



**AYAKTAN RADYOTERAPİ ALAN HASTALARA EVDE BAKIM
VEREN AİLE BİREYLERİNİN BAKIM VERME YÜKLERİ İLE
YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Muhammet Faruk YİĞİT

Hemşirelik Anabilim

Dalı Halk Sağlığı

Hemşireliği Tez

Danışmanı

Prof. Dr. Behice ERCİ

Yüksek Lisans Tezi - 2018

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AYAKTAN RADYOTERAPİ ALAN HASTALARA EVDE BAKIM VEREN
AİLE BİREYLERİNİN BAKIM VERME YÜKLERİ İLE YAŞAM KALİTELERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Muhammet Faruk YİĞİT

Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği
Yüksek Lisans Tezi


Tez Danışmanı
Prof. Dr. Behice ERCİ


MALATYA
2018


KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Muhammed Faruk YİĞİT**'in "Ayaktan Radyoterapi Alan Hastalara Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yükleri ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 19/01/2018


Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Rukuye AYLAZ
İnönü Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Nur Özlem KILINÇ
Bingöl Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2018 tarih ve 2018/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser	3
2.2. Kanserin Etiyolojisi	3
2.3. Kanser Belirtileri.....	3
2.4. Kanserin Tedavisi	4
2.4.1. Radyoterapi.....	4
2.4.1.1. Radyoterapi'nin Amaçları.....	4
2.4.1.2. Radyoterapi Uygulanması Sırasında ve Sonrasında Gelişen Semptomlar	5
2.5. Bakım Verme ve Bakım Verici Kavramı	6
2.5.1. Kanserde Bakım Vericilik	6
2.5.2. Primer Bakım Vericilik.....	7
2.6. Bakım Verici Bireylerin Gereksinimleri.....	8
2.7. Bakım Verme Yüğü	9
2.8. Bakım Verme Yüğü Etkileyen Faktörler	10
2.9. Bakım Vermede Yaşanan Güçlükler	10
2.10. Bakım Verme Yüğü Değerlendirilmesi	11
2.11. Yaşam Kalitesi ve Tanımı.....	12
2.12. Yaşam Kalitesini Azaltan ve Artıran Durumlar	12
2.13. Bakım Vericilerde Yaşam Kalitesi	13
2.14. Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü.....	15
3. MATERYAL VE METOT	17
3.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	17
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	17
3.4.1. Bakım Vericileri Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2)	17

3.4.2. Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 3)	18
3.4.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği (EK 4)	18
3.4.4. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kanser (EK 5)	18
3.5. Verilerin Toplanması	19
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	20
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
KAYNAKLAR	39
EKLER.....	47
EK 1. Özgeçmiş	47
EK 2. Bakım Vericileri Tanıtıcı Anket Formu	48
EK 3. Hasta Bireyi Tanıtıcı Anket Formu	50
EK 4. Bakım Verme Yükü Ölçeği	51
EK 5. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kanser	53
EK 6. Etik Kurul İzni	56
EK 7. YYÜ Dursun Odabaş Tıp Merkezi İzin.....	57
EK 8. SBÜ Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin.....	58
EK 9. Etik Kurul Revize İzin Belgesi	59

TEŞEKKÜR

Tezimin her aŐamasındaki katkılarından dolayı danıŐmanım Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, çalıŐmam boyunca benden yardımlarını esirgemeyen Değerli arkadaşlarım AraŐ. Gör. Ebru GÜL ve Mehmet UÇAR'a, Y.Y.Ü. Dursun Odabaş Tıp Merkezi Radyasyon Onkolojisi birimi ve Van Bölge Eğitim ve Araştırma hastanesi Radyasyon onkolojisi birimi çalıŐanlarına ayrıca bu araştırmanın gerçekleŐmesi için katılan hastalara teşekkür ederim.

Muhammet Faruk YİĞİT

ÖZET

Ayaktan Radyoterapi alan hastalara evde bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

Amaç: Ayaktan Radyoterapi alan hastalara evde bakım verenlerin bakım verme yükleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Materyal ve Metot: Araştırma, 01 Şubat 2017-01 Ocak 2018 tarihleri arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Radyasyon Onkolojisi ve Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Birimlerinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini belirtilen hastanelerin Radyasyon Onkolojisi Birimlerine gelen hastaların bakım vericileri oluşturmuştur (n=231). Evrenin tümünün araştırma kapsamına alınması planlandığı için örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Veriler bakım vericileri tanıtıcı bilgi formu, hasta bireyi tanıtıcı bilgi formu, Bakım Verme Yükü Ölçeği, Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Kruskal Wallis, Mann Withney-U, Bağımsız Gruplardan t Test, Tek yönlü ANOVA, Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamasının 42.83 ± 13.76 olduğu ve bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerinden, hastalığa ilişkin özelliklerinden ve yaşadıkları sorunlardan gelir durumu, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, hasta ile yakınlık derecesi, kronik hastalığa sahip olma durumu ve bakım verme süresine göre bakım verme yükü ölçü puan ortalamasının istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının 85.00 ± 18.00 olduğu ve bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerinden, hastalığa ilişkin özelliklerinden ve yaşadıkları sorunlardan gelir durumu, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, hasta ile yakınlık derecesi, kronik hastalığa sahip olma durumu ve bakım verme süresine göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç: Bakım vericilerin bakım verme yüklerinin, tanıtıcı ve bakım vermeye ilişkin özelliklerinin ve yaşadıkları sorunların bakım verme yükü ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.

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

ABSTRACT

Investigation of the relationship between caregiver burden and life quality of family members who are giving home-based care for patients receiving outpatient radiotherapy

Aim: This research was conducted to investigate the relationship between caregiver burden and life quality of those who give home-based care for patients receiving outpatient radiotherapy.

Material and Method: This research was carried out at Yüzüncü Yıl University Dursun Odabaş Medical Center Radiation Oncology and Van Regional Education and Research Hospital Radiation Oncology Units between 01 February 2017-01 January 2018. The universe of the research was established by the caregivers of the patients who came to the Radiation Oncology Units of the mentioned hospitals (n=231). Since the entire universe is planned to be included in the scope of the research, sampling method has not been conducted. The data were collected using the caregivers' identification information form, individual patient identification information form, The Care Delivery Burden Scale, Quality of Life Scale for Caregivers. Kruskal Wallis, Mann Withney-U, t Test from Independent Groups, One-way ANOVA, Pearson Correlation Analysis were used in the evaluation of the data.

Findings: It was found that the caregivers participating in the study had a mean score of 42.83 ± 13.76 in the Caregiver Load Scale score and that the caregivers had introductory features, characteristics related to their illnesses and income status, working status, marital status, child ownership status, and the mean score of care load scale according to the duration of care was statistically significant ($p < 0.05$). It was determined that the average score of the Caregivers' Quality of Life Scale was 85.00 ± 18.00 and the average of the quality of life scales according to the caregivers' income status, working status, marital status, child ownership status, degree of affinity with the patient obtained from caregivers' characteristics, disease-related characteristics and problems were statistically significant ($p < 0.05$).

Results: Caregivers' burden of care, introductory and care-related characteristics and the problems they have experienced have been found to have an impact on caregiving burden and quality of life.

Keywords: Cancer, Caregiver, Caregiving Burden, Life Quality, Nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TDK	: Türk Dil Kurumu



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	21
Tablo 4.2. Bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	22
Tablo 4.3. Bakım vericilerin hastaya bakım vermeye ilişkin özelliklerinin dağılımı	23
Tablo 4.4. Bakım vericilerin bakım verme yükü ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.5. Bakım vericilerin tanıtıcı özellikleri ile bakım yükü ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı	24
Tablo 4.6. Bakım vericilerin bakım vermeye ilişkin özellikleri ile bakım yükü ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı	26
Tablo 4.7. Yaşam kalitesi ve bakım yükü puan ortalamaları arasındaki ilişkinin Pearson Korelasyon analizi ile incelenmesi.....	29

1. GİRİŞ

Kanser, dünyada en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır. Kanser düşük ve orta gelirli ülkeler için daha önemli bir sorundur. Çünkü bu ülkelerde, kanser hastalığının %80'nine ileri evrede tanı konulabilmekte ve daha fazla hastalık ve ekonomi yüküyle karşılaşmaktadır. Günümüzde gelişen tedavi yöntemleri sonucunda kanser hastası bireyler daha uzun yaşamaktadır. Uzun süre hastanede yatmak bakım ve tedavi maliyetini arttırdığı için radyoterapi ve kemoterapi tedavileri evde bulunan hastalara da uygulanmaktadır. Kanser hastası bireylerin sınırlılıkları sebebiyle bakım vericilerin bakım verme sürecinde önemli rolü bulunmaktadır (1). Kanserli hastanın bakım sorumluluğu genel olarak evde, hastanın eşi, çocukları, akrabaları ya da arkadaşları tarafından üstlenilmektedir (2). Ancak, kanser hastası bireye evde bakım verme, aile üyelerinin günlük yaşamının değişmesine (evlilik/aile, iş ve sosyal yaşam), sağlık durumunun bozulmasına ve ekonomik kayıplar yaşamasına sebep olabilmektedir (3).

Kanser tedavisinin aile bireylerine yük getirdiği 1980'li yılların başlarından beri bilinmektedir (4). Bakım verici birey ile birlikte yapılan çalışmada, uzun süre bakım verme sürecinin yakınlarına bakmaktan birinci derecede sorumlu olan kişilere, yoğun bir duygusal ve fiziksel yük getirdiğini göstermektedir. Bakım vermenin yoğun ve kronik yapısı bakım vericilerin yaşamlarında diğer taleplerden kaynaklı anlaşmazlıklarla bir araya gelince "bakım verme yükü" olarak tanımlanan bir duruma yol açmaktadır (5).

Yapılan çalışmalar, kanser hastalarına bakım veren bireylerin aile yaşamının, evlilik yaşamının, sağlık durumunun, iş yaşamının ve sosyal yaşamının bu süreçten olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Bu süreçte aile içerisindeki bakım verici bireyler en az hastalar kadar, hatta bazen onlardan daha fazla duygusal ve işlevsel zorluk yaşayabilmektedirler (6, 7). Kanser hastalarına bakım veren bireylerde hastalarının bakım ihtiyacını karşılamada, hastalığın kendisi ve uygulanan tedavinin yan etkisi olarak ortaya çıkan sorunları yönetmede, hastalarına duygusal olarak destek sağlamada güçlük yaşadıkları bildirilmektedir (8). Kanser hastalarına bakım veren bireylerin yaşadıkları bu güçlükler; hastanın yaşı, tedavi şekli, fonksiyonel durumu, hastalığın süresi gibi "hasta bireye bağlı özelliklerden" ve bakım vericinin yaşı, cinsiyeti, eğitim

durumu, hastayla yakınlık derecesi ve yakınlarından destek alma durumu gibi “bakım verici bireye bağılı özelliklerden ” etkilenmektedir (9).

Bakım verici bireylerde, cinsiyet faktörünün yaşanan bakım yükü üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Bakım verici bireyin kadın ve genç yaşta olması bakım verme yükünü etkileyen faktörler arasındadır (10). Özellikle kadınların erkeklere göre daha fazla bakım yükü yaşadıkları rapor edilmiştir (11). Bir başka çalışmada her iki bakım vericiden birinin ekonomik sıkıntı yaşadığı ve her üç bakım vericiden ikisinde sağlık sorunu olduğu tespit edilmiştir (12). Yine bakım verici bireylerle yapılan bir çalışma da işsiz olan bakım vericilerin yaşadıkları bakım verme yükü düzeyinin iş sahibi olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (13).

Kanser her açıdan hasta bireyin ve ailesinin yaşam kalitesini, yaşam düzenini ve yaşam dengesini bozan zorlu ve sıkıntılı bir süreçtir. Bununla beraber kanserli hastaların yaşamlarında çok önemli bir yere sahip olan bakım verici bireylerin yaşam kalitelerine yönelik çalışmalar yurt dışında yaygın olarak yapılmasına rağmen ülkemizde bu yöndeki çalışmalar sınırlıdır (14).

