

**KANSERLİ HASTALARA BAKIM VEREN AİLE
BİREYLERİNİN BAKIM VERME YÜKLERİNİN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Nihan TÜRKOĞLU

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Yöneticisi
Yard. Doç. Dr. Dilek KILIÇ**

Yüksek Lisans Tezi-2010

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

KANSERLİ HASTALARA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN BAKIM
VERME YÜKLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Nihan TÜRKOĞLU

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 14.01.2011

Tez Savunma Tarihi : 19.01.2011

Tez Danışmanı : Yard.Doç Dr. Dilek KILIÇ
Jüri Üyesi : Yard. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU
Jüri Üyesi : Yard. Doç. Dr Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Jüri Üyesi : Yard. Doç. Dr Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Jüri Üyesi : Yard. Doç. Dr Zeynep GÜNGÖRMÜŞ

Prof. Dr. İsmail CEYLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TABLolar DİZİNİ	III
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZGEÇMİŞ.....	VI
ÖZET.....	VII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Kanser ve Hemşirelik.....	4
2.2. Kanserın Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Kanserın Etyolojisi.....	5
2.4. Kanserın Belirtileri.....	8
2.5. Kanserın Tedavisi.....	8
2.6. Kanserden Korunma.....	8
2.7. Bakım Verme ve Bakım Verici Kavramı.....	10
2.7.1. Kanserde Bakım Vericilik.....	10
2.7.2 Primer Bakım Vericilik.....	11
2.8. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri.....	13
2.9. Bakım Verme Yüğü.....	14
2.10. Bakım Verme Yüğüünü Etkileyen Faktörler	15
2.11. Bakım Vermede Yaşanan Güçlükler.....	16

2.12. Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi.....	17
2.13. Yaşam Kalitesi ve Tanımı.....	19
2.14. Yaşam Kalitesini Azaltan ve Artıran Durumlar.....	20
2.15. Bakım Vericilerde Yaşam Kalitesi.....	20
2.16. Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü.....	23
3. MATERYAL METOD.....	25
3.1. Araştırmanın Şekli.....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	25
3.4. Veri Toplama Araçları.....	25
3.5. Verilerin Toplanması.....	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	31
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
7. KAYNAKLAR.....	65
EKLER.....	75

Tablo Dizini

Tablo No:	Sayfa No:
Tablo 1: Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	28
Tablo 2: Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Tablo 3: Bakım Vericilerin Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	34
Tablo 4: Bakım Vericilerin Yaşadıkları Sorunların Dağılımı.....	35
Tablo 5: Bakım Vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı.....	36
Tablo 6: Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	36
Tablo 7: Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçek Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 8: Bakım Vericilerin Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçek Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 9: Bakım Vericilerin Yaşadıkları Sorunlara Göre Bakım Verme Yükü Ölçek Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 10: Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 11: Bakım Vericilerin Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..	45
Tablo 12: Bakım Vericilerin Yaşadıkları Sorunlara Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48

Tablo 13: Bakım Vericilerin Bakım Verme Yüğü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	49
Tablo 14: Bakım Vericilerin Bakım Verme Yüğülerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi.....	50
Tablo 15: Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesine Etkisi Olan Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi.....	50

TEŞEKKÜR

*Yüksek lisans eğitimim süresince bana rehberlik eden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen
danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Dilek KILIÇ'a*

Veri toplama aşamasında yardımcı olan kemoterapi ünitesi çalışanlarına,

Tez çalışmama katılan tüm bakım vericilere,

*Her zaman yanımda olan ve beni her konuda destekleyen aileme, özellikle eşim ve
kardeşlerime,*

En İçten Duygularımla Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım.

Nihan TÜRKOĞLU

ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Karabük’de doğdum. İlk, orta ve lise eğitimimi Erzurum’da tamamladım. 2007 yılında Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun oldum. 2007-08 öğretim yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’ne bağlı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başladım. 2007 yılında Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma hastanesi çocuk acil servisinde hemşire olarak, 2008 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladım ve şu anda aynı görevi yapmaktayım. Evli ve bir çocuk annesiyim.

ÖZET**Kanserli hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin yaşam kalitesine etkisi**

Bu araştırma, kanser hastalarının bakım vericilerinde bakım verme yükünün yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı-ilişkisel olarak yapılmıştır.

Araştırma, 04 Aralık 2009-1 Aralık 2010 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Kemoterapi Kür Polikliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini verilen tarihler arasında hastanenin Kemoterapi Kür Polikliniğine gelen hastaların bakım vericileri oluşturmuştur (N=190). Evrenin tümü araştırma kapsamına alındığı için örnekleme yöntemine başvurulmamıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu'ndan ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi'nden resmi izinler alınmıştır. Araştırma verileri bakım verici bireylerden onay alındıktan sonra araştırmacı tarafından anket yöntemiyle toplanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bakım verici bireylere ait 22 sorudan oluşan bakım vericileri tanıtıcı bilgi formu, hasta bireylere ait 7 sorudan oluşan hasta bireyi tanıtıcı bilgi formu, Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından geliştirilen Bakım Verme Yükü Ölçeği (Burden Interview), Weitzner ve ark. tarafından geliştirilen Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kanser) kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 paket programında, yüzdeler dağılımı, ortalama, Kruskal Wallis, Mann Withney-U, Independent-Samples t Test, One-Way ANOVA, Pearson Korelasyon Analizi, Linear ve Binary Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

VIII

Araştırmaya katılan bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamasının 36.65 ± 11.21 olduğu ve bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerinden, hastalığa ilişkin özelliklerinden ve yaşadıkları sorunlardan bazı değişkenlere göre bakım verme yükü ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının 81.40 ± 17.25 olduğu ve bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerinden, hastalığa ilişkin özelliklerinden ve yaşadıkları sorunlardan bazı değişkenlere göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Çalışmada bakım verme yükü ve yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu; bakım verme yükü arttıkça yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Bakım vericilerin bakım verme yüklerinin yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde; bakım verme yükü değişkeninin yaşam kalitesi toplam varyansının % 60'ını açıkladığı, bakım verme yükü değişkeninin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak; bakım vericilerin bakım verme yüklerinin, tanıtıcı ve bakım vermeye ilişkin özelliklerinin ve yaşadıkları sorunların yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Bakım vericilere bakım vermeye yönelik eğitim verilerek, destek sağlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Bakım Verici, Bakım Verme Yükü, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT**Family Members Caregiver For Cancer Patients Quality Of Life Effect Of Caregiving Burden**

This descriptive-relational study was carried out for the purpose of determining the effects of caregiver burden quality of life with caregivers of cancer patients.

The subjects were caregivers recruited from the Cur Clinic of Chemotherapy of Atatürk University Yakutiye Research Hospital between 4 th December 2009- 1 st December 2010 subjects were included in the study by obtaining their consents.

To be able to make this research, it was got permission formally from Atatürk University Yakutiye Research Hospital and Erzurum Directorship of Health, Ethic Committee. Research data were collected with the method of questionnaire by researcher after getting permission from cancer caregivers. Data were collected by using 22 questions prepared by researcher, known as “caregivers of cancer patients demographic data form”; 7 questions belonged to patients known as “patients demographic data form”, the Burden Interview, developed by Zarit, Reeve and Bach-Peterson and the Caregivers Quality of Life Cancer , developed by Weitzner et al.

Data have been evaluated by loading the information acquired to the SPSS 11.5 software and by calculating the percentage, average value, Kruskal Wallis, Mann-Whitney-U, Independent Sample t Test, One-Way ANOVA, Pearson Correlation Analysis, Linear and Binary Logistic Regression Analysis.

According to data obtained from Burden Interview, the mean score of the tool was 36.65 ± 11.21 . While searching burden interview according to caregivers cancer specifications, it was seen that nursing criterion point rates were statistically meaningful with some changeables ($p < 0.05$).

According to data obtained from Quality of Life Scala, the mean score of the tool was 81.40 ± 17.25 . While searching quality of life according to caregivers cancer specifications, it was seen that nursing criterion point rates were statistically meaningful with some changeables ($p < 0.05$).

In this study, it was seen that there is a negative relationship between caregivers quality of life and burden interview ($p < 0.001$). While searching the effects of burden interview caregivers cancer patients to life quality, changeable of burden interview explains %60 rates of quality total variance, it was seen that changeable of burden interview is a meaningful evaluation about quality of life.

In conclusion, it was seen that burden interview action are effective on specifications and care given, and problems they lived. It can be suggested to support the with educating them about illness and care caregivers of cancer patient.

Key Words: Cancer, Caregiver, Burden Care, Quality of Life

1. GİRİŞ

Kanser tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en önemli sağlık sorunlarından birisini oluşturmaktadır. Dünya çapında yılda 11 milyon insan kansere yakalanmakta, yedi milyon insan kanser nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Ayrıca, 2005 yılı itibariyle kanserle yaşayan insan sayısı 25 milyon olarak bildirilmiş ve 2007 yılındaki tüm ölümlerin yaklaşık %13'ü kanser nedeniyle oluşmuştur.¹ Kanser az ve orta geliri olan ülkeler açısından daha önemli bir sorundur. Bu ülkelerde, kanser hastalığının %80'nine ileri evrede tanı konmakta, daha fazla hastalık ve ekonomik yükü karşılanmaktadır. Türkiye'de kanser yüz binde 55.77 oranında görülmekte ve bildirilmeyen vakalar göz önüne alındığında, bu oranın daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir.²

Son yıllarda, gelişen tedavi yöntemleri sonucu kanserli hastalar daha uzun süre yaşamaktadır. Uzun süre hastanede kalmanın tedavi ve bakım maliyetini artırması nedeniyle karmaşık kemoterapi ve radyoterapi protokolleri evde, taburcu edilmiş hastalara da uygulanmaktadır. Hasta bireylerin sınırlılıkları nedeniyle bakım vericilerin bakım sürecinde önemli rolü bulunmaktadır.³ Kanser hastasının bakım sorumluluğu genellikle evde, hastanın eşi, çocukları, akrabaları veya arkadaşları tarafından üstlenilmektedir.⁴ Ancak, kanserli hastaya evde bakım verme, aile üyelerinin günlük yaşantısının değişmesine (aile/evlilik, iş ve sosyal yaşantısı) ve sağlık durumunun bozulmasına, ekonomik kayıplar yaşanmasına neden olabilmektedir.^{5,6}

Kanser tedavisinin aile bireyelerine yük getirdiği 1980'lerin başlarından beri bilinmektedir.¹⁶ Bakım vericiler ile birlikte yapılan çalışmalar¹⁷, uzun süreli bakım verme sürecinin yakınlarına bakmada birinci derecede sorumlu kişilere, yoğun bir fiziksel ve duygusal yük getirdiğini göstermektedir. Bakım sunmanın kronik ve yoğun yapısı bakım vericilerin yaşamlarındaki (iş, aile, sosyal yaşam) diğer taleplerden

kaynaklanan anlaşmazlıklarla birleşince “bakıcı yükü” olarak ifade edilen bir duruma yol açmaktadır.

Yapılan çalışmalar, kanser hastalarının bakım vericilerinin aile/evlilik yaşamının, iş yaşamının, sağlık durumunun ve sosyal yaşamının bu süreçten olumsuz etkilendiğini bildirmektedir.⁷⁻¹³ Bu süreçte aile içerisindeki bakım vericiler en az hastalar kadar, bazen onlardan daha çok duygusal ve işlevsel zorlanma yaşayabilmektedirler.¹³ Kanser hastalarının bakım vericilerinde hastalarının bakım gereksinimini karşılamada, hastalığın kendisi ve tedavinin yan etkisi olarak ortaya çıkan yakınmaları yönetmede, hastalarına duygusal destek sağlamada güçlük yaşadıkları bildirilmektedir.¹⁴ Kanser hastalarının bakım vericilerinin yaşadıkları bu güçlükler; hastanın yaşı, fonksiyonel durumu, tedavi şekli, hastalığın süresi gibi “hastaya bağlı özelliklerden” ve bakım vericinin cinsiyeti, yaşı, hastaya yakınlık derecesi, eğitim durumu ve yakınlarından destek görme durumu gibi “bakım vericilere bağlı özelliklerden” etkilenmektedir.¹⁵

Bakım vericilerde, cinsiyet faktörünün yaşanan yük üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Bakım vericilerin kadın ve genç yaşta olmaları bakım verme yükünü etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır.¹⁸ Özellikle kadınların erkeklere oranla daha fazla yük yaşadıkları rapor edilmiştir.¹⁹ Bir başka çalışmada da her iki bakım vericiden birinde ekonomik sıkıntı, her üç bakım vericiden ikisinde sağlık problemi olduğu saptanmıştır.²⁰ Yine bakım vericilerle yapılan bir çalışma da işsiz olan bakım vericilerin yaşadıkları yük düzeyinin işi olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.²¹

Kanser her yönüyle hasta bireyin ve ailesinin yaşam düzenini, yaşam kalitesini ve dengesini bozan zor ve sıkıntılı bir süreçtir. Kanserli hastaların yaşam kalitelerine ilişkin pek çok çalışma yapılmaktadır. Bununla birlikte kanserli hastaların yaşamlarında

çok önemli bir yeri olan bakım vericilerin yaşam kalitelerine ilişkin çalışmalar yurt dışında yaygın olarak yapılmasına karşın ülkemizde bu yöndeki çalışmalar sınırlıdır.²²

Kanser hastalarının bakım vericilerinde yaşam kalitesi incelendiğinde hastalığın erken dönemlerinde, kemoterapi ve radyoterapi gibi tedaviler tamamlandıktan sonra yaşam kalitesinin arttığı gözlenmiştir. Ayrıca, bakım vericilerin pozitif beklentileri, koruyucu davranışları, kendilerine karşı saygı duyma durumları ile yaşam kalitesi arasında olumlu bir ilişki vardır. Bakım vericilerin hasta ile iyi ilişkileri, evlilik durumları, arkadaş ilişkileri, aile üyelerinin vermiş olduğu cesaret ve sosyal destek yaşam kalitesine pozitif yönde katkıda bulunmaktadır.²³ Bakım vericilerin fiziksel sağlık durumu, sosyal ilişki durumu, çevresel etkenler ile onların yaşam kaliteleri arasında olumlu ilişki mevcuttur.²⁴ Eşler arasındaki ilişkilerin bozulması, gelirin düşük olması gibi bakım verici yükünü artıran durumlar, bakım vericilerin özellikle mental ve sosyal fonksiyonlarındaki yaşam kalitelerinde anlamlı bir düşüşe yol açmıştır.^{25,26}

Bu araştırma, kemoterapi alan kanserli hastalara bakım vericilerin yaşamlarında çok önemli faktörler olan bakım verme yükü ve yaşam kalitesi çalışmalarına katkıda bulunmak, bakım vericilerin yaşamış olduğu bakım verme yükünün yaşam kalitesine etkisini belirlemek ve bu konuda yapılacak çalışmalara rehberlik etmek amacıyla yapılmıştır. Kanser ve kanser tedavisinin, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini nasıl ve hangi alanlarda etkilediğinin bilinmesi ile elde edilecek verilerden yararlanılarak planlanacak bakımın, kanserli hasta ve ailesinin bakım yüklerini azaltmalarına ve yaşam kalitelerini yükseltmelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser ve Hemşirelik

Kanser, önemi giderek artan bir sağlık ve yaşam sorunu olarak, bazı etkilerle değişime uğramış hücrelerin, yerel ve uzak noktalarda kontrolsüz olarak çoğalıp büyümelerinin sonucu oluşan habis hastalıklar grubudur.²⁷ Başka bir deyişle, hücrelerin kontrol dışı büyümesi ve vücudun diğer bölümlerine yayılabilen hastalıkların büyük bir grubu için kullanılan genel terimdir.²⁸

2.2. Kanserin Epidemiyolojisi

İnsan yaşamının uzaması ve enfeksiyon hastalıklarından ölümlerin azalması ile birlikte kanser 20. yüzyılın en yaygın hastalıklarından biri olmuştur. Son on yılda kalp ve damar hastalıklarından ölümlerin azalması ve gelecekte daha az rastlanacak olması, kanseri 21. yüzyılın en önemli hastalığı yapmıştır.²⁹⁻³¹

Dünya Kanseri Kongresi'nde 2008 yılında sunulan veriler ise hastalığın global olarak büyük boyutlara ulaştığını ortaya koymuştur.^{28, 32} Kanseri, 2007 yılında 7.9 milyon kişinin ölümüne neden olmuş ve toplam ölümlerin %13'ünü kapsamıştır.³³ Bununla birlikte 2030 yılında 12 milyon insanın kanserden öleceği öngörülmektedir.^{28,}

³²

Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Daire Başkanlığı'nın 2005 yılı verilerine göre ülkemizde kanser insidansı yüz binde 173,85'tir.³⁴ DSÖ' ne göre 2005 yılında Türkiye'de 52000 kanser kökenli ölüm görülmüş, ve bu ölümlerin 37000'lik kısmını yetmiş yaş altındaki kişiler oluşturmuştur.³³

Kanserden ölümlerin yüzde 80'i gelişmemiş ve az gelişmiş ülkelerde meydana gelmiş, düşük ve orta gelirli ülkelerde tüm ölümlerin %70'ten fazlasını kanser

oluşturmuştur.²⁸ Ayrıca Afrika kökenli Amerikalılarda diğer tüm ırklardan daha fazla oranda kanser görülmektedir.³⁵

Dünyada en fazla ölüme neden olan kanser türleri sırasıyla akciğer, mide, karaciğer, kolon, meme kanseridir.³³ Her yıl 11 milyon insan kansere yakalanmakta ve bunlardan 1.4 milyon kişi akciğer kanseri, 866 bin kişi mide, 653 bin kişi karaciğer, 677 bin kişi kolon, 548 bin kişi göğüs kanseri nedeniyle ölmektedir.^{28,32}

Türkiye’de ise kanserde ön sıraları akciğer, prostat ve deri kanserleri almakta ve bunları meme, mide, mesane, kolon kanserleri takip etmektedir. Bu sıralama erkek ve kadınlar arasında değişiklik göstermektedir. Erkeklerde ilk sıraları akciğer, prostat, deri, mesane alırken; kadınlarda meme, deri, troid, akciğer kanseri almaktadır.³⁶

2.3. Kanserın Etyolojisi

Kanserın etyolojisinde birden fazla etken rol oynamaktadır. Kansere neden olan özel etkenler tanımlanmıştır. Bunlar:³⁷

- Virüsler, bakteriler ve parazitler
- Fiziksel faktörler
- Sigara ve kimyasal faktörler
- Cinsel sağlık ve doğurganlık
- Genetik ve ailesel özellikler
- Beslenme (Diyet) faktörü
- İmmünolojik faktörlerdir.

