

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN HASTALARA BAKIM
VEREN AİLE BİREYLERİNİN BAKIM YÜKLERİ İLE
YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

NİLAY BEKTAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. SABİRE YURTSEVER

MERSİN 2014

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN HASTALARA BAKIM VEREN
AİLE BİREYLERİNİN BAKIM YÜKLERİ İLE YAŞAM
KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

NİLAY BEKTAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. SABİRE YURTSEVER

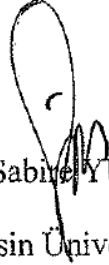
TEZ NO:249

MERSİN-2014

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan “Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükleri İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki” başlıklı çalışma, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez savunma tarihi: 07/03/2014



Doç. Dr. Sabire YURTSEVER

Mersin Üniversitesi

Jüri Başkanı



Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

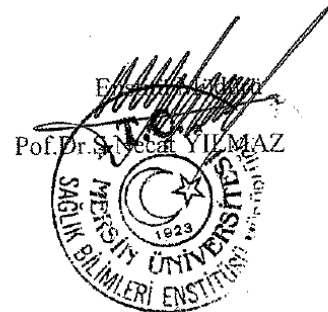


Doç. Dr. Meral ALTIÖK


Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun 26.03.2014 tarih ve 2014/110 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Necati YILMAZ



MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
1923

TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanmasını, yürütülmesini yönlendiren ve her aşamada bana destek olan sevgili Hocam ve değerli danıőmanım **Sayın Doç. Dr. Sabire Yurtsever'e,**

Hayatımın her anında yanımda olan, beni sürekli cesaretlendiren sevgili **aileme,** desteklerini benden esirgemeyen **Çağrı Akpınar'a**

Çalıőmamı Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde yürütmeme izin veren Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliğine ve Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı Başkanlığı'na

Çalıőmamı yürüttüğüm ayaktan kemoterapi ünitelerinde görev yapan ve olumlu işbirliği sağladığım meslektaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1.Kanser.....	5
2.2.Kanserde Tedavi Yöntemleri.....	5
2.2.1.Cerrahi Tedavi.....	5
2.2.2.Radyoterapi.....	6
2.2.3.İmmünoterapi.....	6
2.2.4.Kemoterapi.....	6
2.2.5.Adjuvan Kemoterapi.....	7
2.2.6.Neoadjuvan Kemoterapi.....	7
2.2.7.Palyatif Kemoterapi.....	7
2.2.8.Küratif Kemoterapi.....	8
2.3.Kemoterapinin Yan Etkileri.....	8
2.3.1.Hematolojik Yan Etkiler.....	8
2.3.1.1.Trombositopeni.....	9
2.3.1.2.Nötropeni.....	9
2.3.1.3.Eritrositopeni.....	9
2.3.1.4.Yorgunluk.....	10
2.3.2.Gastointestinal Sorunlar.....	10
2.3.2.1.Bulantı ve Kusma.....	10
2.3.2.2.Diyare.....	10
2.3.2.3.Konstipasyon.....	11

2.3.2.4.Oral Mukozit	11
2.3.3.Psiko-sosyal Sorunlar	12
2.3.3.1.Depresyon ve Anksiyete.....	12
2.3.3.2.Ağrı.....	12
2.4.Bakım Verme Yükü	13
2.5.Kemoterapi Uygulanan Hastalara Bakım Veren Ailelerin Yaşadığı Güçlükler.	15
2.5.1.Fiziksel Güçlükler	15
2.5.2.Psikolojik Güçlükler.....	16
2.5.3.Ekonomik Güçlükler	17
2.5.4.Sosyal Güçlükler	18
2.6.Yaşam Kalitesi	19
2.7.Bakım Verme ve Yaşam Kalitesi.....	19
2.8. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi.....	21
3.GEREÇ ve YÖNTEM	23
3.1.Araştırmanın Amacı.....	23
3.2.Araştırmanın Şekli	23
3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23
3.4.Araştırmanın Evreni.....	23
3.5.Araştırmanın Örneklemi	24
3.6.Verilerin Toplanması	24
3.6.1.Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	24
3.6.1.1.Veri Toplama Formu	25
3.6.1.2.Bakım Veren Stres Ölçeği.....	25
3.6.1.3.Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	26
3.7.Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması.....	27
3.8.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	27
3.9.Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi	28
4.BULGULAR.....	29
5.TARTIŞMA.....	39
6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	50

6.1.Sonuçlar	50
6.2.Öneriler	52
7.KAYNAKLAR	53
EKLER	63
EK-1. Bakım Verene İlişkin Veri Toplama Formu.....	64
EK-2. Bakım Verenin Stres Ölçeği.....	67
EK-3. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği	69
EK-4. Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Sunarken Yaşadığı Psikolojik Sorunlar ve En Çok Sıkıntı Yaşadıkları Semptomların Dağılımı.....	75
EK -5. Mersin 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı.....	76
EK- 6. Araştırmanın Yapılabilmesine Yönelik İzin Yazıları.....	79
ÖZGEÇMİŞ	80

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verenin Stres Ölçeği ve Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Puan Ortalamaları	30
Çizelge 4.2. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verenin Stres Ölçeği ve Yaşam Kaliteleri Puan Ortalamalarının Dağılımı	31
Çizelge 4.3. Bakım Verme İşlevine İlişkin Özelliklere Göre Bakım Verenin Stres Ölçeği ve Yaşam Kaliteleri Puan Ortalamalarının Dağılımı	35
Çizelge 4.4. Bakım Verme İşlevine İlişkin Yaşanan Sorunlara Göre Bakım Verenin Stres Ölçeği ve Yaşam Kaliteleri Puan Ortalamalarının Dağılımı	37

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BVSÖ: Bakım Veren Stres Ölçeği

deed: Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu

DNA: Deoksiribonükleik asit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

fsd: Fiziksel Sağlık Durumu

IASP: International Association for Suicide Prevention (Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği)

KBYKÖ: Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi Ölçeği

NF-kB: Nükleer faktör kB

p: Anlamlılık düzeyi

pmsd: Psikolojik Sağlık Durumu

r: Korelasyon Katsayısı

RNA: Ribonükleik asit

ROS: Reaktif oksijen ürünleri

SİYK: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

SS: Standart Sapma

tyd: Tanıya Yaklaşım Durumu

YK: Yaşam kalitesi

\bar{X} : Ortalama

ÖZET

Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükleri İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki

Çalışma ayaktan kemoterapi alan hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım yükleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Ayaktan Kemoterapi Merkezi'ne kemoterapi almak için başvuran 120 hastanın yakını oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri, "Veri Toplama Formu", "Bakım Veren Stres Ölçeği", "Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Normal dağılım gösterenler student t, anova ile normal dağılım göstermeyenler ise Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmada bakım veren aile üyelerinin yaş ortalaması $42,19 \pm 13,11$ olup, %32,5'i 51 yaş ve üzeridir. Bakım verenlerin %67,5'inin kadın, %72,3'ünün evli, %48,7'sinin ilköğretim mezunu, %64,7'sinin çalışmadığı ve %57,1'sinin gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır. Aile üyelerinin bakım verirken % 66,7'sinin aile içi ilişkilerinde değişim, %85,8'nin sosyal ilişkilerinde değişim ve %68,9'unun ekonomik sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Aile üyelerinin % 60,8'i bakım verirken diğer aile üyeleri tarafından desteklendiğini belirtmişlerdir. Aile üyelerinin bakım verirken en çok bulantı, kusma, yorgunluk ve iştahsızlık semptomları ile baş etmede zorlandıkları saptanmıştır. Çalışmamızda kadın bakım vericilerin, eğitim düzeyi düşük olanların, evli olanların, çalışanların, geliri giderinden az olanların, eşine bakım verenlerin, günlük 21 saat ve üzeri bakım verenlerin yaşam kalitelerinin en kötü olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Yaşam kalitesi, bakım verenlerde stres, bakım yükü, aile üyesi, hemşirelik

ABSTRACT

The relationship between care burden and quality of life of the family members that give care to the outpatients who take chemotherapy

This descriptive study has been carried to determine the relationship between caregiving burden and quality of life of family caregivers of outpatients receiving chemotherapy. The sample of this research consists of the relatives of the 120 patients applying to the outpatient center of Mersin University Health Research and Practice Center to receive chemotherapy. The data of this research have been collected by using Data Collection Form, Caregiver Stress Scale, Scale of the quality of life the family members caring for a patient with cancer. In the statistics of the research, results that shows normal distribution are evaluated with student t, anova; however, the results that don't show normal distribution are evaluated with Kruskal Wallis and Mann-Whitney U test. For the evaluation of the data; frequency, percent, average and Standard deviation have been used. In this research, average age of the caregivers was $42,19 \pm 13,11$ years old and % 32,5 of them were 51 years and over. It has been determined that %67,5 of those caregivers were female, %72,3 of them were married, %48,7 of them were graduates of primary education, %64,7 of them were employed and %57,1 of them had lower incomes than their expenses. It has also been determined in the study that the family relationship of % 66,7 of the family caregivers, social relationship of %85,3 of them have changed and %68,9 of the caregivers have faced with economic problems. Nevertheless, %60,8 of the family members were supported by the other family members in caregiving process. It has been occurred that the family caregivers had most difficulty in coping with symptoms of nausea, vomiting, fatigue and anorexia. In this study, it has been determined that the family caregivers being female, having a low level of education, being married, having a job, having lower incomes than their expenses, giving care for their spouses and giving care 21 hours and over daily have the worst quality of life.

Keywords: quality of life, caregiver burden, caregivers' stress, family members, nursing

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde kanser bütün hastalık tanılarının % 70'ini oluşturmakta ve beş yıl sonra bütün tanılar içerisinde birinci sırada olacağı tahmin edilmektedir (1,2). 2008 yılında tüm dünyada 12,4 milyon kişiye kanser teşhisi konulmuş ve 7,6 milyon kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir (3,4). ABD'de 2012 yılı verilerine göre 1,638,910 kişiye kanser teşhisi konulmuş, 577,910 kişi kanser nedeniyle yaşamını kaybetmiştir (5). Türkiye'de ise, kanser kalp-damar hastalıklarından sonra ölümlere neden olan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almaktadır. 2009 yılında kansere bağlı ölümlerin %20'lere çıktığı saptanmıştır (6). Ülkemizde en sık görülen kanser türleri; akciğer, meme, mide, deri ve mesane kanserleridir. Kanser, morbidite ve mortaliteye neden olduğundan ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanser az gelişmiş ve gelişmemiş ülkelerde daha önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Bu ülkelerde hastalığın ilerleyen evrelerinde tanı konulabilmekte tedavisi için daha fazla sağlık giderleri oluşabilmektedir (1,4,5).

Kanser kişileri hem tıbbi yönden hem de psikolojik olarak etkileyen bir hastalıktır. Kanser bireyler için çaresizliği, mutsuzluğu, sonu gelmeyen ağrıları, başkalarına bağımlılığı çağrıştırmaktadır (7,8). Kanser, kronik semptomlarının fazla olması tedavisinin uzun sürmesi ve ciddi yan etkilerinin olması nedeniyle bireylerin tüm yaşamını etkileyebilmektedir (2,9-12). Kanser hastaları fiziksel görünümünde değişiklikler, cinsel fonksiyonlarında kayıplar, aile içi ve sosyal hayatlarında statü kaybı yaşayabilmektedir (13,14). Kanser hastalarına çoğunlukla aile üyeleri bakım vermekte ve onların manevi ve maddi ihtiyaçlarını gidermektedirler. Öz ve ark (15) kemoterapi alan lenfomalı hastaların çoğunluğunun (%98.8) evde eşleri ve çocukları ile yaşadıklarını, bakım gereksinimleri olduğunda ve sorumluluklarını yerine getiremediklerinde eşlerinin ve çocuklarının yardımcı olduklarını saptamışlardır.

Hasta ve ailesinin olaya karşı gösterdiği tepki hastalığın prognozu açısından çok önemlidir. Her bireyin hastalık karşısındaki tepkileri farklıdır. Tanısı konulan ve tedavisi uygulanan hastalarda korku ve ümitsizlik ruhsal sorunlara yol açabilir, bu da hastanın tedavisini ve hastaya yaklaşımı zorlaştırır. Tanı ve tedavi aşamasında her zaman

hastanın yanında bulunan aile üyeleri de bu süreçten etkilenebilmekte ve ümitsizliğe düşebilmektedir (9,13,16-19).

Sağlık politikaları; kanser vakasının her geçen gün artması, kanser hastalarının hastanede uzun süre kalışı nedeni ile, ilaçlar, insan gücü, sağlık kaynaklarının daha verimli kullanılması için ayaktan kemoterapi üniteleri ve evde bakım hizmetlerini artırma yönündedir. 1997 yılı ulusal araştırmalarına göre kronik, sakatlayıcı ya da terminal dönem hastalığı olan aile üyesine veya arkadaşına bakan 24 ile 27,6 milyon kişinin olduğu tespit edilmiştir (20). Kanada 1996 raporlarına göre ise 2.7 milyon kişinin bakım sunmak zorunda kaldığı saptanmıştır (21). ABD 2007 verilerine göre şu an bakım verici sayısı yaklaşık olarak 44 milyonu geçmiş durumdadır (21,22). Bu rakamlara baktığımız zaman insanların çoğunun hayatlarının belirli bir döneminde bakım sunmak zorunda kalabileceğini düşünebiliriz. Genellikle hastanın bakımını eşi, çocukları, anne-babası gibi birinci derece yakınları yapmaktadır. Hasta için evde bakımın birçok yararı olabilmesine rağmen bakım veren aile üyeleri üzerinde negatif etkileri olabilmektedir. Hasta ile evde baş başa kalan aile üyesi hastanın psikolojik durumu, bakım gereksinimleri ile baş ederken tedavisinin yan etkileri ile de başa çıkmak durumunda kalabilmektedir. Burada asıl sorun, aile üyeleri bu semptomlarla nasıl baş edeceklerini çoğunlukla bilememektedirler (23-27). Yapılan çalışmalarda da aile üyelerinin bu konuda ciddi bilgi gereksinimlerinin ve desteklenmeye ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır (18,19,28-33). Tsigaropoulos ve ark. (25) bakım veren aile üyelerinin bakım verirken birçok sorunla karşı karşıya kaldıklarını, %17,1'inin sorunları çözemediğini saptamışlardır. Bakım vericilerin hastanın banyo, alış veriş gibi ihtiyaçlarını sürekli karşılaması ve hastaların hastaneye plansız yatışları ile aile üyelerinin anksiyete düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (8). Ailede beraber olunan ve sevilen bireyin kanser tanısı ve tedavisi alması aile üyeleri için zorlayıcı, kronik, stresli bir sürecin başlangıcıdır. Aile üyelerinin kanser hastasını banyo yaptırma, gezdirme, hastaneye götürme gibi sorumluluklarını üstlenmesinden dolayı bakım vericilerin günlük ritüelleri, iş hayatları, sosyal yaşamları, sağlık durumları değişebilmektedir. Bakım vermenin bakım veren bireyler üzerinde yaratmış olduğu tüm bu etkiler bakım yükü olarak adlandırılmaktadır (21,33,34,).

Bakım yükü kavramı 1963 yılında ortaya konulmuşsa da, kanserli hastaların ailelerine yönelik 1980'den itibaren araştırılmaya başlanmıştır (35,36). Yapılan

çalışmalarda kanser hastalarına bakım verenlerin, bakım yükü nedeni ile eşine ve çocuklarına daha az vakit ayırma, kendisi ile ilgili faaliyetleri planlayamama, iř kayıpları, eğitimlerine ara verme, bař ağrısı, yorgunluk gibi sorunları devamlı yaşadıkları saptanmıştır (35,37-40). Kanser hastasına bakmanın getirdiği tüm bu yükler ile kanser hastalığının fiziksel ve duygusal olarak yaratmış olduğu stres tamamen bakım verenlerin üzerine kalmaktadır. Aile üyeleri kendi hayatları ile ilgili kayıplar ve endişeler yaşarken bakım yükü altında ezilebilmektedirler. Bu durumda aile üyeleri depresyon, anksiyete, genelde sinirlilik hali gibi psikolojik semptomları yaşayabilmektedir (41-43). Kemoterapiye bağlı yan etkilerin ortaya çıkması ile bakım verenlerin psikiyatrik semptomlarının ortaya çıktığı ve arttığı tespit edilmiştir (43,44). Cameron ve ark. (20) bakım verenlerin % 51'inin emosyonel stres, %53'ünün depresyon, % 55'i duygu durumunda değişiklik yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Grunfeld ve ark. (45) yaptıkları çalışmada bakım verme süresi ilerledikçe bakım vericilerin bakım yükünün arttığını saptamışlardır. Bir başka çalışmada ise altı ay ve daha uzun süredir kanser tanısı alan çocuğuna bakım veren annelerin bakım yükü daha yüksek saptanmıştır (46). Kanser tedavisinin yaratmış olduğu bu etki zaman içerisinde artmakta, hasta bireyin ve ailesinin yaşam şeklini değiştirmekte, aile üyelerinin kendi yaşamı üzerinde denetimi olmadığını dūřündürmekte ve yaşam kalitelerini azaltabilmektedir.

Yařam kalitesi; kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir kavram olarak tanımlanmaktadır (47-49). Bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi cinsiyet, yař, ekonomik durum, eğitim durumu, inanışlar gibi bakım verenin özelliklerinden ve tedavinin şekli, süresi, hastalığın evresi gibi kanser hastasının özelliklerinden etkilenmektedir (47,50). Yapılan çalışmalarda bakım vericilerden özellikle kadınların, eğitim düzeyi dūřük olanların, ekonomik durumu kötü olanların, ailenin başka üyesi tarafından desteklenmeyenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu, bakım sorumlulukları ile uygun şekilde bař edemedikleri ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır (38,40,50-54). Francis ve ark. hasta ile daha az vakit geçiren, sosyo- ekonomik düzeyi yüksek olan, bakım verirken daha az sağlık sorunu yaşayan bakım vericilerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (53). Yapılan çalışmalarda uygun şekilde diğer aile üyelerinden destek alan bakım vericilerin kendilerine daha çok vakit ayırabildikleri,

öz güvenlerinin daha yüksek olduğu ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (25,33,43,51,55). Yapılan bir çalışmada aile üyelerinin bakım verirken %27,6'sının düzenli hemşire desteği almaya gereksinim duyduğu, %43,4'ünün diğer aile üyeleri ya da arkadaşları tarafından desteklendikleri saptanmıştır (25). Güneş ve ark. (56) ayaktan kemoterapi alan hastalara bakım veren aile üyeleri ile yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi yüksek olanların daha az bakım yükü hissettiklerini, kanser ve tedavisi ile daha iyi baş ettiklerini saptamışlardır. Ayrıca, finansal sorun yaşayanların ise bakım yükünü daha fazla hissettiklerini ve yaşam kalitelerinde azalmaya neden olduğunu belirlemişlerdir. Bakım veren aile üyelerinin bakım verme nedeni ile yaşadıkları fiziksel ve emosyonel sıkıntılar da yaşam kalitelerine etki etmektedir. Yapılan bir çalışmada bakım vericilerin %64,2'sinin sağlığının olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (40). Karabuğa (52) bakım verenlerin %90,8'inin mental, %9,2'sinin fiziksel sağlıklarında bozulma olduğunu tespit etmişlerdir. Bir başka çalışmada bakım verenlerin %11,3'ünün kendi sağlıklarını kötü algıladıkları ve uyku kalitelerinin kötü olduğu tespit edilmiştir (57).