Kanser hastalarına bakım veren bireylerde yaşam kalitesi incelendiğinde kanserin erken dönemlerinde, kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi uygulamaları tamamlandıktan sonra yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Ayrıca, bakım vericilerin pozitif yönde beklentileri, kendilerine karşı saygı duyma durumları, koruyucu davranışları ile yaşam kaliteleri arasında olumlu bir ilişki vardır. Bakım verici bireylerin hasta ile olan iyi ilişkileri, evlilik durumları, arkadaşlık ilişkileri, aile üyelerinin vermiş olduğu sosyal destek yaşam kalitesine pozitif yönde katkı sağlamaktadır (15). Bakım verici bireylerin sağlık durumu, sosyal ilişki durumu ve çevresel etkenlerle onların yaşam kaliteleri arasında olumlu bir ilişki mevcuttur (16). Eşler arasındaki ilişkilerin bozulması, ekonomik gelirin düşük olması gibi bakım verme yükünü artıran durumlar, bakım verici bireylerin özellikle sosyal ve mental fonksiyonlarındaki yaşam kalitelerinde dikkate değer bir düşüşe yol açmıştır (17).

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmada, Ayaktan radyoterapi alan hastalara evde bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, herhangi bir doku ya da organdaki hücrelerin kontrolsüz olarak bölünüp çoğalması sonucunda oluşan kötü urlara denir. Kanser genel manada ise bedenimizin çeşitli yerlerindeki hücrelerin kontrolsüz bir biçimde çoğalması sonucunda meydana gelen hastalık grubudur. Kanser tipleri çok çeşitli olmasına karşın, tamamı anormal olan hücrelerin kontrolün dışında bölünmesiyle başlar. Eğer tedavi edilmezse kötü rahatsızlıklara ve ölüme sebep olabilir (18).

Kanser, toplum içerisinde büyük sosyo-ekonomik yüke, bireylerde ise manevi ve maddi zorluk ve kayıplara neden olmaktadır. İstatistiklere göre; Kanser ölüm sebepleri arasında birinci sırada yer alır. Önümüzdeki senelerde gelişecek kanser vakalarının büyük bir kısmının gelişmemiş ülkelerde meydana gelmesi öngörülmektedir (19). Türkiye’de nedeni bilinen ölümler listesinde kardiyolojik hastalıklardan sonra en fazla görülen ölüm nedeni olması bakımından önemli bir sağlık problemidir (20).

2.2. Kanserin Etyolojisi

Kanserin etyolojisinde birden fazla sayıda etken rol oynamaktadır. Kansere sebep olan özel etkenler tanımlanmıştır. Bunlar;

- Virüs, bakteri ve parazitler
- İmmünolojik etmenler
- Kalıtsal etkenler
- Fiziksel etmenler
- Cinsel sağlık ve doğurganlık
- Beslenme etkeni
- Sigara ve kimyasal etmenlerdir (21).

2.3. Kanser Belirtileri

Kanser belirtileri hastalığın bulunduğu organa ve yayılma derecesine göre değişir. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu “Kanser konusunda genel bilgiler” yayınında kanserin tehlike belirtilerini bu şekilde sıralamıştır.

- Vücudun herhangi bir yerinde oluşan şişlik

- İyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yara
- Ben ve siğillerde değişiklik
- Olağan miktarda kanama
- Yutkunmada güçlük
- Sürekli öksürük
- Sürekli ses kısıklığı
- Dışkı ve idrar alışkanlıklarında değişim
- Sebebi bilinmeyen zayıflama ve yüksek ateş (22).

2.4. Kanserın Tedavisi

Kanserde üç farklı tedavi metodu vardır. Bunlar;

- Cerrahi tedavi
- Radyoterapi
- Kemoterapi

Ayrıca hormonoterapi, immünoterapi, kemik iliği nakli ve lazer tedavisi gibi tedaviler de diğer tedavilere ek olarak kullanılmaktadır (23).

2.4.1. Radyoterapi

Kanser hastalarının yaklaşık olarak % 60'ı hastalığının tedavisinin herhangi bir aşamasında Radyoterapi almaktadır (24). Kanserli hastalarda yayılımın olduğu bölgeye tümörü kontrol altına alabilecek düzeyde ışın, homojen olarak verilmektedir. Günümüzde Radyoterapi maksimum yararlar, minimum yan etkiyle ve sağlam dokuları koruyacak şekilde uygulanabilmektedir (25). Kanserın sağaltımında Radyoterapi, tedavi edici, kombine (diğer tedavi yöntemleriyle birlikte), yardımcı ve destekleyici tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (26).

2.4.1.1. Radyoterapi'nin Amaçları

Radyoterapi'nin amacı, tümörü etkileyen miktarda dozu, normal dokuları koruyacak şekilde vermektir (26). Temel olarak iki nedenle Radyoterapi uygulanmaktadır. Radyoterapi, hastalığın tedavi edilmesinin veya hastalığın tümünden yok edilmesinin mümkün olmadığı durumlarda Kanserli bireyin şikâyetlerini hafifletmek ve hayatta kalma süresini uzatmak amacıyla uygulanmaktadır (27).

Kanser tedavisinde Radyoterapi'nin dört farklı etkisinden faydalanılmaktadır. Bunlar;

Tedavi edici etki: Hastalığın tamamen yok edilmesinin mümkün olduğu durumlarda uygulanan, kanser hücrelerinin tamamen ortadan kaldırılmasına sağlayan tedavi şeklidir (26). Radyoterapi'nin tedavi edici etkisi sayesinde kanser hastalarının yaşam süreleri uzamaktadır (22).

Yardımcı etki: Radyoterapi, diğer tedavi (Kemoterapi, Cerrahi tedavi vs.) yöntemleriyle birlikte kullanılabilir (25). Radyasyon tedavisi, cerrahi tedavi öncesinde tümörü küçülterek radikal cerrahi ihtimalini düşürmek, Cerrahi tedavi sonrası kanserin tekrarlama tehlikesini ve biçimsel bozukluğunu en aza indirmek için kullanılmaktadır (22).

Koruyucu etki: Koruyucu kullanımda, Radyoterapi hastalığa yönelik klinik bulgular ortaya çıkmadan önce doku veya organlara uygulanabilmektedir (25). Bu yöntemle, Radyoterapi uygulanan bölgelerde kanser hücrelerinin büyümesi veya ortaya çıkması engellenebilmektedir (22). Örneğin bazı lösemi türlerinin beyin bölgesinde tekrarlamasını engellemek için Radyoterapi yapılabilir (26).

Destekleyici etki: Destekleyici Radyoterapi, kanserin özellikle yumuşak doku, beyin ve kemiğe yayıldığı durumlarda, metastazın sebep olduğu semptomları gidermek amacıyla kullanılmaktadır (25). Ağrının ve kanamanın, beyin gibi hayati organların baskılanmasının ve kemiklerde metastaza bağlı olarak oluşan kırık olasılığının yüksek olduğu durumlarda palyatif tedavi ile semptomlar kontrol altına alınabilmektedir (22,26).

2.4.1.2. Radyoterapi Uygulanması Sırasında ve Sonrasında Gelişen Semptomlar

Radyoterapi tedavisinde organlar radyasyonun dozuna, süresine ve verildiği bölgeye göre değişik tepkiler göstermektedir (28). Radyasyon tedavisine karşı tepkiler akut, subakut ve geç tepki olarak değişebilmektedir. Radyoterapi'nin neden olduğu tepkiler tedavinin ilk 3 ayında meydana gelmektedir. Subakut tepkiler Radyoterapi'den 3–6 ay sonra ortaya çıkarken geç tepkiler 6 ay ya da yıllar sonra ortaya çıkabilmektedir (22). Radyasyon tedavisinde semptomların çoğu radyasyon verilen bölgede oluşmakta ve Kemoterapi ile birlikte uygulandığında semptomların şiddeti de artmaktadır. Tedavi sırasında en sık görülen reaksiyonlar; cilt reaksiyonları (eritem, deskuamasyon), stomatit, mukozit, yutmada güçlük, ağız kuruluğu, tat duyusunda değişme, disfaji,

iştahsızlık, konstipasyon, bulantı, kusma, idrar yapmada değişim, güçsüzlük, halsizlik, enfeksiyon ve kanamaya yatkınlıktır (22,26).

Geç tepkiler, vücutta çeşitli dokularda görülür. Bu tepkiler, genel olarak kan akımının azalması ile ikincil olarak oluşan fibrotik ürünler sonucunda oluşmaktadır ve bunların çoğu geriye dönüşümsüzdür (29). Geç tepkiler, ışın alan bölgede skleroz, içi boş organlarda stenoz, sinir paralizleri, kemiklerde nekroz, fistül ve iyileşmeyen ülserler olarak gelişebilmektedir (30).

Yapılan çalışmalarda, Radyoterapi süresince hasta bireylerin en çok deri ve uyku problemleri, ağrı, diyare, iştahsızlık, yorgunluk, bulantı-kusma şikayetleri yaşadıkları tespit edilmiştir (31, 32, 33).

2.5. Bakım Verme ve Bakım Verici Kavramı

TDK'ya göre bakım; birine bakma, herhangi bir şeyin olumlu yönde gelişmesi, birinin iyi durumda olması amacıyla verilen çaba, birinin giyinme ya da beslenme gibi ihtiyaçlarını sağlama ve üstlenme işi şeklinde tanımlanır (35). Bakım verme; bakım sunma sorumluluklarını ve faaliyetlerini üstlenme sürecidir. Bakım verme sadece bir yardım türü olmayıp maddi, emosyonel ve fiziksel destek vermeyi kapsar (34).

Bakım verici birey hastalık ile başa çıkan veya fiziksel bakımla beraber hasta bireye yardım eden kişidir. Gayri resmi bakım verici ise “akraba ya da arkadaşlar tarafından yardım veya destek sağlayan kişiler” şeklinde tanımlanır (36).

Merriam-Webster sözlüğüne göre bakım verici birey “bir çocuk ya da kronik bir hasta için direk bakım sağlayan kişi” şeklinde tanımlanır. Bakım verme, resmi veya gayri resmi olarak ikiye ayrılır. Resmi bakım; evde veya kurum içerisinde meslek grupları tarafından kişisel bakım ve sağlık bakımı hizmetleri sunma amacıyla uygulanan bakımdır (37). Evde resmi bakım verenler hemşire, diyetisyen, terapist ve sosyal hizmet uzmanlarıdır (38).

Resmi veya uzmanlık gerektirmeyen bakım vericilik: bakım verici bireyin yakını olan bireye yardım etmesidir (12). Gayri resmi bakım vericiler ücretsiz olarak, evde bakım veren aile bireyleri, akraba ya da arkadaşlardan oluşur (37).

2.5.1. Kanserde Bakım Vericilik

Onkoloji alanında tanı ve tedaviye yönelik gelişmelere rağmen, tüm hastalıklar içerisinde bireyi en fazla korkutan şüphesiz kanserdir. Kanser, hasta bireylerde

bağımsızlığını, mahremiyetini, yaşamı üzerindeki kontrol gücünü, sosyal rollerini, kendine olan güvenini ve kendi geleceğini planlama gücünü kaybetme gibi olumsuz etkilere sebep olmaktadır (39).

Kanser kronik bir hastalıktır ve kronik hastalıklarda aile üyelerine daha çok görev düşmektedir. Hastalar bireylerin uzun süren kombine tedavileri, kontrolleri, evlerinde kendisine düşen görev ve sorumluluklarının değişmesine, aile üyelerinin uzun zaman sürecek bir sorumluluk paylaşımı anlayışına sahip olmalarına sebep olacaktır. Bunlara ek olarak hasta bireyin sağlık sorumluluğuna, öz bakım gücüne sahip olması, gelişebilecek komplikasyonlara ya da metastazlara karşı bilinçli olması ve bunları bir yaşam biçimi haline getirmesi için de ailevi desteğe ihtiyacı vardır (40).

Bakım verme; yüksek oranda sevgi ve samimiyetin artış göstermesi, yakın ilişkilerin gelişmesi, kişisel gelişim, kendine saygı duyma, başkalarından sosyal destek görme, kişisel doyum sağlama vs. olumlu özelliklerin yanı sıra birçok güçlüğün de yaşanmasına neden olmaktadır (41).

Evde kanserli hastalara bakım veren bireylerin hastalarının bakım ihtiyacını karşılamada, hastalığın kendisi ve tedavisinin yan etkisi olarak ortaya çıkan komplikasyonları yönetmede, hastalarına yönelik duygusal destek sağlamada güçlük yaşadıkları bildirilmektedir (8).

Hasta yakını bireyler evde bakım verirken en çok ağrı yönetimi, semptom yönetimi, hasta seferberliği, evde ilaç tedavisini uygulama, hastanın duygusal reaksiyonlarının yönetimi, sağlık çalışanları ile iletişimi sağlama, günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması konularında güçlük yaşamaktadır (13).

2.5.2. Primer Bakım Vericilik

Primer bakım verici bireyler, sağlık kurumları sahası dışında kronik hastalığı olan hastaların günlük yaşam etkinliklerinde psikolojik, sosyal ve fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasında öncelikli destek ekibini meydana getirirler. Ülkemizde kronik hastalığı olanların bakım vericilerine yönelik yapılan araştırmalarda primer bakım verici bireylerin aile fertleri arasından seçildiği tespit edilmiştir (37).