A. Virüsler, bakteriler ve parazitler

Retrovirüslerin onkojen aktivasyonu yaparak hayvanlarda kanser oluşturduğu, insanlarda da bazı virüslerin kanser oluşturduğu bilinmektedir. Literatürde Burkitt

lenfoması, nazofarengeal kanserler, non-Hodgkin lenfomaların ve Hodgkin hastalığının bir DNA virüsü olan Epstein-Barr virüsü nedeniyle geliştiği saptanmıştır.

Parazitler ile kanser arasında da bir ilişki olabilmektedir. Örneğin schistosomiasis ile mesane kanseri arasında ve opistorchiasis ile safra yolları kanseri arasında belirgin bir ilişki olduğu bilinmektedir.³⁸

B. Fiziksel faktörler

Bu grup içindeki etkenler arasında iyonize radyasyon; X ışınları (röntgen), noniyonize radyasyon (solar), güneşteki ultraviyole (mor-ötesi ışınları), radyoaktif etkenler (alfa, beta, gama ışınları), kronik irritasyon ya da inflamasyon ve tütün kullanımı sayılabilir.³⁸

C. Sigara ve kimyasal faktörler

Tüm kanserlerin %70-85'inin çevresel nedenlerden kaynaklandığı düşünülmekte ve sigara içme kanserden ölümlerin %30'undan tek başına sorumlu tutulmaktadır. Çevresel faktörler arasında kanserle ilişkisi en iyi bilinen sigara akciğer, larinks, farinks, ağız, özefagus, mesane, pankreas ve serviks kanseri etyolojisinde yer almaktadır. Ayrıca hava kirliliği ile birlikte sigara akciğer kanserlerinin %10'unda rol oynamaktadır. Sigara ayrıca alkol, asbest, uranium ve virüsler ile sinerjistik etki yaratmaktadır.³⁸

Birçok çalışma ortamında kanserojen olan kimyasal maddeler bulunmaktadır. Aromatik aminler, anilin boyası, pestisitler ve formaldehitler, arsenik, asbest, benzen, kadmium, kronium, nikel, çinko, berilyum ve polivinil klorid, rafine edilmemiş parafin yağı, mazot, krom, kobalt, hardal gazı, katran, kurum gibi kimyasal maddeler kanserojenler arasında sayılabilir.³⁸

D. Cinsel sağlık ve doğurganlık

Serviks kanseri riski evli kadınlarda, erken evlenenlerde, birden fazla erkekle ilişkisi olanlarda, sık ve erken yaşta cinsel ilişkiye başlamış olanlarda artmaktadır. Meme kanseri riski ise; geç evlenmiş, geç doğum yapmış ya da hiç doğum yapmamış kadınlarda daha fazladır.³⁸

E. Genetik ve ailesel zellikler

Birçok kanser tipinin ailesel özelliğinin olduğu gösterilmiştir. Bu durumun; genetik yapı, aynı çevreyi paylaşma, yaşam biçimi gibi ortak faktörlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Anormal kromozom; fazla kromozom, kromozom lokalizasyonunda değişiklik ile kanser arasında ilişki olduğu bilinmektedir.³⁸

F. Beslenme (Diyet) faktörü

Kanserde evresel etiyolojik faktörlerin % 40-60'ı kadarının beslenmeden kaynaklandığı düşünülmektedir. Beslenme ile kanser ilişkisinde; besinlerdeki mitotoksinler, doğal karsinojen maddeler, besinlere uygulanan işlemler ve tüketilen besinin içeriği ve miktarı rol oynamaktadır.³⁸

G. İmmunolojik faktörler

İmmunolojik sistem yetersizliği ile kanser arasında bir ilişki olduğu da bilinmektedir. Bunu destekleyen bazı örnekler vardır.

- İmmun sistemin kalıtsal ya da edinsel nedenlerle baskılanması, örneğin transplantasyon ve AIDS hastalarında kanser riski artmaktadır.
- Bağışıklık sisteminin zayıf olduğu çocukluk ve yaşlılık döneminde kanser sıklığıнын artması dikkat çekicidir.

Otoimmün hastalıklarda; örneğin romatoid artiritte kanser riski artmaktadır.³⁸

2.4. Kanserin Belirtileri

Kanserin belirtileri hastalığın bulunduğu organa ve yayılım derecesine göre değişiklik gösterir. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu'nun "Kanser konusunda genel bilgiler" yayınında kanserin tehlike belirtileri aşağıda verildiği gibidir.³⁹

- Vücudun herhangi bir yerinde şişlik
- İyileşmeyen ya da iyileşmesi geciken yara
- Ben ve siğillerdeki değişiklik
- Olağan dışı kanama
- Yutma güçlüğü
- Sürekli öksürük ve ses kısıklığı
- İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklik
- Nedeni açıklanamayan ateş ve zayıflama

2.5. Kanserin Tedavisi

Kanserde üç tür tedavi yöntemi vardır;⁴⁰

1. Cerrahi tedavi
2. Radyasyon tedavisi
3. Kemoterapi

Ayrıca hormonoterapi, immonoterapi, kemik iliği transplantasyonu ve lazer tedavisi gibi tedaviler de sık olmakla beraber, diğer tedavilere ek olarak kullanılmaktadır

2.6. Kanserden Korunma

Dünya Sağlık Örgütü, kanser programlarının altı alanda ele alınmasını öngörmektedir.³³

- Birincil koruma
- İkincil koruma(Erken Tanı)
- Zamanında ve uygun tedavi
- İzleme
- Tedavi sonrası bakım
- Rehabilitasyondur.

Bu alanlarda yapılacak çalışmalar ile kanser kontrol programları başarıya ulaşacaktır. Bu programa göre;³³

- Birincil koruma kapsamında gereken sağlık eğitiminin yapılması ve önlemlerin alınması
- İkincil koruma kapsamında; tüm toplum ve yüksek risk altında olanlar için sitolojik tarama programlarının uygulanması, serviks, mesane kanserleri için sitolojik çalışmalar, gaitada gizli kan bakılması
- Kanserli hasta bakımında disiplinler arası bakım uygulamalarının yapılması, rekonstrüktif cerrahi, beslenme, öz bakım gücünün geliştirilmesi, psikolojik destek gibi alanlarda rehabilitasyon hizmetlerinin yürütülmesi
- Terminal dönem hastaları için gereken palyatif cerrahi, radyoterapi, ağrı kontrolü, psikolojik yardım gibi konularda gereken uygulama ve bakım hizmetlerinin verilmesi
- Kansere ilişkili olarak gerekli demografik, hastalıkla ve ölüm bilgileri ile ilgili kayıtların sağlıklı tutulması
- Erken tanı, bakım, eğitim, klinik yöntemlerin değerlendirilmesi, tekniklerinin geliştirilmesi ve bunların uygulamaya girmesinin sağlanması

- Yapılan çalışmaların etkinliğinin ve maliyetinin değerlendirilmesi
- Kanser alanında çalışan tüm sağlık disiplinlerini kapsayacak eğitim programlarının uygulanması gibi hizmetlerin yer alması gerekir.

2.7. Bakım Verme ve Bakım Verici Kavramı

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır.⁴¹

Bakım verici hastalıkla baş eden ya da fiziksel bakım ile birlikte bireye yardımcı olan bir kişidir. Diğer bir tanımlama olarak, resmi olmayan/ gayri resmi bakım verici (lay caregiver) “akraba ya da arkadaşlar tarafından yardım ya da destek sağlayan kişiler” olarak tanımlanmıştır.⁴²

Merriam-Webster sözlüğü⁴³ (2010) bakım verici için “bir çocuk ya da kronik bir şekilde hasta için direk bakım sağlayan birey” tanımlamasını yapmıştır. Bakım verme, formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde incelenmektedir. Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır.⁴⁴ Evde formal bakım sağlayanlar daha çok hemşire, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarıdır.⁴⁵

İnformal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme: bakım vericinin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir.²⁰ İnformal bakım vericiler ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlardır.⁴⁴

2.7.1. Kanserde Bakım Vericilik

Onkolojide tanı ve tedaviye yönelik gelişmelere rağmen, hastalıklar içerisinde bireyi en çok korkutan şüphesiz kanserdir. Kanser, hastalarda bağımsızlığını, yaşam

üzerindeki kontrol gücünü, mahremiyetini, sosyal statü ve rollerini, kendine güvenini ve geleceğini planlama gücünü kaybetme gibi olumsuz etkilere neden olmaktadır.^{46, 47}

Kanser kronik bir hastalıktır, özellikle kronik hastalıklarda aile fertlerine daha çok görevler düşmektedir. Hastaların uzun zaman süren kombine tedavileri, kontrolleri, evde kendisine düşen eski görev ve sorumluluklarının değişmesine, aile fertlerinin bundan sonra uzun zaman sürecek bir sorumluluk paylaşımı anlayışına sahip olmalarına neden olacaktır. Bunlara da ek olarak hastanın sağlık sorumluluğuna, öz bakım gücüne sahip olması, gelişebilecek komplikasyon veya metastazlara karşı uyanık olması ve bunları yaşam biçimi haline getirmesi için de ailesel desteğe gereksinimi vardır.⁴⁸

Bakım verme, bakım verici bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına yol açabilmektedir.⁴⁹

Evde kanserli hastalara bakım verici bireylerin hastalarının bakım gereksinimini karşılamada, hastalığın kendisi ve tedavinin yan etkisi olarak ortaya çıkan yakınmaları yönetmede, hastalarına duygusal destek sağlamada güçlük yaşadıkları bildirilmektedir.¹⁴

Hasta yakınları evde bakımda en fazla ağrı yönetimi, hasta mobilizasyonu, günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması, sağlık çalışanları ile iletişimi sağlama, semptom yönetimi, evde ilaç tedavisini uygulama, hastanın duygusal reaksiyonlarının yönetimi konularında güçlük yaşamaktadır.²¹

2.7.2. Primer Bakım Vericilik

Primer bakım vericiler, sağlık kurumu ortamı dışında kronik hastalıklı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının

karşılanmasında primer destek grubunu oluştururlar. Ülkemizde kronik hastalıklı bireylerin bakım vericilerine ilişkin yapılan çalışmalarda primer bakım vericilerin aile içerisinde seçildiği belirlenmiştir.⁴⁴ Bu grup profesyonel ya da profesyonel olmayan bireylerden oluşabilir. Grubun oluşturulmasında aile içi destek sistemi göz önünde bulundurulur. Hasta bireyin ailesinin profesyonel bakım verici sağlaması sosyo-kültürel ve ekonomik statüye göre belirlenebilir.

Bakıma klasik olarak kadın sorumluluğu olarak yaklaşılır ve bu konuda kadınlar baskındır.⁵⁰ Yaşar'ın⁴ (2008) çalışmasında bakım vericilerin %88'inin kadın olduğu ortaya çıkmıştır. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada da kanser hastasına bakım verici eşlerin %59'unu kadınlar oluşturmaktadır.⁵¹

Grov ve ark.⁵² (2005) yaptıkları bir çalışmada, kanserli hasta yakınlarının fiziksel yaşam kalitelerini her iki cinsten de anlamlı derecede yüksek bulmuş ancak mental yaşam kalitesinin erkeklerde önemli derecede düşük olduğunu saptamışlardır. Her iki cinsin anksiyete düzeyleri de önemli derecede yüksek bulunmuştur.

Kanser hastalarına bakım veren eşlerde bakım verme sırasında rol performanslarında ve sosyal etkileşimlerinde de değişimler yaşanmaktadır. Özellikle bu sorunlar eşler orta yaşta ise; çocuk bakımı, ev işleri ve mesleki rollerin de devreye girmesiyle daha da artmaktadır. Bunun yanı sıra eğer eşler tüm gün boyunca hastalarına bakım veriyorsa, ailenin günlük yaşamını devam ettirme, diğer aile üyelerinin ve kendisinin gereksinimlerini karşılama sorumluluklarını sürdürme ile ilgili gereksinimleri daha da artmaktadır. Konu ile ilgili yapılmış çalışmalara göre; bakım vericilerin kendi bireysel gereksinimlerini karşılayacak ve rahatlamalarını sağlayacak, eğlence faaliyetlerine ayıracak, arkadaş-akraba ziyareti yapacak enerji ve zamanlarının olmaması, bu alandaki sorunların şiddetini daha da artırmakta⁷, bakım verici suçluluk

duymadan kendine vakit ayıramamakta, dinlenememekte, kısa süreli de olsa evden uzaklaşmamaktadır.⁵³

Kanserli hastalara uygulanan tanı/tedavi amaçlı girişimler, hastalığa bağlı ağır yan etkiler ve komplikasyonlar hastalara olduğu kadar hasta yakınlarına da ekonomik bakımdan ağır yükler getirmektedir.⁵⁰ Yapılan başka bir çalışmada; hasta yakınları maddi anlamda büyük sıkıntı yaşadıklarını, kendi yaşam koşullarını hastalık ve tedavi sürecine göre değiştirmek durumunda kaldıklarını, bakım vermeleri nedeniyle ya işlerini bıraktıklarını ya da işlerinde majör değişiklikler yaptıklarını, daha ucuz eve taşınmak, birikimlerini harcamak, diğer aile üyelerinin sağlık bakım ihtiyaçlarını ertelemek ve onlar adına kurdukları eğitim planlarını da değiştirmek zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir.⁵

Bakım vericilerin özelliklerinin bilinmesi; günlük yaşama yönünden risk altındaki grubun belirlenmesi, destek gruplarının bu özelliklere göre oluşturulması, götürülecek hizmetin planlamasında kaynakların saptanması, sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması açısından önemlidir.^{54,55}

2.8. Bakım Verici Bireylerin Gereksinimleri

Kronik hastalığı ve eşlik eden çeşitli sağlık sorunları olan bireylerin bakımı ve karmaşık tedavileri bakım verici bireylerin katılımını gerektirmektedir. Tedavideki gelişmelerle kronik hastalıklı bireylerin yaşamının uzamasını, bakım verici bireylerin de uzun süre bakıma katılımlarını gerekli kılmaktadır. Ancak bakım verici bireylerinin çoğu uzun dönem bakımı sağlamak için gerekli bilgi ve beceriye sahip değildir; kendini güvensiz ve hazırlıksız hissedebilmektedir. Bakım verici bireyler sağlık ekibinden aldıkları rehberlikle bakım verici rolünü nasıl gerçekleştirecekleri konusunda kaygı içerisinde olduklarını; gereksinim duyulan ve daha önce deneyimledikleri bakımı

verme, kaynaklara nasıl ulaşacağı ve nasıl kullanacaklarını bilmemekten dolayı belirsizlik yaşadıklarını belirtmektedir.⁵⁶

Literatürde bakım verici bireyin hastasına vereceği bakımın boyutlarına ilişkin bilgi gereksinimi olduğu sürekli belirtilmektedir. Bu gereksinim hastalığa ilişkin bilgi ve yardım, fiziksel bakımı, hastasını rahatlatma, beklenen semptomların ne olduğu, bu semptomların neden ortaya çıktığı ve nasıl kontrol edileceği, tedavi rejimleri, gelecekteki durumu, hastanın duygusal tepkileri, ev işleri, toplumsal ve mali kaynaklar gibi birçok konuyu kapsayabilir. Ayrıca bakım verici bireyin hasta transportu, semptomları izleme ve rapor etme, hastasının kişisel bakımını sağlama (banyo, yürüme, giyinme gibi), beslenme konuları, bakımın koordinasyonu (randevu alma ve doktoru arama), hastalık durumunu izleme ve finansal aktivite gibi konuları nasıl yapılandıracağı ve kontrol edeceğine yönelik yardım gereksinimi olduğu belirtilmektedir.⁵⁷

2.9. Bakım Verme Yüğü

Bakım verme yükünün tanımı, son 40 yılda önemli değişikliğe uğramıştır. Lidell, yük kavramının ilk olarak 1966 yılında Grad ve Sainsbury tarafından “ruh sağlığı bozuk kişiler için kullanıldığını, olumsuz sonuç veya ailenin yaşadıkları zorluklar” olarak tanımlandığını ifade etmektedir.⁵⁸

Bakım verme yükü, bakım verme sırasında gelişen fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik problemler olarak çok boyutlu bir şekilde tanımlanabileceği gibi ailenin olumsuz çıkarımı veya değerlendirmesi, etkileşim süreci, bakımın aile üzerindeki etkisi, hastaya bakım vericinin aşırı yük altına girmesi veya hissettiği zorlanma ya da çoğunlukla kadın bakım vericilerin hissettiği önemli bir duygusal bedel olarak da tanımlanmaktadır.^{20, 49, 58}

Bakım verme yükü, ayrıca objektif ve sübjektif olarak iki farklı şekilde de tanımlanmaktadır. Objektif bakım verme yükü, bakım vericinin ve ailenin yaşamındaki değişim veya engellenme, sübjektif bakım verme yükü ise bakım vericinin kendi rolüne ilişkin duyguları olarak tanımlanır. Her iki bakım verme yükünün de birbirini etkilediği, teorik olarak ikiye ayırmanın kullanışlı olmasına karşın uygulamada aile üyelerinin yükü iki bölüm halinde yaşamadığı bilinmektedir^{20,58}

2.10. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım vericilerin tamamının bakım verme güçlüğü yaşamadığı, güçlük yaşayanların ise güçlük yaşama düzeyleri birbirinden farklı olduğu bilinmektedir. Bakım verme güçlüğüne etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler;^{45, 56, 59}

- Bakım vericinin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyleri, kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu vb),
- Hasta ile olan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği,
- Hasta ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi,
- Ambivalan duygular yaşanması,
- Hastanın bakımına karar verilirken fikirlerinin alınmaması,
- Bakım vericinin sağlığının bozuk ya da yaşının ilerlemiş olması,
- Bakım vericinin hasta bakımı dışında da sorumluluklarının olması,
- Hastaya sadece bir alanda değil, çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, bakım konusunda yardım eden kimsenin olmaması vb.),
- Hasta bireyin, bakım verici bireyin yaşantısına müdahale etmeye çalışması,
- Bağımlılığı olan hasta bireye bakım verme,

- Dar ve orta gelirli ailelerin ekonomik nedenlerle küçük konutlarda oturması ve hastaya ayırabilecekleri bir mekanın olmaması,
- Kentte değişen sosyal yaşam sonucu kırsal kökenli hastalarla aile içi uyumsuzluklar,
- Ekonomik zorunluluktan ya da eğitimleri gereği kadınların çalışması, bu nedenle hastaya bakacak ya da eşlik edecek bir kişinin evde bulunmaması, bakım verme güçlüğünü etkileyen faktörler arasındadır.