Kanser ve tedavisi bütün yönleriyle hasta ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kemoterapinin yol açtığı semptomlar ve diğer psikososyal sorunlar hem hasta bireylerin hem de hasta ile birlikte yaşayan aile bireylerinin günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyebilmekte ve yaşam kalitelerinin düşmelerine neden olabilmektedir. Kanserli hastaların yaşam kalitelerine ilişkin pek çok çalışma bulunmasına karşın, ailelerinin sağlık durumları, bakım yükü ve yaşam kalitelerine ait ülkemizde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu araştırma ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek ve bu konuda yapılacak çalışmalara rehberlik etmek amacıyla yapılmıştır. Böylece hem hasta hem de bakım veren aile üyelerinin karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerine yönelik etkili çözüm yolları geliştirilebilecektir

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kanser

Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi, çoğalması ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize olan hastalıklar grubunu tanımlamaktadır. Hücrelerin çoğalmaları sırasında normal hücrelerden yapısal ve işlevsel farklılıkları olan hücreler ortaya çıkabilmektedir. Anormal şekilde çoğalmaya başlayan bu hücreler buldukları yerdeki doku ve organları işgal ederek bazen uzaktaki organlara kadar yayılmakta ve bu organların işlevlerini yapmalarına engel olabilmektedirler (1,2).

Kanser, ülkemizde ve dünyada sayısı hızla artan ciddi ve kronik bir hastalıktır. Dünya genelinde 24 milyon kişinin kanser tanısı ile hayatını sürdürdüğü tahmin edilmektedir (3). 2000’li yılların başında ortalama 6 milyon kişi kanser tanısı almıştır. 2005 yılında ise 12 milyon kişi kanser tanısı almış ve bunun 7 milyonu yaşamını kaybetmiştir (4,5).

Ülkemizde kanser bildirilmesi zorunlu hastalıklar grubunda yer almasına rağmen tam ve net kayıtlar bulunmamakla birlikte, kalp-damar hastalıklarından sonra ölümler arasında %22’lik oranla ikinci sırada yer almaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2006 verilerine göre 2000 yılında 23.681, 2003 yılında ise 23.775 kişi yaşamını kanser nedeniyle kaybetmiştir (4).

Kanserin tanısı ve tedavisinde yeni ilerlemeler kaydedilmiştir. Sıklıkla uygulanan kanser tedavi yöntemleri kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapidir. Uygulanacak tedavi yöntemleri kanserin yerine, patolojisine ve kişinin durumuna göre belirlenmektedir. Söz konusu tedavi yöntemleri ile bireyin yaşam süresini uzatma ve yaşam kalitesini artırma amaçlanmaktadır (9,13).

2.2.Kanserde Tedavi Yöntemleri

2.2.1.Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi, en eski yöntemlerden biri olup, kanserde değişik amaçlarla kullanılmaktadır. Bunlar tanısal cerrahi, önleyici cerrahi, radikal cerrahi ve palyatif

cerrahidir. Küçük hücre dışı akciğer kanseri, meme kanseri, kolon kanseri gibi kanserlerde temel tedavi yöntemidir (2, 14).

2.2.2.Radyoterapi

Radyoterapide amaç, iyonize radyasyon kullanılarak normal dokulara zarar vermeden tümörlü dokudaki deoksiribonükleik asit (DNA) siklusuna zarar vererek tümörlü hücreleri öldürmektir. Ana tedavi olarak kullanıldığı gibi palyatif tedavi olarak da kullanılmaktadır (10).

2.2.3.İmmünoterapi

İmmünoterapi interferon, interlökin-2 (IL-2) ve monoklonal antikorlar biyolojik terapi örnekleridir. İmmünoterapide amaç kişinin immün sistemini, mutasyona uğramış kanserli hücreleri tanıma ve bu hücreleri harap etme yönünde uyarmaktır (2).

2.2.4.Kemoterapi

Sitotoksik etkisiyle malign tümör hücresinin çoğalmasını önleyen, bu hücreleri öldüren kimyasal ajanlarla yapılan tedavi şeklidir. Kemoterapide amaç, kanseri tedavi ederek yaşamı tehdit eden komplikasyonları azaltmak ve böylece ortalama yaşam süresini uzatmaktır (2,9,12).

Kemoterapi, kanser tedavisinde en yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemidir. Kemoterapinin kanser tedavisinde kullanılmaya başlanması 1940'larda nitrojen mustard gazının kemik iliğini baskılayıcı özelliğinin fark edilmesiyle olmuştur. O zamandan bugüne kadar da halen etkin olarak kullanılmaktadır (2,58).

Kemoterapi, özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal veya sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir (9). Kemoterapi, her üç hastadan ikisine küratif ya da palyatif olarak uygulanmaktadır. Kemoterapi çoğunlukla sistemik olarak uygulanmakta olup ana ilkesi tümör hücresinin bölünmesini yavaşlatmak ve durdurmaktır. Bu etkisini, hücrede nükleik asit sentezini durdurarak, kromozomdaki deoksiribonükleik asit (DNA)'e etki ederek veya

ribonükleikasit (RNA) sentezini engelleyerek tümör hücresinin büyümesini, çoğalmasını durdurarak gerçekleştirmektedir (2,23).

Kemoterapik ilaçlar genelde oral ya da intravenöz yoldan uygulanmaktadır. Ayrıca subkutan, intraarteriyel, intraplevral, intratümör, intrakaviter gibi yöntemler kullanılarak da uygulanabilmektedir. Uygulanacak kemoterapinin süresi, veriliş yöntemi kişinin yaşına, tümörün durumuna göre değişmektedir. Kemoterapi tek başına kullanıldığı gibi diğer tedavi yöntemleri (cerrahi tedavi, radyoterapi vb) ile de beraber uygulanabilmektedir. Böylece malign hücrelerin çoğalması durdurulabilmektedir. Kemoterapinin uygulandığı dört tür kombine tedavi şekli bulunmaktadır. Bunlar; adjuvan, neoadjuvan, palyatif ve küratif kemoterapidir (11,12,23,58).

2.2.5.Adjuvan Kemoterapi

Adjuvan kemoterapi, bölgesel olarak etkilenen kanser türlerinde (meme, prostat, over, kolorektal), o bölgeden cerrahi yolla malign hücrelerin temizlenmesinden sonra kullanılır. Adjuvan kemoterapinin amacı mikro-metastazlar nedeniyle hastaların kaybedilmesini önlenmeye çalışmaktır (11,23).

2.2.6.Neoadjuvan Kemoterapi

Cerrahi ya da radyasyon tedavisinden önce verilen kemoterapiye neoadjuvan kemoterapi denilmektedir. Neoadjuvan kemoterapinin erken dönemde verilmesi tedavi şansını artırmaktadır. Genelde meme, rektum, mesane ve kemik iliği kanserlerinde kullanılmaktadır (11,59).

2.2.7.Palyatif Kemoterapi

Kemoterapinin malign hücreleri temizleyemediği durumlarda tercih edilen kemoterapi türüdür. Bu nedenle daha çok ilerlemiş metastatik kanserlerde kullanılır. Palyatif kemoterapide amaç semptomların azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (11,12).

2.2.8.Küratif Kemoterapi

Çoğunlukla testis tümörleri, lenfoma, pediatrik malignitelere tercih edilen küratif kemoterapide sitotoksik ilaç ile malign hücrelerin öldürülmesi hedeflenmektedir (12).

Kemoterapik ilaçlar malign hücrelerin çoğalıp büyümesini durdurma, malign hücreleri öldürme işlevini yaparken sağlıklı hücreleride etkileyebilmektedir. Bu özelliğinden dolayı istenmeyen bazı yan etkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

2.3.Kemoterapinin Yan Etkileri

Kemoterapinin sitotoksik etkilerinden, özellikle bağırsak ve ağız mukoza epiteli, testisin jerminal epitel, kemik iliğinin hematopoietik hücreleri, kıl folikülü hücreleri, embriyo ve fetüs hücreleri gibi hızla bölünen hücreler daha çok etkilenebilmektedir. Kemoterapik ilaçların yan etkileri ilacın dozuna ve türüne göre değişmekle beraber genelde bireylerin yaşam kalitesini etkileyebilecek bulantı-kusma, anemi, yorgunluk, oral mukozit vb. semptomlara yol açabilmektedir. Kemoterapi alan bireyde görülebilecek bu semptomlar kişilerin sosyal yaşantısı ve yaşam şeklindeki değişikliklere neden olabileceği için bireylerde depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon gibi sorunlara neden olabilmektedir (2,12,23,29,61-64).

Kemoterapiye bağlı ortaya çıkan yan etkiler aşağıda verilmiştir.

2.3.1.Hematolojik Yan Etkiler

Kemik iliği kemoterapik ajanlardan en sık ve yoğun bir şekilde etkilenebilmektedir. Kemoterapik ajanlar sitotoksik etkileriyle kemik iliğini baskılayarak (miyelosupresyon) ya da kemik iliğinin işlevini durdurarak bireylerde trombositopeni, eritrositopeni, nötropeni ve yorgunluğun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (2,58,64,65).

2.3.1.1. Trombositopeni

Kanser hastalarında trombosit sayısının $150,000 \text{ mm}^3$ 'ün altına düşmesi trombositopeni olarak adlandırılmaktadır. Trombositopeni, kemoterapik ajanların kemik iliğini baskılaması nedeniyle megakaryositlerin azalmasına bağlı olarak ortaya çıkan bir semptomdur. Genellikle kemoterapi tedavisinden sonra 10-14. günlerde ortaya çıkabilmektedir. Trombosit sayısının $100,000 \text{ mm}^3$ 'den az olması hafif kanama riski, $50,000$ 'den az olması ise kanama riskinin orta derece olduğunu işaret etmektedir. Trombositopeninin görülme sıklığı tedavi sürecinde uygulanan ilacın trombositopenik etkisine, dozuna ve kanser tanısına bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir (59,66). Yapılan çalışmalarda kemoterapi alan hastaların %50-75'nde kemoterapinin yan etkileri nedeniyle trombositopeni geliştiği belirlenmiştir (67,68).

2.3.1.2.Nötropeni

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından nötrofil sayısının $2000/\text{mm}^3$ 'ün altında olması nötropeni olarak tanımlanmıştır (69). Kemoterapik ilaçlar kemik iliğinde hücre yapımını baskılayarak nötrofil sayısında azalmaya ya da üretiminde bozulmaya yol açabilmektedir. Nötropeni, kemoterapi alan hastalarda yaygın olarak görülen ve ciddi enfeksiyonlara yol açan risk faktörüdür. Mutlak nötrofil sayısı $1000/\text{mm}^3$ 'ün altında olduğunda enfeksiyon riski artmakta, $100/\text{mm}^3$ 'ün altında olduğunda ise hastalarda sıklıkla bakteriyemi gelişebilmektedir (12,69,70). Amerika Birleşik Devletleri'nde kemoterapi sonrası nötropeni nedeniyle hastaneye her yıl yaklaşık 60.000 kişinin başvurduğu tahmin edilmektedir (69). Yapılan araştırmalarda kemoterapi alan hastaların % 20 ile % 40'nın nötropeni yaşadıkları tespit edilmiştir (70-73).

2.3.1.3.Eritrositopeni

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hemoglobinin seviyesinin 8 g/dl ile 10 g/dl arasında olması hafif ve orta şiddetli anemi olarak tanımlanmıştır (74). Kemoterapinin kemik iliğini baskılaması nedeniyle hemoglobin üretiminde azalma ile dokulara yeterli miktarda oksijen taşınmamaktadır. Kemoterapi tedavisi alan hastaların yaklaşık olarak %80'inde anemi olduğu belirlenmiştir (74-77). Wu ve ark.(67) 2000-2007 yılları

arasında yaptıkları çalışmada kemoterapi alan hastaların %55.4'ünde anemi geliştiğini tespit etmişlerdir.

2.3.1.4.Yorgunluk

Yorgunluk kemoterapi alan hastalarda sıklıkla ortaya çıkan ciddi bir sorundur. Yorgunluk karmaşık ve subjektif bir semptomdur. Kemoterapi tedavisinin neden olduğu anemi, bulantı-kusma, ağrı gibi faktörlerle ilişkili olduğu bilinmekle beraber fizyopatolojisi halen açıklanamamıştır (78). Kemoterapi tedavisi alan hastaların %70 ile %90'ının kemoterapinin yan etkisine bağlı olarak yorgunluk yaşadıkları belirlenmiştir (8,23,78-84).

2.3.2.Gastrointestinal Sorunlar

Kemoterapiye bağlı olarak gelişen gastrointestinal sorunlar arasında bulantı-kusma, diyare, konstipasyon ve oral mukozitler yer almaktadır (29,64).

2.3.2.1.Bulantı ve Kusma

Beyindeki kusma merkezinin kemoreseptör tetikleyici bölgesinin kemoterapötik ajanlar tarafından uyarılmasıyla meydana gelen ve hastaları ciddi şekilde etkileyen bir yan etkidir. Kemoterapiye bağlı bulantı-kusma akut, geçikmiş, beklentisel bulantı-kusma, breakthrough ve refrakter kusma olarak sınıflandırılmaktadır (29,62). Heffinger ve ark (85) ise hastaların kemoterapi aldığı beş gün içerisinde %64.4'ünün bulantı ve kusma yaşadığını gözlemlemişlerdir. Yapılan çalışmalarda kemoterapi alan hastaların %30 ile %80'nin bulantı ve kusma yaşadığı tespit edilmiştir (18,2,38,62,81,83,84,86-88).

2.3.2.2.Diyare

Diyare, bağırsak hareketlerinin frekansında artış olması ile gaita ağırlığının günde 200/g'ın üzerinde olması şeklinde tanımlanmıştır. Kemoterapik ajanlar, bağırsağın absorpsiyon kapasitesine etki ederek, bağırsak içerisindeki solütlerin miktarını artırabilmektedirler. Bu durumda bağırsaktaki total sıvı volümü ve

elektrolitler fazlalaştığı için, bağırsağın absorbe etme dengesi bozularak diyare gelişebilmektedir. Diyare tedaviden sonraki 24-96 saatler içerisinde yaygın olarak gözlenebilmektedir (83-86). Yapılan çalışmalarda kemoterapiye bağlı olarak hastaların %50 ile %80 arasında diyare yaşadıkları tespit edilmiştir (79, 89,90).

2.3.2.3.Konstipasyon

Konstipasyon feçesin kuru ve sert olması, dışkılamanın haftada üçün altında olması şeklinde tanımlanmıştır. Kemoterapinin sitotoksik etkisi, opioidlerin kullanımı ve diğer ilaçlar, hareketsizlik, kemoterapiye bağlı beslenme bozuklukları konstipasyona neden olabilmektedir. Konstipasyon nedeniyle tedavi almayı kabul eden hastaların yaklaşık olarak %80'inde laksatif kullanıldığı tespit edilmiştir (91). Ünsar ve ark. (92) kemoterapi alan hastaların %50'sinin konstipasyon yaşadığını belirlemişlerdir. Yapılan çalışmalarda kemoterapi alan hastaların %30 ile %65'inin konstipasyon yaşadığı saptanmıştır (8,83,84,87).

2.3.2.4.Oral Mukozit

Kemoterapi oral mukozadaki hücrelerin DNA'sını etkileyerek reaktif oksijen ürünlerinin (ROS) salınımını artırmaktadır. Salınımı artan ROS'lar yoğun hücre ölümüne neden olarak sekonder nükleer faktör-kB (NF-kB) salınımını artırmaktadır. Aktive olan NF-kB, tümör nekrotik faktör ve interlokin gibi proinflamatuvar sitokinlerin üretimini artırarak ek doku hasarına neden olmakta ve oral mukozanın bütünlüğünün bozulmasına neden olmaktadır. Oral mukozit genellikle kemoterapi tedavisinden sonraki 5-8. günlerde meydana gelmektedir (12,29). Amerika Birleşik Devletleri'nde kanser tedavisi alan hastaların yaklaşık %75'nin oral mukozit semptomu yaşadığı tespit edilmiştir (23,63). Yapılan çalışmalarda hastaların kemoterapi sonrası %39 ile 84'nün oral mukozit yaşadığı tespit edilmiştir (18,23, 38,80,81,84,86,87).

2.3.3. Psiko-Sosyal Sorunlar

2.3.3.1. Depresyon ve Anksiyete

Depresyon günlük yaşamın üzgün geçtiği, hüznün ve mutsuzluğun egemen olduğu normal dışı bir duygu durumu olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete ise tanımlanması zor bir korku ve endişe durumu olarak açıklanmaktadır (93).

Kemoterapinin uzun bir tedavi süresi gerektirmesi, tedavi sırasında kemoterapi nedeniyle bireylerde meydana gelen fiziksel yan etkiler ve organizmada yoğun kimyasal metabolik değişiklikler bireylerde psikolojik komplikasyonlara neden olabilmektedir (7).

Heater ve ark (82) kemoterapi alan hastaların tedavi sırasında %19'unun antidepresan ilaç kullandığını belirlemişlerdir. Aynı çalışmada hastaların depresyon sıklığının kemoterapi nedeniyle yaşanan yorgunluğa bağlı olarak arttığını tespit etmişlerdir. Ateşçi ve ark. (94) kanser tedavisi alan hastaların %39,5'inde major depresif bozukluk, %7'sinde anksiyete ile giden uyum bozukluğu, %2,3'ünde yaygın anksiyete bozukluğu olduğunu tespit etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda hastaların %40 ile %70'nin üzüntü, stres ve depresyon gibi semptomları yaşadıkları tespit edilmiştir (38,83,84).

