu; ☐ Okur yazar değil ☐ Okur yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Diğer	4. Çalışma durumunuz; ☐ Çalışıyor ☐ Emekli ☐ Çalışmıyor
5. Medeni durumu; ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul (eşi ölmüş ya da ayrılmış)	6. Çocuk Sayısı; ☐ Çocuk yok ☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5 ve üzeri
7. Sosyal güvencesi; ☐ SGK ☐ Yeşil kart ☐ Özel sigorta ☐ Sosyal güvence yok	8. Hastalığın Tanısı;
9. Hastalığın Evresi; ()1. Evre ()2. Evre ()3. Evre ()4. Evre	10. Hastalığın tanısı ne zaman kondu?

11. Aldığınız tedavi protokolü nedir? 	12. Ne kadar zamandır kanser tedavisi görüyorsunuz? (ay olarak)
13. Hastalığınız metastaz (yayılım) durumu var mı? ☐ Var ☐ Yok	14. Hastanın gelir düzeyi nedir? ☐ Geliri giderinden az ☐ Geliri giderine eşit ☐ Geliri giderinden fazla
15. Hastanın fiziksel ya da ruhsal bir engeli var mı? ☐ Var ☐ Yok → Cevabınız ‘var’ ise açıklayınız. 	16. Hastanın kanser dışında olan diğer kronik hastalıkları var mı ? ☐ Var ☐ Yok Varsa belirtiniz.....
17. Ailenizde kanser öyküsü var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	18. Yaşadığınız yer? ☐ İl ☐ İlçe ☐ Belde/Köy
19. Kiminle yaşıyorsunuz? ☐ Yalnız ☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile (belirtiniz).....	20. Tedavinizin uygulanma şekli nedir? ☐ Yatarak ☐ Ayaktan
21. Hastanın en son hastaneye yatışından itibaren geçen süre? (ayaktan tedavi alıyorsa 22. soruya geçiniz.) 	22. Hastanın en son hastaneye geliş nedeni nedir? () Kontrol () Tedavi, Aldığı tedavi protokolünü belirtiniz..... () Diğer (lütfen belirtiniz).....

B: BAKIMA DESTEK VEREN AİLE ÜYESİNE AİT VERİ TOPLAMA FORMU	
Adı Soyadı: 1. Yaşı;	2. Cinsiyeti; ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Hasta ile yakınlık dereceniz nedir? ☐ Anne/Baba ☐ Kızı/Oğlu ☐ Eşi ☐ Kardeş ☐ Diğer:.....	4. Medeni durum; ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul (eşi ölmüş ya da ayrılmış)
5. Eğitim durumu; ☐ Okur yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Diğer:.....	6. Mesleğiniz; ☐ Ev Hanımı ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Serbest çalışan ☐ Diğer:.....
7. Bakmakla yükümlü olduğunuz engelli ya da küçük çocuğunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	8. Kaç çocuğunuz var? ☐ Çocuk yok ☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5 ve üzeri
9. Çalışma durumunuz nedir? ☐ Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyorum. ☐ Düzensiz bir işte çalışıyorum (günlük yada mevsimlik bir işte) ☐ Çalışmıyorum ☐ Emekliyim ☐ Diğer:.....	10. Gelir düzeyiniz ne kadardır ? ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla ☐ Gelir giderden az
11. Kiminle yaşıyorsunuz? ☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile, kimlerle yaşıyorsunuz belirtiniz..... ☐ Yalnız	12. Hastanızın tedavisi için hastaneye geliş ve gidişlerde yanında bulunuyor musunuz? ☐ Bulunuyorum ☐ Bazen bulunuyorum ☐ Bulunmuyorum

13. Bakmakla yükümlü olduğunuz başka kişi/kişiler var mı? ☐ Evet ☐ Hayır Cevabınız 'evet' ise kimlere bakıyorsunuz?.....	14. Hastanıza hastalığı nedeniyle ne kadar süredir bakım veriyorsunuz? ☐ 6 ay altı ☐ 6 -12 ay ☐ 13 -24 ay ☐ 25-37 ay ☐ 38 ay ve üzeri
15. Hastanıza günde kaç saat bakım veriyorsunuz? ☐ 0-6 saat ☐ 7-12 saat ☐ 13-18 saat ☐ 19-24 saat	16. Bakım konusunda yardım aldığınız kişi/kişiler var mı? (Cevabınız hayır ise 18. soruya geçiniz.) ☐ Evet ☐ Hayır Cevabınız "Evet" ise yardımcı olan kişilerin sayısını ve yakınlık derecesini yazınız. ☐ Kişi sayısı..... ☐ Yakınlık derecesi.....
17. Hastanızın bakımında yardımcı olan bu kişilerin size hangi konularda yardımcı olduğunu açıklayınız. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) () Parasal yardım () Ev temizliği () Fiziksel bakımda yardım () Psikolojik destek () Ulaşım/transport hizmeti () Yemek () Diğer.....	18. Hastanızın bakımında yaptığınız işler ? () Temizlik () Besleme () Hareket () Tuvalet ihtiyacı () Tedavi () Parasal işler () Diğer.....
19. Hastanıza bakım verdiğinizden beri yaşadığınız fiziksel sorunlar nelerdir? ☐ Baş ağrısı ☐ Bel ağrısı ☐ Kas ağrısı ☐ Yorgunluk ☐ Kilo alma ☐ Diğer.....	20. Hastanıza bakım verdiğinizden beri yaşadığınız duygusal sorunlar nelerdir? ☐ Stres ☐ Anksiyete ☐ Suçluluk duygusu ☐ Alkol/İlaç kullanımı ☐ Diğer.....
21. Hastanıza bakım verdiğinizden beri yaşadığınız zihinsel güçlükler nelerdir? ☐ Algılama güçlüğü ☐ Uykusuzluk ☐ Dikkat dağınıklığı ☐ Huzursuzluk ☐ Diğer.....	22. Hastanıza bakım verdiğinizden beri yaşadığınız sosyal güçlükler nelerdir? ☐ Boş zaman aktivitelerinde kısıtlanma ☐ Arkadaş ilişkilerinde bozulma ☐ Yalnız hissetme ☐ Sosyal desteğin azalması ☐ Diğer.....