Bakıma genellikle kadın sorumluluğu olarak yaklaşılır ve kadınlar bu konuda daha baskındır (42). Yapılan bir çalışmada bakım verici bireylerin %88'inin kadın olduğu tespit edilmiştir (22). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise kanser hastasına bakım veren eşlerin %59'unu kadınlar oluşturmaktadır (43)

Yapılan bir çalışmada, kanser hastası birey yakınlarının fiziki yaşam kalitesini her iki cinste önemli düzeyde yüksek olduğu fakat zihinsel yaşam kalitesinin erkeklerde daha düşük düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir. Anksiyete düzeyleri her iki cinste yüksek bulunmuştur (44).

Kanserli hastalara bakım veren eşlerde bakım verme sırasında sosyal etkileşimlerinde ve rol performanslarında değişimler yaşanmaktadır. Özellikle bu sorunlar eşler orta yaşlarda ise; ev işleri, çocuk bakımı ve mesleki rollerin de dahil olmasıyla daha da artmaktadır. Bunun yanında eğer eşler bütün gün boyunca hastalarına bakım veriyor ise, ailenin günlük yaşamını sürdürme, diğer aile fertlerinin ve kendisinin ihtiyaçlarını karşılama sorumluluklarını devam ettirme ile ilgili gereksinimleri daha da artmaktadır. Bu konu ile ilgili yapılmış çalışmalara göre; bakım verici bireylerin kendi bireysel ihtiyaçlarını karşılayacak ve rahatlamalarını sağlayacak, akraba-arkadaş ziyareti yapacak, eğlence faaliyetlerine ayıracak enerji ve zamanlarının olmaması, bu konudaki sorunların şiddetini daha da artırmaktadır (7) bakım verici birey suçluluk duymadan dinlenememekte, kendisine vakit ayıramamakta ve kısa süreliğine de olsa evden uzaklaşamamaktadır (45)

Kanserli hastalara tedavi ve tanı amaçlı uygulanan girişimler, hastalığa bağlı komplikasyonlar hasta bireylere olduğu kadar hastaların yakınlarına da ekonomik olarak ağır yükler getirmektedir (42). Yapılan bir çalışmada; hasta yakınlarının maddi açıdan büyük sıkıntı yaşadıklarını, hayat şartlarını tedavi ve hastalık sürecine göre değiştirdiklerini, bakım verme nedeniyle ya işlerinde değişiklikler yaptıklarını ya da işlerini bıraktıklarını, daha ucuz eve taşındıkları, birikimlerini harcadıkları, diğer aile fertlerinin sağlık bakım ihtiyaçlarını ertelemek ve onlar için kurdukları eğitim planlarını değiştirmek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir (46).

Bakım verici bireylerin özelliklerinin bilinmesi; zorluk yaşama açısından destek gruplarının oluşturulması, risk altında olan grubun tespit edilmesi, sunulacak hizmetin planında kaynak tespiti, sağlık kuruluşlarının sunacağı hizmetlerin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması yönünden önem arz eder (47).

2.6. Bakım Verici Bireylerin Gereksinimleri

Sağlık problemleri olan bireylerin tedavisi ve bakımı bakım vericilerin katılımını zorunlu kılmaktadır. Tedavi sürecindeki gelişmeler hastalığı olan bireylerin yaşamının uzamasını, bakım vericilerin ise uzun süreli bir bakıma katılımlarını zorunlu hale getirir. Fakat bakım verici bireylerin çoğu uzun dönem bakımı sürecinde ihtiyaç duydukları

bilgi ve beceriye sahip değildir; bu nedenle kendisini hazırlıksız ve güvensiz bulmaktadır. Bakım verici bireyler sağlık ekiplerinden aldıkları rehberlikle bakım verici görevini ne şekilde yürütecekleri hususunda kaygılandıklarını; ihtiyaç duydukları bakımı verme, gerekli kaynaklara ne şekilde ulaşacağı ve bunları nasıl kullanacaklarını bilmedikleri için belirsizlik içinde olduklarını ifade etmektedir (48).

Literatürde bakım verici bireylerin hastalarına verdiği bakımın boyutları ile ilgili bilgi ihtiyacı olduğu sık sık ifade edilmektedir. Bu ihtiyaç hastalığa yönelik bilgi, fiziksel bakım, yardım, hastayı rahatlatma, beklenen semptomlar ve bunların ortaya çıkma nedeni, hastanın tedavi rejimleri, duygusal tepkileri, ev işleri, gelecekteki durumu vs. çok sayıda konuyu kapsar. Ayrıca bakım verici bireylerin hasta taşınması, hastalığın durumunu gözleme, semptomları izleme ve raporlama, hastasının kişisel bakımını sağlama, bakım koordinasyonunu sağlama (doktoru arama ve randevu alma), beslenme, finansal aktivite gibi konuları nasıl kontrol edeceği ve yapılandıracağına ilişkin yardım gereksinimi olduğu belirtilmektedir (49)

2.7. Bakım Verme Yükü

Bakım verme yükünün tanımı, son 40 yıl içerisinde önemli değişikliklere uğramıştır. Yük kavramı ilk olarak Sainsbury ve Grad tarafından 1966 yılında “ruh sağlığı bozuk kişiler için kullanıldığı, olumsuz sonuç ya da ailenin yaşadıkları zorluklar” şeklinde tanımlanmıştır (50). Bir başka tanımda ise yük, aile bireylerinden herhangi bir kişinin hastalığından dolayı yerine getiremediği sorumluluklarını diğer aile fertlerinin yerine getirmesi sonucu, aile bireylerinin maddi durumunda, ruh sağlığında, toplumsal ilişki ve etkinliklerinde meydana gelen bozulmalardır (4).

Bakım verme yükü, bakım verme esnasında oluşan fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal problemler olarak çok yönlü bir şekilde tanımlanabildiği gibi ailenin olumsuz değerlendirmesi ya da çıkarımı, etkileşim süreci, bakımın aile üzerine olan etkisi, hastaya bakım veren bireylerin fazla yük altına girmesi ve onların hissettiği zorlanma olarak da tanımlanmaktadır. Ayrıca, bakım verme yükü subjektif ve objektif olmak üzere iki farklı biçimde de tanımlanmaktadır. Subjektif bakım verme yükü bakım verici bireyin kendi görevine yönelik hisleri, Objektif bakım verme yükü ise bakım verici bireyin ve ailenin hayatındaki değişiklik ya da engellenme olarak tanımlanır (50).

2.8. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verme zorluğuna etki eden bir çok etken bulunmaktadır. Bunlar;

- Bakım verici bireyin kişisel özellikleri
- Bakım verme süresi,
- Hastayla bakım verme sırasındaki ve bakım verme öncesindeki ilişkisinin niteliği,
- Hastayla aynı evde yaşama durumu,
- Hastanın bakımı ile ilgili karar alınırken düşüncelerinin dikkate alınmaması,
- Bakım verici bireyinin sağlık durumunun kötü veya yaşlı olması,
- Bakım verici bireyin hastanın bakımı haricinde başka sorumluluklarının olması,
- Hastanın, bakım verici bireyin yaşamına müdahalede bulunması,
- Bağımlı olan hastaya bakım verme,
- Ailelerin ekonomik sıkıntılar nedeniyle küçük konutlarda ikamet etmesi ve hastaya kullanabilecekleri bir yerin olmaması,
- Şehirde değişen sosyal hayat sonucunda kırsal da yaşayan hastaların aile içi huzursuzlukları,
- Kadınların maddi sıkıntılar veya eğitimleri için çalışması, bu sebeple hastaya bakım verecek birinin evde olmaması, bakım verme zorluğuna etki eden faktörlerdendir (38, 48, 51).

2.9. Bakım Vermede Yaşanan Güçlükler

Bakım verici bireylerin güçlük algısı, verdikleri bakımın yaşamlarını etkilemesi şeklinde tanımlanabilir. Bu diğer aile bireyleri ya da sağlık çalışanlarının algısından çok daha farklıdır (12).

Fiziksel zorluklar; bakım verme sebebiyle bireylerde baş ağrısı, iştahta değişiklik, hazımsızlık, yemek yemede düzensizlik gibi şikâyetlerdir. Ayrıca kas ağrısı, kronik yorgunluk, uyku düzensizliği, konsantrasyon zorluğu, vücut ağırlığında artma ya da azalma, giyimde düzensizlik ve bakım verici bireyin kişisel bakımına yetecek kadar zaman ayıramaması sebebiyle sağlık durumunda bozulmalar meydana gelmektedir. Bakım veren bireylerin bakım vermeyenlere nazaran daha çok hastalık ve fiziksel sağlıkta değişimler yaşadıkları tespit edilmiştir (38).

Emosyonel güçlükler; iğneleyici davranışlar, huzursuzluk, depresyon, uykusuzluk, sosyal izolasyon, problem çözümede güçlük, ilaç ve alkol kullanımında artış yaşanmasıdır (12).

En fazla görülen belirtiler anksiyete ve strese artış olmasıdır. Bakım verici birey, bakımdan kaynaklı stres ve anksiyete duygusunu tüm yaşamına genellebilir (38).

Sosyal zorluklar; hasta olan bireye bakım vermek hem sosyal hem de kişilerarası sorunlara da neden olur. Bakım verici bireyler yaşamlarını genel olarak sevdikleri insanların ihtiyaçları doğrultusunda düzenleyebilir veya aile fertleri tarafından bu şekilde bir düzenleme yapılabilir (12).

Aile, arkadaşlık ilişkileri veya sosyal aktivitelerden fedakarlık gösteren bakım verici bireylerin, dinlendirici ve eğlendirici aktiviteleri kısıtlanmaktadır, bu sebeple kendilerini bakım verme esnasında yalnız hissetme, sosyal destekte azalma ve izolasyon yaşama ihtimali artış göstermektedir (38).

Maddi zorluklar; evde bakım vermenin maddi külfeti, resmi olmayan bakım verici bireylerin zorluk yaşamasında önem arz etmektedir. Bu maddi güçlükler içinde en sık görülenler, hastanın sigortasıyla karşılanmayan tedavi masraflarının maddi yük oluşturması, bakım verici bireyin iş saatlerinin düşürülmesi ya da işine son verilmesidir. Bakım verme nedeniyle işlerinde değişiklik yapmak zorunda kalanlar genel olarak daha çok güçlük yaşadıklarını belirtirken, kişisel doyumdan, emekliliğin avantajlarından, çalışmanın avantajlarından ve elde ettikleri kazançtan vazgeçmeye mecbur olabilmektedir (38).

2.10. Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi

Değerlendirme bakım verici bireylerin durumlarını tanımlama için bilgi sağlamakta sistematik bir süreçtir, bakım verici bireylerin kendi iyilik ve sağlık halini sürdürmesine yardım için kendi algısı ve kültürüyle haline bakışı, özel sorunları, ihtiyaçları ve güçlü yönlerini tespiti hedeflenir (53).

Bakım veren aile fertlerinin bakım yükünün değerlendirilmesi için çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçüm araçları sayesinde araştırmacılar bakım yükü ile alakalı çok yönlü bilgi elde etmektedir. Bu ölçme araçlarının birçoğu kanser hastalarına bakım veren bireylere yönelik hazırlanmış ve aynı zamanda başka hastalığı olan bireylere bakım verenler için de kullanılmıştır. Ölçekler, bakım verme yükünü hem objektif hem de subjektif açıdan değerlendirmeyi sağlar. Bakım verme yükünün objektif ölçüleriyle

hasta birey adına yapılan görev ve işlerin sayısı veya verilen bakım verme süresi gibi değişkenleri içerir. Objektif ölçümlerin faydaları, bakım verici bireylerin sıkıntıdan kaynaklanan hatalara yatkınlığı azaltmasıdır. Kolay ve kısa şekilde uygulanan girişimleri açık ve net bir şekilde değerlendiren ölçeklerdir. Dezavantajı ise bakım verici bireylerin hayatına olan etkisini tüm yönleriyle değerlendirememesidir. Bu nedenle bu tür ölçümler bakım verme yükünün herhangi bir bileşenini değerlendirirken karmaşık bakım verici sıkıntısını doğru bir şekilde yansıtmayabilir. Subjektif ölçümler bakım verici bireyde emosyonel distressin ne düzeyde olduğunu bulmak için kullanılır. Subjektif ölçümler, uzun olması, çok sayıda madde içermesi ve klinik uygulanabilirliğinin kısıtlılığı sebebiyle bakım verici bireylerin yanıtlamasını güçleştirebilir (54).