2.3.3.2. Ağrı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) ağrıyı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan organik bir nedene bağlı olan ya da olmayan kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, emosyonel olarak hoş olmayan bir duygu olarak tanımlamıştır (95). Kemoterapinin neden olduğu nörotoksisite santralsinir sistemine, periferik sinir sistemine ya da kraniyal sinirlere direkt veya indirekt etki yapabilmektedir. Bu durumda nörotoksisiteye bağlı olarak nöropatik ağrı meydana gelebilmektedir. İleri evre kanser hastalarının %24-30'u kemoterapinin neden olduğu ağrıyı deneyimlemektedir (96). Yates ve ark. (97) ayaktan kemoterapi alan hastaların %95'inin ağrı yaşadığını belirlemişlerdir. Aranda ve Hayman (8) kemoterapi alan hastaların %79'unun ağrı yaşadığını tespit etmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda hastaların kemoterapi aldığı süreç içerisinde %50'si ile %70'nin ağrı yaşadıkları tespit edilmiştir (38,81,84).

Yukarıda ifade edildiği gibi kemoterapiye bağlı olarak hastalar yoğun ve sıkıntılı semptomlar yaşayabilmektedirler. Ayaktan kemoterapi ünitelerinde tedavi uygulanan hastaların tedavi sırasında bu semptomlarla evlerinde baş etmeleri beklenmektedir. Bu süreçte hastalara yaşadıkları sorunlarla baş etmelerinde aile bireyleri destek olmaktadır. Hastalık ve tedaviye bağlı sorunlarla baş etme konusunda yeterince bilgilendirilmeyen aile bireyleri bakım yükü altında zorlanabilmektedir.

2.4. Bakım Verme Yükü

Bakım, bakma işi bir şeyin iyi gelişmesi, iyi durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme ve buna benzer gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir (Türk Dil Kurumu 2005). Bakım veren “hastalığı, sakatlığı ya da sadece yaşlılığı nedeniyle kendine bakamayan bireylere ücretsiz olarak yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişiler” olarak tanımlanmaktadır. Bakım verenler, informal ve formal olarak ikiye ayrılmaktadır. İnformal bakım verenleri genelde hastanın en yakınındaki anne, baba, çocuk, kardeş ve arkadaş gibi kişiler oluşturmaktadır. Bu kişiler hasta ile beraber yaşayabildiği gibi ayrı da yaşayabilmektedirler. İnformal bakım verenler primer bakım vericileri oluşturmaktadır (98,99). Primer bakım vericiler hastanın hayatının merkezinde olup, hastanın her türlü ihtiyacını karşılayan kişidir. Bu nedenle primer olarak bakım verenler, kanser hastalarının tedaviyi kabul etmelerinde ve bakımında anahtar rol oynamaktadırlar (50). Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşamı tehdit eden ciddi kronik hastalığı bulunan bireylere bakım veren 18 yaş ve üzeri yaklaşık 44 milyon kişinin bulunduğu belirtilmektedir. Yine ABD’de yaşamını sürdüren yaklaşık 10 milyon kanser hastasına ailesi primer olarak bakım vermektedir (22). Bu durumda aile üyeleri bakım verici rolünü tamamen üstlenmektedirler (24,35,50).

Ailenin bakım verici rolü arttıkça, bakım sunma-bakım alma ilişkisi daha çok bakım verenin yaşamını bunaltabilecek tek yönlü, bağımlı, yoğun olabilmekte ve zorunluluğa dönüşebilmektedir (21). Ailede bakım sunmanın kronik, yoğun yapısı nedeniyle bakım veren bireyler fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik problemler yaşayabilmektedirler (100). Bakım vermenin bakım veren kişiler üzerinde yaratmış olduğu tüm bu olumsuz etkiler “yük” olarak tanımlanmıştır (34).

Bakım yükü; herhangi bir bakım vericinin yaşlı, kronik hastalığı veya yetersizliği olan bireye bakım verdiği süre içerisinde, bakım verici kişinin zorlanması, kendini baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak tanımlanabilmektedir (98). Bakım yükü kavramı ilk kez 1963 yılında Grad ve Saisbury tarafından ortaya atılmıştır (101).

Montgomery ve ark. (36) bakım yükünü nesnel ve öznel yük olarak tanımlamışlardır. Nesnel yük, ailedeki diğer üyelerin ve bakım verenin yaşamındaki değişiklikleri içerirken, öznel yük bakım sunanın kendine yönelik duygusal ve fiziksel değişimlerini içermektedir.

Öznel yük ise, kişilerin nesnel yük ile uğraşırken kendilerinde hissettikleri duygu durum değişiklikleridir. Bakım verenler hastaları ile uğraşırken olumlu ve olumsuz duyguları aynı anda yaşayabilmektedirler. Öznel yükte bireyin içinde bulunduğu mevcut durumu kendine göre algılaması söz konusudur. Öznel yükte daha çok etkili olan hasta bireylerin davranışları ve talepleridir. Böylece hastanın durumu bakım vericilerde bazı olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Örneğin hastanın semptomlarının ve kemoterapi kür sayısının artması, hastanın kendisi ve geleceği ile ilgili umutsuzluğa kapılması aileyi de bire bir olumsuz olarak etkilemektedir. Aile üyeleri genelde kendi duygularını bastırmakta suçluluk, stres, kaygı gibi olumsuz duygular yaşayabilmektedirler (18,36,102).

Nesnel yük; bakım vermede yaşanan zorluklar (hastanın tedaviye devam etmesini sağlama, tedavi masraflarının ödenmesi, hastaya yardımcı olma vb), hastaya emosyonel destek sağlama, uzun süre gerçekleştirilemeyen aktivite ve sosyal paylaşımları içermektedir. Nesnel yükte, bakım vericiler kişinin bütün tedavi ve bakımıyla ilgileneceği için kendi yaşantısıyla ilgili bazı yönleri ihmal edebilmektedir. Nesnel yük boyutlarının birçok kronik hastalığa göre tanımlanmış farklı boyutları olsa da genelde hastalığın ekonomik yönü, aile ilişkilerinin değişmesi, bireylerin günlük kendilerine ayırdıkları zamanın azalması, kişilerin işlerine ara vermesi ya da işinden ayrılması, mental sağlık sisteminin gerektirdiği zamanı bulamama olarak sıralanabilir (102).

Primer bakım vericilerde nesnel ve öznel yük birleşince kişilerin fiziksel ve psikolojik sağlığını negatif yönde etkileyecek durumlar ortaya çıkabilmektedir (24,25,34,35,51).

2.5.Kemoterapi Uygulanan Hastalara Bakım Veren Ailelerin Yaşadığı Güçlükler

Sağlık politikalarının değişmesi, sağlık kaynaklarının daha verimli kullanılması için kanser hastalarının hastanede uzun süre tedavi alması yerine ayaktan kemoterapi ünitelerinin tercih edilen tedavi yöntemi olması nedeniyle ailedeki primer bakım vericiler ön plana çıkmıştır (99). Primer bakıcılar çoğunlukla yakın aile üyeleridir. Aile üyeleri kişilerin bakımını büyük oranda üstlenmektedir. Fakat kemoterapi gibi ciddi bir tedavinin semptomları hakkında bilgisi olmayan aileler kemoterapinin neden olduğu yan etkilerin yönetimi ile ilgili bir çok sıkıntı yaşayabilmektedirler (8,25,28). McCarthy (28) kanserli hastaların aile üyeleri ile yaptığı çalışmasında aile üyelerinin daha iyi bakım verebilmek için tedavinin nasıl olacağı, nasıl ilerleyeceği ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmayı istediklerini belirtmiştir.

Aile üyelerinin bakım vermeye bağlı yaşadığı güçlükleri fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar olarak sınıflandırabilir (25,35,36,98,102).

2.5.1. Fiziksel Güçlükler

Kemoterapinin yan etkileri hastalarda yoğun olarak yaşanmaktadır. Kemoterapinin neden olduğu bulantı, kusma, yorgunluk gibisorunlarla bakımdan birinci derecede sorumlu olan kişinin başa çıkması zor olabilmektedir (18). Bu semptomlar ile başa çıkmaya çalışan aile üyeleri kendi sağlıklarını ihmal edebilmektedirler (103).

Bakım verenlerin uzun süreli bakım verme işlevine bağlı olarak fiziksel sağlıklarında da bozulma gözlemlenmiştir. Uykusuzluk, uyku kalitesinde azalma, iştahta değişim ve buna bağlı olarak kilo alma ya da verme, baş ağrısı, kas ağrısı ve kardiyovasküler rahatsızlıkların arttığı saptanmıştır (35,37). Bundan dolayı bakım veren aile bireyleri “gizli hastalar” olarak tanımlanmaktadır (104).

Mellon ve ark (105) bakım vericilerin, bakım verme sorumluluğundan dolayı kalp hastalığı, hipertansiyon, artrit gibi fiziksel hastalıklarının olduğunu belirlemişlerdir. Kemoterapi alan kanser hastasına bakım verenlerin %80,3’ ünün hastaya bakım vermeden önce kendi sağlıklarını “iyi”, %51,6’sının şuanda kendi sağlıklarını “kötü” olarak algıladıkları tespit edilmiştir (106). Yeh ve ark. (55) yaptıkları çalışmada ise bakım veren aile üyelerinin sağlık durumlarının bakım vermeden önce %28,6’sının “iyi”, %20,9’unun “çok iyi”, %5,5’inin “mükemmel”, bakım vermeye başladıktan sonra

ise %27,5'inin "iyi", %14,3'ünün "çok iyi" ve sadece %2,2'sinin "mükemmel" olduğunu saptamışlardır. Aile üyelerinin bakım vermayla beraber sağlık durumlarında ciddi kayıplar gözlemlenmiştir. Bakım verenlerin %57'si bakım verme nedeniyle son iki haftadır kendilerini iyi hissetmediklerini belirtmişlerdir (51). Bakım verenlerin %38,2'si genellikle ağrı ve somatik semptomlar yaşadıklarını, % 23,7'si uyku bozukluklarının olduğunu belirtmişlerdir (25). Görgülü ve Akdemir (107) bakım verenlerin hasta tedavisinin ilk ve altıncı küründe uyku kalitesi incelenmiş ve uyku kalitesinin hem ilk hem de altıncı kürde kötü olduğunu tespit etmişlerdir. Bakım veren aile üyelerinin bakım verme sorumlulukları nedeniyle sağlıklarının risk altında olduğunu ileri sürmüşlerdir (33). Schulz ve Beach (108) bakım vericilerde, bakım verici olmayanlara göre dört yıllık sürede mortalite oranının 63 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Ferrell ve ark. (109) yaptıkları bir çalışmada bakım verici aile üyelerinin kendilerini çok yorgun hissettiğini ve aile üyelerinde birçok sağlık sorunu ortaya çıktığını saptamışlardır. Aranda ve Hayman (8) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %43'ünün bakım sorumlulukları nedeniyle sağlıklarının olumsuz etkilendiğini belirlemişlerdir. Bakım verenlerin %67'sinin ağrı yaşadığını, yorgunluğun ve uykusuzluğun bunu takip ettiğini belirlemişlerdir.

2.5.2. Psikolojik Güçlükler

Kemoterapi semptomlarının şiddetinin ve sıklığının hastada neden olduğu psikolojik problemler bakım vericilerin psikolojik problemler yaşamasına neden olabilmektedir (34,35,110). Aile üyeleri kanser tedavisinin neden olduğu semptomları kontrol altına alamadıklarında stres, umutsuzluk, tükenmişlik ve depresyon yaşayabilmektedirler (27). Bu sebeplerden dolayı bakım yükünün artması bakım verenlerin mental sağlığını olumsuz olarak etkileyebilmektedir (24,35,111).

Akdemir ve Görgülü (107) yaptıkları çalışmada ileri evre kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin % 43,3 'ünün bakım ve tedavideki belirsizlikler ile ilgili endişe yaşadıklarını, % 53,3'ünün ise son zamanlarda en çok hastalık ve tedaviye bağlı gelişen semptomlar ile ilgilendiklerini belirlemişlerdir. Zümrüt (41) ise çalışmasında bakım verenlerin öfke düzeylerinin yüksek olduğunu ve öfkelerini kontrol edemediklerini, hasta yakınlarının %42,5'inin depresyon yaşadığını ve sağlık durumlarının kötü

olduğunu tespit etmiştir. Başka bir çalışmada ise bakım veren aile üyelerinin %31'inin depresyon yaşadığı tespit edilmiştir (42). Bakım veren aile üyelerinin %6,6'sı majör depresif bozukluk, %10'u minör depresif bozukluk tanısı alırken, %3'üne panik bozukluk tanısı konmuştur (43). Uğur (18) çalışmasında, bakım verenlerin %78-80 oranında ağlama isteğinde artma ve %92-96'sında sıkıntı hissinde artma yaşadıklarını tespit etmiştir. Çivi ve ark. (26) bakım verenlerin %54,5'inin çok sabırsız olduğunu, %59,1'inin çok sinirli, %24,5'inin hafif, %7,3'ünün orta, %2,7'sinin şiddetli depresyon yaşadıklarını saptamışlardır. McMillan ve ark. (112) kanser hastasına bakım verenlerin yüksek düzeyde stres altında olduklarını, depresyon açısından artan risk taşıdıklarını tespit etmişlerdir. Bakım verenlerin %41'inin olası depresyon semptomlarını %20'sinin ise anksiyete belirtilerini deneyimlediklerini tespit etmişlerdir (30). Bir başka çalışmada hasta yakınlarının %42,5'inin depresyon yaşadığı saptanmıştır (52).

Başka bir çalışmada ise kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin %88,7'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu, %46'sında anksiyete ve %72'sinde depresyon riski tespit edilmiştir. Bakım verenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile uyku kalitesi arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (57). Bir başka çalışmada bakım verenlerin %88,5'inin uyku sorunu yaşadığı, uyku sorunu ile fiziksel sağlıklarının da etkilendiği saptanmıştır (113).

2.5.3. Ekonomik Güçlükler

Aile üyelerinden birinin hastalığı nedeniyle yaşanan ekonomik kayıplar “ekonomik yük” şeklinde ifade edilmektedir (103). Kemoterapinin uzun sürmesi ve tekrarlı hastaneye yatışlar informal bakım vericilerin ekonomik yönden etkilenmesine neden olabilmektedir (38,39,102,114,115). Bakım verme sorumluluğu nedeniyle bireyler daha az çalışmakta ya da işten ayrılmak zorunda kalabilmektedirler (103).

Türkiye’de bakım verenlerin çoğunun aile içinden olması ve bakım verirken yeterli ekonomik destek alamamaları nedeniyle aile üyeleri ekonomik sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedirler (114). Bakım verdikleri bireylerin sağlık giderlerini karşılamada sıkıntı yaşayan aile üyelerinin bakım yükünü daha çok yaşadıkları ifade edilmektedir (36). Andersen (115) kanser hastasına bakım veren bireylerde ise devam

durumu ve günlük çalışma süresi arttıkça rol performansındaki değişimlerin daha şiddetli yaşandığını ifade etmiştir.

Akın ve Durna (38) yaptığı çalışmada bakım verenlerin % 16'sının bakım verme sorumluluklarından dolayı işlerini bıraktıklarını saptamışlardır. Grunfeld ve ark. (45) yaptığı çalışmada bakım veren aile üyelerinin terminal dönemde %56'sı bir işte çalışmakta iken bir süre sonra %27'si bakım sorumlulukları nedeni ile işi bırakmak zorunda kaldıklarını tespit etmişlerdir. Yun Ho ve ark (39) bakım vericilerin %66,8' nin işten istifa etmek ya da işi ile ilgili büyük değişiklikler yapmak zorunda kaldığını tespit etmişlerdir. Aynı zamanda tedavi ücretlerinin pahalı olması nedeniyle aile üyelerinin % 29,0'unun eğitime ara verdiğini, %14,5'inin tıbbi bakımlarını ertelediklerini belirlemişlerdir.

2.5.4. Sosyal Güçlükler

Ailede sevilen birini kaybetme korkusu ve tedavi sürecinde yaşanan zorluklar, evde sürekli birisinin bakımı ile ilgilenme, birden fazla görev üstlenme, aile içi ilişkilerde değişim bakım vericilerde sosyal izolasyona neden olabilmektedir (35,98).

Diğer yandan aile üyeleri bakım verdikleri kişinin ruhsal olarak etkilenmemesi için sıkılma hislerini hastadan saklayabilmektedirler. Özellikle bizim kültürümüzde bakım vericiler hastanın birinci derece yakınları olması nedeniyle hastanın kendini yük olarak algılamaması için duygularını daha çok bastırabilmektedirler (114,116,117).

Türkoğlu (40) hastalık ve tedavi süreci nedeniyle bakım vericilerin %50,5'inin sorumluluklarını yerine getiremediklerini, %7,4'ünün evlilik yaşamında ve %3,2'sinin aile ilişkilerinde sorun yaşadıklarını belirlemiştir. Ayaktan kemoterapi alan kanser hastasına bakım verenlerin % 62,5'inin ailedeki rolünde değişim yaşadıkları saptanmıştır. Hastasına 24 saat boyunca bakım verenlerin bakım yüklerinin hastasının yanında daha az bulunanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (36).

Hacıoğlu ve ark. (51) kanserin bütün aile üyelerinin günlük ilişkilerini ve rol değişimlerini etkilediğini saptanmışlardır. Aile üyelerinin bakım vermeye bağlı sosyal ilişkilerinin değiştiği sürekli hasta ile vakit geçirmelerinden dolayı sosyal izolasyon yaşadıkları saptanmıştır (118). Uğur (18) bakım verenlerin %72'nin güncel olayların takibinde, %90'ının komşuluk ilişkilerinde ve %94'ünün de kişiler arası ilişkilerde azalma yaşadıklarını tespit etmiştir. Başka bir çalışmada tedavi süreci nedeniyle bakım

verenlerin %53,3'ü sorumluluklarını yerine getiremediklerini, %30'u çalışma hayatında, %15'i aile ilişkilerinde güçlük yaşadığını belirtmişlerdir (52).

Yukarıda ifade edilen sorunlar nedeniyle bakım veren aile üyelerinin yaşam kaliteleri de etkilenebilmektedir.

2.6. Yaşam Kalitesi

Günümüzde yaşam kalitesinin (YK) birçok tanımı bulunmasına rağmen, evrensel bir tanımı yoktur. Yapılan farklı tanımlar ve yaklaşımlar yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğunu göstermektedir (119,120). Dalkey ve Rourke yaşam kalitesini; kişinin refah duygusu, yaşamdan hoşnutluğu ya da mutsuzluğu, Parmenter ise 'bireyin ihtiyaçlarını karşılama derecesi' olarak tanımlamıştır (119). Yaşam kalitesinin birçok tanımı olmasına rağmen kişilerin yaşamdan duyduğu mutluluk, doyum ve kendini gerçekleştirme olarak tanımlanabilir. Aynı zamanda yaşam kalitesi bireylerin hayatı ve kendini algılama biçimine de bağlı olarak değişebilen soyut bir kavramdır (48,49). Hemşire kuramcılardan Rogers ise yaşam kalitesini, yaşamdan doyum alma olarak tanımlamıştır (121).