23. Hastanıza bakım verirken karşılaştığınız ekonomik güçlükler nelerdir? ☐ Ekonomik güçlük yaşamıyor ☐ Tedavi masraflarını karşılayamama ☐ İşten ayrılma ☐ Zorunluluktan erken emekli olma ☐ Diğer..... 25. Düzenli olarak ilaç kullandıran veya sağlık kontrolü gerektiren herhangi bir kronik hastalığınız var mı? ☐ Evet (belirtiniz)..... ☐ Hayır	24. Hastanıza sağladığınız bakım nedeniyle aile içindeki ve iş ortamındaki rolünüz olumsuz etkilendi mi? Evet ise açıklayınız. ☐ Evet ☐ Hayır 26. Sağlık kontrollerinizi yaptırabiliyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
27. Yaşadığınız yerde hastanızla birlikte mi kalıyorsunuz? ☐ Evet ☐ Hayır	28. Bakım verdiğiniz kişinin kendine ait bir odası var mı? ☐ Var ☐ Yok
29. Hastanızın bakım gereksinimleri konusunda bilgiye sahip misiniz? ☐ Bilgi sahibiyim ☐ Bilgi sahibi değilim ☐ Kısmen bilgi sahibiyim	30. Hastalık ve tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında herhangi bir bilgi ya da eğitim aldınız mı? (cevabınız hayır ise 33. soruya geçiniz.) ☐ Evet ☐ Hayır Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) ☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Başka bir hasta ☐ Kitap/internet ☐ Diğer.....
31. Aldığınız bilginin içeriği (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz): ☐ Hastalıkla ilgili ☐ Tedavinin ne olduğu ☐ Tedavinin yan etkileri ☐ Hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım ☐ Yapılacak tetkikler ve kontroller ☐ Diğer (lütfen açıklayınız):	32. Size verilen bilgileri yeterli buluyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

33. Tercih ettiğiniz öğrenme şekli (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz): ☐ Sağlık personeli (doktor/hemşire) tarafından bana anlatılmasını isterim. ☐ Yazılı bilgilerin bana verilmesini isterim. ☐ Görerek/yaparak öğrenmek isterim. ☐ Başka hasta yakınlarıyla tanışmak, görüşmek ve onların deneyimlerinden yararlanmak isterim.	34. Hastanıza bakım verirken en fazla hangi yönden destek oluyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz) ☐ Psikolojik/duygusal destek ☐ Fiziksel bakımda yardım ☐ Maddi yardım ☐ Diğer.....
---	---



EK-2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BVYÖ)

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

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

13.	Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()
14.	Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()
15.	Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()
16.	Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	()	()	()	()	()
17.	Yakınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()
18.	Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	()	()	()	()	()
19.	Yakınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	()	()	()	()	()
20.	Yakınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()
21.	Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()
22.	Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	()	()	()	()	()

EK-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

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 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Kişisel Görüşünüzü En İyi Yansıttığını Düşündüğünüz Seçeneği İşaretleyiniz.	Kesinlikle hayır							Kesinlikle evet
		1	2	3	4	5	6	7	
1.	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.								
2.	İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.								
3.	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.								
4.	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.								
5.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.								
6.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.								
7.	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.								
8.	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.								
9.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.								
10.	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.								

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



EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sizi “Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Algıladıkları Sosyal Desteğin Bakım Verme Yüğü İle İlişkisi” başlıklı bir çalışmaya davet ediyoruz.

Günümüzde gelişen teknoloji ve tedavi yöntemleri sayesinde kanser hastalarının sağ kalım süresi uzamış, bu da bakım verenlerin hastalarının semptomlarını izleme ve kontrolünü sağlama, tıbbi tedavilerinin yapılmasını ve rahatlığını sağlama, beslenme, giyinme, hijyen gibi daha birçok faktörün karşılanmasını gerektirdiğinden bakım yükünü artırmaktadır. Stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardımın yani sosyal desteğin bakım yükünü azaltmada önemli etkisi olmaktadır.

Bu bağlamda bu araştırma, kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin algıladıkları sosyal desteğin bakım verme yükü ile ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma, “Filiz Çelik” tarafından gönüllü katılımcılarla yürütülmektedir. Araştırma sürecinde, “Hastaya Ait Veri Toplama Formu”, “Bakıma Destek Veren Aile Üyesine Ait Veri Toplama Formu”, “Bakım Verme Yüğü Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılacaktır. Konu ile ilgili her türlü soru ve görüşleriniz için aşağıda iletişim bilgisi bulunan araştırmacıyla görüşebilirsiniz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Açıklama Yapan Araştırmacının Adı Soyadı:

Filiz Çelik

Katılımcının;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

EK-5. Etik Kurul İzni





EK-6. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



EK-7. Ölçek Kullanım İzinleri



8. ÖZGEÇMİŞ





9. İNTİHAL RAPORU

KANSER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN BAKIM VERME YÜKÜ İLE İLİŞKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

%20	%19	%8	%12
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%5
2	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%4
3	gcris.pau.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
4	dspace.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
6	openaccess.biruni.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
7	acikerisim.istinye.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
8	saglikokuryazarligidergisi.com İnternet Kaynağı	%1