2.11. Yaşam Kalitesi ve Tanımı

Yaşam kalitesi; sürekli değişim ve gelişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilen, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğini ifade etmesi, yaşamda nelerden zevk alındığını, psikolojik, sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi sebebiyle tanımlanması güç bir kavramdır (55).

Bir kısım araştırmacı yaşam kalitesini ‘bireylerin doyum ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi’ şeklinde tanımlarken, çoğunluğu ise ‘mutluluk, doyum ve uyum’ şeklinde tanımlamıştır ve yaşam kalitesi; yaşam kalitesi, yaşam doyumunu ile eş anlamlı kullanılmıştır (46). Son yıllarda genel olarak iki yaşam kalitesi tanımı kabul görülmektedir. Bu tanımların birincisi; yaşamın bir bütün halinde subjektif olarak değerlendirilmesidir. İkincisi ise; hasta bireyin şuan ki fonksiyon düzeyine karşı ne algıladığının değerlendirilmesi olup, doyumunu içermektedir (56).

2.12. Yaşam Kalitesini Azaltan ve Artıran Durumlar

Yaşam kalitesi bireylerde hayat tarzı değişimlerinden etkilenerek yetersiz hale gelebilir. Bu durumda yaşam kalitesini arttırmak için, sağlık profesyonelleri gerekli olan bakım ve tedavi ile bireyleri yetersiz oldukları mevzularda yeterli duruma gelmelerini sağlamalıdır (57).

Yaşam kalitesini azaltan durumlar;

- Bireyin temel ihtiyaçlarının karşılanamaması
- Günlük yaşam aktivitelerinin ve öz bakım davranışlarının yetersizliği
- Beden imgesinin değişmesi

- Kronik yorgunluk
- Cinsel işlevlerde bozukluklar
- Geleceğe yönelik endişeler
- Destek sistemlerinde yetersizlik
- Kronik ya da akut sağlık problemleri

Yaşam kalitesini artıran durumlar;

- Bireyin sosyal güvencesinin olması
- Konfora ve rahatlığa sahip olması
- Güven içerisinde yaşaması
- Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin olması
- Aktif bir yaşam içerisinde olması
- Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması
- Mahremiyetine değer verilmesi
- Saygı görmesi
- Otonomisinin olması
- Kendisini ifade edebilmesi
- Özgün bir birey olarak algılanması
- Fonksiyonel açıdan yeterli olması
- Huzurlu olması
- İncancına ve sahip olduğu değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir (57).

2.13. Bakım Vericilerde Yaşam Kalitesi

Kanser tanısının konulması ve tedaviye başlanması; ailenin ve bireyin fiziksel, duygusal, sosyoekonomik dengelerini alt üst etmektedir, bu durum bireylerin yaşamdan doyum almalarını engelleyerek yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Yaşam kalitesi kavramı ilk defa 1939 yılında Thorndike tarafından tanımlanmıştır, kişinin kendisini nasıl hissettiği, hayat etkinliklerini nasıl ve ne yeterlilikle yapabildiğini belirten bir kavramdır. Hasta bireylerin fonksiyonel düzeyine yönelik, algılarının değerlendirilmesi ve bu algılardan aldığı 'doyum' olarak ta ifade edilen yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır ve bireylerin psikolojik, fiziksel ve sosyal yönlerine yorum ve değerlendirmeler gerektirir. Kanser tedavisinin amacı; bireyin ve ailenin yaşamı tehdit eden hastalığı ve bu hastalığın tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan semptomları kontrol altına almak, bunları en aza indirmek ve yaşam kalitesini yükseltmektir (58).

Kanserin tanı sürecinde hasta ile beraber aile fertleri de aynı oranda etkilendiği için bakım verme sürecinde ailenin desteği ve katılımı önemlidir. Kansere yalnızca bir hastalık değil, süreklilik halinde olan psiko-sosyal bir süreçtir. Kanserin etkilediği aile fertlerinin ne şekilde tepki gösterdiği kanserin tipik özelliğine göre değil, aile fertlerinin algılamasına göre değişim gösterir. Hasta ya da hasta eşlerindeki ruh hali, hane halkı, çocuklar ve evlilik ile alakalı sıkıntılara neden olabilir. Kanseri yaşayan aile için sosyal destek çok önemlidir. Kanseri yaşayan çiftlerin evliliklerinde gerilimlerin olması beklenen bir durumdur. Aile bireyleri, kanserle alakalı beklenmedik olaylarda nasıl başa çıkacakları hususunda güçlük yaşarlar (59).

Mc Millan ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında, kanser hastası yakınlarına bakım veren bireylerin yüksek oranda stresli olduklarını, depresyon ve diğer sağlık problemleri açısından artış gösteren bir risk altında olduklarını bildirmişlerdir (60). Başka bir çalışmada ise kronik hastalığa sahip olan yakınlarına bakım veren aile fertlerinin sağlıklarının hem fiziksel hem de ruhsal olarak risk altında olduğu tespit edilmiştir (61).

Grov ve arkadaşları prostat ve meme kanserli hastalarına bakım verici bireylerin yaşam kalitelerini araştırdıkları çalışmalarında, kanserli hasta yakınlarının yaşam kalitelerini hem kadında hem erkekte yüksek bulmuş fakat ruhsal yaşam kalitesinin erkeklerde daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (44).

Ferrell ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında, Over kanseri olan hastalarına bakım veren aile fertleri; bitkin hissettiklerini ve hastalık başladıktan sonra birçok sağlık problemi ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Yine bu çalışmada hasta yakınlarının sinirli hissettiklerini, sorunların üstesinden gelmede yetersiz kaldıklarını ve hastalarına bakımını sağlayabilmek için işlerini terk etmek zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir (62).

Weitzner ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında; küratif (tedavi edici) ve palyatif (destekleyici) bakım alan kanser hastalarına bakım veren hasta yakınlarının yaşam kaliteleri karşılaştırılmış, palyatif (destekleyici) bakım veren kanserli hasta yakınlarının yaşam kaliteleri ve sağlık durumlarında meydana gelen bozulma anlamlı derecede düşük çıkmıştır (8).

Ferrell ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında, kanserli hastaya bakım veren aile fertlerinin yaşadıkları psikolojik ve fiziksel sorunların, onların yaşam kalitelerindeki değişimlerin, hastalarına vermiş oldukları bakım ve hasta bireylerin ağrı kontrolü üzerinde etkisini olduğunu tespit etmişlerdir (63).

2.14. Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü

Bakım verme yükü ve zorluğuna ilişkin araştırma sayısı kısıtlıdır. Bunlar; destekleyici, psiko-eğitim, psikoterapi, masaj, günlük bakım ve bakım alan bireyin yeterliliğini geliştirmeye yönelik girişimlerdir (54).

Bakım verici bireye yaşamakta olduğu duyguların normalliği ve yapabilecek bakımın en iyisini yaptığı hususunda bilgi verilmesi fayda sağlamaktadır. Hemşire bakım verici bireyin yaşadığı sorunları çözülebilir şekilde ayrıştırması, uygun seçenekleri ve kaynakları belirleyebilmesi hususunda yardımcı olabilir. Bakım verici birey sevdiği kişiye sunacağı bakım hakkında bilgi ve deneyime ihtiyaç duyabilir (12).

Özkan yapmış olduğu çalışmasında, kanserli hastaların ailelerinin bazı dönemlerde depresyonla ilgili belirtiler gösterdiklerini bildirmiştir. Kanserli hasta bakımında aile fertlerinin stres düzeyleri ölçülerek çalışmalarda hemşirelik bakımının önemi vurgulanmıştır. Hemşirelik girişimleri, ailelerin mevcut kaynaklarını daha iyi kullanmalarına yardımcı olmaktadır. Hemşire tanılama, başa çıkma stratejilerin ve kriz danışmanlığının belirlenmesinde önemli sorumluluk üstlenir (59).

Kanserli hastalarda hemşirelik girişimleri aile destek bağlarının fonksiyonlarını ve etkileşimini artırmada önemli bir role sahiptir. Bu girişimler ailenin ve hastanın destek kaynaklarını harekete geçirir ve hastalık sürecine uyumu kolaylaştırır (43).

Ev ziyaretleri esnasında Halk Sağlığı Hemşiresi hasta bireye bakım vericileri belirleyebilir, bakım verici bireylerin zorluk yaşayıp yaşamadığını belirleyerek, hemşirelik girişimleri ile bakım veren bireylerin bakım verme sürecinden olumsuz etkilenmesine engel olabilir. Bakım verici bireyler ile görüşme sırasında, alınan cevapların güvenilir olması için;

- Görüşmenin bakım alan hastanın bulunmadığı bir yerde yapılması
- Bakım verici bireylerin en çok kaygılandığı alanlar ile alakalı soruların apaçık sorulması
- Bakım verici bireylerin iş kaybı veya ek masraflar sebebiyle meydana gelen maddi sıkıntılarla ilgili konuşmak istemeyebileceğinin bilincinde olunması
- Düzenli yapılması gerekli olan görüşmelerin bakım verici bireylerin ihtiyaç duyduğu anlarda da sürdürülmesi
- Bakım verme aktivitesini etkilediği için bakım verici bireylerinin fiziksel ve duygusal sınırlılıklarının tanımlanması

- Hastanın tedavi ya da diyet yönetiminin mümkün olduğunca kolaylaştırılması
- Sosyal izolasyon sebebiyle bakım verici bireylerin depresyon bulgu ve belirtileri açısından izlenmesi, hemşirenin kesinlikle desteklemesi gereken konulardır (12).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı-ilişkisel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Van il merkezinde bulunan Van Bölge, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi birimi ve Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Radyasyon Onkolojisi birimlerinde 01 şubat 2017-01 Ocak 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Van Bölge, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi birimi ve Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Radyasyon Onkolojisi birimlerinde ayaktan radyoterapi alan hastaların bakım vericileri oluşturmaktadır. Evrenin tümünün araştırma kapsamına alındığı için örnekleme yöntemine gidilmemiştir (n=231).

Araştırmaya alınma kriterleri; Bakım vericinin iletişime açık olması

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.4.1. Bakım Vericileri Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan formda; bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri ve bakım vermeye ilişkin durumlarını belirlemeye yönelik tanıtıcı sorulara yer verilmiştir. 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. Toplamda 16 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 3)

Hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirleyen formdur. Bu form yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence ve kanser tipini içerir. Toplamda 7 sorudan oluşur.

3.4.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği (EK 4)

Bakım Verme Yükü Ölçeği 1980 yılında Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından geliştirilmiştir (52). Bakım ihtiyacı olan yaşlıya ya da bireye bakım verici bireylerin yaşadığı stresi değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. Bakım vericilerin kendisi tarafından veya araştırmacı tarafından sorularak doldurulan ölçek, bakım vermenin bireyin yaşantısı üzerindeki etkisini belirleyen 22 ifadeden meydana gelir. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genel olarak duygusal ve sosyal alana yöneliktir. Ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının da yüksek olduğu anlamına gelir. İnci (2006) yılında Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlamasını, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır (38). Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0.87-0.99 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Cronbach's alpha katsayısı 0.89 bulunmuştur.

3.4.4. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kanser (EK 5)

Yaşam kalitesi ölçeği Weitzner ve arkadaşları tarafından kanserli hastaların bakım vericilerinin yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla 1999 yılında geliştirilmiştir (8). Ölçekte beşli likert tipi skala kullanılmıştır. Bu skalada, her bir soruya yönelik 0'dan 4'e kadar seçenekler 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 oluşmaktadır. Bu puanlama yöntemiyle ölçeğin toplam puanı 0 ile 140 arasında değişir. Puanın düşük olması yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir.

Weitzner ve arkadaşları 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. Karabuğa çalışmasında yaşam kalitesi ölçeğini Türkçe'ye uyarlamış ölçeği 35 madde şeklinde uygulamış ve bu şekliyle Türk toplumuna geçerlilik güvenilirliğini saptamıştır. Cronbach alfa katsayısını ise 0.88 olarak saptamıştır.