Yaşam kalitesi başlangıçta sosyal bilimlerde kullanılmış, sonraları tıp ve hemşirelik bilimlerini de etkilemiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1946 yılında sağlığı "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlaması ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SİYK) kavramı ortaya çıkmıştır. Carr, Gibson ve Robinson (122) SİYK, bir kişinin sağlık, hastalık, sakatlık tedavinin etkinliği gibi doğrudan veya dolaylı subjektif deneyimlerini tanımlamak için geliştirilmiş kavramdır.

Yaşam kalitesi ile ilgili ifade edilen tanımlara göre yaşam kalitesi, kişilerin yaşamdan duyduğu mutluluk, doyum ve kendini gerçekleştirme olarak tanımlanabilir. Aynı zamanda yaşam kalitesi bireylerin hayatı ve kendini algılama biçimine de bağlı olarak değişebilen soyut bir kavramdır (48,49).

2.7. Bakım Verme ve Yaşam Kalitesi

Kanser tanısı ve tedavisi birey ve ailenin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini değiştirebilmekte, aile üyelerinin yaşamdan memnuniyetini

olumsuz yönde etkileyebilmekte ve yaşam kalitelerini azaltabilmektedir. Bu nedenle bakım yükü ve yaşam kalitesi iç içe geçmiş iki kavram olarak ele alınabilir (37,52,98,116).

Evresi 2,3,4 meme kanseri olan, mastektomi yapılmış ve kemoterapi almış olan hastalara bakım veren eşlerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu, nesnel yükün yaşam kalitesini daha çok etkilediği belirlenmiştir (123).

Weitzner ve ark. (27) küratif ve palyatif bakım almakta olan kanserli hastalara bakım veren yakınlarının yaşamkalitelerini karşılaştırdığı çalışmalarında palyatif bakım verilen hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu saptamışlardır. Grov ve ark. (124) meme ve prostat kanseri olan hastalara bakım veren erkek yakınlarının mental yaşam kalitelerinin önemli derecede düşük olduğunu belirlemişlerdir. Kızılcı (125) kemoterapi alan kanserli hastalara bakım verenlerden ileri yaşta ve kadın olan hasta yakınlarının daha düşük yaşam kalitesinin olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada altı ay ve daha uzun süredir kanser tanısı alan bireylerin yakınlarının yaşam kalitesi düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Hastalığın erken evrelerinde bakım verenlerin yaşam kalitesi daha düşük, bu süreç ilerledikçe bakım verenlerin yaşam kalitesinde anlamlı azalma saptanmıştır (35).

Fridriksdottir ve ark. (30) yaptıkları çalışmalarında bakım veren aile üyelerinin %40'ının depresyon semptomlarını yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Artan depresyonun ise bakım verenlerin yaşam kalitelerini anlamlı olarak azalttığını belirlemişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada bakım verenlerin % 49'unun bakım verme yükünün yüksek olduğu ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır (126).

Hasta bakımında ve takibinde birincil rol oynayan ve devamlı hasta ile beraber olan hemşirelerin, kemoterapi alan hastalara ve bu hastalara primer bakım veren aile üyelerine daha kaliteli hizmet verebilmesi için bakım vericilerin yaşayabileceği sıkıntılarının farkında olması gerekir. Çünkü aileler bu dönemde yardıma ve desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Hemşireler ailelere ihtiyaç duydukları desteği sağlayarak, bakım yüklerini azaltmada ve dolayısı ile yaşam kalitelerini yükseltmede aktif rol oynayacaktır.

2.8. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi

Ayaktan kemoterapi alan hastalar kemoterapi sonrası tedavinin yan etkilerine bağlı olarak birçok semptom yaşayabilmektedirler. Bu yan etkileri kanser hastası bireyler evde aileleriyle yaşamaktadır. Aileler kemoterapinin bulantı, kusma, yorgunluk gibi yan etkileri ile uğraşırken aynı zamanda kanserli bireye emosyonel destek sağlamakla da yükümlüdürler. Aileler bu durumda kendilerini çaresiz, yalnız ve yükleri artmış durumda hissedebilmektedirler. Bu noktada hemşirelere büyük işlevler düşmektedir. Onkoloji hemşiresinin birçok önemli rol ve sorumlulukları bulunmakla beraber en önemli görevi hasta ve ailesini eğitmektir (29).

Hemşirenin, kanser hastasına bakım verenleri semptomlar konusunda bilgilendirme, hastalığa daha iyi uyum yapabilmesini sağlama, emosyonel destek sağlama gibi fonksiyonları bulunmaktadır. Hemşire, bu işlevleri ile bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitelerinin anlamlı olarak artmasına katkı sağlayabilmektedir. Bu nedenle hasta ve ailesine verilecek eğitim ile bakım verenlerin;

- Kanser tanısıyla etkili baş etme
- Hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olma
- Öz bakımla ilgili, beceri ve tutumları kazanarak hastalığın yönetimine katılması sağlanmalıdır (127).

Fadıloğlu (128) kanser hastasına bakım verenlerin kanser tedavisi hakkında bilgi gereksinimlerinin olduğunu saptamıştır. Yapılan bir çalışmada aile üyelerinin en çok ihtiyaç duydukları konular; hastalık ve tedavi ile ilgili sordukları sorulara dürüstçe cevap alabilmek, evde hasta bakımı konusunda bilgi sahibi olabilmek, hastasında olacak değişiklikler hakkında acık ve anlaşılır bir biçimde bilgilendirilmek olduğu saptanmıştır (30). Öner (17) bakım verenlerin %39,5' inin kısmen bilgi sahibi olduğunu, %57,5' inin bakıma yönelik herhangi bir bilgi ya da eğitiminin olmadığını saptamıştır. Bakım veren aile üyelerinin en çok hastalık, kemoterapinin yan etkileri ve bakımı ile ilgili bilgi almak istediklerini saptamıştır. Kemoterapi alan kanserli çocuğa bakım veren annelerin %17,0' ı çocuğun hijyenini sağlama, %12,1' i oral ilaçlarını verme, %9,7' si ağız bakımı, %7,7' si hastalığını açıklama/ psikolojik destek olma konularında zorlanma yaşadıklarını ifade etmişlerdir (46).

Kanserli hastaların hastaneden akut bakım ihtiyaçlarıyla taburcu edildikleri, hastaneden çıktıktan sonra 3. ve 6. aylarda ise hastaların durumlarının stabil olmasına

rağmen, bakım vericilerin aynı düzeyde bakım yüklerinin devam ettikleri tespit edilmiştir (31). Yapılan bir başka çalışmada ise bakım verenlerin sağlığının, hastaların psikolojik olarak desteklenmesine, hastaların tedavi alırken karşılanan ve karşılanmayan ihtiyaçlarına bağlı olduğu saptanmıştır. Bakım vericilerin sağlık personeli tarafından desteklenme ihtiyacının bakım verdiği hastadan çok olduğu da saptanmıştır (32).

Kemoterapi alan hastalara verilen eğitimin hastaların yaşam kalitelerini yükselttiği gözlemlenmiştir. Aslan ve ark. eğitim verdikleri grupta tedaviden önce bulantı ve ishalin sıklığının ve şiddetinin azaldığını, tedaviden sonra bu semptomların daha az rahatsızlık verdiğini saptamışlardır. Yine eğitim verdikleri grupta karamsar veya üzüntülü hissetme, baş ağrısı semptomlarının sıklığının ve şiddetinin her aşamada azaldığı saptanmıştır (87). Bireye semptomlarla baş etmesi öğretilerek tedavi sürecini daha rahat sürdürmesi sağlanabilir. Böylece aile üyelerinin bakım yükü en asgari seviyeye indirilmektedir.

Yapılan bir çalışmada, kanser hastasına bakım veren aile üyelerine düzenli ve planlı eğitim yapılmış, aile üyelerinde eğitime bağlı anksiyetelerinde azalma ve buna bağlı olarak da bakım yüklerinde anlamlı düzeyde azalma gözlemlenmiştir (31).

Bakım veren aile üyelerine ihtiyaç duydukları konularda eğitim vermek, onları tedavinin etkin bir üyesi olarak kabul etmek, sorunlarına etkin çözümler bulmak, gereksinimlerini karşılamak hasta ve ailesinin bu zor mücadeleyle daha rahat başa çıkmasını sağlayabilir. Verilen eğitimlerle hasta bireyler ailelerine daha az bağımlı olabilir, yaşamını daha nitelikli sürdürebilir ve böylece aile üyelerinin de bakım yükü azalmış olur. Bakım yükünün azalmasıyla bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitelerinin daha yüksek olacağı düşünülmektedir.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, ayaktan kemoterapi alan hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım yükleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Şekli

Araştırma, tanımlayıcı niteliktedir.

3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ayaktan Kemoterapi Merkezi'nde yapılmıştır.

Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ayaktan Kemoterapi Merkezi'nde günde ortalama 15-20 hastaya kemoterapi uygulanmakta olup, hastalara genellikle kemoterapi kürleri 21 günde bir uygulanmaktadır. Bazı hastalarda bu süreç 7, 14 ya da 28 gün olarak değişebilmektedir. Merkez, hafta içi 08.00-17.00 saatleri arasında açık olmakta ve hastalara ayaktan kemoterapi uygulanmaktadır. Bu ünite de iki hasta odası, 15 hasta koltuğu, iki adet yatak bulunmakta ve dört hemşire görev yapmaktadır.

3.4.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ayaktan Kemoterapi Merkezi'ne 1 Kasım 2012-29 Mart 2013 tarihleri arasında, kemoterapi almak için gelen bireylere primer bakım veren 200 aile bireyi oluşturmaktadır.

3.5.Araştırmanın Örneklemini

Araştırmanın örneklemini, 1 Kasım 2012- 29 Nisan 2013 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ayaktan Kemoterapi Merkezi'ne başvuran ve çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan 120 hasta yakını oluşturmaktadır. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri;

- Primer bakım veren aile bireyi olması
- 18 yaşın üstünde olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- Bakım verilen bireye en az üç ay önce tanı konulmuş olması
- Bakım verilen bireyin en az ikinci kez kemoterapi alıyor olması
- Bilişsel ve mental sağlık düzeyinin araştırmada uygulanan formları yanıtlamaya uygun olması olarak belirlenmiştir.

Bakım veren aile bireylerinin çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri:

- Primer bakım veren birey olmaması
- 18 yaşın altında olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemesi
- Bakım verilen bireye üç aydan az bir zaman önce tanı konulmuş olması
- Bakım verilen bireyin ilk kez kemoterapi alıyor olması
- Bilişsel ve mental sağlık düzeyinin araştırmada uygulanan formları yanıtlamaya uygun olmaması olarak belirlenmiştir.

3.6.Verilerin Toplanması

3.6.1.Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri, ayaktan kemoterapi alan hastalara bakım veren aile bireylerinin sosyo-demografik özellikleri ile bakıma ilişkin bazı değişkenleri içeren “Veri Toplama Formu” (EK-1), bakım veren bireyin bakım yükünü belirlemeye yönelik “Bakım Veren Stres Ölçeği” (EK-2) ve bakım verenin yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” (EK- 3) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.2. Veri Toplama Formu

Veri toplama formu, konu ile ilgili literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur (6,44,29,55,57,70,110,115). Bu formda sosyo-demografik özelliklere ilişkin (bakım verenlerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, nerede yaşadığı, kiminle yaşadığı vb.) 14 ve bakım verme işlevine ilişkin özelliklere ilişkin (hastaya yakınlığı, hastaya ne kadar süre ve ortalama günde kaç saat bakım verdiği, bakım verirken hangi konularda zorlandığı vb) 10 soru bulunmaktadır (EK-1).

3.6.3. Bakım Vereninin Stres Ölçeği

Robinson tarafından 1983 yılında bakım verenlerin bakım yükünü ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek, ilk önce hastaneye yatırılan yaşlı yetişkinlere bakım veren kişilere uygulanmış ve her yaştan bakım veren için uygun olduğu saptanmıştır. Robinson, Cronbach alpha değerini 0.86 olarak belirlemiştir. Ölçek, daha sonra 1990 yılında Pearl ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve bakım verme sürecinde karşılaşılan güçlükleri belirlemek için oluşturulmuştur.

Ölçek, 13 maddeden oluşmaktadır. Maddeler “evet” ve “hayır” şeklinde yanıtlanmaktadır. Cevap “Evet” ise (1), “Hayır” ise (0) puan verilmektedir. Aynı zamanda her ‘evet’ cevabı bakım verenlerin o alanda neye ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Bakım Vereninin Stres Ölçeğinin, ülkemizde Uğur tarafından 2006 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Uğur (18) ölçeğin güvenirliğini belirlemek için kullandığı aralıklı yöntemde ilk uygulamada Cronbach alpha değerini 0,77, ikinci uygulamada ise 0,73 olarak bulmuştur. Bizim çalışmamızda ise Cronbach alpha değeri 0,64 saptanmıştır (18, 129).

Bakım Vereninin Stres Ölçeği’nde maddi, fiziksel, sosyal ve duygusal olmak üzere bakım verene stres yaratabilecek alanlarla ilgili en az bir madde bulunmaktadır. Sonuç yedi puan ve üzerinde ise bireylerin yoğun stres yaşadığını göstermektedir.

3.6.4.Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Quality of Life Family Version)

Ferrell ve Grant tarafından (19) kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilen ölçek, aile üyelerinin yaşam kalitesini ölçme amacıyla adapte edilmiştir.

Ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışması ülkemizde Okçin (19) tarafından 2007 yılında yapıldıktan sonra “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” 31 maddeden ve dört alt boyuttan oluşmuştur. “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu (pmsd)” alt boyutu 11 maddeden (6-11, 21, 30, 35-37), “Fiziksel Sağlık Durumu (fsd)” alt boyutu 9 maddeden (1-5, 24, 25, 27, 28), “Tanıya Yaklaşım Durumu (tyd)” alt boyutu 7 maddeden (13, 16-20, 33), “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu (deed)” alt boyutunun ise 4 maddeden (15, 23, 26, 29) oluştuğu saptanmıştır.

Fiziksel Sağlık Durumu Alt Boyutu (fsd); Kanserli hastaya bakım veren yakınlarının fiziksel sağlık durumlarındaki değişimi (yorgunluk, uyku değişiklikleri, ağrı vb) belirlemeye yönelik 1-5,24,25,27,28. maddeleri içermektedir.

Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu Alt Boyutu (pmsd) ; Bu alt boyut kanserli hasta yakınlarının psikolojik sağlık durumlarındaki değişikliği belirlemeye yönelik 6-11, 21, 30,35, 36, 37. maddeleri içermektedir.

Tanıya Yaklaşım Durumu Alt boyutu (tyd): Bu alt boyut kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin, kanser tanısına yaklaşımını belirlemeye yönelik 13, 16,17, 18, 19, 20, 33. maddeleri içermektedir.

Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu Alt Boyutu (deed): Bu alt boyut kanserli hastaya bakım veren yakınlarının bakım vermeye bağlı sosyal ve ekonomik etkilenme durumlarındaki değişiklikleri belirlemeye yönelik 15, 23, 26, 29. maddeleri içermektedir.

Okçin tarafından yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasında ölçeğin “Fiziksel sağlık durumu” alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0.80, “Psikolojik sağlık

durumu” alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0.83, “Sosyal kaygılar” alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0.71, “Spiritüel (Manevi) iyilik durumu” alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0.69 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise, “Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu” alt boyutu Cronbach Alpha katsayısı 0,73; “Fiziksel Sağlık Durumu” alt boyutu Cronbach Alpha katsayısı 0,81, “Tanıya Yaklaşım Durumu” Cronbach Alpha katsayısı 0,69, “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt boyutu Cronbach Alpha katsayısı 0,35 olarak saptanmıştır.

Ölçekteki sorular ‘0’ ile ‘10’ arasında puanlanmakta, “10” en iyi, “0” en kötüyü ifade etmektedir. 1-4, 6, 13-20, 22, 24-29, 33. sorular ters olarak kodlanmaktadır. Bu sorularda “0” en iyiyi “10” ise en kötüyü tanımlamaktadır. Örneğin bu sorularda “3” işaretlendi ise puanlamada $10-3=7$ olarak kodlama yapılmaktadır. Ölçek toplam puan ve alt boyut puanları üzerinden yorumlanmakta, yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ayaktan Kemoterapi Merkezi’nde az ikinci kez kemoterapi alan ve üç ay önce tanı konulmuş bireylere bakım veren altı aile bireyine 5-15 Kasım 2012 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan aile bireyleri çalışma kapsamına alınmamıştır. Ön uygulama sonrasında Veri Toplama Formunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

3.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın veri toplama formlarının uygulanmasına başlamadan önce Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliğinden resmi izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanması, etik kurul onayı alındıktan sonra 28 Kasım 2012 -29 Nisan 2013 tarihleri arasında yapılmıştır

Çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan hasta yakınlarına araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu vurgulanarak araştırmaya katılmaları konusunda onamları alınmıştır. Hasta yakınlarının uygulanan formlara daha rahat yanıt verebilmeleri için formlar, bakım veren aile

üyelerinin hepsine araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Bireylerin formları cevaplama süresi Veri Toplama Formu'nda yaklaşık 10 dakika, "Bakım Veren Stres Ölçeği"nde 10 dakika ve "Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği" ise yaklaşık 10 dakika olmak üzere toplam 30 dakika sürmüştür.

3.9. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği One-Sample Kolmogorov-Smirnow test ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösterenler ise Student t testi ile değerlendirilmiştir. İki den fazla grubun puanlarının karşılaştırılmasında ise normal dağılım göstermeyenler Kruskal Wallis testi ile ve normal dağılım gösterenler ise anova testi ile değerlendirilmiştir. İstatistik anlamlılık seviyesi olarak $p < 0,05$ alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde;

- Bakım veren aile üyelerinin BVSÖ ve KBYKÖ alt boyutlarının puan ortalamalarına,
- Ayaktan kemoterapi alan hastalara bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre BVSÖ, KBYKÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarına,
- Bakım vericilerin bakım verme özelliklerine göre BVSÖ ve KBYKÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarına,
- Bakım vericilerin bakım verirken yaşadığı sorunlara göre BVSÖ ve KBYKÖ alt boyutlarının puan ortalamalarına yer verilmiştir.