2.11. Bakım Vermede Yaşanan Güçlükler

Bakım vericinin güçlük algısı, verdiği bakımın kendi yaşamını etkilemesi olarak tanımlanabilir. Bu algı diğer aile üyeleri ya da sağlık profesyonellerinin algısından oldukça farklıdır.²⁰

Fiziksel güçlükler; bakım verme nedeniyle bireylerde hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı gibi somatik şikayetlerdir. Ayrıca kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon zorluğu, giyim ve kuşamda dağınıklık ve bakım verici bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlığında bozulma görülmektedir. Bakım verenlerin vermeyenlere göre daha fazla hastalık, semptom, sağlık hizmeti kullanımı, kardiovasküler sorun gibi fiziksel sağlıkta objektif değişiklikler yaşadıkları saptanmıştır.⁴⁵

Emosyonel güçlükler; huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, iğneleyici davranışlar, alkol ve ilaç kullanımında artış ve problem çözmede güçlük yaşanmasıdır.²⁰

En yaygın görülen belirtiler ise stres ve anksiyetede artma olmasıdır. Birey, bakımdan kaynaklanan anksiyete duygusunu tüm yaşamına genelleyebilir. Stres ya da

engellenmişlik duygularını sözel olarak ifade edemeyenlerde daha fazla depresyon belirtileri görülebilir. Yaşanan problemlerin tartışılması, bakım verme ile ilgili baskı ve kaygıları azaltmada önemlidir.^{45,56}

Sosyal güçlükler; kronik hastalığı olan bireye bakım verme, sosyal ve kişiler arası problemlere de yol açmaktadır. Bakım vericiler yaşamlarını genellikle sevdiklerinin gereksinimleri doğrultusunda düzenleyebilir ya da aile üyeleri tarafından böyle bir düzenleme yapması beklenebilir.²⁰

Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden fedakarlık eden bakım vericinin, eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, bu nedenle de sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır.⁴⁵

Ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler; evde bakım sağlamanın ekonomik maliyeti, informal bakım vericilerin güçlük yaşamasında önemlidir. Bu ekonomik sorunlar içinde en sık yaşananlar, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, iş saatlerinin azaltılması ya da işin sonlandırılmasıdır. Bakım verme nedeni ile işleri ayarlamak zorunda kalan bireyler genellikle daha yüksek düzeyde zorlanma yaşadıklarını ifade ederken, çalışma ve emekliliğin avantajlarından, kişisel doyumdan ve kazançtan vazgeçmek zorunda kalabilmektedirler.⁴⁵

2.12. Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi

Bakım verme yükünün ölçülmesi ya da değerlendirilmesi klinisyenler ve araştırmacılar için özellikli bir konu olmuştur. Değerlendirilme bakım vericinin durumunu tanımlamak için bilgi sağlamada sistematik bir süreç olup, bakım vericinin kendi sağlık ve iyilik durumunu sürdürmeye yardım için kendi kültürü ve algısıyla

durumuna bakışı, özel problemleri, gereksinimleri, kaynaklar ve güçlü yönlerini belirlemek amaçlanır.⁵⁵

Bakım sağlayan aile üyelerinin bakım yükünün ölçülmesi için birçok ölçek geliştirilmiştir. Klinisyenler ve araştırmacılar bu ölçüm araçları ile bakım yükü hakkında çok yönlü bilgi sağlayabilmektedir. Geliştirilen bakım yükü ölçüm araçlarının çoğu kanserli hastalara bakım veren bireyler için oluşturulmuş ve diğer kronik hastalığı olan bireylerin bakım vericileri için kullanılmıştır. Ölçekler, bakım yükünü objektif, subjektif ya da her iki yönden değerlendirmeyi sağlamaktadır. Bakım verici yükünün objektif ölçümleri ile hasta adına gerçekleştirilen görevlerin/işlerin sayısı ya da sağlanan bakımın süresi gibi değişkenleri içermektedir. Objektif ölçümlerin avantajları, bakım vericinin sıkıntı hissinden kaynaklanan hatalara yatkınlığı önlemesidir. Kısa, kolay uygulanabilir ve girişimleri açık-net değerlendiren ölçeklerdir. En önemli dezavantajı bakım vericinin yaşamına etkisini tüm boyutlarıyla değerlendirememesidir. Bu yüzden bu gibi ölçümler bakım verici yükünün bir bileşenini değerlendirdiğinden karmaşık bakım verici sıkıntısını doğru olarak yansıtmayabilir ve sıkıntı nedenleri göz ardı edilebilir.⁶⁰

Subjektif ölçümler bakım verici üzerindeki emosyonel distresin derecesini elde etmek için kullanılmaktadır. Subjektif ölçümler, birçok madde içermesi, uzun olması ve klinik uygulanabilirliğinin sınırlı olması nedeniyle bakım vericilerin yanıtlamasını zorlaştırabilir. Klinik uygulanabilirliğini geliştirmek için kısa tarayıcı ölçekler ya da alt ölçekleri kullanılabilir.⁶⁰

2.13. Yaşam Kalitesi ve Tanımı

Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının; sürekli gelişim ve değişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilen, yaşamda nelerden zevk alındığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğini ifade etmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zordur.⁶¹

Araştırmacıların bir kısmı yaşam kalitesini “bireylerin doyumu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişimi” olarak tanımlarken, çoğunluğu “mutluluk, doyum ve uyum” olarak tanımlamışlar ve yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı kullanılmıştır.⁵ Ganz’ın⁶² (1994) belirttiği gibi; son yıllarda iki araştırma grubu tarafından, genel olarak kabul gören iki yaşam kalitesi tanımı benimsenmiştir. Bu tanımların birincisi; bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesidir. Bu tanım ölçümün öznelliğini ve bir global değerlendirmenin önemini vurgular. İkincisi ise; hastanın şimdiki fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığının değerlendirmesi olup, doyumunu içermektedir. Bu tanım ise, yaşam kalitesi değerlendirilmesinin öznelliğine ve bireyin şu andaki sağlık durumuna verdiği öncelik ya da değere dikkati çeker. Örneğin; aynı fonksiyonel yetersizliğe sahip iki kişi, kendi sağlık durumlarını farklı değerlerde ifade edebilirler.⁶²

2.14. Yaşam Kalitesini Azaltan ve Artıran Durumlar

Bireylerde yaşam kalitesi yaşam tarzı değişikliklerinden etkilenerak yetersiz hale gelebilir. Bu durumda yaşam kalitesini yükseltmek için, sağlık profesyonelleri gereken tedavi ve bakımla bireyi yetersiz olduğu konularda yeterli hale getirmelidir.⁶³

A. Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar

*Temel gereksinimlerinin karşılanmaması

*Beden imgesinin değişmesi

- *Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- *Kronik yorgunluk, bitkinlik
- *Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- *Gelecek ile ilgili kaygılar
- *Destek sistemlerindeki yetersizlikler
- *Akut yada kronik sağlık sorunları

B. Yaşam Kalitesini Artıran Durumlar

Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bireyin:

- *Ekonomik ve sosyal güvence içinde olması
- *Güven içinde yaşaması
- *Rahatlık ve gereken konfora sahip olması
- *Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması
- *Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması
- *Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin olması
- *İtibar görmesi
- *Otonomisinin olması
- *Mahremiyetine değer verilmesi
- *Kendini ifade edebilmesi
- *Fonksiyonel olarak yeterli olması
- *Özgün bir birey olarak algılanması
- *Huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir.⁶³

2.15. Bakım Vericilerde Yaşam Kalitesi

Kanser tanısının konması ve tedaviye başlanması; birey ve ailenin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini alt üst etmekte, yaşamdan doyum almalarını

engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından tanımlanmış olup, bireyin kendisini nasıl hissettiği, günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yapabildiğini ifade eden bir kavramdır. Hastaların mevcut fonksiyonel düzeyine karşın, algılarının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı “doyum” şeklinde de yorumlanan yaşam kalitesi çok boyutlu kavram olup, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerine ilişkin yorumlar, değerlendirmeler gerektirmektedir. Kanser tedavisinde amaç; bireyin ve ailenin yaşamı tehdit eden hastalıkla ve tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan semptomları kontrol etmek, en aza indirmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır.⁶⁴

Kanser tanı sürecinde hasta ile birlikte aile üyeleri de aynı düzeyde etkilendiğinden bakım sürecinin her aşamasına ailenin katılımı ve desteği önemlidir. Kanser sadece bir kriz değil, sürekliliği olan psikososyal bir süreçtir. Kanserden etkilenen aile bireylerinin nasıl tepki verdiği kanserin karakteristik özelliğine göre değil, aile bireylerinin algılamasına göre değişir. Hasta veya eşlerindeki depresif ruh hali, çocuklar, ev halkı ve evlilik ile ilgili sorunlar yaratabilir. Kanseri yaşayan aile için sosyal destek önemlidir. Kanseri yaşayan her çiftte evlilik geriliminin yükseleceği beklenmelidir. Aileler, kanserle ilgili beklenmedik olayda ne zaman ve nasıl başa çıkacakları konusunda sorun yaşarlar.⁶⁵

McMillan ve ark.⁶⁶ (2005) yaptıkları bir çalışmada; kanser hastası yakınlarına bakım vericilerin yüksek düzeyde stres altında olduklarını, depresyon ve diğer sağlık sorunları açısından artan bir risk taşıdıklarını ve mortalite oranlarının arttığını bildirmişlerdir

Yapılan bir başka çalışmada kronik hastalığı olan yakınlarına bakım verici aile üyelerinin fiziksel ve mental sağlıklarının tehdit altında olduğu gösterilmiştir. Aynı

çalışmada hasta yakınlarının içinde buldukları stresli durumla başa çıkma yöntemlerini kullanmalarının, hasta ve yakını arasındaki ilişkiyi etkilediği gösterilmiştir.⁶⁷

Grov ve ark.'nın⁵² (2005) meme ve prostat kanserli hastalarına bakım vericilerinin yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada; hasta yakınlarının fiziksel yaşam kaliteleri her iki cinste de anlamlı derecede yüksek bulunmuş ancak mental yaşam kalitesi erkeklerde önemli derecede düşük çıkmıştır. Her iki cinsin anksiyete düzeyleri de önemli derecede yüksek bulunmuştur.

Ferrell ve ark.'nın⁶⁸ (2002) yaptıkları bir çalışmada; over kanserli hastalarına bakım verici aile üyeleri; kendilerini çok yorgun hissettiklerini ve hastalığın başlangıcından itibaren kendilerinde birçok sağlık sorunu ortaya çıktığını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada hasta yakınları kendilerini çok sinirli, sorunlarla baş etmede yetersiz bulduklarını ve hastalarına bakabilmek için işlerinden ayrılmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir.

Weitzner ve ark.¹⁴ (1999) tarafından yapılan bir çalışmada; küratif ve palyatif bakım almakta olan kanserli hastalarına bakım veren yakınlarının yaşam kaliteleri karşılaştırılmış, palyatif bakım veren hasta yakınlarının yaşam kaliteleri ve sağlık durumlarındaki bozulma anlamlı derecede düşük çıkmıştır.

Ferrell ve ark.'nın⁶⁹ (1995) yaptıkları bir çalışmada kanserli hastasına bakım verici aile üyelerinin yaşadıkları fiziksel ve psikolojik sıkıntıların ve yaşam kalitelerindeki değişikliklerin, hastalarına verdikleri bakım ve hastaların ağrı kontrolü üzerinde etkili olduğunu göstermişlerdir.

Kanser; bireyi ve aileyi her yönüyle etkileyen bir hastalık olması nedeniyle, hastalarda istenen yaşam kalitesine ancak başta bakım verenin olmak üzere hasta

ailesinin yaşam kalitesinin de beklenen düzeyde olması ile ulaşılabilir. Bu durum uzun süreli ve zor bir süreçtir.²²

2.16. Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü

Bakım verici yükü ve güçlüğüne yönelik girişimlerin yer aldığı araştırma sayısı sınırlıdır. Bu girişimler; psiko-eğitim, destekleyici, psikoterapi ve/veya bilişsel davranışlar, masaj ya da iyileştirici dokunma, günlük erişkin bakımı ve bakım alıcının yeterliliğini geliştirmeye yönelik girişimlerdir.⁶⁰

Hemşirenin bakım vericilerin gereksinim duyduklarında gerekli yardım ve rehberlik hizmetlerini nereden ve ne zaman alacakları konusunda yapacağı danışmanlık, bakım verenin yardım arama çabasını destekleyerek ona yararlı olabilir. Bireye yaşadığı duyguların normal olduğu ve yapabileceğinin en iyisini yaptığı konusunda geri bildirim verilmesi yararlı olmaktadır. Aynı zamanda hemşire bireye yaşadığı problemleri çözülebilir basamaklara ayırması, kaynakları ve uygun seçenekleri belirleyebilmesi konusunda yardım edebilir. Bakım verenin sevdiği birine sağlayacağı bakımla ilgili bilgi ve deneyime ihtiyacı olabilir. Örneğin hastalık, ilaç kullanımı, tehlike belirtileri, uygun teknoloji kullanımı hakkında eğitim, bakım vericilerin yeterlilik ve memnuniyet duygularını artırmaktadır.²⁰

Özkan'ın⁶⁵ (2001) çalışmasında, kanser tanısı alan hastaların ailelerinin, bazı dönemlerde depresif belirtiler gösterdiklerini belirtmiştir. Kanserli hastanın bakımında aile bireylerinin stres düzeyleri ölçülmüş ve çalışmalarda hemşirelik bakımının etkisi vurgulanmıştır. Hemşirelik girişimleri, ailelerin var olan kaynaklarını daha çok kullanmalarına yardımcı olmaktadır. Hemşire tanılama, kriz danışmanlığı ve başa çıkma stratejilerinin belirlenmesinde önemli sorumluluk üstlenir.

Kanserli hastalarda da hemşirelik girişimleri aile destek bağlarının etkileşimini ve fonksiyonlarını artırmada önemli bir role sahiptir. Bu girişimler hastanın ve ailenin destek kaynaklarını harekete geçirerek hastalık sürecine uyumu kolaylaştırmaktadır.⁵¹

Halk sağlığı hemşiresi ev ziyaretleri sırasında hastaya bakım vericileri belirleyebilir, bakım vericinin güçlük yaşayıp yaşamadığını saptayarak, uygun hemşirelik girişimleri ile bireylerin bakım verme sürecinden zarar görmesini engelleyebilir. Bakım verici bireyle görüşme yaparken, alınan cevapların dürüst olması için bakım alan bireyin olmadığı bir ortamda görüşme yapılması, bakım vericinin en çok kaygı duyduğu alanlar ile ilgili soruların yargılamadan, açık bir şekilde sorulması, bakım verici bireyin ek masraflar ya da iş kaybı nedeniyle oluşan önemli ekonomik sorunlar hakkında konuşmak istemeyebileceğinin farkında olunması, bakım verme aktivitesini etkileyeceği için bakım vericinin fiziksel ve emosyonel sınırlılıklarının tanımlanması, düzenli olarak yürütülmesi, gereken görüşmelerin bakım vericinin gereksinim duyduğu zamanlarda da sürdürülmesi, mümkün olduğunca hastanın diyet ya da tedavi yönetiminin basitleştirilmesi, sosyal izolasyon nedeniyle bakım vericinin depresyon belirti ve bulguları yönünden izlenmesi, hemşirenin özellikle dikkat etmesi gereken konular arasındadır.²⁰

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı-ilişkisel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Kür Polikliniğinde, ayaktan kemoterapi alan hastaların bakım vericilerine 04 Aralık 2009-01 Aralık 2010 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini söz konusu hastanenin Kemoterapi Kür Polikliniği'nde ayaktan tedavi gören hastaların bakım vericileri oluşturmaktadır. Evrenin tümü araştırma kapsamına alındığı için örnekleme yöntemine başvurulmamıştır (N=190).