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

3.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen, Bakım Vereni Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1), Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-2), Bakım Verme Yükü Ölçeği (Ek-3), Bakım vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kanser (Ek-4) kullanıldı. Veriler 01 Şubat 2017-01 Ocak 2018 tarihleri arasında, hafta içi Van il merkezinde bulunan Van Bölge, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi birimi ve Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Radyasyon Onkolojisi birimine başvuran hastaların bakım vericileri ile Hastane içerisinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Her bir görüşme ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Bakım verici bireylerin tanıtıcı özellikleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Bakım verme yükü
- Yaşam kalitesi

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde; Statistical Package For Social Science (SPSS) 17 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 ortalamasının karşılaştırılmasında, parametrik değişkenlerde; t Test, nonparametrik değişkenlerde; Kruskal Wallis, Mann Withney-U, tek yönlü ANOVA testleri,
- Bakım vericilerin tanımlayıcı özellikleri ile yaşam kalitesi ölçek toplam puan ortalaması arasında parametrik değişkenlerde; t Test, nonparametrik

değişkenlerde; Kruskal Wallis, Mann Withney-U, tek yönlü ANOVA testleri,

- Bakım verme yükü ve yaşam kalitesi puan ortalaması arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay alınmıştır (EK-5). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Radyasyon Onkolojisi ve Van Bölge, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi birimlerinde yapılabilmesi için resmi izin alınmıştır (EK-6,7).

Araştırmaya katılacak bireylere, araştırmanın verilerini toplamadan önce araştırma hakkında bilgi verilip verilen bilgilerin gizli tutulacağı ve araştırma için kullanılacağı, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri açıklanarak sözlü onayları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sınırlılığı bulunmamaktadır ve araştırma sonuçları benzer nitelikteki hastaların bakım verici bireylerine genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırma kapsamına alınan 231 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 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Kadın	145	62.7
Erkek	86	37.3
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar değil	69	29.8
Okur-yazar	67	29.0
İlköğretim	48	20.8
Ortaokul	23	10.0
Lise	19	8.2
Üniversite	5	2.2
Medeni Durum		
Evli	148	64.1
Bekâr	83	35.9
Sosyal Güvence		
Var	170	73.6
Yok	61	26.4
Kanserin Tipi		
Meme	44	19.0
Rahim	35	15.1
Mide	30	12.9
Akciğer	28	12.1
Diğer kanser	94	40.6

Bakım vericilerin bakım verdikleri kanser hastalarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 42.00 ± 8.99 yıl, çoğunluğunun kadın (%62.8), %29.8'inin okur-yazar olmadığı ve %64.1'inin evli, %73.6'sının sosyal güvencesinin

olduğu belirlenmiştir. En çok karşılaşılan kanser türleri sırasıyla Meme (%19.0), Rahim (%15.1) ve Mide (%12.9) kanseri olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Kadın	117	50.6
Erkek	114	49.4
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar	21	8.7
İlköğretim	39	16.9
Lise	85	36.8
Üniversite	86	37.2
Medeni Durum		
Evli	129	55.0
Bekâr	102	45.0
Sosyal Güvence		
Var	134	58.0
Yok	97	42.0
Gelir Algılama Durumu		
Gelirim giderimden az	122	52.8
Gelirim giderime eşit	84	36.4
Gelirim giderimden fazla	25	10.8
Çalışma Durumu		
Çalışan	66	28.6
Çalışmayan	165	71.4
Medeni Durum		
Evli	127	55.0
Bekâr	102	44.2
Boşanmış/Dul	2	0.8
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	122	52.8
Yok	109	47.2

Araştırmada, kanser hastalarının bakım vericilerinin yaş ortalaması 33.88 ± 13.07 yıl, %50.06'sının kadın, %55.0'inin evli, %37.2'sinin üniversite mezunu, %71.4 ünün herhangi bir işte çalışmadığı, %57.6'sının sosyal güvencesinin bulunduğu, %52.8'inin gelirinin giderden az olduğu, %65.4'ünün herhangi bir kronik hastalığının olmadığı ve %52.8' inin çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Bakım vericilerin hastaya bakım vermeye ilişkin özelliklerinin dağılımı

Özellikler	S	%
Hasta ile yakınlık derecesi		
Eşi	40	17.3
Çocuğu	2	0.9
Kardeşi	23	10.0
Anne/Babası	115	49.8
Diğer	51	21.6
Hasta ile aynı evde yaşama durumu		
Evet	179	77.5
Hayır	52	22.5
Hastanın kendine ait odasının varlığı		
Evet	165	71.3
Hayır	66	28.7
Bakım vericide kronik hastalık durumu		
Var	78	33.7
Yok	153	66.2
Ailede kanser tanısı alan başka bireyin varlığı		
Var	57	24.6
Yok	174	75.3
Destek alma durumu		
Evet	104	45.9
Hayır	127	54.9
Bakım verme süresi		
0-3 ay	40	17.3
3-6 ay	20	8.7
6-9 ay	55	23.8
9-12 ay	50	21.6
12+ ay	66	28.6
Günde ortalama bakım verme süresi		
1-6 saat	38	16.5
7-12 saat	89	38.5
13-18 saat	63	27.3
19-24 saat	41	17.7

Araştırmada hasta bireye bakım vericilerin %49.8'inin hastanın oğlu/kızı olduğu, %77.5'inin hasta ile aynı evde yaşadığı, %71.0'inin kendisine ait bir odaya sahip olduğu, %74.5'inin ailesinde başka bir kanser tanısı konmuş bireyin olmadığı, %55.5'inin destek aldığı, %66.2'sinin kronik rahatsızlığının bulunmadığı, %28.6'sının

bir yıldan fazla bir süredir hastaya bakım verdiği , %38.5'inin hastaya günlük 7-12 saat arası bakım verdiği belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Bakım vericilerin bakım verme yükü ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Min	Max	X±SD
Bakım Yükü	13	71	42.83±13.76
Yaşam Kalitesi	32	114	85.00±18.00

Tablo 4.4'te ayaktan radyoterapi alan bireylere evde bakım veren bireylerin bakım yükü ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Bakım veren bireylerin bakım yükü puanı minimum 13.0, maksimum 71.0, puan ortalaması 42.83±13.76'dır. Bakım veren bireylerin yaşam kalitesi puanı ise minimum 32, maksimum 114, puan ortalaması 85.00±18.00 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.5. Bakım vericilerin tanıtıcı özellikleri ile bakım yükü ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler	S	Bakım Yükü X ± SD	p değeri	Yaşam Kalitesi X ± SD	p değeri
Cinsiyet					
Kadın	117	42.37±14.10	p=0.632	87.72±16.61	p=0.023
Erkek	114	43.25±13.52	t=0.479	82.31±19.00	t=2.295
Eğitim Durumu					
Okur-yazar	21	39.61±9.68		80.71±16.93	
İlköğretim	39	47.30±12.62	p=0.056	86.92±16.20	p=0.368
Lise	85	41.15±15.99	KW	83.03±22.15	KW
Üniversite	86	43.24±12.29	df: 3	87.32±13.79	df: 3
Sosyal Güvence					
Var	134	51.13±14.84	p=0.712	87.63±18.66	p=0.876
Yok	97	49.07±9.61	MWU df: 2	88.11±15.94	MWU df: 2
Geliri Algılama Durumu					
Gelirim giderimden az	122	45.50±9.70	p=0.02	89.42±14.44	p=0.02
Gelirim giderime eşit	84	40.79±18.46		80.22±22.23	
Gelirim giderimden fazla	25	36.72±8.24	KW df: 2	80.28±11.70	KW df: 2

Çalışma Durumu					
Çalışan	66	48.13±13.56	p=0.00	92,39±12,00	p=0.00
Çalışmayan	165	40.61±13.35	MWU	82,03±19,26	MWU
			df: 2		df: 2
Medeni Durum					
Evli	127	48.96±11.76	p=0.00	90,88±14,70	p=0.00
Bekar	102	34.89±12.05	MWU	77,79±19,32	MWU
			df: 2		df: 2
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Var	122	48.94±11.39	p=0.00	90.84±14.71	p=0.00
Yok	109	35.88±13.00	MWU	78.37±19.24	MWU
			df: 2		df: 2

Tablo 4.5'te bakım verici bireylerin cinsiyetlerine göre bakım verme yükü puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verme yükünün erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Cinsiyete göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde ise erkeklerin kadınlara oranla yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.5'te bakım verici bireylerin eğitim durumlarına göre bakım verme yükü puan ortalamalarına bakıldığında, bakım verme yükünün ilköğretim mezunlarında diğer eğitim düzeyindekilere oranla daha yüksek olduğu ve bunu üniversite mezunu olanların takip ettiği ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına incelendiğinde ise üniversite mezunu bireyleri ortalamalarının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.5'te bakım verici bireylerin sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre bakım verme yükü puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verme yükünün sosyal güvencesi olmayanlarda sosyal güvencesi olanlara oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde ise sosyal güvencesi olanların yaşam kalitelerinin sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.5'te bakım vericilerin gelir durumlarına göre bakım verme yükü puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verme yükünün geliri giderinden az olanlarda daha

yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gelir durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına incelendiğinde ise yine geliri giderinden daha az olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.5'te bakım vericilerin medeni durumlarına göre bakım verme yükü puan ortalamalarına incelendiğinde, bakım verme yükü puan ortalamalarının evli olanlarda bekâr olanlara oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Medeni duruma göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde ise evli olanların bekâr olanlara göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.5'te bakım vericilerin çocuğa sahip olma durumlarına göre bakım verme yükü puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verme yükü puan ortalamalarının çocuğa sahip olanlarda çocuğu olmayanlara oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çocuğa sahip olma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde ise çocuğu olanların yaşam kalitesi puan ortalamalarının çocuğu olmayanlara oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Bakım vericilerin bakım vermeye ilişkin özellikleri ile bakım yükü ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler	S	Bakım Yükü $X \pm SD$	p değeri	Yaşam Kalitesi $X \pm SD$	p değeri
Hasta ile yakınlık derecesi					
Eşi	40	42.67±12.04	p=0.002	83.45±17.54	p=0.003
Çocuğu	2	36.08±12.41		80.00±19.05	
Kardeşi	23	51.08±8.50	KW	93.26±11.01	KW
Annesi/Babası	115	43.00±1.41	df: 4	80.50±4.94	df: 4
Diğeri	51	54.18±10.73		93.54±14.32	
Hasta ile aynı evde yaşama durumu					
Evet	179	55.43±15.84	p=0.571	81.42±13.66	p=0.476
Hayır	52	53.12±19.61	MWU df: 2	82.21±17.94	MWU df: 2

Hastanın kendine ait odasının varlığı					
Evet	165	61.21±13.74	p=0.613	79.12±14.26	p=0.512
Hayır	66	65.12±14.42	MWU df: 2	81.11±14.43	MWU df: 2
Bakım Vericide Kronik Hastalık Durumu					
Var	78	40.02±14.84	p=0.000	82.73±18.66	p=0.011
Yok	153	48.07±9.61	MWU df: 2	89.11±15.94	MWU df: 2
Ailede Kanser Tanısı Alan Başka Bireyin Varlığı					
Var	57	57.19±15.41	p=0.212	77.12±12.26	p=0.432
Yok	174	59.33±16.43	MWU df: 2	79.11±15.13	MWU df: 2
Destek Alma Durumu					
Evet	104	61.25±17.41	p=0.441	81.12±15.41	p=0.331
Hayır	127	59.18±16.43	MWU df: 2	80.11±25.44	MWU df: 2
Bakım Verme Süresi					
0-3 ay	40	37.00±11.62	p=0.013	82.15±12.47	p=0.001
3-6 ay	20	44.52±9.08		91.17±17.15	
6-9 ay	55	40.00±11.08	KW	87.81±15.72	KW
9-12 ay	50	50.69±13.55	df: 2	89.80±14.36	df: 2
12+ ay	66	42.65±16.02		79.12±22.89	
Günde Ortalama Bakım Verme Süresi					
1-6 saat	38	43.12±13.71	p=0.654	84.22±13.17	p=0.243
7-12 saat	89	40.32±10.12		86.42±19.32	
13-18 saat	63	39.15±17.18	KW	83.19±14.65	KW
19-24 saat	41	44.14±14.22	df: 2	88.75±15.44	df: 2