Çizelge 4.1. Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Veren Stres Ölçeği ve Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

	n	$\bar{X}\pm SS$	Min.	Max.
Bakım Veren Stres Ölçeği	120	17,140±2,295	13,000	24,000
KBYKÖ Alt Ölçek Puan Ortalamaları				
Psikolojik Ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu	120	52,980±14,406	10,000	85,000
Fiziksel Sağlık Durumu	120	34,200±16,773	8,000	82,000
Taniya Yaklaşım Durumu	120	43,030±8,146	35,000	75,000
Destek Ve Ekonomik Etkilenme Durumu	120	16,130±8,716	0,000	38,000

Çizelge 4.2. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verenin Stres Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n		Bakım Verenin Stres Ölçeği Puan Ortalamaları		Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları							
			$\bar{X} \pm SS$	p	pmsd		fsd		tyd		deed	
					$\bar{X} \pm SS$	p	$\bar{X} \pm SS$	p	$\bar{X} \pm SS$	p	$\bar{X} \pm SS$	p
Yaş												
18-30	37	30,8	17,38±2,62	0,754	55,97±14,56	0,326	38,68±15,23	0,081	43,78±9,25	0,694	18,08±8,81	0,209
31-50	44	36,7	16,84±1,96		51,45±15,27		31,39±16,42		42,66±8,06		14,55±9,02	
51-74	39	32,5	17,26±2,34		51,85±13,13		33,13±18,07		42,74±7,23		16,08±8,11	
Cinsiyet												
Kadın	81	67,5	16,89±1,93	0,217	49,81±13,52	0,001	30,01±14,73	< 0,001	41,47±6,96	0,004	15,68±8,35	0,360
Erkek	39	32,5	17,7±2,87		59,54±14,14		42,90±17,59		46,28±9,49		17,08±9,48	
Eğitim Durumu												
İlkokul	38	32,5	17,08±2,18	0,098	49,53±13,44	0,006	32,03±17,54	0,015	43,42±8,02	0,059	14,42±8,45	0,020
Ortaokul	19	16,2	16,68±1,83		49,00±16,85		28,11±16,06		44,00±7,90		17,84±9,06	
Lise	39	33,3	16,87±2,58		53,31±13,28		34,56±15,35		40,95±8,28		14,87±8,70	
Üniversite	21	17,9	18,29±2,4		62,81±12,42		44,48±15,92		44,57±7,96		20,76±8,04	
Birlikte Yaşanılan Bireyler												
Yalnız	7	5,9	18,14±3,13	0,051	60,71±15,39	0,531	45,86±21,58	0,016	45,71±10,16	0,488	18,71±8,67	0,559
Eş	31	26,1	16,29±2,15		51,61±11,56		28,65±13,48		41,94±8,36		15,29±5,63	
Çocuklar	3	2,5	20,00±3,00		53,67±17,79		54,33±13,05		46,33±13,58		23,33±11,72	
Eş ve çocuklar	79	65,8	17,28±2,14		52,80±15,26		34,58±16,70		43,10±7,76		15,96±9,57	
Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi												
Var	94	78,3	16,96±2,08	0,218	52,85±13,97	0,809	33,11±15,95	0,287	43,07±7,64	0,602	14,97±8,42	0,009
Yok	26	21,7	17,81±2,89		53,42±16,16		38,15±19,30		42,88±9,92		20,35±8,64	
İkamet Edilen Yer												
İl	86	71,7	17,16±2,26	0,252	54,45±14,50	0,135	33,35±16,29	0,518	42,69±8,26	0,418	16,20±8,96	0,848
İlçe	28	23,3	17,32±2,34		50,01±14,00		36,46±17,65		44,25±7,74		16,18±8,61	
Köy	6	5,0	16,00±2,69		45,33±12,38		35,83±21,51		42,33±9,29		15,00±6,42	
Çalışma Durumu												
Çalışan	42	35,3	17,62±2,68	0,191	60,38±14,22	< 0,001	40,86±17,99	0,002	44,93±9,81	0,148	17,29±9,48	0,219
Çalışmayan	77	64,7	16,84±2,02		48,97±13,01		30,12±14,45		41,75±6,61		15,35±8,21	
Gelir Düzeyi												
Gelir giderden az	68	57,1	16,65±1,72	0,023	50,19±14,26	0,069	30,01±15,514	0,006	42,22±6,76	0,380	13,40±8,14	< 0,001
Gelir gidere denk	46	38,7	17,57±2,68		55,35±13,51		38,110±16,46		43,57±9,72		18,90±8,01	
Gelir giderden fazla	5	4,2	19,4±3,60		64,00±13,66		49,8±18,35		47,00±9,17		24,40±5,78	

Bakım veren aile üyelerinin BVSÖ ortalaması $17,14 \pm 2,30$ olarak belirlenmiştir. Bakım verenlerin yaşam kalitesi alt boyut puanları ise; psikolojik ve manevi (spirütüel) sağlık durumu (pmsd) ortalaması $52,99 \pm 14,41$; fiziksel sağlık durumu (fsd) ortalaması $34,20 \pm 16,77$, tanıya yaklaşım durumu (tyd) ortalaması $43,03 \pm 8,15$ destek ve ekonomik etkilenme durumu (deed) ortalaması $16,13 \pm 8,72$ olarak saptanmıştır. (Çizelge 4.1)

Araştırma kapsamına alınan aile üyelerinin sosyo–demografik özellikleri ile bu özelliklerin BVSÖ puan ortalaması, KBYKÖ puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.2 ‘de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin yaş ortalamaları $42,19 \pm 13,11$ olup, %30,8’i 18-30 yaş aralığında, %67,5’nin kadın, %33,3’ünün lise mezunu, %65,8’inin eş ve çocuklarıyla yaşadığı, %78,3’ünün bakmakla yükümlü olduğu başka birinin de bulunduğu, %71,7’sinin ilde yaşadığı ve %57,1’inin gelirinin giderden az olduğu saptanmıştır.

BVSÖ ve KBYKÖ ve alt boyutları puan ortalamaları yaş gruplarında birbirine yakın olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin cinsiyet değişkenine göre BVSÖ, KBYKÖ destek ve ekonomik etkilenme alt boyutlarının puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur ($p>0,05$). Kadınların KBKYÖ psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu ve tanıya yaklaşım durumu alt boyutları puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamalarından düşük bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.2).

Bakım veren aile üyelerinin %33,3’ü lise, %32,5’i ilkokul mezunu idi. Eğitim durumuna göre BVSÖ ve KBYKÖ tanıya yaklaşım durumu alt boyutu puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). KBYKÖ alt boyutları açısından incelendiğinde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi üniversite olanların psikolojik ve manevi sağlık durumu alt ölçeği, destek ve ekonomik etkilenme, fiziksel sağlık durumu alt boyutları puan ortalamaları, lise ve ilkokul mezunlarının puanlarından anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.2).

Araştırma kapsamına alınan aile üyelerinin birlikte yaşanan birey değişkenine göre yalnızca KBYKÖ fsd alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çocukları ile beraber yaşayan aile üyelerinin fsd puan ortalamaları eşi ile beraber yaşayanların fsd puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Grupların BVSÖ puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur ($p>0,05$).

Çizelgede belirtilmemekle birlikte, araştırma kapsamına alınan aile üyelerinin % 72,3'ü evli idi. Fiziksel sağlık durumu ile destek ve ekonomik etkilenme durumu alt boyutlarına göre medeni durumu bekâr olanların puanları (ort:43,61 ve 19,42 SS: 17,31 ve 9,18) evli olanların puanlarından (ort:30,86 ve 14,92 SS:15,14 ve 8,23) yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelgede belirtilmemekle beraber araştırma kapsamına alınan aile üyelerinin %13,5'i bir çocuğa, %48,3'ü iki çocuğa, %16,9'u üç çocuğa, %21,5'i 4-8 çocuğa sahipti. Aile üyelerinin %29,5'u bir çocuğa, %50'si iki çocuğa, %20,6'sı 3-5 çocuğa bakmakla yükümlü idi. Çocuk sayısı değişkenine göre BVSÖ ve KBYKÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bakmakla yükümlü olunan çocuk sayısı değişkenine göre yalnızca tyd alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bir çocuğa bakmakla yükümlü olanların tyd puan ortalamaları üç çocuğa bakmakla yükümlü olanların puan ortalamalarından yüksek saptanmıştır. Beş çocuğa bakmakla yükümlü olanların tyd puan ortalamaları bir, iki ve üç çocuğa bakmakla yükümlü olanların puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Başka birine bakmakla yükümlü aile üyelerinin KBYKÖ destek ve ekonomik etkilenme alt boyutu puan ortalamalarının başka birine bakım vermeyen aile üyelerinin puan ortalamasından daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan aile üyelerinin yaşadığı yere göre BVSÖ ve KBYKÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan çalışmayan aile üyelerinin KBYKÖ fsd ile pmsd alt boyut puan ortalamaları çalışan aile üyelerinin puan ortalamalarından yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan aile üyelerinden geliri giderine denk olanların BVSÖ puan ortalamaları, geliri giderinden az olanların puanlarından yüksek ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Geliri gidere denk ve geliri giderinden fazla olanların KBYKÖ fsd ve deed alt boyutları puan ortalamaları, geliri

giderinden az olanlardan daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.3. Bakım Verme İşlevine İlişkin Özelliklere Göre Bakım Verenin Stres Ölçeği ve Yaşam Kaliteleri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bakıma İlişkin Özellikler			Bakım Verenin Stres Ölçeği Puan Ortalamaları		Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları							
	n	%	$\bar{X} \pm SS$	p	pmsd		fsd		tyd		deed	
					$\bar{X} \pm SS$	p	$\bar{X} \pm SS$	p	$\bar{X} \pm SS$	p	$\bar{X} \pm SS$	p
Bakım verilen kişiye yakınlık derecesi												
Eş	46	38,3	17,1 ± 1,914	0,951	48,72±14,37	0,028	30,1±16,1	0,040	42,68±6,66	0,160	13,6±8,1	0,015
Anne	29	24,2	17,41 ± 2,71		56,56±15,17		39,62±16,9		43,56±9,99		19,9±9,044	
Baba	19	15,8	17,11 ±2,514		58,00±11,56		35,74±15,3		42,48±8,45		16,3±7,72	
Çocuk	3	2,5	16,33 ± 0,58		41,33±12,86		18,33±2,31		35,33±0,58		8,33±3,79	
Diğer	23	19,2	17,1 ± 2,503		54,36±13,65		36,43±17,96		44,6±8,47		17,52±9,13	
Bakım Verme Süresi												
3-12 ay	34	28,3	17,68±2,40	0,053	56,79±14,71	0,308	36,00±19,28	0,997	44,06±9,07	0,661	17,26±9,08	0,733
13-24 ay	29	24,2	16,93±2,05		49,55±16,39		33,10±14,65		43,97±9,90		16,83±9,02	
25-36 ay	32	26,7	16,47±2,45		52,19±13,97		33,41±16,72		41,75±7,41		15,19±9,30	
37 ay ve üzeri	25	20,8	17,52±2,08		52,76±11,42		34,04±16,30		42,20±5,02		15,00±7,18	
Günde Ortalama Bakım Verilen Saat												
1-10 Saat	34	28,3	17,26±2,44	0,733	57,82±11,70	<0,001	37,12±16,46	0,005	44,59±8,91	0,461	16,44±8,18	0,070
11-20 Saat	41	34,2	17,27±2,51		58,61±13,41		38,22±15,49		43,17±8,65		18,32±10,18	
21 Saat ve üzeri	45	37,5	16,93±1,99		44,18±12,97		28,33±16,82		41,73±6,95		13,91±7,18	
Bakım Konusunda Destek Alma Durumu												
Alan	73	60,8	17,23 ± 2,55	0,547	55,92±14,83	0,004	37,23±16,87	0,012	43,95±8,67	0,122	19,22±8,15	<0,001
Almayan	47	39,2	17,00± 1,86		48,4±12,56		29,45±15,66		41,62±7,11		11,34±7,36	

pmsd: Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu

deed: Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu

fsd: Fiziksel Sağlık Durumu

tyd: Tanıya Yaklaşım Durumu

Bakım verme işlevine ilişkin özelliklere göre bakım verenin stres düzeyi ve yaşam kaliteleri puan ortalamaları Çizelge 4.3’de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan aile üyelerinden annesi ya da babasına bakım veren aile üyelerinin KBYKÖ pmsd puan ortalamaları eşine bakım verenlerin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). KBYKÖ-fsd alt boyutunda annesine bakım veren aile üyelerinin puan ortalamalarının çocuğuna bakım verenlerin puan ortalamalarından, annesine bakım verenlerin puanları ise eşine bakanların puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Babasına bakım verenlerin fsd puan ortalamalarının çocuğuna bakım verenlerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Annesine bakım veren aile üyelerinin destek ve ekonomik etkilenme alt boyutu puan ortalamaları eşine ya da çocuğuna bakanların puan ortalamalarından daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

Aile üyelerinin bakım verme süresine göre BVSÖ ve KBYKÖ alt boyutları puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerden günde 1-10 saat bakım veren aile üyelerinin pmsd ile fsd puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur. Günde 1-10 saat bakım verenler ile 11-20 saat arası bakım verenlerin pmsd ve fsd puan ortalamaları 21 saat ve üzeri bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmada, bakım vericilerin destek alma durumlarına göre yaşam kaliteleri incelendiğinde; destek alan bakım vericilerin fsd, pmsd, deed alt boyutları puan ortalamalarının destek almayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.4. Bakım Verme İşlevine İlişkin Yaşanan Sorunlara Göre Bakım Verenin Stres Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bakım Verme İşlevine İlişkin Yaşanan Sorunlar	n	%	Bakım Verenin Stes Ölçeği Puan Ortalamaları		Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları							
			$\bar{X} \pm SS$	p	pmsd		fsd		tyd		deed	
					$\bar{X} \pm SS$	p	$\bar{X} \pm SS$	p	$\bar{X} \pm SS$	p	$\bar{X} \pm SS$	p
Maddi sorun yaşama durumu												
Yaşayan	82	68,9	16,3±1,733	<0.001	48,61±12,93	<0.001	27,97±13,06	<0.001	41,65±7,093	<0.001	12,51±7,12	<0.001
Yaşamayan	37	31,1	19,03±2,32		62,65±13,05		47,73±16,33		46,080±9,61		24,24±6,28	
Aile içi ilişkilerde değişim yaşama durumu												
Yaşayan	80	66,7	16,38±1,84	<0.001	51,48±14,37	0,189	30,45±14,14	0,002	42,2±7,621	0,063	14,21±8,17	0,001
Yaşamayan	40	33,3	18,68±2,37		55,98±14,2		41,7±19,17		44,7±8,98		19,98±8,601	
Sosyal ilişkilerde Değişim Yaşama Durumu												
Yaşayan	103	86,6	16,78±2,11	<0.001	52,38±13,56	0,114	32,06±14,64	0,001	42,4±7,89	0,024	15,16±8,62	0,002
Yaşamayan	16	13,4	19,44±2,22		57,5±19,1		49,31±21,69		47,19±9,1		22,1±7,104	
Psikolojik Sıkıntı Yaşama Durumu												
Yaşayan	120	100	17,140±2,295		52,980±14,41		34,200±16,78		43,03±8,15		16,13±8,72	
Yaşamayan	-	-										
Semptom yönetimine ilişkin sıkıntı yaşama durumu												
Yaşayan	120	100	17,140±2,295		52,980±14,41		34,200±16,78		43,03±8,15		16,13±8,72	
Yaşamayan	-	-										

Bakım verenlerin bakım verirken bakım verme sorumluluğundan kaynaklanan sorunlara göre bakım verenin stres ölçeği, kanser hastasına bakım verenlerin yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları Çizelge 4.4’de verilmiştir.

Bakım veren aile üyelerinden bakım verme sorumlulukları nedeniyle maddi sorun yaşayanların maddi sorun yaşamayanlara göre BVSÖ ve KBYKÖ’nin alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$). Maddi sorun yaşayan aile üyelerinin pmsd, fsd, tyd, deed maddi sorun yaşamayan aile üyelerine göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verme sorumluluğu nedeniyle maddi sorun yaşayan aile üyelerinin stres düzeyi, maddi sorun yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmada, aile içi ilişkilerinde değişim yaşayan aile üyelerinin BVSÖ puan ortalamaları aile içi ilişkilerinde değişim yaşamayanlardan daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). KBYKÖ fiziksel sağlık, destek ve ekonomik etkilenme durumu alt boyutları puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$). Aile içi ilişkilerde değişim yaşayanların fsd, deed puan ortalamaları aile içi ilişkilerde değişim yaşamayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Bakım verme rolü nedeniyle sosyal ilişkilerinde değişim yaşayan aile üyelerinin BVSÖ puan ortalamaları sosyal ilişkilerinde değişim yaşamayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). KBYKÖ ölçeğinin pmsd alt boyutu dışında diğer alt boyutlarında sosyal ilişkilerde değişim yaşayan aile üyelerinin puan ortalamaları sosyal ilişkilerinde değişim yaşamayanlara göre daha düşük bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,059$).

Bakım veren aile üyelerinin tamamı hastasına bakım verirken psikolojik sıkıntı yaşadığını belirtmiştir. Çizelgede belirtilmemekle beraber aile üyelerinin %34,5’inin ağlama isteği, %32,8’inin stres, %26,6’sının mutsuzluk, %23,3’ünün çaresizlik, yaşadığı saptanmıştır. (Ek-4 tablo-1)

Bakım veren aile üyelerinin tamamı kemoterapi nedeniyle hastasında oluşan yan etkilerin yönetimine ilişkin sıkıntı yaşadığını belirtmişlerdir. Çizelgede belirtilmemekle beraber aile üyeleri bakım verirken kemoterapinin en çok bulantı, kusma, iştahsızlık, yorgunluk, konstipasyon gibi yan etkileriyle baş etmede zorlandıklarını belirtmişlerdir.