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Psikiyatrik sorunu olmayan,
- 18 yaşını doldurmuş,
- En az okuma yazma bilen,
- Soruları anlayabilecek yeterlilikte olan,
- Hasta bakımından birinci derecede sorumlu olan bakım vericiler araştırma

kapsamına alınmıştır.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Bakım Vericileri Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan formda; bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri ve bakım vermeye ilişkin durumlarını belirlemeye yönelik tanıtıcı sorulara yer verilmiştir.^{6,15,45,50} Bu formda yer alan sorular; yaş, cinsiyet, çalışma durumu, geliri algılama durumu, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, yaşadığı yer, çocuk sahibi olma durumu, hastaya olan yakınlık derecesi, kronik hastalık varlığı, ailede kanser tanısı olan başka bir bireyin varlığı, bakımda destek alma durumu, toplam bakım verme süresi ve günlük ortalama bakım verme süresini içermektedir.

Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2)

Hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirleyen formdur. Bu form yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence ve kanser tipini içerir.

Tablo 1. Kanserli Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	S	(%)
Yaş (Ort±SS) 57.1±11.9		
Cinsiyet		
Kadın	111	58.4
Erkek	79	41.6
Yaşadığı Yer		
İl	112	58.9
İlçe	31	16.3
Kasaba	10	5.3
Köy	37	19.5
Eğitim durumu		
Okur-yazar	76	40.0
İlköğretim	90	47.4
Lise	14	7.4
Üniversite	10	5.2
Medeni durum		
Bekar	15	7.9
Evli	147	77.4
Boşanmış/ Dul	28	14.7
Sosyal güvence		
Var	159	83.7
Yok	31	16.3
Kanserin Tipi		
Akciğer	29	15.3
Mide	54	28.4
Kolon	41	21.6
Meme	38	20.0
Diğer kanserler	28	14.7
Toplam	190	100.0

Bakım vericilerin bakım verdikleri kanser hastalarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 57.1 olduğu, çoğunluğunun kadın (%58.4) olduğu, %47.4'ünün ilköğretim mezunu olduğu ve %77.4'ünün evli olduğu belirlenmiştir. Primer kanser türü açısından ilk üç sırada mide (%28.4), kolon (%21.6) ve meme (%20) kanser türleri bulunmaktadır (Tablo 1).

Bakım Verme Yüğü Ölçeği (EK 3)

Bakım Verme Yüğü Ölçeği Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım vericilerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım vericilerin

kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman seklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir.⁷⁰ Yapılan çalışmalarda, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.56 ile 0.95 arasında değişmektedir.^{45,71,72,73} Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanılan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir.⁷⁰

Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İnci tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği 0.71 ve bakım verme yüğü ölçeğinin alfa katsayısı 0.95 bulunmuştur.⁴⁵ Bu çalışmadaki bakım verme yüğü ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı ise 0.83 olarak saptanmıştır.

Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kanser (EK 4)

Yaşam kalitesi ölçeği Weitzner ve ark.¹⁴ tarafından kanserli hastaların bakım vericilerinin yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla 1999 yılında geliştirilmiştir. Ölçekte beşli likert tipi skala kullanılmıştır. Bu skalada, her bir soruya yönelik 0'dan 4'e kadar seğenekler yer almaktadır. Bakım vericiler ölçekteki maddelere 0= Neredeyse Hiç, 1= Çok Değil, 2= Biraz, 3= Bir Hayli, 4= Çok Fazla olarak yanıt vermektedir. Toplam 35 ifadeden oluşan ölçek; yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır.¹⁴

Yük Alt Boyutu: Bu alt boyut, kanser hastalarının bakım vericilerinde yaşadıkları yük düzeyini belirlemeye yöneliktir ve bu boyut 9, 11, 14, 17, 18, 19, 20,

25, 31 ve 33 numaralı maddeleri içermektedir. Bu maddeler ters olarak puanlanmakta ve puanlar 0-40 arasında değer almaktadır.

Rahatsızlık Alt Boyutu: Bu alt boyut, kanser hastalarının bakım vericilerinde bakım vericilik durumundan algıladıkları rahatsızlık düzeyini belirlemeye yöneliktir ve bu boyut 1, 3, 5, 21, 24, 26 ve 29 numaralı maddeleri içermektedir. Bu maddeler ters olarak puanlanmakta ve puanlar 0-28 arasında değer almaktadır.

Pozitif Adaptasyon Alt Boyutu: Bu alt boyut, kanser hastalarının bakım vericilerinde bakım vericilik durumundan yaşadıkları memnuniyet düzeyini belirlemeye yöneliktir ve bu boyut 10, 12,16, 22, 27, 28 ve 34 numaralı maddeleri içermektedir. Puanlar 0-28 arasında değer almaktadır.

Finansal Sıkıntı Alt Boyutu: Bu alt boyut kanser hastalarının bakım vericilerinde bakım verirken yaşadıkları finansal sıkıntıyı belirlemeye yöneliktir ve bu boyut 6, 7 ve 8 numaralı maddeleri içermektedir. Bu maddeler ters olarak puanlanmakta ve puanlar 0-12 arasında değer almaktadır.

Kalan 8 ifade (uyku sorunları, cinsel yaşamdan memnuniyet, günlük hayatın baskılanması, zihinsel yorgunluk, hastalık hakkında bilgilendirilme, hastanın korunması hastanın ağrısının yönetimi, ailenin bakım vermeyle ilgilenme durumu) bu 4 boyuttan bağımsız olarak değerlendirilir ve ölçeğin toplam puanına katkı verir. Değerlendirmede ölçekteki “4, 10, 12, 16, 22, 23, 27, 28 ve 34” no’lu ifadeler düz olarak puanlanırken, kalan ifadeler tersine çevrilerek puanlanır. Her bir alt boyut için bulunan ham puan yanıtlanan ifade sayısına bölünür ve alt boyutların puanı belirlenir. Ölçeğin toplam puanı 4 alt boyuta verilen yanıtlar ile 8 ifadeye verilen yanıtların, yani ölçekteki tüm ifadelere verilen yanıtların toplanarak yanıtlanan ifade sayısına

bölünmesiyle elde edilir. Bu puanlama yöntemiyle ölçeğin toplam puanı 0 ile 140 arasında değişir. Puanın yüksek olması yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir.¹⁴

Weitzner ve ark.¹⁴ (1999) 180 bakım vericide inceledikleri CQOLC iç tutarlılık katsayısını 0.91, bu bakım vericilerin 83'ünde inceledikleri test-retest korelasyon katsayısını ise 0.95 olarak bulmuşlardır.

Yaşam kalitesi ölçeği ülkemizde iki ayrı çalışma ile Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bektaş ve Özer⁷⁴ (2009) tarafından yaşam kalitesi ölçeği Türk toplumuna uyarlanırken, bireysel ölçek faktör skorları alt gruptaki söz konusu öğelerin puanlarının toplanmasıyla elde edilmiştir. Toplam ölçek skoru 35 sorunun her birinin puanlarının toplanmasıyla yapılmıştır. Ancak, ölçek içerisinde 4, 10, 12, 16, 22, 23, 27, 28, 34, ve 35 numaralı maddeler bir faktör yükü taşımadığından ölçek toplam puanından çıkarılmış, 25 soruyla ölçek geçerlilik ve güvenilirliği saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ise 0.88 olarak bulunmuştur.⁷⁴ Karabuğa¹⁵ ise çalışmasında ölçeği 35 madde şeklinde uygulamış ve bu şekliyle Türk toplumuna geçerlilik güvenilirliğini saptamıştır, Cronbach alfa katsayısı ise 0.88 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karabuğa tarafından yapılan formu kullanılmış ve ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.87 olarak saptanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Kemoterapi Kür Polikliniğine ayaktan kemoterapi tedavisi almaya gelen hastaların bakım vericilerine EK-1, EK-2, EK-3 ve EK-4' de yer alan anket formları yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından doldurularak toplanmıştır.

Araştırma verileri; bakım vericilerle görüşme 01 Mart 2010’ da başlayan veri toplama süreci 30 Eylül 2010 tarihinde tamamlanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde; Statistical Package For Social Science (SPSS) 11.5 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde;

- Hastaların ve bakım vericilerin tanımlayıcı özellik verilerinin sayı ve yüzde dağılımları,
- Bakım vericilerin tanımlayıcı özellikleri ile bakım verme yükü ölçek puan ortalaması arasında, parametrik değişkenlerde; Independent-Samples t Test, nonparametrik değişkenlerde; Kruskal Wallis, Mann Withney-U, One-Way ANOVA testleri,
- Bakım vericilerin tanımlayıcı özellikleri ile yaşam kalitesi ölçek toplam puan ortalaması arasında parametrik değişkenlerde; Independent-Samples t Test, nonparametrik değişkenlerde; Kruskal Wallis, Mann Withney-U, One-Way ANOVA testleri,
- Bakım verme yükü ve yaşam kalitesi puan ortalaması arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson Korelasyon Analizi,
- Bakım vericilerin tanımlayıcı özellikleri ve bakım verme yükü toplam puanının yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek için Binary ve Linear Lojistik Regresyon analizi yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmaya sadece Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Kemoterapi Kür Polikliniği’ne kayıtlı olan hastaların bakım vericilerinin

alınması, araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları, bu gruba genellenebilir.

3.8 Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Kemoterapi Kür Polikliniği'nde yapılabilmesi için resmi izin alınmıştır (EK-5). Ayrıca, Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kuruluna sunulmuş, onaylar alındıktan sonra çalışmaya başlanılmıştır (EK-6).

Anket ve ölçek uygulamalarından önce bakım verici bireylere araştırmanın amacı açıklanarak sözel onamları alınmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde; araştırmamız kapsamına alınan 190 bakım vericinin tanıtıcı bilgileri, bakım verme yükü ve yaşam kalitesi ölçek puanlarının dağılımlarına ilişkin veriler, tanımlayıcı özelliklerle ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin veriler ve bakım verme yükü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki ve yükün yaşam kalitesine etkisine ilişkin veriler yer almaktadır.

Tablo 2. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	(%)
Yaş Grupları (42.3±13.6) (min:19-max:80 yaş)		
35 Yaş ↓	76	40.0
36-50 Yaş	64	33.7
51-65 Yaş	41	21.6
66-80 Yaş	9	4.7
Cinsiyet		
Kadın	112	58.9
Erkek	78	41.1
Yaşanılan Çevre		
İl	123	64.7
İlçe	31	16.3
Köy-Kasaba	36	19.0
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	17	9.0
İlköğretim	125	65.8
Lise	36	19.0
Üniversite	12	6.2
Sosyal Güvence		
Var	150	78.9
Yok	40	21.1
Geliri Algılama Durumu		
Gelirim giderimden az	117	61.6
Gelirim giderime eşit	73	38.4
Çalışma Durumu		
Çalışan	42	22.1
Çalışmayan	148	77.9
Medeni Durum		
Evli	150	78.9
Bekar	34	17.9
Boşanmış/ Dul	6	3.2
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	132	69.5
Yok	58	30.5
Toplam	190	100.0

Araştırmada, kanser hastalarının bakım vericilerinin yaş ortalamasının 42.3 ± 13.6 olduğu, % 40'inin 35 yaş altında olduğu, %58.9'unun kadın olduğu, %78.9'unun evli olduğu, %69.5'inin çocuk sahibi olduğu, %65.8'inin ilköğretim mezunu olduğu, %77.9'unun herhangi bir işte çalışmadığı, %78.9'unun sosyal güvencesinin olduğu, %61.6'sının gelirinin giderinden az olduğu ve %64.7'si il merkezinde oturduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Bakım Vericilerin Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Bakım Vericilerin Hastaya Yakınlığı		
Çocuğu	73	38.4
Eşi	59	31.1
Anne-babası	9	4.7
Kardeşi	12	6.3
Diğer	37	19.5
Hastayla Aynı Evde Yaşama Durumu		
Yaşıyor	160	84.2
Yaşamıyor	30	15.8
Hastanın Kendisine Ait Odasının Varlığı		
Var	143	75.3
Yok	47	24.7
Bakım Vericide Kronik Hastalık Durumu		
Var	38	20
Yok	152	80
Ailede Kanseri Tanısı Alan Başka Bireyin Varlığı		
Var	52	27.4
Yok	138	72.6
Destek Alma Durumu		
Alan	139	73.2
Almayan	51	26.8
Bakım Verme Süresi		
2 ay ↓	52	27.4
2-5 ay	26	13.7
6-9 ay	32	16.8
10-12 ay	19	10.0
Bir yıldan fazla	61	32.1
Günde Ortalama Bakım Verme Süresi		
1-6 saat	40	21.1
7-12 saat	21	11.0
13-18 saat	26	13.7
19-24 saat	103	54.2
Toplam	190	100.0

Araştırmada, bakım vericilerin %38.4'ünün hastanın oğlu ya da kızı olduğu, %84.2'sinin hasta bireyle aynı evde yaşadığı, % 75.3'ünün hastasına ait bir odasının

olduğu, % 80’inde kronik hastalık olmadığı, %72.6’sının ailesinde başka kanser hastası olmadığı, %73.2’sinin destek aldığı belirlenmiştir. Ayrıca, bakım vericilerin, %32.1’inin hastasına bir yıldan daha fazla süredir ve %54.2’sinin günde 19-24 saat bakım verdiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Bakım Vericilerin Yaşadıkları Sorunların Dağılımı

Değişkenler	Sayı	(%)
Sağlığın Etkilenme Durumu		
Etkilenen	122	64.2
Etkilenmeyen	68	35.8
Sorumlulukların Etkilenme Durumu		
Etkilenmeyen	48	25.3
Etkilenen	142	74.7
Evlilik İlişkisinde Sorun Yaşama Durumu		
Yaşayan	14	7.4
Yaşamayan	176	92.6
Aile İlişkisinde Sorun Yaşama Durumu		
Yaşayan	6	3.2
Yaşamayan	184	96.8
Toplam	190	100.0

Araştırmada, bakım vericilerin %64.2’sinin sağlığının olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. Yine, hastanın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle bakım vericilerin %50.5’i sorumluluklarını yerine getiremedikleri, %7.4’ü evlilik yaşamında ve %3.2’si aile ilişkilerinde sorun yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Bakım Vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalaması

Bakım Verme Yükü	Madde Sayısı	Min-Max	X±SS
	22	6-65	36.65±11.2

Araştırmada, bakım vericilerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması 36.65±11.21 olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalaması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Madde Sayısı	Dağılım Aralığı	X±SS
Yük	10	4-35	21.18±5.3
Rahatsızlık	7	5-25	14.96±4.8
Pozitif adaptasyon	7	4-21	12.31±3.9
Finansal sıkıntı	3	0-9	5.69±3.0
Toplam	35	43-123	81.40±17.3

Araştırmada, bakım vericilerin yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; bakım vericilerin yaşam kalitesi ölçeğinden aldığı ortalama

yaşam kalitesi puan ortalaması 81.40 ± 17.25 olarak bulunmuştur. Ayrıca, bakım vericiler yük alt boyutundan 21.18 ± 5.30 , rahatsızlık alt boyutundan 14.96 ± 4.79 , pozitif adaptasyon alt boyutundan 12.31 ± 3.92 ve finansal sıkıntı alt boyutundan ortalama 5.69 ± 2.96 puanı almışlardır (Tablo 6).

Tablo 7. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçek Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Değişkenler	Bakım Verme Yükü				Test ve p
	n	X	SS		
Yaş Grupları					
35 Yaş ↓	76	37.82	10.56	KW=6.0	p=0.109
36-50 Yaş	64	36.70	12.73		
51-65 Yaş	41	36.39	9.56		
66-80 Yaş	9	27.66	11.21		
Cinsiyet					
Kadın	112	36.85	10.59	t= 0.293	p=0.77
Erkek	78	36.37	12.09		
Yaşanılan Yer					
İl	123	36.04	9.77	F=2.617	p= 0.076
İlçe	31	34.80	13.31		
Köy-Kasaba	36	40.36	13.24		
Eğitim Durumu					
Okur-yazar	17	34.14	13.55	KW=5.3	p= 0.149
İlköğretim	125	38.19	9.99		
Lise	36	34.66	12.48		
Üniversite	12	29.83	13.07		
Sosyal Güvence					
Var	150	35.57	10.28	t= 2.622	p= 0.009
Yok	40	40.72	13.53		
Geliri Algılama Durumu					
Gelirim giderimden az	117	38.74	11.64	t= 3.332	p= 0.001
Gelirim giderime eşit	73	33.31	9.65		
Çalışma Durumu					
Çalışan	42	35.97	12.28	t= 0.446	p=0.656
Çalışmayan	148	36.85	10.92		
Medeni Durum					
Evli	150	34.50	12.31	KW=1.1	p= 0.58
Bekar	34	37.25	11.07		
Dul/ Boşanmış	6	34.00	6.66		
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Var	132	38.87	10.54	t=4.307	p= 0.000
Yok	58	31.60	11.13		

Bakım vericilerin tanıtıcı özellikleri ile bakım verme yükü puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir.