Tablo 4.6’da bakım verici bireylerin çalışma durumlarına göre bakım verme yükü puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verme yükü puan ortalamalarının çalışanlarda çalışmayanlara oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde ise çalışmayanların yaşam kalitesi puan ortalamalarının çalışanlara oranla daha az olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.6’da bakım verici bireylerin hastaya yakınlık derecesine göre bakım verme yükü puan ortalamaları incelendiğinde bakım verme yükünün, diğer grubunda yer alan kişilerde daha yüksek olduğu ve bunu kardeşlerin takip ettiği ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bakım verici bireylerin hastaya yakınlık derecesine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde ise anne veya babasına bakım veren bireylerin diğerlerine oranla yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.6’da bakım verici bireylerin hastayla aynı evde yaşama durumuna göre bakım verme yükü puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verme yükü puan ortalamalarının hasta ile aynı evde yaşayanlarda daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Hasta ile aynı evde yaşama durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde ise aynı evde yaşamayanların yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da bakım verici bireylerin hastanın kendisine ait bir odasının varlığına göre bakım verme yükü puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verme yükü puan ortalaması odası olmayanlarda daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Hastanın kendisine ait bir odası olması durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında ise kendisine ait odası olmayanlarda yaşam kalitesi puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da bakım verici bireylerin kronik hastalığının varlığına göre bakım verme yükü puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verme yükü puan ortalamasının kronik hastalığı olanlarda kronik hastalığı olmayanlara oranla daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kronik hastalık varlığına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında ise kronik hastalığı olanların yaşam kalitelerinin kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.6’da bakım verici bireylerin ailede başka kanser tanısı olan birey olması durumuna göre bakım verme yükü puan ortalamaları incelendiğinde, ailede kanser tanısı konulan birey olmayanlarda bakım verme yükü puan ortalamalarının daha yüksek

olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Ailede başka kanser tanısı olan birey olması durumuna yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında ise ailede kanser tanısı konulan birey olmayanların yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da bakım verici bireylerin bakım süresince destek alınması durumuna göre bakım verme yükü puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verme yükü puan ortalamasının destek alanlarda diğerlerine oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Bakım süresince destek alınması durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında ise destek alanların yaşam kalitesi puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da bakım verici bireylerin günlük bakım verme süresine göre bakım verme yükü ve yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da bakım verici bireylerin hastaya bakım verme süresine göre bakım verme yükü puan ortalamaları incelendiğinde bakım verme yükü puan ortalamalarının, 9-12 ay süreyle bakım verenlerde diğerlerine oranla daha yüksek olduğu ve bunu 3-6 ay süreyle bakım verenlerin takip ettiği ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bakım verici bireylerin bakım verme sürelerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde ise 3-6 ay süreyle bakım veren bireylerin diğerlerine oranla yaşam kalitesi puan ortalamalarının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Yaşam kalitesi ve bakım yükü puan ortalamaları arasındaki ilişkinin Pearson Korelasyon analizi ile incelenmesi

	Bakım Yükü Ölçeği	
	r	p
Yaşam Kalitesi	0,526	0,000

p<0.01

Bakım vericilerin bakım yükü ile yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile incelendiğinde bakım yükü ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ilişki olduğu bakım yükü arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır ($p<0.01$).



5. TARTIŞMA

Kanser dünyada en önemli sağlık problemlerinden biri olup iyileşemeyen veya ölümcül bir hastalık olarak bilinir (90). Kanser tanısı konulan hasta sayısının artması, tedavi ve tanı yöntemlerindeki ilerlemelere paralel olarak hasta bireylerin yaşam sürelerinin artması kanserli bireylerin aile fertlerinin bakım sürecine aktif olarak katılmalarına ve hastaların bireylere bakım verme sorumluluğunu daha çok üstlenmelerine neden olmaktadır (15). Ayaktan radyoterapi alan hastalara evde bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır

Bu araştırmada, bakım vericilerin %50.6 kadındır (Tablo 4.2). Kanserli hastaların bakım vericilerine yönelik yapılan araştırmalarda, bakım vericilerin çoğunlukla kadınlardan oluştuğu belirlenmiştir (8,9,13,42). İnci tarafından yapılan çalışmada; bakım vericilerin % 75.5'inin kadın ve yaş ortalamalarının 36.9 olduğu bildirilmiştir (38). Bektaş ve Özer çalışmalarında; bakım vericilerin %61,6'sının kadın olduğu ve yaş ortalamalarının 40 olduğunu bildirilmişlerdir (64). Sharpe ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmalarında ise bakım vericilerin %77'sinin kadın ve yaş ortalamalarının 59 olduğunu bildirmişlerdir (10). Araştırmamızın bulguları yukarıda belirtilen çalışmaların bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, bakım vericilerin %52.8'inin gelirlerinin giderlerinden az olduğu, %71,4'ünün herhangi bir işte çalışmadığı ve %57.6'sının sağlık güvencesine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Karabuğa tarafından yapılan çalışmada bakım vericilerin %46.7'sinin gelir durumlarının orta düzeyde olduğu, %63.3'ünün çalışmadığı ve %91.7'sinin sosyal güvence sahibi olduğu bildirilmiştir (9). Bu bulgular, yapılan bu çalışma ile paralellik göstermekte olup bakım vericilerin herhangi bir işte çalışmamalarının sonucu olarak gelirlerinin yetersiz olduğunu, Ancak günümüz Türkiye koşullarında çoğunlukta olan gruba sosyal güvence hakkı tanındığını düşündürmektedir.

Bu araştırmada, bakım vericilerin %55'inin evli ve %52.8'inin çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Barg ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında bakım vericilerin %71'inin evli olduğunu bildirmiştir (84). İnci tarafından yapılan çalışmada bakım vericilerin %52.7'sinin evli, % 62.7'sinin çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir. Türkoğlu tarafından yapılan çalışmada bakım vericilerin %78.9'unun evli ve %69.5'inin

çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir (67). Karabuğa tarafından yapılan çalışmada %74.2'sinin çocuk sahip olduğunu bildirmiştir (9). Araştırmamızın bulguları yukarıda belirtilen çalışmaların bulgularıyla uyumludur.

Bu araştırmada, Bakım vericilerin çoğunluğunun başka bireylerden destek almadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Uğur tarafından yapılan çalışmada bakım vericilerin %74'ünün başka bireylerden destek aldığını bildirilmiştir (4). Türkoğlu tarafından yapılan çalışmada bakım vericilerin %73.2'sinin başka bireylerden destek aldığını bildirmiştir (67). Ancak bu çalışmamızın sonucu yukarıda belirtilen çalışmanın bulgularıyla uyumlu değildir.

Bu araştırmada, bakım vericilerin %28.6'sı bir yıldan fazla süredir ve %38.5'si günde 7-12 saat arasında bakım verdiği belirlenmiştir (Tablo 4.3). Türkoğlu tarafından yapılan çalışmada bakım vericilerin % 32.1'inin bir yıldan fazla süredir ve %54.2'sinin günde 19-24 saat arasında bakım verdiğini bildirmiştir (67). Barg ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında bakım vericilerin %46'sının haftada 20 saatten fazla hastasının bakımı için zaman ayırdıklarını belirtmiştir (84). Tang tarafından yapılan çalışmada bakım vericilerin ortalama 17.9 ay bakım verdiği bildirilmiştir (68). Son zamanlarda gelişen tedavi yöntemleri ile kanserli hastaların daha uzun süre yaşadığını ve bunun sonucunda bakım vericilik süresinin uzadığını düşünebiliriz.

Bakım verici bireylerin bakım verme yükü puan ortalaması 42.83 ± 13.76 olarak saptanmıştır (Tablo 4.4). Yusuf ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bakım verici bireylerin bakım verme yükü puan ortalaması 29.16 olarak bildirilmiştir (69). İnci tarafından yapılan çalışmada bakım verme yükü puan ortalaması 20.37 olarak bildirilmiştir (38). Grunfeld ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında bakım verme yükü puan ortalamasını 18.3 olarak bildirmişlerdir (70). Araştırmamızın sonucu belirtilen bu çalışmaların sonucu paralellik göstermektedir. Ancak, bu araştırmamıza katılan bakım verici bireylerin daha fazla bakım verme gücü yaşadıkları söylenebilir.

Cinsiyete göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde erkeklerin kadınlara oranla yaşam kaliteleri puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Tang ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında bakım vericilerin cinsiyeti ile yaşam kalitesi arasında önemli farkın olmadığı bildirmişlerdir (71). Dumont ve arkadaşları ile Awadalla ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında ise bakım vericilerin cinsiyetine göre yaşam kalitelerinin etkilendiğini belirtmişlerdir (85,86).

Eğitim düzeyine göre bakım verici bireylerin bakım verme yükü puanları ile yaşam kalitesi puanları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Kızılcı tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığını bildirilmiştir (46). Iconomou ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında daha düşük eğitim seviyesindeki bakım vericilerin daha yüksek eğitim seviyesindeki bakım vericilere göre daha çok stres yaşadıklarını, fiziksel sağlıkta daha kötü olduklarını ve yaşamları üzerinde daha çok etki olduğunu bildirmişlerdir (83). Meyers ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmalarında yüksek eğitim seviyesinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik haliyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (72). Papastavrou ve arkadaşlarının çalışmalarında niversite mezunu olan bakım verici bireylerin bakım verme yükünün ilkokul mezunu olan bakım vericilere göre daha düşük olduğunu belirlemişlerdir (87). Ancak bu çalışmaların sonuçları araştırmamızın bulgularıyla uyumlu değildir.

Sosyal güvencesi olan bakım vericilerin bakım verme yükü puanları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Türkoğlu tarafından yapılan çalışmada sosyal güvencesi olmayan bakım vericilerde bakım verme yükü ve yaşam kaliteleri puan ortalamalarının önemli düzeyde yüksek olduğunu belirtmiştir. Kanser 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.

Gelirleri giderlerinden az olan bakım vericilerin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bakım verici bireylerin %71.4'ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiş ve çalışmayan bireylerin bakım yükü ve yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Bektaş ve zer yapmış oldukları çalışmalarında ekonomik problem yaşayan bakım vericilerin yaşam kaliteleri daha düşük çıkmıştır (64). Hacıalıoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında gelir durumunun yüksek olması yaşam kalitesi puanını arttırdığını belirtmişlerdir (73). Yun ve arkadaşlarının kanser hastası bireylerin bakım vericileriyle yaptıkları çalışmalarında düşük gelir durumu olan aile fertlerinin, yaşam şartlarını tedavi ve hastalık sürecine göre değiştirmek zorunda kaldıklarını bildirmişlerdir (3). Türkoğlu tarafından yapılan çalışmada sosyal güvencesi olmayan ve gelir durumu az

olan bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalamasını anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (67). Yaşar tarafından yapılan çalışmada geliri giderinden az olan bakım vericilerde bakım verme yükü puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir (2). Kasuya ve Erdem tarafından yapılan iki farklı çalışmada ekonomik durumun bakım verme yükünü etkileyen faktörler arasında olduğu belirtilmiştir (12,51). Bakım verici bireylerin gelirinin yetersiz olması, bakım vermekte oldukları hastalarının ihtiyaçlarını karşılamalarına engel olabileceğinden; bu durumun bakım verme yükünü ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği düşünülebilir.

Medeni duruma göre bakım vericilerin bakım verme yükü puanları ile yaşam kaliteleri puanları incelendiğinde Evli olan bakım vericilerin bakım verme yükü puanı ve yaşam kalitesi puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (Tablo 4.5). Bu durumun bekârların bakım vermektan 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 olan bakım vericilerin bakım verme yükü puanı ve yaşam kalitesi puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.5). Beşer tarafından yapılan çalışmada çocuğu olan hastaların ve ailelerinin yaşamları olumsuz yönde etkilenmiş, yaşadıkları stres ve anksiyete düzeyleri artış olduğunu belirtilmiştir (75). Türkoğlu tarafından yapılan çalışmada çocuğu olan bakım vericilerde bakım verme yükü puan ortalamasını anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çetinkaya tarafından yapılan çalışmada çocuk sayısı arttıkça bakım vericilerin yaşadıkları stres düzeylerinin de arttığını bildirilmiştir (76). Bulgularımız belirtilen çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermekte olup bakım verici bireylerinin çocuk sayısının artması çocuklarına karşı sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanabileceklerinden, kişinin üzerindeki sorumluluk miktarını artıracığından dolayı bakım yükünü ve yaşam kalitesini de olumsuz etkileyeceği beklenen bir durumdur.

Hastanın yakın akrabası olmayan bakım vericilerde ve hastanın kardeşi olan bakım vericilerde bakım verme yükü puanları ile yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.6). Kara-Kaşıkçı ve Alberto yaptıkları çalışmalarında kan bağına sahip olan bakım vericilerde ailevi değerlere bağlılığının önem arz ettiği ve bakımını üstlendikleri hastalarını daha fazla benimsediklerini ifade etmişlerdir (77). Bu durumda ailelerin

hastalık halinde birbirine daha çok kenetlendiği ve birbirlerine sosyal destek verdikleri düşünülebilir.