Aile üyelerinin %30,8’inin bulantı, %29,1’inin yorgunluk, %24,2’sinin iştahsızlık, %19,2’sinin kusma ile baş edemediği saptanmıştır. (Ek-4 tablo-2)

5.TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmamızdan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan bakım veren aile üyelerinin yaş ortalaması 42 idi. Yapılan çalışmalarda kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaş ortalamasının 35 ile 49 arasında olduğu belirlenmiştir (40,43,51,52,107,125,130,131). Çalışmamızda bakım veren aile üyelerinin yaşına göre yaşam kaliteleri ve bakım verenin stres ölçeği puanları arasında fark oluşmadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgumuza paralel olarak bakım verenin stres ölçeği ve yaşam kalitesi puanları ile yaş arasında bir ilişki saptanmamıştır (130). Kızılcı (125) çalışma bulgumuzdan farklı olarak, 20 ile 44 yaş arasında bakım verenlerin yaşam kalitesini, 45 ile 64 yaş arası bakım verenlerden yüksek bulmuştur. Given ve ark. (42) çalışmasında kanser hastalarına 45-50 yaş aralığında bakım verenlerin bakım yükünü yüksek olarak algıladıklarını tespit etmişlerdir. Bakım veren aile üyelerinin yaşı ne olursa olsun bakım yükünü etkileyebileceği ve yaşam kalitelerinin azalacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda aile üyelerine bakım veren bireylerin çoğunluğu (%67,5) kadın idi. Yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğu saptanmıştır (27,32,35,36,40,43,51,52,56,106,114,131-134). Çalışmamızda kadın bakım vericilerin psikolojik manevi sağlık, tanıya yaklaşım ve fiziksel sağlık durum alt boyut ve yaşam kaliteleri puan ortalamaları erkek bakım vericilerin puan ortalamalarından daha düşük bulunmuştur. Cinsiyete göre bakım verenin stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşmadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza paralel olarak bakım verenlerin stresi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (130). Minaya ve ark. (50) bulgumuza paralel olarak kadınların psikolojik sağlık durumlarının erkeklerin psikolojik sağlık durumlarından daha kötü, bakım yüklerinin daha fazla olduğu bu nedenle yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Linda (53) uzun süreli bakım verme nedeniyle kadınların ruhsal ve sosyal fonksiyonlarının erkeklerden daha fazla etkilendiğini ve bakım yüklerinin daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Kim ve ark. (135) kadın bakım vericilerin daha çok stres yaşadığını, erkek bakım vericilere göre daha az desteklendiğini ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu saptamışlardır. Şahin (41) kadın bakım verenlerin öfke

durumlarının erkek bakım verenlerden daha yüksek bulmuştur Yapılan bir başka çalışmada kadın bakım vericilerin erkek bakım vericilerden daha fazla stres yaşadıkları bu nedenle bakım yükünü daha çok hissettikleri belirlenmiştir (124,135). Bakım veren kadınlarla yapılan çalışmada %56'sının bakım yükü yaşadıkları belirlenmiştir (131).

Bakım verme işleminin özellikle kültürümüzde kadınlara ait bir görev olarak görülmesi kadının yükünü artırabilmektedir. Kadınların aileye dönük olması, besleme ve bakım duygularının daha fazla olması, iş hayatında fazla bulunmaması kadınların bakım işlevine uygun görülme nedenleri arasında düşünülebilir. Diğer bir açıdan ise kadınlar bakımın bir parçası olarak görüldüğünden erkekler sosyal yaşamda daha aktif olabilmekte ve kendilerine daha fazla zaman ayırabilmektedirler. Bu nedenle kadınların bakım yükünün daha fazla ve yaşam kalitelerinin düşük olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda bakım veren aile üyelerinin %17,9'u üniversite mezunu, çoğunluğu (48,7) ise ilkököl ve ortaokul mezunu idi. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin eğitim seviyesinin genelde ilkököl mezunu olduğu, üniversite mezunlarının az olduğu saptanmıştır (26,31,32,36,46,56,57,106,107,130,136). Çalışmamızda eğitim düzeyi yükseldikçe bakım veren bireylerin psikolojik, fiziksel, psikolojik-manevi sağlık durum alt boyut ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumuna göre bakım verenin stres puanları arasında anlamlı fark oluşmadığı saptanmıştır. Türkoğlu (40) bizim çalışmamıza paralel olarak eğitim düzeyi yükseldikçe rahatsızlık, pozitif adaptasyon alt boyut ve toplamda yaşam kalitesi puanlarının arttığını saptamıştır. Deniz (43) fiziksel işlev, ağrı, yaşamsallık, genel sağlık ve mental işlev alt ölçeklerinde eğitim düzeyi yüksek olanların puan ortalamalarını daha yüksek bulmuştur. Kızılcı (125) çalışma bulgumuza benzer olarak eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi puanının arttığını saptamıştır. Karabuğa (52) lise mezunlarının yaşam kalitelerinin genel olarak daha yüksek, ilk ve ortaokul mezunlarının ise puanlarının düşük olduğunu saptamıştır. Meyers ve ark. (126) yüksek eğitim seviyesinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik haliyle ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Kim ve Spillers (136) eğitim seviyesi düşük aile üyelerinin bakım verirken daha çok psikolojik sıkıntı yaşadığını bu nedenle yaşam kalitelerinin etkilendiğini saptamışlardır. Nijbor ve ark. (137) eğitim seviyesi yüksek olan bakım verenlerin benlik saygısının ve baş etme mekanizmalarının daha iyi olduğunu saptamışlardır. Çalışma sonuçları araştırma bulgumuzu desteklemektedir. Bakım veren aile üyelerinin eğitim seviyesi

yükseldikçe bilgiye ulaşma, elde edilen bilgileri kullanabilme ve etkili baş etme mekanizmalarını daha iyi kullanabildikleri böylece bakım yüklerinin daha az yaşam kalitelerinin ise daha iyi olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda bakım verenlerin çoğunluğu evli idi. Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza paralel olarak bakım verenlerin çoğunun evli olduğu belirlenmiştir (19,27,35,38,51,52,106,138). Araştırmamızda bakım veren aile üyelerinin psikolojik manevi sağlık, tanıya yaklaşım durumu alt boyut puan ortalamaları ve stres düzeyi puanlarının medeni durum açısından fark oluşturmadığı saptanmıştır. Fiziksel sağlık durum puan ortalaması ise bekâr bakım vericilerde daha yüksek saptanmıştır. Türkoğlu (40) bekâr bakım verenlerin pozitif adaptasyon alt boyutunu daha yüksek bulmuştur. Yapılan bir başka çalışmada bekâr bakım vericilerin mental sağlık durumları evli bakım vericilere göre daha yüksek bulunmuştur (43). Yapılan bir başka çalışmada ise evli olanların bakım yükü bekâr bakım vericilerin bakım yükünden daha yüksek bulunmuştur (36). Mystakidou ve ark. (133) evli olan bakım verenlerin depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Şahin (41) bizim çalışma bulgumuzdan farklı olarak bekâr olanların öfke düzeylerinin evli olanlardan yüksek olduğunu saptamıştır. Evli olanların fiziksel sağlık durumlarının daha kötü olması nedenleri arasında bakım verme sorumlulukları dışında eş ve anne olarak da sorumluluklarının olması, yeterince dinlenememeleri ve kendilerine yeterli vakit ayıramamaları düşünülebilir.

Araştırmamızda aile üyelerinin %38,4'ü üç ve daha fazla çocuğa sahip idi. Yapılan çalışmalarda aile üyelerinin çoğunluğunun iki ve daha fazla çocuğunun olduğu saptanmıştır (19,31,41,52,106,130). Araştırmamızda çocuk sahibi olmanın bakım verenin stres ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında fark oluşturmadığı saptanmıştır. Araştırmamızda bakmakla yükümlü olunan çocuk sayısına göre yalnızca tanıya yaklaşım durumu alt boyut puanının anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır. Karabuğa (52) çalışma bulgumuza paralel olarak bakım verenlerin çocuk sahibi olmalarının yaşam kalitelerini etkilemediğini saptamıştır. Yapılan bir çalışmada çocuk sayısı ile bakım verenin stres ölçeği puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (130). Deniz (43) ise bulgumuzdan farklı olarak çocuğu olmayan bakım vericilerin yaşam kalitesini daha yüksek saptamıştır. Bir başka çalışmada ise üç ve daha fazla çocuğu olan bakım verenlerin öfke düzeyleri yüksek saptanmıştır (41). Çocuğu olan aile üyelerinin

çocukları nedeniyle bakım verme sorumluluğunu daha önceden üstlenmiş olmaları nedeniyle tanıya yaklaşım durumlarının daha iyi olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda bakım verenlerin çoğunluğu (%71,7) ilde %23,3'ü ilçede ve %5'i köyde yaşamakta idi. Yapılan çalışmalarda aile üyelerinin çoğunluğunun ilde yaşadığı belirlenmiştir (19,40,41,54,138). Araştırmamızda bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları yere göre yaşam kaliteleri ve bakım verme stresi puanları arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Bakım verenlerin yaşadığı yere göre bakım stresi puanları açısından anlamlı fark bulunmamış, fakat yerleşim yeri ile sağlık sorunları alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (130). Yapılan bir çalışmada bizim araştırma bulgumuzdan farklı olarak bakım veren aile üyelerinden köyde yaşayanların öfke düzeylerinin şehirde yaşayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (41). İlde yaşayan bakım vericilerin finansal sıkıntı alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur (40). Kemoterapinin neden olduğu semptomlarla kişilerin yaşadığı yer neresi olursa olsun yaşam kalitelerini etkilemediği düşünülebilir.

Araştırmamızda bakım veren aile üyelerinin çoğunluğu (%64,7) çalışmıyor ve gelir durumları giderlerinden az (%57,1) idi. Bizim araştırmamıza benzer olarak yapılan araştırmalarda aile üyelerinin çoğunluğunun çalışmadıkları ve gelir durumlarının giderlerinden az olduğu saptanmıştır (38-40,51,54,106,114,130). Çalışan aile üyelerinin fiziksel ve psikolojik sağlık durumu alt boyut puan ortalamaları çalışmayan aile üyelerinin puan ortalamalarından düşük saptanmıştır. Çalışma durumuna göre bakım verme stresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır. Geliri giderinden az olan aile üyelerinin fiziksel sağlık ve destek ekonomik etkilenme alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve fark oluşturduğu saptanmıştır. Araştırma bulgumuza benzer olarak çalışan aile üyelerinin çalışmayanlara göre daha depresif sendromlar gösterdiği tespit edilmiştir (42). Aynı zamanda benzer olarak geliri giderinden az olan aile üyelerinin bakım verirken bakım sorumlulukları nedeniyle çeşitli sıkıntılar yaşadıkları saptanmıştır (38,39,52,53,106,114,137). Akın ve Durna (38) bakım veren aile üyelerinin %16'sının bakım sorumlulukları nedeniyle çalışmayı bıraktıklarını saptamışlardır. Başka bir çalışmada gelir durumu iyi olmayan aile üyelerinin %49,4'ünün bakım verirken ulaşım ve maddi konularda sorun yaşadıkları belirlenmiştir (106). Bakım sorumlulukları nedeniyle aile üyelerinin %33'ünün iş ile ilgili sıkıntı yaşadıkları tespit edilmiştir (8).

Yapılan çalışmalarda ekonomik durumu iyi olan bakım vericilerin yaşam kalitesinin ekonomik durumu kötü olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (51,52). Kim ve Spillers (136) çalışma bulgumuza paralel olarak ekonomik seviyesi yüksek olan bakım veren aile üyelerinin mental ve fiziksel sağlıklarının daha iyi olduğunu saptamışlardır. Longo ve ark. (139) kanserli hasta yakınlarının %20'sinin önemli derecede finansal yük yaşadıklarını saptamışlardır. Başka bir çalışmada ise ekonomik durumu kötü olan hasta yakınlarında majör depresif bozukluk, hipokondriasis ve panik bozukluk oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (43). Kemoterapi tedavisi alan çocuğuna bakım veren annelerden ekonomik durumu kötü olanların iyi olanlara göre bakım yükü ve stres düzeyleri daha yüksek saptanmıştır (46).

Araştırmamızda aile üyelerinin çoğunluğunun çalışmıyor olması gelirlerinin giderlerinden az olmasını açıklayabilir. Kanserin tanı ve tedavi masrafının fazla olması bakım veren aile üyelerine ekonomik yük getirebilmektedir. Öner (36) sağlık giderlerini karşılayamayan aile üyelerinin bakım yükünün daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Kemoterapi verilen saatlerde bakım veren aile üyelerinin hastane içerisinde olması, yemek, ulaşım gibi masrafları aile üyelerinin kendilerinin karşılamasının bireylerde ekonomik yük oluşturacağı düşünülebilir. Ayrıca kemoterapinin uzun sürmesi nedeniyle aile üyelerinin iş ile ilgili sorun yaşayacağı, izin almak durumunda kaldıkları ya da işi bırakmak zorunda kaldıkları düşünülebilir. Bu durumda düşük ekonomik seviyeye sahip aile üyelerinin destek ve ekonomik etkilenme ile fiziksel sağlık durumlarının daha fazla etkileneceği düşünülebilir. Monygomery ve ark. (104) düşük sosyoekonomik statüye sahip bakım verenlerin bakım yüklerinin fazla olduğunu tespit etmişlerdir.

Araştırmamızda bakım vericilerin %38,3'ü eşine, %24,2'si annesine, %15,8'i babasına bakım vermekteydi. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin çoğunluğu hastanın eş, anne, çocuk gibi birinci derece yakını idi (19,35,38,42,51,52,55,68,107,108,130,140). Araştırmamızda bakım verilen kişiye yakınlık dercesinin bakım verme stres ölçeği puanını etkilemediği saptanmıştır. Eşine bakım verenlerin fiziksel sağlık, psikolojik manevi sağlık, destek ve ekonomik etkilenme durumu alt boyutları ve yaşam kaliteleri puan ortalamaları annesine, çocuğuna da babasına bakım verenlerin puan ortalamalarından düşük saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada eşine bakım verenlerin fiziksel işlev, mental işlev, genel sağlık ve yaşamsallık alt ölçekleri puan ortalamalarının en düşük olduğu tespit edilmiştir (43).

Bakım veren kişinin eş olmasının yaşam kalitesini %8 oranında etkilediği saptanmıştır. Yine aynı çalışmada hastanın çocuğu olan bakım vericilerin finansal sıkıntı alt boyutu puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (40). Yapılan bir çalışmada bakım verme sürecinden en çok etkilenen eşlerin %38,8'inin hasta ile 24 saat beraber vakit geçirdiği belirlenmiştir (132). Given ve ark. (140) çalışmalarında kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal alanda ve en fazla değişimi, rol ilişkilerinde yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda eş bakım vericilerin daha depresif olduğu saptanmıştır (42,135,136). Babaoğlu ve Öz (132) kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal durumlarındaki en fazla değişimin depresif duygulanım olduğunu belirlemişlerdir. Korku ve anksiyetenin de bu dönemde eşlerin en sık yaşadığı duygusal sorunlardan olduğu, yüksek düzeyde algılanan belirsizliğin sıkıntı yarattığı belirlenmiştir. Schulz ve Beach (108) kardiyovasküler sorunu olan hastalara bakım veren eşler ile yaptıkları çalışmada dört yıl bakım veren eşleri takip etmişler ve eşlerin bakım nedeniyle mortalite risklerinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Kanserli çocukların anneleri ile yapılan bir çalışmada annelerin tanıyı ilk duyduklarında stres düzeylerinin çok yüksek olduğu, bakım sürecinde yoğun stres yaşadıkları ve baş edemedikleri belirlenmiştir (57). Bir diğer çalışmada ise eşlerin ve hastanın kızlarının bakım yükünün diğer aile üyelerine oranla yüksek olduğu tespit edilmiştir (55). Bilge ve Ünal (127) kanser tanısı alan hasta yakınlarından anne konumundaki akrabaların sürekli kaygı puan ortalamalarının, diğer akrabalara göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda birinci derece (eş,anne,baba,çocuk) yakınına bakım verenlerin bakım yükü daha yüksek yaşam kalitesi ise daha düşük saptanmıştır (35,40,51,52,130). Eş ve anne konumundaki bakım vericilerin hasta ile daha çok vakit geçirmesi, kemoterapi semptomları ile bire bir baş etmeye çalışması ve bakım verdiği kişi ile olan bağlılık derecesi nedeniyle bakım yükünü daha fazla yaşayabileceği düşünülebilir. Ayrıca eş bakım vericilerin kadın, anne konumunda olmaları ev işleri gibi başka sorumluluklarının da olması onların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda aile üyelerinin %28,3'ü 3-12 aydır, %24,2'si 13-24 ay, %26,7'si 25-36 ay, %20,8'i 37 aydan fazla süredir hastasına bakım vermekte idi. Yapılan çalışmalarda aile üyeleri çoğunlukla hastasına 3-12 aydır bakım vermekte idi (18,30,31,36,40,51,107). Araştırmamızda bakım verme süresine göre bakım vericilerin yaşam kalitesi ve bakım verme stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

oluşmadığı saptanmıştır. Kim ve Spillers (136) çalışma bulgumuza paralel olarak aile üyelerinin bakım vermeye başladıktan iki yıl sonra stres düzeylerinin daha az, maneviyat durumlarının ise daha fazla olduğunu ve hastalığın tedavisi ile daha iyi baş edebildiklerini saptamışlardır. Yapılan bazı araştırmalarda bizim araştırma bulgumuzdan farklı olarak bakım verme süresi uzadıkça bakım vericilerin bakım yüklerinin arttığı ve bakım sorumlulukları nedeniyle yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır (36,40,126,137). Bakım vermeye yeni başlayan bakım vericilerin bakım verme yükü puanı diğerlerine göre daha düşük, yaşam kaliteleri puanları ise uzun süredir bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur (40). Bir başka çalışmada 14 ay ve daha uzun süredir bakım verenlerin öfke düzeyleri altı aydır bakım verenlerden yüksek saptanmıştır (41). Bakım verme süresinin uzamasıyla aile üyelerinin kemoterapi semptomları ile daha iyi başedebilmeye başladıkları düşünülebilir. Diğer taraftan sürekli bakım vermenin sorumlulukları bakım vericilerin hayatları ile kesişince bu durumun yaşam kalitelerini azalttığı da düşünülebilir.

Araştırmamızda aile üyelerinin %37,5'i 21 saat ve üzeri, %34,2'si 11-20 saat arası, %28,3'ü 1-10 saat arası bakım vermekte idi. Kim ve Spillers (136) ortalama günlük bakımın sekiz saat olduğunu belirtmişlerdir. Bir diğer çalışmada aile üyelerinin %22,4'ü 1-6 saat, %31,7'si 7-12 saat,%18,8'i 19-24 saat arası bakım vermekte oldukları belirlenmiştir (19). Araştırmamızda günde 1-10 saat arası bakım verenlerin fiziksel ve psikolojik sağlık durumu alt boyutu ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının en yüksek olduğu saptanmıştır. Günde ortalama verilen bakım süresinin aile üyelerinin bakım verme stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. Tang ve ark. (33) yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının %43,5'inin günlük 17-24 saat ve ortalama 5,5 aydır bakım vermekte oldukları, %39,5'i hastasının sürekli ev işlerine yardım ettiğini, %61,7'sinin ise hasta transportunu gerçekleştirdiğini belirlemişlerdir. Karabulutlu ve ark. (57) günlük 19-24 saat arası bakım verenlerin uyku kalitelerinin hasta ile günde daha az vakit geçirenlere göre daha kötü olduğunu saptamışlardır. Günlük 24 saat bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri hasta ile daha az vakit geçiren aile üyelerine göre en yüksek saptanmıştır (36).