Araştırmada, bakım vericilerin yaş, cinsiyet, yaşadıkları yer, eğitim durumu, medeni durum ve çalışma durumuna göre bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 7).

Araştırmada, sosyal güvence durumuna göre bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalaması karşılaştırıldığında; sosyal güvencesi olmayan bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 7).

Araştırmada, gelir durumuna göre bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalaması karşılaştırıldığında; geliri giderinden az olan gruplarda bakım verme yükü puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 7).

Araştırmada, bakım vericilerde çocuk sahibi olanların olmayanlara göre bakım verme yükü puan ortalamasının daha yüksek olduğu, istatistiksel olarak aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). (Tablo 7).

Tablo 8. Bakım Vericilerin Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçek Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Özellikler	Bakım Verme Yükü			Test ve p	
	n	X	SS		
Bakım Vericilerin Hastaya Yakınlığı					
Çocuğu	73	34.32	10.04	KW=12.32	p= 0.01
Eşı	59	40.27	12.16		
Anne-Babası	9	38.00	7.69		
Kardeşı	12	40.16	11.05		
Diğer	37	34.02	11.17		
Hastayla Aynı Evde Yaşama					
Yaşıyor	160	36.58	11.50	t= 0.199	p=0.842
Yaşamıyor	30	37.03	9.68		
Hastanın Kendisine Ait Odasının Varlığı					
Evet	143	35.48	12.01	t= 2.558	p=0.011
Hayır	47	40.23	7.28		
Bakım Vericide Kronik Hastalık					
Var	38	35.47	9.35	t= 0.727	p=0.468
Yok	152	36.95	11.63		
Ailede Kanser Tanısı Alan Başka Birey					
Var	52	38.82	11.45	t= 1.644	p=0.102
Yok	138	35.84	11.05		
Bakım Verme Sürecinde Destek Alma Durumu					
Alan	139	35.94	10.93	t= 1.457	p=0.147
Almayan	51	38.60	11.81		
Bakım Verme Süresi					
2 ay ve ↓	52	31.01	12.44	KW= 4.2	p= 0.03
3-6 ay	26	37.80	5.75		
6-9 ay	32	41.84	8.22		
9-12 ay	19	36.57	10.94		
Bir yıldan fazla	61	38.27	11.59		
Günde Ortalama Bakım Verme Süresi					
1-6 saat	40	33.22	13.12	KW= 6.9	p= 0.07
7-12 saat	21	39.38	8.63		
13-18 saat	26	34.84	11.03		
19-24 saat	103	37.89	10.67		

Araştırmada, bakım vericilerin hastayla aynı evde yaşama durumuna, kronik hastalık varlığına, ailede kanser tanısı olan başka birey varlığına, bakım verme sürecinde destek alma durumuna ve günde ortalama bakım verme süresine göre bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmada, bakım vericilerin anne-babası, çocuğu ve diğer akrabalara göre eşi ve kardeşlerinin bakım yükü puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmektedir ($p<0.05$).

Araştırmada, bakım vericilerin evinde hasta bireye ait ayrı odası bulunmayanların bakım verme yükü puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmada, bakım vericilerin toplam bakım verme süresine göre bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Bakım Vericilerin Yaşadıkları Sorunlara Göre Bakım Verme Yükü Ölçek Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

		Bakım Verme Yükü				
Özellikler	n	X	SS	Test ve p		
Sağlığın Etkilenme Durumu						
Etkilenen	122	38.86	10.74	t= 3.751	p=0.000	
Etkilenmeyen	68	32.70	11.00			
Sorumlulukların Etkilenme Durumu						
Etkilenmeyen	48	27.87	10.36	t= 7.039	p=0.000	
Etkilenen	142	39.62	9.87			
Evlilik İlişkisinde Sorun Yaşama						
Yaşayan	14	39.50	7.59			
Yaşamayan	176	36.43	11.43	MU=1013.5	p=0.269	
Aile ilişkisinde Sorun Yaşama						
Yaşayan	6	37.50	12.94	MU= 537.5	p=0.913	
Yaşamayan	184	36.63	11.18			

Araştırmada, bakım vericilerin tedavi sürecinde sağlığının etkilenme durumuna göre bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında; etkilenen grubun bakım yükü puanı daha yüksek olduğu belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmüştür ($p<0.001$).

Araştırmada, bakım verme sürecinin diğer sorumlulukları etkileme durumu incelendiğinde; etkilenen bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalamalarının

daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gör÷lmektedir ($p<0.001$).

Araştırmada, bakım verme sürecinin evlilik ve aile ilişkilerinde sorun yaşama durumuna göre bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). (Tablo 9).

Tablo 10. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	n	Yaşam Kalitesi Ölçeği				
		Yük	Rahatsızlık	Pozitif Adaptasyon	Finansal Sıkıntı	Toplam
Yaş Grupları						
35 Yaş ve ↓	76	20.33±5.48	14.73± 5.44	11.81± 3.92	4.83±3.02	76.82±18.17
36-50 Yaş	64	21.28±4.62	15.17± 4.58	12.85 ±4.02	5.94±3.12	83.71±17.68
51-65 Yaş	41	22.07±5.81	14.80 ±4.07	12.45± 3.82	6.63±2.41	84.82±13.98
66-80 Yaş	9	23.60±5.32	16.11± 3.78	12.17 ±3.63	7.00±1.22	87.88±12.07
		KW= 3.993	KW= 1.022	KW= 2.270	KW=13.09	KW= 11.594
		p= 0.262	p= 0.796	p= 0.518	p= 0.004	p= 0.009
Cinsiyet						
Kadın	112	20.56±5.11	15.38±4.55	12.49±4.16	6.37±2.50	81.93±16.94
Erkek	78	22.08±5.47	14.35±5.08	12.06±3.54	4.72±3.29	80.62±17.77
		t= 1.956	t= 1.462	t= 0.754	t= 3.915	t= 0.514
		p= 0.052	p=0.146	p= 0.452	p= 0.000	p= 0.608
Yaşanılan Çevre						
İl	123	21.00±5.09	15.31±4.65	12.13±3.66	6.60±2.61	83.17±15.15
İlçe	31	21.06±6.17	14.82±5.02	13.43±5.22	5.07±2.69	80.03±23.04
Köy, Kasaba	36	21.92 ±5.29	13.87±5.02	12.00±3.36	3.12±2.70	76.50±17.71
		F= 0.431	F= 1.272	F= 1.531	F= 25.126	F= 2.232
		p= 0.650	p= 0.283	p= 0.219	p= 0.000	p= 0.110
Eğitim Durumu						
Okur-yazar	17	22.55±4.29	15.98±4.63	11.05±4.49	5.35±2.61	80.82±19.05
İlköğretim	125	20.65±4.83	13.91±4.51	11.85±3.85	5.51±3.12	78.00±15.69
Lise	36	22.44±6.03	17.21±5.06	13.47±3.54	6.13±2.52	89.63±17.74
Üniversite	12	21.04±8.14	17.64±3.73	15.50±2.66	6.80±2.86	92.83±17.70
		KW= 4.639	KW= 17.963	KW=15.270	KW=3.888	KW=14.128
		p= 0.200	p= 0.000	p= 0.002	p= 0.274	p= 0.003
Sosyal Güvence						
Var	150	21.83±5.04	15.22±4.71	12.50±4.03	6.86±1.98	84.68±16.37
Yok	40	18.75±5.59	13.96±5.01	11.61±3.43	1.32±1.60	69.10±14.89
		t=3.351	t=1.479	t=1.283	t=16.263	t=5.445
		p= 0.001	p=0.141	p=0.201	p=0.000	p=0.000
Gelir Algılama						
Gelirim giderimden az	117	20.69±5.15	13.94±4.77	12.02±3.88	4.54±2.83	76.67±17.70
Gelirim giderime eşit	73	21.97±5.47	16.58±4.39	12.78±3.95	7.53±2.13	88.92±13.77
		t= 1.629	t= 3.823	t= 1.294	t= 7.753	t= 5.083
		p= 0.105	p= 0.000	p= 0.197	p= 0.000	p= 0.000
Çalışma Durumu						
Çalışan	42	22.16±5.56	14.05±5.29	12.06±3.83	5.53±2.88	82.40±18.81
Çalışmayan	148	20.90±5.21	15.21±4.62	12.39±3.95	5.74±2.99	81.11±16.84
		t= 1.363	t= 1.392	t= 0.483	t= 0.412	t= 0.427
		p= 0.175	p= 0.166	p= 0.630	p= 0.681	p= 0.670
Medeni Durum						
Evli	150	21.18±5.10	14.83±4.81	12.00±3.78	5.54±3.06	81.00±16.97
Bekar	34	20.97±6.46	15.34±4.88	14.18±4.16	6.42±2.47	83.52±19.59
Boşanmış/Dul	6	22.45±2.91	15.95±4.34	9.54±1.89	5.38±2.45	79.33±9.30
		KW= 2.099	KW= 0.919	KW=10.054	KW=1.765	KW= 0.100
		p= 0.350	p= 0.632	p= 0.007	p= 0.414	p= 0.951
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Var	132	20.54±4.68	14.39±4.77	11.97±3.64	5.38±3.09	79.12±16.46
Yok	58	22.65±6.29	16.25±4.61	13.10±4.41	6.40±2.51	86.58±18.01
		t= 2.570	t= 2.497	t= 1.850	t= 2.194	t= 2.795
		p= 0.011	p= 0.013	p= 0.066	p= 0.029	p= 0.006

Araştırmada, bakım vericilerin yaşına göre yaşam kalitesi leğinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş arttıka yk ve finansal sıkıntı alt boyut ($p<0.05$) ve toplamda yaşam kalitesi puanları yükselmiş, finansal sıkıntı ve toplamdaki puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 10).

Araştırmada, bakım vericilerin cinsiyetine göre yaşam kalitesi leğinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkeklerin rahatsızlık, pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı ($p<0.001$) alt boyutunda yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiş ve finansal sıkıntı puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı olduğu grlmştr (Tablo 10).

Araştırmada, yaşanılan çevreye göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde; il merkezinde yaşayanların finansal sıkıntı alt boyutta ($p<0.001$) yaşam kalitesi puanlarının arttığı saptanmış; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (Tablo 10).

Araştırmada, eğitim seviyesi arttıka pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı alt boyut ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının arttığı, pozitif adaptasyon ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının da gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Araştırmada, sosyal güvencelerine göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde; sosyal güvencesi olanların yaşam kalitesi alt boyut ve genel puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş, yk ve finansal sıkıntı alt boyut ($p<0.001$) ve toplamda ki ($p<0.001$) puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (Tablo 10).

Araştırmada, gelir algılama durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde; gelirlerini gider durumlarıyla uyumlu olarak algılayanların yaşam kalitesi alt boyut ve genel puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş, rahatsızlık

($p<0.001$), finansal sıkıntı ($p<0.001$) alt boyut ve toplamda ($p<0.001$) yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Araştırmada, medeni duruma göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde; boşanmış/dul olanların pozitif adaptasyon alt boyut ($p<0.05$) ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamasının en düşük olduğu belirlenmiş ve pozitif adaptasyon alt boyutu için farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 10).

Araştırmada, çocuk sahibi olma durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde; çocuğu olmayanların bütün alt boyutlarda ve toplamda yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek yük, rahatsızlık, finansal sıkıntı alt boyut ($p<0.05$) ve toplamda ($p<0.05$) yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 11. Bakım Vericilerin Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Yaşam Kalitesi Ölçeği				
	Yük	Rahatsızlık	Pozitif Adaptasyon	Finansal Sıkıntı	Toplam
Bakım Vericilerin Hastaya Yakınlığı					
Çocuğu	20.93±5.59	15.21±4.21	12.50±3.87	6.18±2.60	81.89±16.73
Eşi	20.73±5.77	13.55±4.32	12.86±3.74	5.72±3.18	79.77±18.62
Anne-babası	18.63±1.38	12.76±4.40	13.28±3.98	7.66±0.50	78.33±7.85
Kardeşi	23.28±5.25	13.39±4.93	11.04±3.40	2.86±3.13	76.16±13.55
Diğer	22.35±4.18	17.74±5.48	11.26±4.31	5.13±2.92	85.45±18.46
	KW=9.308 p= 0.055	KW=19.31 p= 0.001	KW=5.349 p= 0.253	KW=15.77 p= 0.003	KW=4.139 p= 0.387
Hastayla Aynı Evde Yaşama Durumu					
Evet	21.34±5.29	14.83±4.86	12.39±3.99	5.82±2.76	81.90±18.04
Hayır	20.97±5.34	15.12±4.72	12.22±3.83	5.53±3.21	80.71±16.21
	t= 0.475 p= 0.635	t= 0.411 p= 0.682	t= 0.294 p= 0.769	t= 0.671 p= 0.503	t= 0.470 p= 0.639
Hastanın Kendisine Ait Odasının Varlığı					
Evet	21.43±5.40	15.28±5.10	12.97±3.77	5.61±3.00	83.08±17.32
Hayır	20.44±4.96	13.97±3.56	10.33±3.72	5.96±2.82	76.27±16.16
	t= 1.105 p= 0.271	t= 1.631 p= 0.105	t= 4.164 p= 0.000	t= 0.710 p= 0.479	t= 2.375 p= 0.019
Bakım Vericide Kronik Hastalık					
Var	20.69±3.65	16.43±3.75	13.17±2.88	6.51±2.80	85.55±11.31
Yok	21.24±5.47	14.78±4.88	12.21±4.01	5.60±2.97	80.91±17.78
	t= 0.438 p= 0.662	t= 1.459 p= 0.146	t= 1.036 p= 0.302	t= 1.309 p= 0.192	t= 1.138 p= 0.257
Ailede Kanser Tanısı Alan Başka Birey					
Var	19.12±5.30	13.90±5.06	11.64±3.76	4.79±2.98	74.88±15.73
Yok	21.96±5.11	15.36±4.64	12.57±3.95	6.03±2.89	83.85±17.21
	t= 3.386 p= 0.001	t= 1.883 p= 0.061	t= 1.471 p= 0.143	t= 2.621 p= 0.009	t= 3.276 p= 0.001
Bakım Verme Sürecinde Destek Alma					
Alan	21.55±5.29	15.34±4.81	12.79±4.08	6.02±2.76	83.86±16.22
Almayan	20.19±5.25	13.91±4.61	11.02±3.10	4.80±3.30	74.68±18.32
	t= 1.567 p= 0.119	t= 1.836 p= 0.068	t= 2.800 p= 0.006	t= 2.558 p= 0.011	t= 3.335 p= 0.001
Bakım Verme Süresi					
2 ay ve ↓	21.97±5.80	16.95±5.29	14.04±4.20	6.44±2.80	89.57±19.00
3-6 ay	20.95±7.14	13.69±2.92	12.20±4.05	6.26±3.16	78.76±15.57
6-9 ay	19.53±3.22	14.22±3.27	11.12±4.35	4.79±2.32	74.34±15.42
9-12 ay	22.16±5.40	13.02±5.58	12.44±4.04	5.40±3.36	78.68±16.66
Bir yıldan fazla	21.17±4.72	14.78±4.94	11.48±2.79	5.38±3.06	80.09±15.23
	KW=6.304 p= 0.178	KW=14.43 p= 0.006	KW=14.49 p= 0.006	KW=13.61 p= 0.009	KW=14.491 p= 0.006
Günde Ortalama Bakım Verme Süresi					
1-6 saat	23.06±5.79	15.22±5.22	12.60±4.27	4.69±3.42	83.25±20.87
7-12 saat	21.33±4.72	13.81±3.70	12.40±3.82	5.84±2.89	81.66±14.12
13-18 saat	20.11±4.75	14.71±4.44	14.44±3.43	6.51±2.70	82.69±15.82
19-24 saat	20.70±5.24	15.15±4.93	11.65±3.75	5.85±2.78	80.30±16.78
	KW=7.182 p= 0.066	KW=1.948 p= 0.583	KW=10.83 p= 0.056	KW=5.039 p= 0.169	KW= 0.723 p= 0.868

Araştırmada, bakım vericilerin hastaya yakınlık derecesine göre yaşam kaliteleri incelendiğinde; rahatsızlık ve finansal sıkıntı alt boyutlarında ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Rahatsızlık alt boyutunda hastayla birinci derecede akrabalığı olan kişilerin yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Araştırmada, bakım verdiği hastanın kendi odası olan bakım vericilerin yaşam kalitelerine bakıldığında pozitif adaptasyon alt boyut ($p<0.001$) ve toplamda ($p<0.05$) yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (Tablo 11).

Araştırmada, bakım vericilerin ailesinde başka kanser hastası olma durumuna göre yaşam kaliteleri incelendiğinde; ailesinde kanser hastalığı olan bakım vericilerin bütün alt boyutlarda ve toplamda yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuş, yk, finansal sıkıntı alt boyutları ($p<0.05$) ve toplamda ($p<0.05$), aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Araştırmada, bakım vericilerin destek alma durumlarına göre yaşam kaliteleri incelendiğinde; destek alan grubun yaşam kalitesi puanları yk ve rahatsızlık alt boyut hariç diğer boyutlarda artmaktadır. Bu artış finansal sıkıntı, pozitif adaptasyon alt boyutları ile toplam yaşam kalitesi puanında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yaratacak niteliktedir ($p<0.05$) (Tablo 11).

Araştırmada, bakım vericilerde bakım verme süresine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yk alt boyutu hariç diğer boyutlar ve toplamda süre uzadığca daha düşük bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Bakım vericilerin bakım sürecinin ilk aylarında toplam yaşam kalitesi puanları daha yüksek iken bakım verme süresi arttığca bu değer azalmıştır (Tablo 11).