Bu araştırmada, bakım vericilerin %77,5'inin hastasıyla aynı evde yaşamakta olduğu ve hastasıyla aynı evde yaşayan bakım verici bireylerin bakım verme yükü puanı daha yüksek yaşam kalitesi puanı ise daha düşük çıkmış olup gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Belasco ve Sesso yaptıkları çalışmalarında bakım vericiler ile hastaların %91 aynı ev ortamında yaşadıklarını bildirmişlerdir (78). Bu durum kanser hastası ile aynı evde yaşamının kültürel açıdan kabul görülmesinden ve bakım verici bireylerin hastalarının bakımını şahsi sorumlulukları olarak kabul etmelerinden kaynaklı olabilir.

Evde kendisine ait ayrı odası bulunan hastaların bakım vericilerinin kendisine ait odası bulunmayan hastaların bakım vericilerine göre bakım verme yükü puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmış ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.6). Hasta ve bakım verici bireylerin sürekli aynı ortamda yaşıyor olması, bakım verme sürecinin etkinliği ve devamlılığı açısından daha faydalı olabileceği gibi, bakım verici bireylerin kendilerine ait olan aktivitelerini sınırlandırabileceği aynı ev içinde ayrı odanın olmaması hem bakım vericilerin hem de hastaların özel yaşamları için uygun ortam sağlamayacağından dolayı bakım verme yükünü ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği düşünülebilir.

Bakım vericilerin kronik hastalığa sahip olan bakım vericilerin bakım yükü ve yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.6). Yee ve Shultz yaptıkları çalışmalarında; sağlık durumu bozulan hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (81). Bakım verici bireylerde kronik hastalık olması hem kendi sorumluluklarını yerine getirmede hem de hastasına karşı sorumluluklarını yerine getirmede büyük zorluklara sebep olmasından kaynaklı bakım verme yükü ve yaşam kalitesine olumsuz etki edeceği beklenen bir durumdur.

Ailesinde başka kanser hastası olan bakım vericilerin bakım verme yükü puanı ile yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuş Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Çetinkaya tarafından yapılan çalışmada bakım vericilerin ailesinde kanser tanısı olma durumları ile bakım verici Stres Indexi toplam ölçek puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu belirtilmiştir (76). Bakım vericilerin daha önceden ya da mevcut başka bir kanserli hasta

yakınının olması bakım yükü ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir.

Bakım vericilerin bakım verme sürecinde destek alma durumlarına göre destek alan grubun bakım verme yükü puanları ve yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuş Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Fleming ve arkadaşları ile Kitrungröte ve Cohen yaptıkları çalışmalarında yeterli destek almayan bakım verici bireylerin sorumluluklarını yerine getiremedikleri, hastanın isteklerini karşılamada zorluklar yaşadığı ve hasta bireye sağlık bakım ekipleri tarafından destek olunduğu durumlarda bakım verici bireylerin yaşam kalitesinin arttığını bildirmişlerdir (15,82). Yeh ve arkadaşları bakım verici bireylerde sosyal destek eksikliğinin önemli etkiler meydana getirdiğini belirtmişlerdir. Hacıaloğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada diğer aile üyelerinden destek alan bakım vericilerin yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (73).

Araştırmaya katılan bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalamaları ile günlük verilen bakım süresi arasında orantılı bir ilişki olmayıp, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.6). Araştırmaya katılan bakım vericilerin hastaya bakım verme süresine göre bakım yükü puan ortalamalarına bakıldığında bakım yükünün, 9-12 ay süreyle bakım verenlerin diğerlerine oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 20). Halm ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında bakım verme süresine göre bakım verici bireylerin 3., 6. ve 12. aylarda bakım yükü ölçeği puanlarını incelemiş ve bakım verme süresi arttıkça ölçek puanlarının da arttığını ifade etmişlerdir (79). Bodur ve Cingil yaptıkları çalışmada uzun süre bakım verenlerin yük puan ortalamasının yüksek olduğunu bildirilmişlerdir (80). Kitrungröte ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında hastalığın erken evrelerinde hasta ve bakım vericilerinde yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur (15). Meyers ve Gray yaptıkları çalışmalarında uzun süreli verilen bakımın yaşam kalitesini negatif etkilediğini belirtmiştir (72). Grunfeld ve arkadaşları çalışmalarında bakım verme süresi arttıkça bakım verenlerde depresyon ve yükün arttığını belirtmiştir (70). Milbury ve arkadaşları bakım verme süresine göre yaptıkları çalışmalarında bakım verici bireylerin 1., 3. ve 6. aylarda bakım yükü ölçeği puanlarını incelemiş ve bakım verme süresi arttıkça ölçek puanlarının da arttığını ifade etmişlerdir (89). 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 gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bakım verici bireylerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması 42.83 ± 13.76 bulunmuştur. Bakım vericilerin gelir durumunu algılamasına, medeni durumuna, çocuk sahibi olma durumuna, çalışma durumuna, hastaya olan yakınlık derecesine, kronik hastalığın olma durumuna, toplam bakım verme süresinin bakım verme yükünü etkilediği belirlenmiştir.

Bakım verici bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması 85.00 ± 18.00 bulunmuştur. Bakım vericilerin cinsiyetine, gelir algılama durumuna, medeni durumuna, çocuk sahibi olma durumuna, çalışma durumuna, kronik hastalığa sahip olma durumuna, toplam bakım verme süresinin yaşam kalitesi etkilediği belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bu bulgular doğrultusunda, şu önerilerde bulunulabilir;

- Bakım verici bireylere bakım verme ile ilgili görsel ve işitsel araçlarla eğitim verilmesi ve hastaneden taburculuk sonrası bu eğitimlerin rutin hale getirilmesi,
- Bakım verici bireylerin sağlık durumları bu süreçten etkilendiği için belirli aralıklarla kontrol edilmesi,
- Bakım verici bireylerden kadın, geliri az, kanserli hastanın eşi ve çocuğu olanların bakım verme sürecinde daha fazla desteklenmesi,
- Kanser hastalarına bakım verici bireyler için; yardım alabilecekleri danışabilecekleri topluluklar oluşturulması, dernekler kurulması veya internet sitelerinin artırılması,
- Zaman içerisinde bakım verme yükü artacağı ve yaşam kalitesi düşeceği için belirli aralıklarla bakım vericilerin ihtiyaçları hususunda desteklenmesi ve rehberlik edilmesi,
- Ülkemizde bakım verme yükü ve yaşam kalitesini belirlemeye ilişkin yapılan çalışmaların kısıtlı olması nedeniyle konu ile ilgili yeni çalışmaların yapılarak literatüre katkıda bulunulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. 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: 927–35.
2. Yaşar F. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi 2008.
3. Yun HY, Rhee YS, Kang IO, Lee SJ, Bang SM, Lee WS, Kim SJ. Economic Burdens And Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Patients. *Oncology* 2005, 68(2-3): 107-14.
4. Uğur Ö. Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi 2006.
5. Küçükgülü Ö. Bakım verenlerin Yükü Envanteri'nin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi 2004.
6. 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): 223-31.
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. 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 family caregiver of patients with cancer. *Qual Life Res* 1999, 8: 55-63.
9. Karabuğa H. Kanserli hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi 2009.

10. 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: 102-14.
11. Kim Y, Baker F, Spillers RL. Cancer caregivers quality of life: Effects of gender, relationship and appraisal. *J Pain Symptom* 2007, 34(3): 294-304.
12. Kasuya TR. Caregiver burden and burnout A guide for primary care physicians. *Postgrad Med* 2000, 108(7): 119.
13. Gıven B, Wyatt G, Gıven C, Sherwood P, Gıft 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): 1105-17.
14. Okçin F. Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi. İzmir: Ege Üniversitesi 2007.
15. Kitrungröte L, Cohen MZ. Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review. *Oncol Nurs Forum* 2006, 33: 625-32.
16. Francis LE, Worthington J, Kyriostakis G, Rose JH. *Relationship quality and burden among caregivers for late-stage cancer patients*. Support Care Cancer 2009, 18(11): 1429-36.
17. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age Ageing* 2003, 32: 218–23.
18. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/4-kanser-nedir.html>. 16 Ekim 2017.
19. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Erişim Adresi: <http://globocan.iarc.fr>. 16 Ekim 2017.
20. TÜİK. “Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014”. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855> Erişim Tarihi: 16 Ekim 2017.
21. Öz G, Bayer A, Yalçın N, Yıldırım F. *Dâhiliye Hastalıkları ve Bakımı*. Songür Eğitim Hizmetleri, Ankara 2008, 321-36.
22. Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Nobel Kitapevi, 1 Baskı, Adana 2010,

23. Akay N, Karakuş L. Genel Olarak Kanser. *Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı*. Ankara, Mavi Ambalaj 2005: 21.
24. Fan G, Filipczak L, Chow E. Symptom clusters in cancer patients: A review of the literature. *Curr Oncol* 2007, 14: 173-79
25. Platin N. *Hemşireler için Kanser El Kitabı*. Iwamoto RR, Birol L (Ed.), (1.Baskı), Ankara, IV. Aksam Sanat Okulu Matbaası 1996: 68–80.
26. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Sistem Ofset, Ankara 2005, 247-77.
27. Burish TG, Red WH. *Symptom control in psychosocial oncology*. *Cancer* 1994, 74: 1438-44
28. Perez C, Brady L. *Principles and Practice of Radiation Oncology*. (3th Ed), New York, Lippincott-Raven 1998: 1-79.
29. Pınar R. *Radyoterapi Uygulanan Hastaların Bakımı*. İzmir, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı 1990: 357-61.
30. Onat H, Mandel N. *Kanser Tedavisine Bağlı Geç Sorunlar, İçinde: Kanser Hastasına Yaklaşım*. Mandel MN, Kaytan E, Dinçer M, Ergüney S (Ed.), Adana, Nobel Tıp Kitapevleri 2002: 297-321.
31. Hickok JT, Morrow GR, Roscoe JA, Mustian K, Okunieff P. Occurrence, severity and longitudinal course of twelve common symptoms in 1129 consecutive patients during radiotherapy for cancer. *Journal of Pain and Symptom Man* 2005, 30: 433-41
32. Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Johansson F. The experience of fatigue, other symptoms and global quality of life during radiotherapy for uterine cancer. *Int J Nurs Studies* 2005, 42: 377-86.
33. Stone P, Richards M, A'Hern R, Hardy J. Fatigue in patients with cancers of the breast or prostate undergoing radical radiotherapy. *Journal of Pain and Symptom Man* 2001, 22: 1007-15.
34. Toseland RW, Smith G, Mccallion P. *Family Caregivers of The Frail Elderly, Handbook Of Social Work Practice With Vulnerable And Resilient Populations*, (Gitterman, A. Editor) Second Edition, Columbia University Press 2001: 548
35. TDK (Türk Dil Kurumu) Web Sayfası (Çevrimiçi) <http://tdk.org.tr/tdksozluk/sozbul>. 20 Ekim 2017.
36. Hunt CK. Concepts in caregiver research. *J Nurs Scholarsh* 2003, 35(1): 27-32.

37. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics* 2002, 5(4): 155–9.
38. İnci H. Bakım verme yükü ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi 2006.
39. Karataş M. Cancer rehabilitation. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006, 2(10): 10–19.
40. Güner İC. Meme kanseri ve eşlerin desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2008, 46–49.
41. Toseland RW, Chapman DG. Effectiveness Of Advanced Illness Care Teams For Nursing Home Residents With Dementia. *Soc Work* 2007, 52(4): 321-29.
42. Kim Y, Carver C. Frequency and difficulty in caregiving among spouses of individuals with cancer: Effects of adult attachment and gender. *Psychooncology* 2007, 16: 714–23.
43. Özcanlı D. Kanserli hastalara bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunlarının belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi 2005.
44. 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: 1185–91.
45. Elbi H. Kanser ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası* 2001, 5: 1–5.
46. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesinin etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1999, 3: 18-26.
47. Gıven B, Sherwood PR, Gıven CW. What Knowledge and Skills Do Caregivers Need. *Am J Nurs* 2008, 108(9): 28-34.
48. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs* 2008, 108(9): 23-27.
49. Gıven BA, Gıven CW, Kozachık S. Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin* 2001, 51(4): 213-31.
50. Lidell E. Family support-a burden to patient and caregiver. *E J Cardiovascular Nurs* 2002, 1: 149-52.
51. Erdem M. Yaşlıya bakım verme. *Atatürk Üni HYO Der* 2005, 8(3): 101-106.
52. Zarit SH, Reeve KE, Back-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980, 20: 649-55.