Kanser gibi kronik bir hastalıkta bakım verme süresi uzadıkça bakım vericilerin çeşitli sorunlar ile karşı karşıya kalabileceği düşünülebilir. Bakım verme süresi arttıkça bakım vericilerin kendisine ayıracağı zaman azalmakta, sosyal izolasyon, yorgunluk

gibi semptomları yaşayabilmektedirler. Yapılan bir çalışmada bakım süresi artan bakım vericilerin majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, olası alkol kötüye kullanımı ve panik bozukluk tanılarında artış saptanmıştır (43). Bakım verme süresi arttıkça aile üyelerinin yaşam şekli değişebilir, hastaya göre bir yaşam tarzı geliştirebileceği için bakım vericiler zorlanabilir ve bakım yükünü yaşayabilecekleri düşünülebilir.

Araştırmamızda aile üyelerinin %60,8'i bakım verirken başka bireylerden destek almakta idi. Araştırmamızda bakım verirken destek alan aile üyelerinin fiziksel, psikolojik ve manevi sağlık, destek ve ekonomik etkilenme alt boyut ve yaşam kaliteleri puan ortalamaları destek alamayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Bakım verirken destek alma durumuna göre aile üyelerinin bakım verme stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda bizim araştırma bulgumuza paralel olarak bakım verirken destek alan aile üyelerinin bakım yüklerinin daha az, psikolojik sağlık durumlarının destek almayanlara göre daha iyi olduğu saptanmıştır (33,36,43,55,136). Beyin tümörlü hastalara bakım verirken destek alan aile üyelerinin ise bakım yükü daha düşük belirlenmiştir (142,143). Yapılan bir çalışmada desteklenmeyen aile üyelerinin ise depresyon ve anksiyeteyi daha çok yaşadıkları belirlenmiştir (36). Yapılan bir çalışmada bakım vericilerin %73,2'sinin başka bireylerden destek aldıkları ve destek alan grubun yaşam kalitesi araştırma bulgumuza paralel olarak daha yüksek saptanmıştır (43). Başka bir çalışmada aile üyelerinin %71,7'sinin bakım verirken diğer aile bireyleri tarafından desteklenmiş ve desteklenen aile üyelerinin yaşam kalitesi desteklenmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (51). Tsigaropoulos ve ark. (25) aile üyelerinin %80,3'ünün bakım vermenin negatif etkilerini yaşadığında psikolojik destek aldığını, %13,2'sinin isteksizce destek aldığını ve %6,6'sının ise destek almadığını belirlemişlerdir. Tang ve ark. (33) bakım verirken ailenin diğer üyelerinden destek alan bakım vericilerin kendilerine daha çok zaman ayırabileceklerini bu nedenle sağlık durumlarının daha iyi ve depresyon düzeylerinin daha az olabileceğini belirtmişlerdir. Yeh ve ark. (55) ise sosyal desteğin bakım verenlerde olumlu etkilerinin olacağını saptamışlardır. Hasta yakınına bakım verenlerin sosyal destek algısının çok fazla olduğu, bakım vericilerin sadece aile üyelerinden manevi destek değil aynı zamanda hastanın ihtiyacını karşılamaya yönelik doğrudan desteğe de ihtiyaçları olduğu saptanmıştır (144). Bakım

sunarken destek alma durumu, bakım vermeye bağı diğer sorumlulukların etkilenmesi, bakım veren kişilerin kendilerini ve hayatlarını algılayış biçimlerinin bakım verenlerin yaşam kalitelerini etkileyebileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda bakım veren aile üyelerinin %66,7'sinin aile içi ilişkilerinde değişim yaşadığı saptanmıştır. Araştırma bulgumuza paralel olarak yapılan araştırmalarda aile üyelerinin bakım verme sorumluluğu nedeniyle aile içi ilişkilerinin olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (35,36,40,51,52,98). Araştırmamızda aile içi ilişkilerde değişim yaşayan bakım vericilerin yaşam kaliteleri ve bakım verme stres puanları arasında istatistikse olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Aile içi ilişkilerinde değişim yaşayan bakım verenlerin psikolojik ve manevi sağlık, fiziksel sağlık, tanıya yaklaşım, destek ve ekonomik etkilenme durumu ile bakım stres puan ortalamalarının yaşamayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Türkoğlu (40) çalışma bulgumuza paralel olarak aile içi ilişkilerinde sorun yaşayan bakım vericilerin rahatsızlık, pozitif adaptasyon ve finansal sıkıntı alt boyutları ve yaşam kaliteleri puanlarının daha düşük olduğunu saptamıştır. Bir başka çalışmada evlilik ilişkisinde sorun yaşayanların sorun yaşamayanlara göre yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (52). Öner (36) ailedeki rolü etkilenen bakım verenlerin bakım yükünün daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Bir başka çalışmada bakım verme nedeniyle evlilik ilişkilerinde sorun yaşayanların yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (52). Uğur (18) bakım verenlerin %40'ının ev ile daha az ilgilendiğini, aile içi ilişkilerde değişim yaşayan bakım verenlerin %8'inin aile içi ilişkilerde gerginlik oranının arttığını tespit etmiştir. Okçin (19) bakım verenlerin %47,4'ünün ev içindeki iş yükünün arttığını ve %13,1'inin ev dışındaki sorumluluklarının arttığını tespit etmiştir.

Araştırmamızda bakım veren aile üyelerinin %85,8'nin hastanın sorumlulukları nedeniyle sosyal ilişkilerinde değişim yaşadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda araştırma bulgumuza paralel olarak bakım süresinin uzamasıyla beraber aile üyelerinin sorumluluklarını yerine getirmede eksiklik yaşadıkları, sorumluluklarının ve sosyal hayatlarının etkilendiği tespit edilmiştir (18,19,36,40,43,52). Araştırmamızda sosyal ilişkilerinde değişim yaşama durumuna göre yaşam kalitesi ve bakım verme stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Karabuğa (52) kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin sosyal yaşamlarının bozulduğunu belirlemişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada sorumlulukları etkilenen aile üyelerinin

bakım yükünü daha fazla hissettiği yaşam kalitelerinin ise daha düşük olduğu saptanmıştır (40). Mayers ve ark. (126) aile üyelerinin %64'ünün banyo yaptırma, yemek yedirme, yürütme gibi bakım sorumluluklarını tamamen üstlendiklerini ve bu durumun aile üyelerinin günlük sorumluluklarını ve rol değişimlerini etkilediğini saptamışlardır. Bir başka çalışmada aile üyelerinin %23,7'sinin herhangi bir sosyal aktiviteye katılmadığı, %34,2'sinin kendilerine vakit ayırmak için ya da eğlence için vakitlerinin olmadığı saptanmıştır (25). Bakım veren bireylerin çoğunluğunun hastanın eşi, annesi ya da babası olduğu için hastanın yaşantısının merkezinde yer almakta, hastanın giyinme, yeme, hastaneye ulaşım gibi ihtiyaçlarını karşıladıkları için kişilerin yaşam dinamikleri değişebilmektedir. Özellikle ayaktan kemoterapi ünitesinde bakım verenler hastalarını her gün hastaneye getirmekte, kendi hayatlarını ertelemek zorunda kalabilmektedir. Bu durumda bakım veren bireylerin aile ve sosyal yaşamları değişebilmektedir.

Araştırmamızda bakım veren aile üyelerinin hepsinin (%100) bakım verme sürecinin her aşamasında psikolojik sıkıntı yaşadıkları tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda aile üyelerinin çoğunluğunun öfke, sinirlilik hali, depresyon, anksiyete, semptomları yaşadıkları saptanmıştır (20,26,30,35,41-43,52,57,112,132,140). Dökmen (144) hasta, yaşlı, engelli yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlığının bozulma ihtimalinin daha yüksek olduğunu, bakım veren aile üyelerinin bakım süresinin uzaması ile depresyon yaşama durumlarının arttığını saptamıştır. Öksüz ve ark. (44) üç kür ve daha fazla kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin somatizasyon, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostile ve rahatsızlık ciddiyet semptomlarının ve bakım yüklerinin üç kürden az kemoterapi alan hastalara bakım verenlere göre daha fazla olduğunu saptamışlardır. Northouse ve ark. (110) bakım veren aile üyelerinin yaklaşık %20'sinin depresyon yaşadığını belirlemişlerdir. Nijboer ve ark. (137) yaşam kalitesinin depresyon ile ilgili olduğunu ve depresyon yaşayan bakım vericilerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu saptamışlardır. Bir başka çalışmada bakım verenlerin %25'inin duygularını ifade etmekte her zaman, %40,8'inin ise bazen zorluk yaşadıkları belirlenmiştir (25).

Araştırmamızda bakım veren aile üyelerinin tamamı kemoterapinin neden olduğu yan etkileri hastalarında deneyimlediklerini ve baş edemediklerini ifade etmişlerdir. Aile üyelerinin %30,8'i bulantı, %29,1'nin yorgunluk, %24,2'sinin

iştahsızlık ile baş edemedikleri ve saç dökülmesi, mukozit gibi semptomların da hastalarında görüldüğünü belirtmişlerdir. Araştırma bulgumuza paralel olarak hastaların kemoterapi alırken bulantı-kusma, yorgunluk, iştahsızlık semptomlarını yaşadıkları saptanmıştır (8,18,23,38,62,78-88). Öner (17) bakımda karşılaşılan güçlüklerin aile üyelerinin bakım yükünü arttırdığını saptamıştır. Given ve ark. (42) bakım veren aile üyelerinin bakımla ilgili yeterli bilgilerinin olmadıklarını, hastanın ne kadar bakıma ihtiyacı olduğunu bilmediklerini saptamışlardır. Uğur (18) bakım verme sırasında bakım vericilerin fiziksel gereksinimlerini karşılamada sorun yaşadıklarını tespit etmiştir. Karabuğa (52) hastaların %35'nin semptomatik yakınmalar nedeniyle hastaneye tekrar geldiklerini saptamışlardır. Yapılan bir çalışmada aile üyelerine bakımla ilgili bilgi sunmanın bakım streslerini azalttığı düşünülmüştür (133).

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Araştırma kapsamına alınan aile üyelerinin %67,5'i kadın ve yaş ortalamaları 42,2 idi. Yaşın bakım verenlerin stres düzeyi ve yaşam kalitesi puanlarında fark oluşturmadığı saptanmıştır.
- Çalışmamızda kadın bakım vericilerin yaşam kalitesi alt boyutlarından psikolojik, fiziksel sağlık ve tanıya yaklaşım durumunun erkek bakım vericilerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Kadın bakım vericilerin yaşam kalitesinin erkek bakım vericilerden daha kötü olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda aile üyelerinin yarıya yakını (%48,7) ilköğretim mezunu idi. Eğitim düzeyi düşük olan bakım vericilerin yaşam kalitesi alt boyutlarından psikolojik ve fiziksel sağlık durumu ile destek ve ekonomik etkilenme puanları daha düşük saptanmıştır. Eğitim seviyesi düşük olanların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir.
- Çalışma kapsamına alınan aile üyelerinin %65,8'i eş ve çocukları ile yaşamaktaydı. Çocukları ile beraber yaşayan aile üyelerinin yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel sağlık durumu eşi ya da eşi ve çocukları ile beraber yaşayanlardan yüksek saptanmıştır.
- Aile üyelerinin %72,3'ü evliydi. Bekâr olan bakım vericilerin fiziksel sağlık durumlarının daha iyi, ekonomik olarak daha az etkilendikleri ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Aile üyelerinin %71,7'si ilde, %23,3'ü ilçede ve %5'i köyde yaşamaktaydı. Aile üyelerinin yaşadığı yere göre yaşam kaliteleri ve bakım stresi açısından fark saptanmamıştır.
- Aile üyelerinin %64,7'si çalışmamakta ve %57,1'nin geliri giderinden az idi. Çalışmayan aile üyelerinin fiziksel ve psikolojik sağlık durumu alt boyutları ve yaşam kaliteleri çalışan aile üyelerinden daha yüksek saptanmıştır.
- Geliri giderinden fazla ve geliri giderine denk olan aile üyelerinin geliri giderinden az olan aile üyelerine göre yaşam kaliteleri daha yüksek, bakım stresi daha düşük saptanmıştır.

- Bakım verenlerin %38,3'ü eşine, %24,2'si annesine, %15,8'i babasına bakmakta idi. Annesine bakım veren aile üyelerinin yaşam kaliteleri çocuğuna ya da eşine bakım verenlerin yaşam kalitesinden yüksek saptanmıştır. Eşine bakım verenlerin yaşam kalitesi tüm bakım vericiler arasında en düşük saptanmıştır.
- Bakım veren aile üyelerinin çoğunluğu 3-12 aydır ve günlük 21 saat üstünde bakım vermekteydi. Bakım verme süresinin aile üyelerinin yaşam kalitesini ve stres düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Günlük 1-10 saat arası bakım veren aile üyelerinin yaşam kaliteleri 11 saat ve üzeri bakım verenlerden yüksek saptanırken, 21 saat üzeri bakım vericilerin bakım sürecinden en çok etkilenen grup olduğu saptanmıştır.
- Bakım veren aile üyelerinin %60,8'i bakım verirken diğer aile üyeleri tarafından desteklenmekteydi. Destek alan bakım vericilerin yaşam kaliteleri destek almayanlara göre daha yüksek saptanmıştır.
- Bakım veren aile üyelerinin %68,9'unun hastane masrafları, hastaneye ulaşım, ilaçlar gibi hastasının ihtiyaçları nedeni ile bakım sürecinde maddi sorun yaşadıkları saptanmıştır. Maddi sorun yaşayan aile üyelerinin bakım stresini daha fazla hissettikleri, yaşam kalitelerinin ise maddi sorun yaşamayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Bakım veren aile üyelerinin %66,7'sinin bakım verme sorumluluğundan dolayı aile içi ilişkilerinde olumsuz değişim yaşadıkları saptanmıştır. Aile içi ilişkilerinde değişim yaşayan bakım vericilerin bakım stresini daha fazla hissettikleri ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Bakım veren aile üyelerinin %85,8'nin sosyal ilişkilerde olumsuz değişim yaşadığı saptanmıştır. Sosyal ilişkilerinde değişim yaşayan bakım vericilerin bakım stresini daha fazla hissettikleri ve yaşam kalitelerinin ise daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Aile üyelerinin hepsi bakım verirken kemoterapinin neden olduğu semptomların yönetimine ilişkin sıkıntı yaşamakta idi. Aile üyelerinin en çok bulantı, kusma, yorgunluk ve iştahsızlık semptomları ile baş etmede zorlandıkları saptanmıştır. Aynı zamanda hastaların konstipasyon, iştahsızlık, ağızda yara, anemi ve saç dökülmesi semptomlarını yaşadıklarını da ifade etmişlerdir.

- Aile üyelerinin hepsinin bakım verirken psikolojik sıkıntı yaşadıkları tespit edilmiştir. Bakım vericilerin ağlama isteği, uykusuzluk, stres, çaresizlik ve mutsuzluk yaşadıkları saptanmıştır.
- Bakım verme stresi arttıkça, bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır.

6.2.Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bakım veren aile üyelerine kemoterapinin yan etkileri ile ilgili ihtiyaç duydukları konularda eğitim verilmesi,
- Bakım vericilerin bu süreçte yaşadığı stres durumlarının değerlendirilmesi, bu konuda onlarla iletişime geçilmesi, kendilerini ve yaşadıklarını ifade etmelerinin sağlanması,
- Bakım vericilerden kadın, eğitim düzeyi düşük, geliri az, kanserli hastanın eşi ve annesi olanların bakım verme sürecinde daha çok desteklenmesi,
- Uzun süre hasta bakımından sorumlu olan aile üyelerinin fiziksel, psikolojik ve manevi yönlerden desteklenmesi,
- Ülkemizde kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kaliteleri ile ilgili yapılan çalışmaların az olması nedeniyle konu ile ilgili çalışmaların yapılarak literatürün zenginleştirilmesi.
- Bakım verenlerin biyo-psiko-sosyal yönden değerlendirilmeleri ve gereksinime göre interdisipliner ekip üyeleri ile iş birliği yapılarak desteklenmeleri önerilmiştir.