Tablo 12. Bakım Vericilerin Yaşadıkları Sorunlara Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tamtıcı Özellikler	Yaşam Kalitesi Ölçeği				
	Yük	Rahatsızlık	Pozitif Adaptasyon	Finansal Sıkıntı	Toplam
Sağlığın Etkilenme Durumu					
Etkilenen	20.00±4.70	14.16±4.14	12.57±3.73	6.10±2.90	79.11±15.5
Etkilenmeyen	23.30±5.68	16.39±5.52	11.86±4.21	4.97±2.94	85.41±20.5
	t= 4.294	t= 3.154	t= 1.204	t= 2.565	t= 2.363
	p= 0.000	p= 0.002	p= 0.230	p= 0.011	p= 0.019
Sorumlulukların Etkileme Durumu					
Etkilenmeyen	22.01±5.98	17.29±5.19	12.66±3.98	5.85±3.17	88.47±19.9
Etkilenen	20.90±5.04	14.17±4.39	12.20±3.90	5.64±2.89	79.19±16.1
	t=1.244	t=4.063	t=0.709	t=0.421	t=3.231
	p=0.001	p=0.000	p=0.479	p=0.674	p=0.001
Evlilik İlişkisinde Sorun Yaşama					
Yaşayan	18.45±3.60	11.24±2.94	9.62±2.08	3.80±3.07	64.21±12.2
Yaşamayan	21.40±5.36	15.25±4.79	12.53±3.95	5.84±2.90	82.92±17.2
	MW:886.5	MW= 625.5	MW= 667.5	MW:778.5	MW:459.0
	p= 0.081	p= 0.002	p= 0.004	p= 0.021	p= 0.000
Aile İlişkisinde Sorun Yaşama					
Yaşayan	17.51±6.21	12.04±4.35	12.57±4.82	2.94±4.57	69.00±27.1
Yaşamayan	21.30±5.24	15.05±4.78	12.31±3.90	5.78±2.86	81.80±16.7
	MW= 06.5	MW= 332.5	MW= 542.0	MW:354.5	MW:313.5
	p= 0.064	p= 0.098	p= 0.940	p= 0.134	p= 0.072

Araştırmada, bakım vericilerin yaşadıkları sorunlara göre yaşam kalitesi incelendiğinde; puan ortalamaları tedavi sürecinde sağlığı etkilenen bakım vericilerin yük ($p<0.001$), rahatsızlık alt boyutunda ($p<0.05$) ve toplamda ($p<0.05$) yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 12).

Araştırmada, bakım vericilerin sorumlulukları etkilenme durumuna göre yaşam kalitesi incelendiğinde; sorumlulukları etkilenen bakım vericilerin yük ($p<0.05$), rahatsızlık alt boyutları ($p<0.001$) ile toplam ($p<0.001$) yaşam kalitesi puanları daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 12).

Araştırmada, bakım verme sürecinde evlilik ilişkisinde sorun yaşayan bakım vericilerin, yük hariç diğer boyutlarda ($p<0.05$) ve toplamda ($p<0.001$) yaşam kalitesi

puanları daha düşük bulunmuş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (Tablo 12).

Araştırmada, bakım vericilerin aile ilişkisinde sorun yaşama durumlarına göre yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında; aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Bakım Vericilerin Bakım Verme Yükü Puan Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER	Yaşam Kalitesi Ölçeği				
	Yük	Rahatsızlık	Pozitif Adaptasyon	Finansal Sıkıntı	Toplam
Bakım Verme Yükü Ölçeği	$r = 0.667$ $p<0.001$	$r = -0.792$ $p<0.001$	$r = -0.228$ $p<0.001$	$r = -0.338$ $p<0.001$	$r = -0.782$ $p<0.001$

Araştırmada, bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ölçek alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiş, sonuçlar Tablo 13’de verilmiştir. Bakım verme yükü ve yaşam kalitesi arasında yük hariç negatif bir ilişki olduğu ortaya çıkmış, bakım verme yükü arttıkça yaşam kalitesi puanında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Tablo 14. Bakım Vericilerin Bakım Verme Yüklerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Değişken	B	Standart Hata	Beta	T	P
Sabit	126.603	2.742		46.170	.000
Yük genel	-1.229	.072	-.782	-17.180	.000
R=,782		R ² =,611			
F _(1,188) =284,634		p=.000			

Araştırmada, bakım vericilerin bakım verme yükünün yaşam kalitesine etkisi Lineer Regresyon analizi ile incelenmiştir (Tablo 14). Tablo incelendiğinde bakım verme yükü değişkeni yaşam kalitesinin toplam varyansın %60’ını açıklamaktadır.

Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonucu incelendiğinde bakım verme yükü değişkeninin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir.

Tablo 15. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesine Etkisi Olan Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
35 Yaş ve ↓	-4.797	1.409	11.590	1	.001	.008
36-50 Yaş	-3.118	1.287	5.871	1	.015	.044
Gelir Algılama (Az)	-3.322	.680	23.825	1	.000	27.722
Eşi	-2.519	.754	11.158	1	.001	.081
Anne-babası	-2.460	1.105	4.958	1	.026	.085
Kendi odasının olmaması	1.645	.498	10.934	1	.001	0.193
Sabit	-2.661	1.210	4.840	1	.028	.070

Bakım vericilerin yaşam kalitesinde etkili olan faktörleri ve etki derecelerini saptamak için lojistik regresyon modeline; çalışmada kullanılan tüm değişkenler alınmıştır (Tablo 15). Bu değişkenler; bakım vericilerin tanıtıcı özellikleri, bakım vermeye ilişkin özellikleri ve yaşadıkları sorunlardır.

Tüm değişkenlerin bir model altında incelendiği lojistik regresyon analizinde bakım vericilerin yaşam kalitesi üzerinde yaş grubu, gelirini algılama, hastayla olan yakınlık ve kendilerine ait odanın olup olmama durumu faktör olarak $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Bu bulgu bakım vericilerin yaşam kalitesi üzerinde; yaş grubunun, geliri algılamanın, hastayla olan yakınlık derecesinin ve hastanın kendisine ait odasının olup olmamasının etkili faktörler olduğunu göstermektedir. Bakım verici yaşam kalitesi bozulma riski 35 yaş altı grubunda olanlarda diğer yaş grubundakilere göre 0.008 kat, 35-50 yaş grubunda olanların diğer yaş grubundakilere göre 0.044 kat, gelirini az algılayanların diğerlerine göre 27.722 kat, eşi hasta olanların diğerlerine göre 0.081 kat, anne-baba olan bakım vericilerin diğerlerine göre 0.085 kat, hastanın kendine ait odası olmayanların olanlara göre 0.193 kat daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, kanserli hasta bakım vericilerinde, 35yaş grubunda olmanın %1, 35-50 yaş grubunda olmanın %4, gelirini az algılamanın %2700, kanserli hastanın eşi olmasının %8, kanserli hastanın çocuğu olmasının %9, hastanın kendine ait odasının olmamasının %7 yaşam kalitesinin bozulmasına neden olduğu söylenebilir.

5. TARTIŞMA

Kanser, hastanın ve bakım vericilerin yaşamları üzerindeki kontrol gücünü kaybetmelerine neden olan, bireylerin sosyal, ekonomik, aile/evlilik yaşantısını olumsuz yönde etkileyen, sağlık durumlarını ve yaşam kalitesini bozan kronik bir hastalıktır.

Bu bölümde, kanser hastalarının bakım vericilerinde bakım verme yükü ölçek puan ortalaması, yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması, ayrıca bu ölçeklerin tanımlayıcı özellikler, bakım vermeye ilişkin özellikler ile yaşanan sorunlara göre karşılaştırılması ve bakım verme yükünün yaşam kalitesi ile ilişkisi ve etkisi incelenmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre bakım vericilerin yaş ortalaması 42.3 yaş, %40'ı 35 yaş altında ve %58.9'u kadındır (Tablo 2). İnci'nin⁴⁵ (2006) çalışmasında; bakım vericilerin % 75.5'inin kadın ve yaş ortalamalarının 36.9 olduğu bildirilmiştir. Bektaş ve Özer'in⁷⁴ (2009) çalışmasında; bakım vericilerin %61.6'sının kadın olduğu, yaş ortalamasının 40 olduğu bildirilmiştir. Sharpe ve ark.'nın¹⁸ (2005) yapmış olduğu bir çalışmada bakım vericilerin %77'si kadın ve yaş ortalaması 59'dur. Bu araştırma bulguları yukarıda belirtilen literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Kadınlarda bakım verici yüzdesinin düşüşü erkeklerin artık bakım verici rolünün arttığı söylenilebilir.

Kanserli hastaların bakım vericilerini kapsayan çalışmalarda, bakım verici bireylerin çoğunlukla kadınlardan oluştuğu belirlenmiştir.^{8,14,15,19,21} Kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin en önemli nedeni; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesi ile ilgili olabilir.⁷⁵ Ayrıca, kadınların kişilik özellikleri nedeni ile daha şefkatli, daha duyarlı davrandıkları, yakın ve güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip oldukları ve erkeklere kıyasla bakım

verme işlevinin zorlukları ile daha iyi mücadele edebilecekleri görüşü, onların bakım verme işlevine uygun görülmelerinin nedeni olarak belirtilmektedir.⁷⁵

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin %61,6'sının gelirlerinin giderlerinden az olduğu, %77,9'unun herhangi bir işte çalışmadığı, buna rağmen bakım vericilerin %78,9'unun sağlık güvencesine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Karabuğa'nın çalışmasında¹⁵ (2009) bakım vericilerin %46.7'sinin gelir durumlarının orta düzeyde olduğu, %63.3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı ve %91.7'sinin sosyal güvence sahibi olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular, bakım vericilerin herhangi bir işte çalışmamalarının getirisi olarak gelirlerinin yetersiz olduğunu, fakat günümüz Türkiye şartlarında çoğunlukta olan gruba sosyal güvence hakkı tanındığını düşündürmektedir.

Bakım vericilerin %78.9'unun evli ve %69.5'inin çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). İnci'nin çalışmasında⁴⁵ (2006) bakım vericilerin %52.7'sinin evli, % 62.7'sinin çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir. Karabuğa'nın çalışmasında¹⁵ (2009) %74.2'sinin çocuk sahip olduğu saptanmıştır. Şahin ve ark.'nın⁷⁶ (2009) çalışmasında bakım vericilerin %41'i iki çocuk sahibidir. Bakım verici kadınların doğurganlık çağında olmaları ya da bu dönemi tamamlama aşamasında olmaları ülkemizde evli kadınlar için çocuk sahibi olmanın bir statü belirtisi olarak değerlendirilmesi de göz önüne alındığında beklenen bir durumdur.

Bu çalışmada, bakım vericilerin %84.2'si hastasıyla aynı evde yaşamaktadır (Tablo 3). Belasco ve Sesso⁷⁷ (2002) tarafından yapılan çalışmada bakım vericiler ile hastaların çoğunluğun (%91) aynı ev ortamında yaşadıkları ifade edilmiştir. Bu durum kanser hastası ile aynı evi paylaşmanın kültürel olarak kabul görmesinden ve bakım vericilerin hasta bakımını kendi sorumlulukları olarak görmelerinden kaynaklanabilir.

Bakım vericilerin %73.2'sinin başka bireylerden destek aldığı belirlenmiştir (Tablo 3). Uğur'un çalışmasında¹⁶ (2006) bakım vericilerin %74'ünün başka bireylerden destek aldığı bildirilmiştir. Araştırma sonucu çalışmanın bulgularıyla uyumludur.

Bu araştırmada bakım vericilerin % 32.1'i bir yıldan fazla süredir ve %54.2'si günde 19-24 saat arasında bakım vermektedir (Tablo 3). Tang'ın⁷⁸ (2009) çalışmasında bakım vericilerin ortalama 17.9 ay bakım verdiği bildirilmiştir. Son yıllarda gelişen tedavi yöntemleri sonucu kanserli hastaların daha uzun süre yaşadığını ve bundan dolayı da bakım vericilik süresinin uzadığını düşünebiliriz.

Bakım vericilerin %64.2'sinin sağlığı olumsuz yönde etkilenmiş, yine hastanın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle %50.5'inin sorumluluklarını yerine getiremedikleri saptanmıştır (Tablo 4). Karabuğa'nın¹⁵ (2009) çalışmasında; hastanın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle bakım vericilerin tamamının sağlığının olumsuz yönde etkilendiği ve %53.3'ü sorumluluklarını yerine getiremedikleri ifade edilmiştir. Okçin'in²² (2007) çalışmasında bakım verici bireylerin bakım verme sürecinde sorumlulukların etkilenme durumu sorulduğunda %62.8'inin etkilendiği bildirilmiştir.

Bakım vericilerin bakım verme yükü ölçeğinden aldığı puan ortalaması 36.65 ± 11.21 olarak saptanmıştır (Tablo 5). Yusuf ve ark.'nın⁷⁹ (2010) yaptığı çalışmada bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalaması 29.16, İnci'nin yaptığı çalışmada⁴⁵ (2006) bakım verme yükü puan ortalaması 20.37, Grunfeld ve ark.'nın⁹ (2004) yaptığı çalışmada yük puan ortalaması 18.3, olarak bulunması bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Sonuç olarak, araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin çok yüksek düzeyde bakım verme gücünü yaşamadıkları söylenebilir.

Bakım vericilerin yaşam kalitesi ölçeğinden toplamda 81.40 ± 17.3 , yük alt boyutundan 21.18 ± 5.3 , rahatsızlık alt boyutundan 14.96 ± 4.8 , pozitif adaptasyon alt boyutundan 12.31 ± 3.9 ve finansal sıkıntı alt boyutundan 5.69 ± 3.0 puanını almışlardır. Tang'ın⁷⁸ (2009) yaptığı çalışmada bakım vericilerin toplamda 80.1, yük alt boyutunda 18.5, rahatsızlık alt boyutunda 17.6, pozitif adaptasyon alt boyutunda 16.7, finansal sıkıntı alt boyutunda 9.0 puanını aldığı bildirilmiştir. Bu bulgular, bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Sosyal güvencesi olmayan ve gelir durumu az olan bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Yaşar'ın çalışmasında⁴ (2008) geliri giderinden az olan bakım vericilerde bakım verme yükü puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer çalışmalarda da ekonomik durumun bakım verme yükünü etkileyen faktörler arasında olduğu belirtilmiştir.^{20,59,80} Bakım vericilerin gelir durumunun yetersiz olması, hasta bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılamalarına engel olabileceğinden; bu durumun bakım verme yükünü artırmış olabileceği düşünülebilir.

Çocuğu olan bakım vericilerde bakım verme yükü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Çetinkaya'nın⁸¹ (2006) çalışmasında çocuk sayısı arttıkça bakım vericilerin yaşadıkları stres düzeylerinin arttığı bildirilmiştir. Bakım verici bireyin çocuk sayısının artması, kişinin üzerindeki sorumluluk miktarını artıracığından bakım yükünü de artıracığı beklenen bir durumdur.

Birinci derecede yakını olan bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalaması yakını olmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır (Tablo 8). Kara- Kaşıkçı ve Alberto⁸² (2007) tarafından yapılan çalışmada aralarında kan bağı olan bakım vericilerde aile

değerlerine bağlılığının önemli olduğu ve hastalarını daha çok benimsedikleri ifade edilmiştir. Bu bulgu araştırma sonucumuzu desteklemektedir.

Evde kendisine ait ayrı odası bulunan hastaların bakım vericilerinin bakım verme yükü puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Hasta birey ve bakım vericilerin sürekli aynı ortamda yaşıyor olması, bakım sürecinin devamlılığı ve etkinliği açısından daha yararlı olabileceği gibi, bakım verici bireyin kendine ait aktivitelerini gerçekleştirebileceği ortamı kısıtlayabileceği, bu durumda bakım yükünü artırabileceği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalamaları ile toplam bakım verdikleri süre arasında doğru orantılı bir ilişki olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 8). Bakım vermeye yeni başlayan bakım vericilerin bakım verme yükü puanı diğerlerine göre daha düşük çıkmıştır. Halm ve ark.'nın⁸³ (2007) bakım verme süresine göre yaptıkları çalışmalarında bakım vericilerin 3, 6. ve 12. aylarda bakım yükü ölçeği puanları incelenmiş ve bakım verme süresi uzadıkça ölçek puanlarının da arttığı ifade edilmiştir. Bodur ve Cingil'in⁸⁴ (2006) yaptığı çalışmada uzun süre bakım verenlerin yük puan ortalamasının yüksek olduğu bildirilmiştir. Bakım verme süreci bakım vericiler için farklı ve yeni bir yaşam tarzını gerektiren bir süreç olduğundan; adaptasyon problemleri yaşanacağı, bu durumun da zaman ilerledikçe yük miktarında artışa neden olabileceği düşünülebilir.

Tedavi sürecinde sağlığı etkilenen bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalamaları sağlığı etkilenmeyenlere göre yüksek bulunmuştur (Tablo 9). Şahin ve ark.'nın⁷⁷ (2009) çalışmasında da bakım vericilerin bakım vermeye başlamadan önce ve sonraki sağlık durumlarını algılama düzeylerinde anlamlı bir fark olduğu

bildirilmiştir. Yaşar'ın⁴ (2008) çalışmasında sağlık sorunu olan bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalamaları sorunu olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kanser tedavi süreci hem hasta hem de bakım vericiler için zorlu bir süreç olduğundan; bu durumun bakım yükünü artıracığı düşünülmektedir.

Bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalamaları ile sorumlulukların etkilenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 9). Yapılan bir çalışmada bakım sunma rolünde harcanan saat/zaman sayısı ile bakım vericiler tarafından yaşanan stres miktarı arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur.⁸⁵ Bakım vericilerin bakım verme işi dışında ekstra işlerinin olması (ev işi, çocuk bakımı, çalışma hayatı gibi) bakım dışında o işlere de zaman ayıracağı anlamına gelir. Bu durum kısıtlı olan zamanda birçok işi yürütmeyi gerektirecektir. Sonuç olarak söz konusu durumların bakım verme yükünü artıracığı düşünülmektedir.

Bakım vericilerin yaş grupları ile yaşam kalitesi ölçeği finansal sıkıntı alt boyut ve toplamda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 10). Bu durum bakım vericilerin yaşları arttıkça yardım edecek bireylerin artması ve de sorumluluklarında daha genç bireylere göre az olması olarak açıklanabilir. Ayrıca ileri yaş grubundaki bakım vericilerin, genç yaş grubu bakım vericilere göre yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olması, baş etme deneyimlerinin fazla ve hayattan beklentilerinin farklı olmasından kaynaklanmış olabilir. Yaşla birlikte geçmiş deneyimlerin artması, olumsuz yaşam olayları ile daha kolay baş etme yöntemlerinin gelişmesi, hastalığı kabullenışı ve tedaviyi sürdürmeyi kolaylaştırır. Genç yaş grubunun, hayattan beklentilerinin fazla olması bu yaş grubunun problemlerini de kapsamaması nedeniyle yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu düşünülebilir.

Cinsiyet ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında finansal boyut hariç diğer alt gruplarda ve toplamda istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı bulunmuştur (Tablo 10). Tang ve ark.'nın⁸⁶ (2008) çalışmasında bakım vericilerin cinsiyeti ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir. Bu araştırmada finansal boyutta olan değişim erkek hastaların aleyhine olacak şekildedir. Bu durumun erkek hastaların bakım vermeye başladıktan sonra yaşadıkları iş kayıpları ve maddi yetersizliklerden kaynaklandığı düşünülebilir.

İlde yaşayan bakım vericilerin yaşam kalitesi puanları finansal sıkıntı alt boyutunda daha yüksek çıkmıştır (Tablo 10). Yapılan bir çalışmada, geniş nüfusta yaşamanın yaşam kalitesi ve yaşanan yüklerle pozitif ilişkisi olduğu saptanmıştır.⁸⁷ İllerde yaşamın çok yönlü güçlüğünün yanında, imkânlarının ve tedavi için gidecekleri yerlere daha kolay ulaşabilmenin sonucu etkilediği düşünülebilir. Aynı zamanda, illerde yaşayanların, kasaba/köyde yaşayanlara göre kendi sağlıklarına dikkat etmeleri ve daha iyi koşullarda yaşamaları için daha fazla imkâna sahip oldukları sonucuna varılabilir.

Eğitim durumuna göre bakım vericilerin yaşam kalitesi puanları incelendiğinde; eğitim düzeyi yükseldikçe, rahatsızlık, pozitif adaptasyon alt boyut ve toplamda yaşam kalitesi puanlarının arttığı görülmektedir (Tablo 10). Kızılcı'nın⁵ (1999) çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi puanının arttığı bildirilmiştir. Meyers ve ark.'nın⁸⁷ 2001 yılında yapmış olduğu çalışmada yüksek eğitim seviyesinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik haliyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları araştırmamızı desteklemektedir. Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında doğru orantılı artışın olması eğitimin etkinliği açısından olumlu bir sonuçtur. Bakım vericilerin eğitim düzeyi yükseldikçe bilinçli baş etme

mekanizması geliştirebileceği ve tedavinin yan etkileri ile daha kolay baş edebileceği düşünülebilir.

Sosyal güvencesi olan bakım vericilerin yaşam kalitesi puanları yük, finansal sıkıntı alt boyut ve toplamda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Kanseri tanı ve tedavi işlemlerinin pahalı olduğu bilinmektedir. Tedavi giderlerinin bağlı olunan kurum tarafından ödenmesi tedaviyi olanaklı kılmaktadır. Ülkemiz şartlarında, hastaların sosyal güvenceleri olmadan tanı ve tedavi masraflarını karşılamaları oldukça güçtür. Bu nedenle hastanın sosyal güvencesinin bulunması, tanı koyma aşaması ve tedavinin sağlanması açısından son derece önemlidir. Ancak tedavi giderlerinin karşılanmasına rağmen, bozulan aile düzeni ve bütçenin etkilenmesi nedeni ile yaşam kalitesinin de olumsuz etkileneceği düşünülebilir.

Gelir durumları giderleriyle eşit olan bakım vericilerin yaşam kalitesi puanları rahatsızlık, finansal sıkıntı alt boyut ve toplamda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Bektaş ve Özer'in⁷⁴ (2009) çalışmalarında ekonomik problem yaşayan bakım vericilerin yaşam kaliteleri daha düşük çıkmıştır. Yine Hacıoğlu ve ark.'nın⁸⁸ (2010) çalışmalarında da gelir durumunun yüksek olması yaşam kalitesi puanını artırmıştır. Yun ve ark.'nın⁶ (2005) kanserli hastaların bakım vericileriyle yaptıkları çalışmada gelir durumu düşük olan aile üyelerinin, kendi yaşam koşullarını hastalık ve tedavi sürecine göre değiştirmek zorunda kaldıkları bildirilmiştir. Gelir düzeyi iyi olan bakım vericilerin hastalarının tedavilerini aksatmadan yaptırabilmeleri, daha iyi bakım alabilmeleri ve beraberinde daha iyi yaşam standardına sahip olmalarının, bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir. Bu konuda yapılan çalışma sonuçları da çalışmamızı destekler niteliktedir.

Bekâr olan bakım vericilerin yaşam kalitesi puanları pozitif adaptasyon alt boyutunda daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 10). Bu durumun bekârların bakım vermekten daha çok hoşnut oldukları, yaşamlarından daha fazla doyum aldıkları ve çocuk ya da eş sahibi olmadıkları için onlara karşı olan sorumluluklarını yerine getirememenin kaygısını yaşamadıklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çocuğu olmayan bakım vericilerin yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon alt boyut ve toplamda yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Beşer'in⁸⁹ (2003) çalışmasında çocuğu olan hastaların ve ailelerinin yaşamları olumsuz yönde etkilenmiş, yaşadıkları stres ve anksiyete düzeyleri artmıştır. Çocuğu olanların hastalık nedeni ile çocuklarına karşı sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanabilecekleri için yaşam kalitelerinin düşük olduğu düşünülebilir.

Hastanın yakın akrabası olmayan bakım vericilerde rahatsızlık alt boyutunda, hastanın çocuğu olan bakım vericilerde finansal sıkıntı alt boyutunda yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Bu durumda ailelerin hastalık halinde birbirine daha çok kenetlendiği ve birbirlerine sosyal destek verdikleri düşünülebilir.

Kendisine ait ayrı odası bulunan hastaların bakım vericilerinin pozitif adaptasyon alt boyut ve toplamda yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Aynı ev içinde ayrı odanın olması hem bakım vericilerin hem de hastaların özel yaşamları için uygun ortam sağlayacağından yaşam kalitesini de olumlu etkileyeceği düşünülebilir.

Ailesinde başka kanser hastası olmayan bakım vericilerin yaşam kalitesi puanları yük, finansal sıkıntı alt boyutları ve toplamda daha yüksek bulunmuştur

(Tablo 11). Bakım vericilerin daha önceden kanser tecrübesini yaşamış olmalarının yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir.

Bakım vericilerin bakım verme sürecinde destek alma durumlarına göre destek alan grubun yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Hacıaloğlu ve ark.'nın⁸⁸ (2010) çalışmasında diğer aile üyelerinden destek alan bakım vericilerin yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Bakım vericilerin bakım sürecinin ilk başlarında yaşam kalitesi puanları daha yüksek iken bakım verme süresi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının azaldığı belirlenmiştir (Tablo 11). Kitrungröte ve ark.'nın²³ (2006) çalışmasında hastalığın erken evrelerinde hasta ve bakım vericilerinde yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda da uzun süreli verilen bakımın yaşam kalitesini negatif etkilediği ortaya çıkmıştır.^{80, 87} Bu durumun hastalık süresi uzadıkça günlük yaşamı etkileyecek birçok sorunun ortaya çıkması, bakım vericilerin bir kısmının işlerini sürdüremeyerek bırakmaları ve maddi güçlükler çekmeleri, geleceğe dair korku ve endişelerin artması, sosyal destek kaynaklarının azalması, hastalığın nüks etmesi gibi kaygılardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Tedavi sürecinde sağlığı etkilenen bakım vericilerin yaşam kalitesi puanları yük, rahatsızlık alt boyut ve toplamda daha düşük bulunmuştur (Tablo 12). Kızılcı'nın⁵ (1999) yapmış olduğu çalışmada bakım vericilerin bakıma başlamadan önceki sağlık durumları ile sonraki sağlık durumları arasında önemli ölçüde değişiklik olduğunu ortaya çıkarmıştır. Şahin ve ark.'nın⁷⁷ (2009) çalışmasında da bakım vericilerin bakım vermeye başlamadan önce ve sonraki sağlık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bu araştırmadaki bakım vericilerin durumu, Kızılcı ve Şahin'in çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Bakım verme sürecinde sorumlulukları etkilenen bakım vericilerin, yük ve rahatsızlık alt boyut ve toplamda yaşam kalitesi puanları daha düşük çıkmıştır (Tablo 12). Karabuğa'nın¹⁵ (2009) çalışmasında da sorumlulukları yerine getirememe konusunda yaşam kalitesi puanları pozitif adaptasyon hariç her alanda ve toplamda daha düşük çıkmıştır. Bakım verme süreci yorucu ve yoğun bir tempo gerektiren bir süreç olduğu için kişiler gerek kendi sosyal yaşantılarına, gerekse diğer yapmaları gereken işlere vakit ayıramadıklarından bu sonuçların oluştuğunu düşünebiliriz. Araştırmamız Karabuğa'nın çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Evlilik ilişkisinde sorun yaşayan bakım vericilerin yaşam kalitesi puanının yük hariç diğer alt boyutlarda ve toplamda daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Karabuğa'nın¹⁵ (2009) çalışmasında evlilik ilişkisinde sorun yaşayanların, finansal sıkıntı hariç, her boyutta ve toplamda yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar araştırmamızı desteklemektedir.

Bakım verici bireylerin bakım verme yükü ile yaşam kalitesi arasında negatif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 13). Gaston- Johanson ve ark.'nın⁹⁰ (2004) yaptıkları çalışmada bakım vericilerin yaşadıkları yük ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu; yine Yun ve ark.'nın⁶ (2005) çalışmalarında bakım vericilerde algılanan yükün yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ortaya çıkmıştır. Yapılan bir başka çalışmada da bakım vericilerin kötü sağlık durumları, aile desteklerinin olmayışı, finansal kaynakların bozukluğu gibi değişkenlerin subjektif bakım verici yükünü artırdığı ve yaşam kalitesi puanlarını azalttığı bildirilmiştir.⁷⁸ Bakım verici bireylerin yaşadıkları yük düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinde de beklenen bir azalma olabileceği düşünülebilir.

Bakım verme yükünün yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde bakım verme yükü değişkeninin yaşam kalitesinin toplam varyansın %60'ını açıkladığı ve bakım verme yükü değişkeninin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu saptanmıştır (Tablo 14). Yun ve ark.'nın⁶ (2005) çalışmasında bakım vericilerin yaşadığı yük yaşam kalitesinin toplam varyansın %41'ini açıkladığı belirtilmiştir. Bu sonuç araştırmamızı desteklemektedir.

Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerinin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir (Tablo 15). Bakım vericilerde cinsiyetin, yaşın, gelir durumunun, hastayla olan yakınlık derecesinin, hastanın kendisine ait odasının olma durumunun ve sağlık durumunu algılama düzeyinin yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörler olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, bakım vericilerin, 20-35 yaş grubunda olması %1, 35-50 yaş grubunda olması %4, gelirini az algılaması %2700, kanserli hastanın eşi olması %8, kanserli hastanın çocuğu olması %9, hastanın kendine ait odasının olmaması %7 yaşam kalitesinin bozulmasına neden olduğu söylenebilir. Meyers ve Gray'ın⁸⁷ (2001) yaptıkları çalışmada bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerinin yaşam kalitesi toplam varyansını %44 açıkladığı ve bu özelliklerin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu bildirilmiştir. Bakım vericilerin yaşamlarını etkileyen en önemli faktörlerin tanımlayıcı özellikler ve yaşadıkları sorunlar olduğu düşünülünce çıkan bu sonucun beklenen bir durum olduğu söylenilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması 36.65 ± 11.21 olarak saptanmıştır. Bakım vericilerin sosyal güvence varlığına, gelir durumunu algılamasına, çocuk sahibi olma durumuna, hastaya olan yakınlık derecesine, hasta bireyin odasının varlığına, toplam bakım verme süresine, tedavi sürecinde sağlığının etkilenme durumuna, sorumlulukları etkileme durumuna göre bakım verme yükü ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması 81.40 ± 17.25 olarak bulunmuştur. Bakım vericilerin yaş gruplarına, eğitim durumuna, sosyal güvence varlığına, gelir algılama durumuna, çocuk sahibi olma durumuna, hastanın kendisine ait odasının varlığına, ailede kanser tanısı alan başka birey varlığına, bakım verme sürecinde destek alma durumuna, toplam bakım verme süresine, tedavi sürecinde sağlığının etkilenme durumuna, sorumlulukları etkileme durumuna, evlilik ilişkisinde sorun yaşama durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Bakım verici bireylerin bakım verme yükü ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu, bakım verme yükünün yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde bakım verme yükü değişkeninin yaşam kalitesi toplam varyansının %60'ını açıkladığı ve bakım verme yükü değişkeninin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu saptanmıştır.

Bakım vericilerde yaşın, gelir durumunun, hastayla olan yakınlık derecesinin, hastanın kendisine ait odasının olma durumunun yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörler olduğu saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Bakım vericilere bakım verme ile ilgili çeşitli görsel-işitsel araçlarla eğitim verilmesi ve bu eğitimlerin hastaneden taburculukta rutin hale getirilmesi,
- Bakım vericilerin sağlık durumları bu süreçten etkilendiğinden belirli aralıklarla bütüncül olarak kontrol edilmesi,
- Bakım vericilerden kadın, 20-50 yaş grubunda, geliri az, kanserli hastanın eşi, ve çocuğu olanların bakım verme sürecinde daha çok desteklenmesi,
- Uzun süre hasta bakımından sorumlu bakım vericilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerden desteklenmesi,
- Kanser hastalarına bakım vericiler için; yardım alabilecekleri soru sorabilecekleri dernekler, topluluklar oluşturulması, internet sitelerinin artırılması,
- Zaman içinde bakım verme yükünün artacağı ve yaşam kalitesi düşeceğinden belli aralıklarla düzenli olarak bakım vericilerin ihtiyaçları konusunda desteklenmesi ve rehberlik edilmesi,
- Ülkemizde bakım verme yükü ve yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yapılmış çalışmaların sınırlı olması nedeniyle yeni çalışmalar yapılarak konu ile ilgili literatürün zenginleştirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kanser Hakkında Genel Bilgiler (Çevrimiçi)
<http://www.Who.int/Mediacentre/Factsheets/Fs297/En> 18.2.2009.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2005 Yılı Kanser İstatistikleri (Çevrimiçi)
<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?> 18.2.2009.
3. Kuşçu MK. Dural U. Önen P. Yaşa Y. Yayla M. Başaran G. Turhal S. Bekiroğlu N. The association between individual attachment patterns, the perceived social support, and the psychological wellbeing of Turkish informal caregivers. *Psychooncology* 2009; 18: 927–935.
4. Yaşar F. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi Ankara, 2008.
5. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesinin etkileyen faktörler. *C.Ü. Hemşirelik Y. O. Dergisi* 1999;3: 18-26.
6. Yun HY. Rhee YS. Kang IO. Lee SJ. Bang SM. Lee WS. Kim SJ. et al Economic Burdens And Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Patients. *Oncology* 2005; 68 (2-3):107-114.
7. Babaoğlu E. Öz F. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *HEMAR-G* 2003; 2: 24-33.
8. Borneman T. Chu DZ. Wagman L. Ferrell B. Juarez G. McCahill LE. Uman G. Concerns of family caregivers of patients with cancer facing palliative surgery for advanced malignancies. *Oncol Nurs Forum* 2003; 30(6):997-1005.

9. Grunfeld E. Coyle D. Whelan T. Clinch J. Reyno L. Earle CC. Willan A. et al. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their, principal caregivers. *CMAJ* 2004; 170(12): 1795-1801.
10. Carter PA. Bereaved caregivers' descriptions of sleep: impact on daily life and the bereavement process. *Oncol Nurs Forum* 2005; 32: 4; 741-748.
11. Dumont S. Turgeon J. Allard P. Gagnon P. Charbonneau C. Vezina L. Caring for a loved one with advanced cancer: Determinants of psychological distress in family caregivers. *Journal Palliat Med* 2006; 9(4):912-921.
12. Chang EW. Tsai YY. Chang TW. Tsao CJ. Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Pschooncology* 2007; 16: 950-955.
13. Chen H. Chen M. Shyu YL. Tang W. Development and testing of a scale to measure caregiving load in caregivers of cancer patients in Taiwan: The Care Task Scale Cancer. *Cancer Nurs* 2007; 130(3):223-231.
14. Weitzner MA. Jacobsen PB. Wagner JR. Friedland J. Cox C. The caregiver quality of life index-cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the familiy caregiver of patients with cancer. *Qual Life Res* 1999; 8: 55-63.
15. Karabuğa H. Kanserli hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi İstanbul, 2009.
16. Uğur Ö. Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi İzmir, 2006.