53. Feinberg LF. Caregiver Assessment: Understanding the issues. *Am J Nurs* 2008, 108(9): 38-39.
54. Honea N, Brintal R, Given 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): 507-16.
55. Savcı A. Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2006.
56. Ganz PA. Quality of life and the patient with cancer. *Cancer* 1994, 74: 1445-51.
57. Akdemir N, Birol L. *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. SANERC Yayın Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul 2003, 18-21.
58. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın 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.
59. Özkan S. *Kanser Bakımında Aile Sorunları*. İstanbul, Ulusal Kanser Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı 2001: 96.
60. 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): 214-22.
61. 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: 321-32.
62. Ferrell B, Ervin K, Smith S, Marek T, Melancon C. Family perspectives of ovarian cancer. *Cancer Pract* 2002, 10(6): 269-75.
63. 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): 1211-18.
64. 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: 3003-12.
65. Pasacreta VJ, Barg F, Nuamah I, McCorkle R. Participant characteristics before and 4 months attendance at a family caregiver cancer education program. *Cancer Nursing* 2000, 23(4): 295-303.

66. Bilgili N. Yaşlı Bireye bakım veren ailelerin karşılaştıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2000.
67. Türkoğlu N. Kanserli hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin yaşam kalitesine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2010.
68. Tang WR. Hospice family caregivers Quality of life. *J Clin Nurs* 2009, 18: 2563-72.
69. 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.
70. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, Willan A. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their, principal caregivers. *CMAJ* 2004, 170(12): 1795-1801.
71. 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: 387-95.
72. Meyers JL, Gray LN. The relationship between family primary caregiver characteristics and satisfaction with hospice care. *Oncol Nurs Forum* 2001, 28(1): 73-81.
73. Hacıoğlu, N, Özer N, Yılmaz 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: 211-17.
74. Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üni HYO Der* 2009, 12(2): 1-9.
75. Beşer N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Cumhuriyet Üniv HYO Der* 2003, 7: 47-58.
76. Çetinkaya Y. Kanser hastalarına bakım verenlerde stres, stres yaratan durumlar ve etkilerinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi. İzmir: Ege Üniversitesi 2006.
77. Karakaşıkçı 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: 1498-05.

78. Belasco A, Sesso R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2002, 39(4): 805-12.
79. Halm M, Treat JD, Lindquist R, Savik K. Caregiver burden and outcomes of caregiving of spouses of patients who undergo coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung* 2007, 36: 170-87.
80. Bodur S, Cingil DD. Bağımlı yaşlıların aile içi bakıcılarının bakımla ilgili tutumları ve eğitimle ilişkisi. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi* 2006, 4: 2.
81. Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *Gerontologist* 2000, 40:147-64.
82. Fleming D, Sheppard V, Mangan P, Taylor K, Tallarico M, Adams I, Ingham J. Caregiving at the end of life: Perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers. *J of Pain and Symptom* 2006, 31(5): 407-20.
83. Iconomou G, Vagenakis AG, Kalofonos HP. The informational needs, satisfaction with communication, and psychological status of primary caregivers of cancer patients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer* 2001, 9: 591–96.
84. Barg K, Pasacceta J, Nuamah I, Robinson KD, Angeletti K, Yasko JM, McCorkle B. A descriptive of a psychoeducational intervention for family caregivers of cancer patients. *J Fam Nurs* 1998, 4: 394-413.
85. 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. *J Palliat Med* 2006, 9(4): 912-21.
86. Awadalla AW, Ohoeri JU, Gholoum A, Khalid AO, Hamad H, Jacob A. Factors associated with quality of life of outpatients with breast cancer and gynecologic cancer and their family caregivers: A controlled study. *BMC Cancer* 2007, 9: 102.
87. Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H. Exploring The Other Side of Cancer Care: The Informal Caregiver, *Eur J of Oncol Nurs* 2009, 13(2): 128-36.
88. Yeh PM, Wierrega ME, Yuan SC. Influences Of Psychological Well-Being, Quality Of Caregiver-Patient Relationship, And Family Support On The Health Of Family Caregivers For Cancer Patients In Taiwan, *Asian Nursing Research* 2009, 3(4): 154-66.

- 89.** Milbury K, Badr H, Fossella F, Pisters KM, Carmack CL. Longitudinal Associations Between Caregiver Burden and Patient And Spouse Distress in Couples Coping with Lung Cancer, *Support Care in Cancer* 2013, 21(9): 2371-9
- 90.** Güllü İ, Zengin N. *Kanserle mücadelede ulusal kanser danışma kurulunun rolü.* Tuncer M. Editör. Türkiye’de Kanser Kontrolü. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara, Koza Matbaacılık 2009, 9.



EKLER

EK 1. Özgeçmiş

Muhammet Faruk YİĞİT 1990 Van-Başkale doğumlu. İlköğretim ve lise eğitimini Başkale’de tamamladı. 2009-2013 yılları arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi’nde hemşirelik eğitimini tamamladı. 2014 yılında göreve başladığı Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezinde halen görev yapmaktadır.



EK 2. Bakım Vericileri Tanıtıcı Anket Formu

Değerli Katılımcı

Bu anketin amacı, “Ayaktan Radyoterapi alan hastalara evde bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi” hakkındaki görüşleri analiz etmektir. Her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra şıklarda size en yakın bir cevabı (x) işaretleyiniz. Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız. Katkı ve katılımınız için teşekkür ederim.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı
Muhammet Faruk YİĞİT

1. **Kaç yaşındasınız?** (Belirtiniz).....
2. **Cinsiyetiniz?** () Kadın () Erkek
3. **Eğitim düzeyiniz nedir?**
() Okur-yazar () İlköğretim () Lise () Üniversite
4. **Sosyal güvenceniz?**
() Var () Yok
5. **Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?**
() Gelirim giderimden az () Gelirim giderime eşit () Gelirim giderimden fazla
6. **Medeni durumunuz nedir?**
() Bekâr () Evli () Boşanmış /Dul
7. **Çocuğunuz var mı?** () Evet () Hayır
8. **Çalışıyor musunuz :** () Evet () Hayır
9. **Hastayla olan yakınlık dereceniz nedir?**
() Eşim () Annem/Babam () Kardeşim () Çocuğum () Diğer.....
10. **Hastanızla aynı evde mi yaşıyorsunuz?**
() Evet () Hayır
11. **Evde hastanın kendine ait bir odası var mı?**

Evet Hayır

12. Kronik bir hastalığınız var mı?

Hayır Evet

13. Ailede kanser tanısı alan başka bir birey var mı?

Hayır Evet

14. Bakım verme sürecinde destek alıyor musunuz?

Hayır Evet

15. Hastanıza ne kadar süredir bakım vermektedirsiniz?

0-3 ay 3-6 ay 6-9 ay 9-12 ay Bir yıldan daha

16. Günde ortalama kaç saat hastanıza bakım vermektedirsiniz?

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



EK 3. Hasta Bireyi Tanıtıcı Anket Formu

1. Hasta kaç yaşında?

2. Hastanın cinsiyeti?

Kadın Erkek

3. Hastanın eğitim düzeyi nedir?

Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

5. Hastanın medeni durumu nedir?

Bekâr Evli Boşanmış /Dul

6. Hastanın sosyal güvencesi var mı?

Var Yok

7. Hastanın kanser tipi nedir?

EK 4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

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.

No		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen 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	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 yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
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	Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17	Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
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	Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?					

EK 5. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kanser

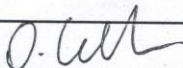
Aşağıda kanser hastalarına bakım veren bireylerin söylediği cümlelerden oluşan liste verilmiştir. Her satırda bir numarayı işaretleyerek, **son 7 günde** her bir cümlenin sizin için ne ölçüde geçerli olduğunu belirtiniz.

	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.					
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 6. Etik Kurul İzni

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
02.01.2018	1	2018/1-1	
<p>Karar No: 2018/1-1: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 02.01.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesinde Prof. Dr. Behice ERCİ'nin sorumlu araştırmacı olduğu; Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Dursun Odabaş Tıp Merkezinde Hemşire Muhammet Faruk YİĞİT'in Ayaktan Radyoterapi Alan Hastalara Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yükleri ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı 			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Erkan KARATAŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK 7. YYÜ Dursun Odabaş Tıp Merkezi İzin

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/01/2017-E.268



T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Dursun Odabaş Tıp Merkezi Müdürlüğü
Hastane Başmüdürlüğü



Sayı : 34872322-302.14.01-E.268
Konu : Tez Çalışması İzin

06/01/2017

Sayın Muhammet Faruk YİĞİT
(İnönü Üniv. Sağlık Bil. Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Öğrencisi)

İlgi : 05.01.2016 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenizde belirtilen "*Ayaktan radyoterapi alan hastalara evde bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükleri ile yaşam memnuniyetleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*" adlı yüksek lisans tez çalışmanızın Hastanemiz Radyasyon Onkolojisi Biriminde yapılması talebiniz Hastanemiz İdaresince uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Sefer KUŞAN
Hastane Müdür Yardımcısı

**Bu Belgenin Aslı
E-İmzalıdır**

Ahmet ŞAHİN
Bilg.İşl.

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://ebys.yyu.edu.tr/enVision/Doğrula/A5Y0YK>

Adres: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Müdürlüğü Hastane
Başmüdürlüğü Zeve Kampüsü 65080 Tuşba / VAN
Telefon: +90 432 2150470 Faks: +90 432 2168352
e-Posta: hastane@yyu.edu.tr Elektronik Ağ: <http://hastane.yyu.edu.tr/>

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Ahmet ŞAHİN
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Dahili No: 6079



u belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 8. SBÜ Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin



TC.

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

Van İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticiliği

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
20/01/2017 08:39 - 36866945 - 806 02 02 - E 2067



00037736678

Sayı : 36866945.060-99/

Konu : İzin Talebi Hk.

Muhammet Faruk YİĞİT

Malatya İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans öğrencisi Muhammet Faruk YİĞİT tarafından yürütülecek olan “Ayaktan radyoterapi alan hastalara evde bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükleri ile yaşam memnuniyetleri arasındaki ilişkinin incelenmesi” konulu araştırması kapsamında ilgili dilekçeye istinaden anket çalışmanın Radyasyon Onkolojisi biriminde yapılması hususunda herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.

Gereğini rica ederim.

Op.Dr. Ümit Haluk İLİKLERDEN
Hastane Yöneticisi

EK:

- 1.Bakım Vereni Tanıtıcı Bilgi Formu
- 2.Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu
- 3.Bakım Verme Yükü Ölçeği
- 4.Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği

Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır
İşlem Tarihi: 20.01.2017

Bölge E.A.Hastanesi
Ali YETKİN
V.H.K.İ.Sicil: 650001
Evrak Kayıt No: 1

e.Posta.abdulah.ertas2@saglik.gov.tr

Bilgi için: Abdullah ERTAŞ

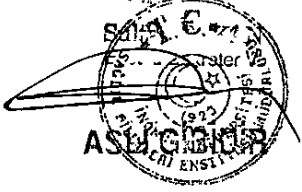
Üvanı: V.H.K.İ

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e0356864-4255-41aa-a644-aca257154a27 kodu ile erişebilirsiniz.
Telefon No: (Dahili) 21650 Elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 9. Etik Kurul Revize İzin Belgesi

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARI

OTURUM TARİHİ	OTURUM SAYISI	TOPLANTI SAYISI
24.11.2017	42	2017/42-14-02
<p>Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Muhammet Faruk YİĞİT'in tez önerisinin değiştirilmesine ilişkin Anabilim Dalı Başkanlığının 23.11.2017 tarih ve 88654 sayılı yazısı görüşüldü.</p> <p>Yapılan görüşmelerden sonra; adı geçenin "İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği"nin 16/a maddesi uyarınca "Ayaktan Radyoterapi Alan Hastalara Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yükleri İle Yaşam Memnuniyetleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" olarak belirlenen tez konusunun "Ayaktan Radyoterapi Alan Hastalara Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yükleri İle Yaşam kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" olarak değiştirilmesi teklifinin kabulüne, etik kurul onayının en geç üç ay içerisinde alınarak Enstitümüze iletilmesine, konunun ilgili Anabilim Dalı Başkanlığına bildirilmesine oybirliği ile karar verildi</p>		



BAŞKAN	Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ Enstitü Müdürü	İmza
--------	--	------

ÜYELER

Yrd. Doç. Dr. Zekeriya ÇALIŞKAN Müdür Yardımcısı	imza	Prof. Dr. Hakan PARLAKPINAR Üye	imza
Yrd. Doç. Dr. Mustafa CANBOLAT Müdür Yardımcısı	imza	Yrd. Doç. Dr. Narin SADIKOĞLU Üye	imza
Prof. Dr. Davut ÖZBAĞ Üye	imza	RAPORTÖR Sultan ÖZKAN Enstitü Sekreter V.	imza