17. Küçükgüçlü Ö. Bakım verenlerin Yükü Envanteri'nin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi İzmir, 2004.
18. Sharpe L. Butow P. Smith C. Mcconnell D. Clarke S. The relationship between available support, unmet needs and caregiver burden in patients with advanced cancer and their carers. *Psychooncology* 2005;14: 102-114.
19. Kim Y. Baker F. Spillers RL. Cancer caregivers' quality of life: Effects of gender, relationship and appraisal. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34(3): 294-304.
20. Kasuya TR. Caregiver burden and burnout A guide for primary care physicians. *Postgrad Med* 2000; 108 (7): 119.
21. Given B. Wyatt G. Given C. Sherwood P. Gift A. Devoss D. Rahbar M. Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncol Nurs Forum* 2004, 31(6): 1105-1117.
22. Okçin F. Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doktora Tezi İzmir, 2007.
23. Kitrungrote L. Cohen MZ. Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review. *Oncol Nurs Forum* 2006: 33: 3, 625-632.
24. Francis LE. Worthington J. Kypriostakis G. Rose JH. Relationship quality and burden among caregivers for late-stage cancer patients. *Support Care Cancer*, 2009.
25. Hughes SL. Giobbie-Hurder A. Weaver FM. Kubal JD. Henderson W. Relationship between caregiver burden and health-related quality of life. *The Gerontologist* 1999; 39:5, 534-546.

26. Morimoto T. Schreiner AS. Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age Ageing* 2003; 32: 218–223.
27. Kanser nedir? Tıbbi Onkoloji Derneği (Çevrimiçi) <http://www.kanser.org/toplum/knedir.php> 18.12.2009.
28. 2008 Yılı Dünya Kanser Kongresi Verileri: International Union Against Cancer (UICC) (Çevrimiçi) <http://uicc.org/> 18.12.2009.
29. US Mortality Data 2006, National Center for Health Statistics (Çevrimiçi) www.who.int. 18.12.2009.
30. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. (Çevrimiçi) www.who.int. 18.12.2009.
31. Ankara Ticaret Odası Kanser Yükü Raporu. (Çevrimiçi) <http://www.atonet.org.tr/> 18.12.2009.
32. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Global Action Against Cancer, 2005 (Çevrimiçi) www.who.int. 18.12.2009.
33. Kanser İstatistikleri (Çevrimiçi) www.who.int. 18.12.2009.
34. Kanser epidemiyolojisi (Çevrimiçi) www.sb.gov.tr. 18.12.2009.
35. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program, 1975-2005, Division of Cancer Control and Population Sciences, National Cancer Institute (Çevrimiçi) www.who.int. 18.12.2009.
36. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, 2005 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri (Çevrimiçi) www.sb.gov.tr. 18.12.2009.
37. Öz G. Bayer A. Yalçın N. Yıldırım F. Dahiliye Hastalıkları ve Bakımı. Ankara Songür Eğitim Hizmetleri, 2008: 321-336.

38. Akdemir N. Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara Sistem Ofset, 2005; 247-277.
39. Karadakovan A. Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 1. Baskı. Adana Nobel Kitapevi; 2010
40. Akay N. Genel Olarak Kanser. Karakuş L. ed. Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı. Ankara Mavi Ambalaj, 2005: 21.
41. Türk Dil Kurumu Web Sayfası (Çevrimiçi) <http://tdk.org.tr/tdksozluk/sozbul>, 20.12.2009.
42. Hunt CK. Concepts in caregiver research. J Nurs Scholarsh 2003; 35(1): 27-32.
43. Merriem Webster Sözlüğü. (Çevrimiçi) <http://www.m-w.com/dictionary.htm> 25.12.2009.
44. Karahan A. Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatrics 2002; 5(4): 155–159.
45. İnci H. Bakım verme yükü ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi Denizli, 2006.
46. Karataş M. Cancer rehabilitation. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006; 2(10): 10–19.
47. Sherman AC. Edwards D. Simonton S. Mehta P. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. Palliat Support Care 2006; 4, 65–81.
48. Güner İC. Meme kanseri ve eşlerin desteği. Gaziantep Tıp Dergisi 2008; 46–49.
49. Toseland RW. Chapman DG. Effectiveness Of Advanced Illness Care Teams For Nursing Home Residents With Dementia. Soc Work 2007; 10; 52 (4): 321-9.

50. Kim Y. Carver C. Frequency and difficulty in caregiving among spouses of individuals with cancer: Effects of adult attachment and gender. *Psychooncology* 2007; 16: 714–723.
51. Özcanlı D. Kanserli hastalara bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunlarının belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi Gaziantep, 2005.
52. Grov EK. Dahl AA. Moun T. Fossa SD. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncol* 2005; 16: 1185–1191.
53. Elbi H. Kanser ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası* 2001;5:5–1.
54. Gıven B. Sherwood PR. Given CW. What Knowledge and Skills Do Caregivers Need. *Am J Nurs* 2008; 108 (9): 28-34.
55. Feinberg LF. Caregiver Assessment: Understanding the issues. *Am J Nurs* 2008; 108 (9): 38-39.
56. Schulz R. Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs* 2008; 108 (9): 23-27.
57. Gıven BA. Gıven CW. Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin* 2001; 51(4): 213-31.
58. Lidell E. Family support-a burden to patient and caregiver. *E J Cardiovascular Nurs* 2002; 1: 149-152.
59. Erdem M. Yaşlıya bakım verme. *Atatürk Üni HYO Der* 2005, 8(3): 101-106.
60. Honea N. Brintnal R. Gıven B. Colao D. Putting Evidence Into Practice: Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden. *Clin J Oncol Nurs* 2008; 12 (3): 507-516.

61. Savcı A. Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi Erzurum, 2006.
62. Ganz PA. Quality of life and the patient with cancer. *Cancer* 1994; 74: 1445-1451.
63. Akdemir N. Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İstanbul. SANERC Yayın Vehbi Koç Vakfı Yayınlar, 2003; 18-21.
64. Yeşilbalkan ÖU. Akyol AD. Çetinkaya Y. ALTIN T. Ünlü D. Kemoterapi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *E. Ü. HYO Dergisi* 2005; 21 (1): 13-31.
65. Özkan S. Kanser Bakımında Aile Sorunları. Ulusal Kanser Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı. İstanbul, 2001; s:96.
66. McMillan SC, Small BJ, Weitzner M, Schonwetter R, Tittle M, Moody L, Haley WE. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer a randomized clinical trial. *Cancer* 2006; 106(1): 214-222.
67. Myaskovsky L. Dew MA. Switzer GE. McNulty ML. Dimartini AF McCurry KR. Quality of life and coping strategies among lung transplant candidates and their family caregivers. *Soc Sci Med* 2005; 60 :2321-2332.
68. Ferrell B. Ervin K. Smith S. Marek T. Melancon C. Family perspectives of ovarian cancer. *Cancer Pract* 2002; 10 (6): 269-275.
69. Ferrell BR. Grant M. Chan J. Ahn C, Ferrell BA. The impact of cancer pain education on family caregivers of elderly patients. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22 (8): 1211-1218.

70. Zarit SH. Reever KE. Back-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20: 649-655.
71. Arai Y. Kudo K. Hokawa T. et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 51(5):281-287.
72. Arai Y. Tamiya N. Yano E. The short version of the Zarit Caregiver Burden Interview (J-ZBI_8): its reliability and validity. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 2003; 40(5): 497-503.
73. Lu L. Wang L. Yang X. Feng Q. Zarit Caregiver Burden Interview: Development, reliability and validity of the Chinese version. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009.
74. Bektaş HA. Özer ZC. Reliability and validity of the caregiver quality of life index-cancer (CQOLC) scale in Turkish cancer caregivers. *J Clin Nurs* 2009; 18: 3003-3012.
75. Bilgili N. Yaşlı Bireye bakım veren ailelerin karşılaştıkları sorunların belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi Ankara, 200082s.
76. Şahin ZA. Polat H. Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üni HYO Der* 2009; 12(2): 1-9.
77. Belasco A. Sesso R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2002; 39 (4): 805-812.
78. Tang WR. Hospice family caregivers' Quality of life. *J Clin Nurs* 2009; 18: 2563-2572.

79. Yusuf AJ. Adamu A. Nuhu FT. Caregiver burden among poor caregivers of patients with cancer in an urban African setting. *Psychooncology* 2010; DOI:10.1002/pon.
80. Altun İ. Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları. 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul, 1998; s.71-78.
81. Çetinkaya Y. Kanser hastalarına bakım verenlerde stres, stres yaratan durumlar ve etkilerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi İzmir, 2006.
82. Kara-Kaşıkçı M. Alberto J. Family support, perceived self-efficacy and self-care behavior of turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs* 2007; 23: 1498-1505.
83. Halm M. Treat JD. Lindquist R. Savık K. Caregiver burden and outcomes of caregiving of spouses of patients who undergo coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung* 2007; 36: 170-187.
84. Bodur S. Cingil DD. Bağımlı yaşlıların aile içi bakıcılarının bakımla ilgili tutumları ve eğitimle ilişkisi. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi* 2006; 4:2.
85. Pasacreta VJ. Barg F. Nuamah I. McCorlke R. Participant characteristics before and 4 months attendance at a family caregiver cancer education program. *Cancer Nursing* 2000; 23(4).
86. Tang ST. Li CY. Chen CH. Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill patients in Taiwan. *Qual Life Res* 2008; 17:387-395.
87. Meyers JL. Gray LN. The relationship between family primary caregiver characteristics and satisfaction with hospice care. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28(1): 73-81.

88. Hacıalıoğlu N. Özer N. Yılmaz Karabulutlu E. Erdem N. Erci B. The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *Eur J Oncol Nurs*. 2010; 14: 211–217.
89. Beşer N. Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C. Ü. HYO Der* 2003; 7: 47-58.
90. Gaston-Johansson F. Lachica EM. Fall-Dickson JM. Kennedy MJ. Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncol Nurs Forum* 2004; 31(6): 1161-1169.

EKLER**EK-1****BAKIM VERİCİLERİ TANITICI BİLGİ FORMU**

1. **Yaşınız** (Belirtiniz):.....
2. **Cinsiyetiniz:** Kadın Erkek
3. **Halen yaşadığınız yer:** İl İlçe Kasaba Köy
4. **Eğitim Durumunuz:**
 Okur-yazar İlköğretim Lise Üniversite
5. **Sosyal güvenceniz:**
 Var Yok
6. **Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?**
 Gelirim giderimden az Gelirim giderime eşit Gelirim giderimden fazla
7. **Medeni Durumunuz:**
 Bekar Evli Boşanmış /Dul
8. **Çocuğunuz var mı?** Evet Hayır
9. **Çalışıyor musunuz :** Evet Hayır
10. **Hastayla olan yakınlık dereceniz nedir?**
 Eşim Annem/Babam Kardeşim Çocuğum Diğer.....
11. **Hastanızla aynı evde mi yaşıyorsunuz?**
 Evet Hayır
12. **Evde hastanın kendine ait bir odası var mı?**
 Evet Hayır
13. **Kronik bir hastalığınız var mı?**
 Hayır Evet
14. **Ailede kanser tanısı alan başka bir birey var mı?**
 Hayır Evet
15. **Bakım verme sürecinde destek alıyor musunuz?**
 Hayır Evet
16. **Hastanıza ne kadar süredir bakım vermektесiniz?**
 0-3 ay 3-6 ay 6-9 ay 9-12 ay Bir yıldan daha fazla

17. Günde ortalama kaç saat hastanıza bakım vermektedirsiniz?

1-6 saat 7-12 saat 13-18 saat 19-24 saat

18. Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlığınız etkilendi mi?

Hayır Evet

19. Hastanıza bakım vermek diğer sorumluluklarınızı etkiliyor mu?

Hayır Kısmen Evet

20. Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkinizde güçlük yaşıyor musunuz?

Hayır Evet

21. Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinizde güçlük yaşıyor musunuz?

Hayır Evet

EK- 2**HASTA BİREYİ TANITICI BİLGİ FORMU**

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: Kadın Erkek

3. Halen yaşadığı yer: İl İlçe Kasaba Köy

4. Eğitim Durumu:

Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise

Üniversite

5. Medeni Durumu:

Bekar Evli Boşanmış /Dul

6. Sosyal güvencesi:

Var Yok

7. Kanserin tipi.....

EK-3**BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ**

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

	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?					

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12. Yakınına 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. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					

EK-4**BAKIM VERİCİLERİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

Aşağıda kanser hastalarına bakım veren bireylerin söylediği cümlelerden oluşan liste verilmiştir. Her satırda bir numarayı işaretleyerek, **son 7 günde** her bir cümlenin sizin için ne ölçüde geçerli olduğunu belirtiniz.

SON 7 GÜNDÜR	Neredeyse hiç	Çok değil	Biraz	Bir hayli	Çok fazla
1. Günlük hayat düzenimin değişmesi beni rahatsız ediyor.					
2. Daha az huzurlu uyuyorum.					
3. Günlük hayatım altüst oluyor.					
4. Cinsel hayatımdan memnunum.					
5. Sosyal aktivitelerimi devam ettirmek çok zor oluyor.					
6. Maddi sıkıntı yaşıyorum.					
7. Sosyal güvencemin kapsamı beni endişelendiriyor.					
8. Ekonomik geleceğim belirsiz.					
9. Hastamın ölmesinden korkuyorum.					
10. Hastamın rahatsızlığından dolayı hayata daha pozitif bakıyorum.					
11. Stresim ve kaygılarım arttı.					
12. Maneviyatım arttı.					
13. Geleceğe yönelik plan yapamamak beni rahatsız ediyor.					
14. Üzülüyorum.					
15. Zihnimin baskı altında olduğunu hissediyorum.					
16. Arkadaşlarımdan ve komşularımdan destek alıyorum.					
17. Kendimi suçlu hissediyorum.					
18. Hayal kırıklığına uğruyorum.					
19. Kaygılanıyorum.					
20. Hastamın rahatsızlığının çocuklarımı ve diğer aile fertlerini etkilemesinden endişe duyuyorum.					

SON 7 GÜNDÜR	Neredeyse hiç	Çok değil	Biraz	Bir hayli	Çok fazla
21. Hastamın yeme alışkanlıklarında meydana gelen değişikliklerle ilgilenme konusunda zorluklar yaşıyorum.					
22. Hastamla daha fazla yakınlaşmaya başladım.					
23. Hastamın hastalığı hakkında yeterli bilgi edindiğimi düşünüyorum.					
24. Hastamı randevularına götürmek üzere her zaman hazırda bulunmak durumunda olmak beni rahatsız ediyor.					
25. Tedavinin hastam üzerinde kötü etkiler yapmasından korkuyorum.					
26. Evde hastamın bakımında üzerime düşen sorumluluklar beni bir hayli bunaltıyor.					
27. Düşündüğüm tek şeyin hastamın iyileşmesi olması beni mutlu ediyor.					
28. Aile içi iletişim arttı.					
29. Hayatımdaki önceliklerin değişmesi beni rahatsız ediyor.					
30. Hastamı korumam gerekmesi beni rahatsız ediyor.					
31. Hastamın durumunun kötüye gittiğini görmek beni üzüyor.					
32. Hastamın ağrılarıyla başa çıkmak durumunda olmak beni bunaltıyor.					
33. Geleceğe yönelik bütün hevesim kırıldı.					
34. Ailemden aldığım destekten memnunum.					
35. Diğer aile fertlerinin hastamın bakımıyla ilgilenmemesi beni rahatsız ediyor.					

EK-5

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SÜLEYMAN DE MİREL TIP MERKEZİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : B.30.2.ATA.OİH.01.21/25

11.01.2010

Konu : Nihan TÜRKOĞLU'NUN
Tez Çalışması HK.

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İLGİ: 06.01.2010 tarih ve 113 sayılı derkenar havaleli yazınız.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Nihan TÜRKOĞLU'NUN ilgi yazınızın ekinde bulunan anket çalışmasını Anabilim Dalımıza bağlı Kemoterapi Ünitesinde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Mehmet GÜNDOĞDU
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

EK-6



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : B.10.4.ISM.4.25.00.34.158/ 28794

4 Aralık 2009

Konu : Etik Kurul Kararı.

Sayın: Yard.Doç.Dr. Dilek KILIÇ
(Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

20.11.2009 tarihinde ilimiz Etik Kurulluna yapmış olduğunuz başvuru neticesi; İlimiz Etik Kurulunun 20.11.2009 tarihinde almış olduğu 11' nolu karar Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Yard.Doç.Dr. Dilek KILIÇ' ın "Kanserli hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin yaşam kalitesine etkisi" başlıklı çalışması Etik Kurulumuz tarafından kabulüne karar verilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. A. Metin GÖRGÜNER
Etik Kurul Başkanı

EKİ: Etik Kurul Kararı

Sağlıklı nesiller emziren bebeklerden oluşacaktır. Yenidoğan bebeklerinizi ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleyiniz.

Erzurum Sağlık Müdürlüğü: Hastaneler Cad. 25200 / ERZURUM. Telefon (0442) 234 39 25 Faks: (0442) 234 39 18, Web sayfası: www.erkurum.saglik.gov.tr