7. KAYNAKLAR

1. **Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ.** American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, *A Cancer Journal for Clinicians*,**2003**; 53:27-43
2. **Rowland JH.** What Are Cancer Survivors Telling Us. *The Cancer Journal*, **2008**; 14(6): 361-368
3. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Türkiyede Kanser Kontrolü, 2009 Erişim: http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009_TurkiyedeKanserKontrolu.pdf. Erişim tarihi: 09.04.2012
4. World Health Organisation. Dünya Kanser Raporu, 2008. Erişim: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.pdf. Erişim tarihi: 17.04.2012
5. American Cancer Society. Cancer Prevention and Early Detection Facts and Figures 2013 Erişim: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-037535.pdf>. Erişim tarihi: 09.04.2013
6. Türkiye Kanser Kayıtlığı. Erişim: <http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-kayitligi/108-t%C3%BCrkiyede-kanser-kayitligi.html>. Erişim tarihi: 12.10.2013
7. **Arıkan K.** Kanser Hastalarında Psikolojik Destek. *Klinik Gelişim Dergisi*, **2004**;17:77-86
8. **Aranda KS, Hayman WA.** *Cancer Nursing*. **2001**;24(4):300-306
9. **Nijboer C, Tempelear R, Sanderman R, Triemstra M, Spruijt RJ, Bos Van Den GAM.** Cancer and caregiving: The impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology*, **1998**; 7:3-13
10. **Platin N.** Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. 2.Baskı.Ed., Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı **1989**.
11. **Caley A, Jones R.** The principles of cancer treatment by chemotherapy. *Surgery*, **2012**;30(4): 186-190
12. **Bhosle J, Hall G.** Principles of cancer treatment by chemotherapy. *Surgery*, **2009**;4(27):173-177
13. **McCarthy B.** Family Members of Patients With Cancer: What They Know, How They Know and What They Want to Know. *European Journal of Oncology Nursing*, **2011**; 15: 428-441
14. **Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T.** Kanser Hastalarında majör depresyon sıklığı ve ilişkili etmenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; **2008**; 9:59-66
15. **Öz F, Beser GN.** Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2003**; 7 (1):47-58
16. **Fadıloğlu Ç, Soğukpınar N.** Kanserli hastada hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları*, **1996**;8: 3-4

17. **Öner İ Ö.** Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, **2012**
18. **Uğur Ö.** Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2006**.
19. **Okçin F.** Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2007**.
20. **Cameron J, Franche R-L, Cheung MA, Stewart ED.** Lifestyle Interference and Emotional Distress in Family Caregivers of Advanced Cancer Patients. *American Cancer Society*, **2002**; 94(2):521-527
21. **Silver JH, Wellman N.** Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care Technologies. *Journal of the American Diet Association*, **2002**; 102 (6):831-836.
22. **Teschendorf B, Schwartz C, Ferrans CE, O'Mara A, Novotny P, Sloan J.** Caregiver role stress: When families become providers. *Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center*, **2007**; 14 (2): 183-189
23. **Jeannie VP, Fran B, Isaac N, Ruth MC.** Participant Characteristics Before and 4 Months Attendance at a Family Caregiver Cancer Education Program. *Cancer Nursing*, **2000**: 23(4): 295-303
24. **Nijboer C, Tempelaar R, Sanderman R, Triemstra M, Spruijt RJ, Van Den Bos GA.** Cancer and caregiving: The impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology*, **1998**; 7: 3-13
25. **Tsigaropoulos T, Mazaris E, Chatzidarellis E, Skolarikos A, Varkarakis Ben, Deliveliotis C.** Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. *International Journal of Nursing Practice*, **2009**; **15**: 1-6
26. **Çivi S, Kutlu H, Çelik H.** Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2011**; 53: 248-253
27. **Weitzner MA, Jacobsen PB, Wagner H, 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. *Quality of Life Research*, **1999**; 8:55-63
28. **McCarthy B.** Family members of patients with cancer: What they know, how they know and what they want to know. *European Journal of Oncology Nursing*, **2011**; 428-441
29. **Can G.** Gastrointestinal Sorunlar. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıtı Dayalı Semptom Yönetimi, İstanbul, 3P-Pharma Publication Planning, **2007**:44-46
30. **Fridriksdottir N, Saevarsdottir Þ, Halfdanardttir SI, Jonsdottir A, Magnusdottir H, Ólafsdottir KL, Gudmundsdottir G, Gunnarsdottir S.** Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncologica*, **2011**; 50: 252-258

31. **Uğur Ö, Fadiloğlu Ç.** Kanser Hastasına Bakım Verenlere Uygulanan Planlı Eğitimin Bakım Verme Yükü Üzerine Etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **2012**;53-58
32. **Sharpe L, Butow P, Smith C, Mcconnel D, Clarke S.** The Relationship Between Available Support, Unmet Needs and Caragiver Burden in Patients With Advanced Cancer and Their Carers. *Psycho-Oncology*, **2005**;14: 102–114
33. **Tang TS, Li C-Y.**The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Journal of Psychosomatic Research*, **2008**; 64 ;195–203
34. **ML Chen, LC Hu.** The generalizability of Caregiver Strain Index in Family Caregivers of Cancer Patients. *International Journal of Nursing Studies*, **2002**; 39: 823–829
35. **Stenberg U et al.** Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*, **2010**; 19: 1013–1025
36. **Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman RN.** Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden . *National Council on Family Relations*, **1985**; 34, 19-26.
37. **Toseland RW, Smith G, McCallion P.** Family Caregivers of The Frail Elderly, Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations. Editör., Gitterman A.2nd. Columbia University Press, **2001**
38. **Akm S, Durna Z.** A comparative descriptive study examining the perceptions of cancer patients, family caregivers, and nurses on patient symptom severity in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, **2012**:1-8
39. **Yun Ho Y, Rhee YS, Kang IO, Lee SJ, Bang SM, Lee SW, Kim SJ, Shin SW, Hong SY.** Economic Burdens and Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Patients. *Oncology*, **2005**; 68:107–114
40. **Türkoğlu N.** Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Yaşam Kalitelerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2010**
41. **Şahin AZ.** Kemoterapi Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Gösterdikleri Tepkiler İle İfade Tarzlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum,**2009**
42. **Given B, Wyatt G, Given C, Sherwood P, Gift A, DeVoss D, Rahbar M.**Burden and Depression Among Caregivers of Patients With Cancer at the End of Life. *Oncology Nursing Forum*, **2004**;31(6):1105-117
43. **Murat Ç.** Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalar ve Yakınlarında Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, **2011**
44. **Öksüz E, Barış N, Arslan F, Ateş AM.** Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Psikiyatrik Semptom Düzeylerine Bakım Verme Yükleri. *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi*, **2013**;7(1):24-30
45. **Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle C, Willan A, Viola R, Coristine M, Janz T, Glossop R.** Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregiver. *Canadian Medical Association or its licensors*, **2004**;170(12):1795-801

46. **Özdemir FK, Şahin AZ, Küçük D.** Kanserli Çocuğu Olan Annelerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, **2009**;26: 153-158
47. **Orley J, Kuyken W.** The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment Instrument (the WHOQOL). *Quality of Life Assessment: International Perspectives.* Springer Verlag, Heidelberg, **1994**: 41-57
48. **Eser E.** Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu. Manisa, **2012** :2-5
49. **Öksüz E.** Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi. Ankara: Başken Üniversitesi, **2005**:1-6
50. **Minaya P, Baumstarck K, Berbis J, Goncalves A, Barlesi F, Michel G, Salas S, Chinot O, Grob JJ, Seitz JF, Bladou F, Clement A, Mancini J, Simeoni MC, Auquier P.** The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire (CarGOQoL): Development and validation of an instrument to measure the quality of life of the caregivers of patients with cancer. *European Journal Of Cancer*, **2012**; 48: 904-911
51. **Hacalioglu N, Özer N, Karabulutlu EY, Erdem N, Erci B.** The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, **2010** ;14: 211–21
52. **Karabuğa H.** Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2009**.
53. **Francis EL, Worthington J, Kypriotakis G, Rose JH.** Relationship quality and burden among caregivers for late-stage cancer patients. *Support Care Cancer*, **2010**;18:1429–1436
54. **Longo C, Fitch M, Deber RB, Williams PA.** Financial and Family Burden Associated with Cancer Treatment in Ontario, Canada. *Support Care Cancer*, **2006**; 14: 1077–1085
55. **Yeh P, Wierenga EM, 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): 154-166
56. **Güneş Z, Çalışır H, Özkan A, Orhan G.** Burdens perceived by the family caregivers of cancer patients receiving outpatient chemotherapy and family functions: a crosssectional study. *HealthMED Journal*, **2012**;3(6)856-863
57. **Karabulutlu YE, Akyl R, Karaman S, Kara M.** Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, **2013**;28(1):1-9
58. **Yalman D, Aydemir G, Sanal S.** Kemoterapi Sertifika Programı Modül 1 ve Modül 2. T.C Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, yayın no:620,Ankara **2001**:1-49
59. **Sert H, Gözdemir M, Demircioğlu İR, Usta B.** Kemoterapi ve Anestezi. Erişim: <http://www.yenitip.org/pdf/Makale46d52478b9955.pdf>. Erişim tarihi: 15.11.2013
60. **Aydoğan F, Uygun K.** Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim*, **2011**; 24: 4-9

61. **Zabora J, Brintzenhofeszoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S.** Prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*, **2001**;10(1):19-28
62. **Hawkins R, Grunberg S.** Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Challenges and Opportunities for Improved Patient Outcomes. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **2009**;13(1):54-64
63. **Brown CG, Wingard J.** Clinical Consequences of Oral Mucositis. *Seminars in Oncology Nursing*, **2004**; 20(1):16-21
64. **Joyce M, Yasko RN.** Çeviren, Çotuk B. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul, **1994**: 83-153
65. **Alican F.** Kanser Fikri. Alfa Matbaacılık, İstanbul, **1993**:35-52
66. **Gobel HB.** Bleeding due to thrombocytopenia. Nursing Management Of Symptoms Associated With Chemotherapy. Pharmacia Corporation, Pittsburgh, **2001**:165-18
67. **Wu Y, Aravind S, Ranganathan G, Martin A, Nalysnyk L.** Anemia and Thrombocytopenia in Patients Undergoing Chemotherapy for Solid Tumors: A Descriptive Study of a Large Outpatient Oncology Practice Database, 2000–2007. *Clinical Therapeutics*, **2009**;31: 2146-2432
68. **Üreyen I, Karakök A, Hızlı D, Tohma A, Tapısız Ö, Turan T, Boran N, Tulunay G, Köse FM.** First-Line Adjuvan Paklitaksel/ Karboplatin Kemoterapisi Alan Hasta Grubunda Yaşın Hematolojik Toksikite Üzerindeki Etkisi. *Yeni Tıp Dergisi*, **2012**;29(4):202-205
69. **Friese CR.** Chemotherapy-induced neutropenia: important new data to guide nursing assesment and management. *Advanced studies in nursing*, **2006**;4(2):21-24
70. **Crawford J, Dale CD, Lyman GY.** Chemotherapy-Induced Neutropenia Risks, Consequences, and New Directions for Its Management. *Cancer January*, 2004; 100(2): 228-236
71. **Shelton B.** Evidence-Based care for the neutropenic patient with leukemia. *Seminars in Oncology Nursing*, **2003**; 19(2): 133-141.
72. **Doğan M.** Febril Nötropenik Olguların Empirik Tedavisinde Beta-Laktom Monoterapisi ile Beta-Laktam ve Amikasin Kombinasyonun Etkinliğinin Karşılaştırılması. İstanbul ,**2008**
73. **Kazancı M, Kıraklı C, Erbaycu E.A, Güçlü S.Z.** Akciğer Kanseri Uygulanan Kemoetrapiyeye Bağlı Toksikite. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, **2012**; 26(3): 165-171
74. **Spivak JL, Gascon P, Ludwig H.** Anemia Management in Oncology and Hematology. *The Oncologist* **2009**, 14: 43-56.
75. **Cunnigham RS.** Anemia in the oncology patient: Cognitive Function and Cancer. *Cancer Nursing*, **2003**;26: 38-42

76. **Çakan A, Erbaycu EA, Aksel N, Özsöz A.** Akciğer Kanseri Olgularında Kemoterapi Sonrası Gelişen Hematolojik Komplikasyonlar. *Solunum Dergisi*, **2004**; 6(1):53-61
77. **Littlewood TJ, Bajetta E, Nortier JWR, Vercaemmen E, Rapoport B.** Effects of Epoetin Alfa on Hematologic Parameters and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Nonplatinum Chemotherapy: Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, **2001**; 19 (11) :2865-2874
78. **Iop A, Manfredi AM, Bonura S.** Fatigue in cancer patients receiving chemotherapy: an analysis of published studies. *Annals of Oncology*, **2004**; 15: 712–720
79. **Curt GA.** The impact of fatigue on patients with cancer: overview of fatigue 1 and 2, *The Oncologist*, **2000**; 5 (2): 9-12
80. **Nerenz DR, Leventhal H, Love RR.** Factors contributing to emotional distress during chemotherapy. *Cancer*, **1982**; 50: 1020–1027
81. **Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy AA.** Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**;1(3) :153-164
82. **Jim HSL, Small B, Faul LA, Franzen J, Apte S, Jacobsen PB.** Fatigue, Depression, Sleep, and Activity During Chemotherapy: Daily and Intraday Variation and Relationships Among Symptom Changes. *Annals of Behavioral Medicine*; **2011**;42:321–333
83. **Teunissen S, Wesker W, Kruitwagen C, Hanneke H, Voest EE, Graeff A.** Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, **2007**; 34(1):94-103
84. **Yalçın B, Büyükçelik A, Şenler FA, Utkan G, Tek İ, Doğan M, Doruk H, Demirkazık A, Akbulut H, İçli F.** Frequency of symptoms in patients with advanced cancer. *Turkish Journal of Cancer*, **2005**;35(4):177-180
85. **Ihbe-Heffinger A, Ehlken B, Bernard R, Berger K, Peschel C, Eichler HG, Deuson R, Thödtmann J, Lordick F.** The impact of delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting on patients, health resource utilization and costs in German cancer centers. *Annals of Oncology*, **2004**; 15(3), 526–536.
86. **Ökten Ç.** Ayaktan Kemoterapi Alan Gastrointestinal Kanseri Hastaların Evde Karşılaştıkları Sorunlar ve Kullandıkları Baş etme Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2012**.
87. **Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A.** Kemoterapi Alan Kanseri Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 10(1): 15-28

88. **Lohr L.** Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. *The Cancer Journal*, **2008**; 14(2): 85-93
89. **Stein A, Voigt W, Jordan K.** Chemotherapy-induced diarrhea: pathophysiology, frequency and guideline-based management. *Therapeutic Advances in Medical Oncology*, **2010**;2(1):51-63
90. **Benson III AB, Ajani JF, Catalano BR, Engelking C, Kornblau SM, Martenson JA, McCallum R, Mitchell EP, O'Dorisio TM, Vokes EE, Wadler S.** Recommended Guidelines for the Treatment of Cancer Treatment-Induced Diarrhea. *Journal of Clinical Oncology*, **2004**; 22(14):2918-2926
91. **Fallon M, O'Neill B.** ABC of palliative care Constipation and diarrhoea. *British Medical Journal*, **1997**;315: 1293-1296
92. **Ünsar S, Fındık ÜY, Kurt S, Özcan H.** Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2007**;2(5):89-106.
93. **Türkçapar H.** Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, **2004**;Ek 4:12-16
94. **Ateşçi F, Oğuzhanoglu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N.** Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2003**; 14(2):145-152
95. **Chapman CR, Casey KL, Dubner R, Foley KM, Gracely RH, Reading AE.** Pain measurement, an overview. *Pain*, **1985**;22:1-31
96. **Portenoy RK, Lesage P.** Management of cancer pain. *The Lancet*, **1999**; 353(15): 1695- 1700
97. **Yates P, Aranda S, Edwards H, Nash R, Skerman H, McCarthy A.** Family caregivers' experiences and involvement with cancer pain management. *Journal of Palliative Care*, **2004**;20, 287-296
98. **Kasuya RT, Polgar-Bailey P.** Caregiver Burden And Burnout A Guide For Primary Care Physicians, *Postgraduate Medicine*, **2000**; 108 (7): 119-123
99. **Blum K, Sherman WD.** Understanding The experience of Caregivers: A Focus on Transitions. *Seminars in Oncology Nursing*, **2010**; 26(4): 243-258
100. **Erdemir F, Hakverdioğlu G, Yılmaz E, Ayrıl N.** Hemiplejili hastaların aile yakınlarının bakım verici rolünde zorlanma tanısı yönünden değerlendirilmesi. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri. Klinik uygulama, eğitim, araştırma ve yönetimde kullanımı. Ankara: Başkent Üniversitesi Basın Yayın ve Halkla İlişkiler Bürosu, **2003**:169-177,
101. **Grad J, Sainsbury P.** Mental illness and the family. *Lancet I*, **1963**; 544-547
102. **Sales E.** Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*, **2003**; **12** (1): 33-41

- 103. McCorkle R, Grant M, Frankw SM, Baird S.** (1996). *Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook*, W.B. Saunders Company., Philadelphia.
- 104. Parks SM, Novielli KD.** A practical guide to caring for caregivers. *American Family Physician* **2000**;62(12):2613-22
- 105. Mellon S.** Comparisons between cancer survivors and family members on meaning of the illness and family quality of life. *Oncology Nursing Forum*, **2002**;29(7):1117- 25.
- 106. Polat H, Ergüney S, Şahin Z.** Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2009**; 12(2):1-9
- 107. Görgülü Ü, Akdemir N.** İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, **2010**;20(4): 125-132
- 108. Schulz R, Beach S.** Caregiving as a Risk Factor for Mortality, *The Journal of the American Medical Association*, **1999**; 282(23): 2215-2219.
- 109. Ferrell B, Ervin K, Smith S, Marek T, Melancon C.** Family perspectives of ovarian cancer. *Cancer Pract*, **2002**; 10 (6): 269-275.
- 110. Fallowfield L.** Helping the relatives of patients with cancer. *European Journal of Cancer*, **1995**; 31A: 1731-1732
- 111. McCorkle M, Lusk E, Yost SL, Jepson C, Malone D, Baird S.** Cancer Experience: Relationship of Psychosocial Responses to Caregiver-Burden Over Time. *Psycho-Oncology*, **1993**; 2:21-32
- 112. McMillan SC, Small BJ, Weitzner M, Schonwetter R, Tittle M, Moody L, Haley WE.** Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer a randomized clinical trial. *Cancer*, **2006**; 106(1): 214-222.
- 113. Chang WE, Tsai Y, Chang T, Tsao C.** Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psycho-Oncology*, **2007**; 16: 950-955.
- 114. Bektaş AH, Özer CZ.** Reliability and Validity of the Caregiver Quality of life Index-cancer (CQOLC) Scale in Turkish Cancer Caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, **2009**; 18:3003-3012
- 115. Anderson BL, Golden-Kreutz D.** Sexual self concept for the women with cancer: Implications for women and partners. *Cancer and The Family*, John Wiley&Sons, England, Baider L., Cooper C.L., De-Nour A.K(Eds) **1996**, 337-366
- 116. Nazlı S.** Aile Danışması. Ankara, 2000 Nobel Yayın Dağıtım
- 117. Gemalmaz H.** Prostat Kanserinde Eşlerin Durumu Nedir? Yaşam kaliteleri etkileniyor mu? *Üroonkoloji Bülteni*, **2011**; 2: 103-105
- 118. Coristine M, Crooks D, Grunfeld E, Stonebridge C, Christie A.** Caregiving for Women With Advanced Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, **2003**; 12: 709-719

- 119. Dalkey N, Rourke D.** Experimental assessment of Delphi Procedures With Group Value Judgement. Quality of Life: Delphi Decision-Making. Ed, **1971**
- 120. Hörnquist JO.** Quality of life: Concept and assessment. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1989; (18):69-79.
- 121. Rogers ME.** The science of unitary human beings: current perspectives. *Nursing Science Quarterly*, **1994**;7:33-35
- 122. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG.** Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations of experience. *British Medical Journal*, **2001**; 322:1240-1243
- 123. Johansson GF, Lachica EM, Fall-Dickson JM, Kennedy J.** Psychological Distress, Fatigue, Burden of Care, and Quality of Life in Primary Caregivers of Patients With Breast Cancer Undergoing Autologous Bone Marrow Transplantation. *Oncology Nursing Forum*, **2004**; 31(6): 1161-1169
- 124. Grov EK, Dahl AA, Moum, T, Fossa, SD.** Anxiety, Depression, and Quality of Life in Caregivers of Patients With Cancer in Late Palliative Phase, *Annals of Oncology*, **2005**; 16: 1185-1191
- 125. Kızılcı S.** Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **1999**;3(2):18-26
- 126. Meyers JL, Gray LN.** The Relationships Between Family Primary Caregiver Characteristics and Satisfaction With Hospice Care, Quality of Life and Burden. *Oncology Nursing Forum*, **2001**;28(1):73-82.
- 127. Bilge A, Ünal G.** Kanserli Hasta Yakınlarının Öfke ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2005**; 21 (2) : 37-46
- 128. Fadıloğlu Ç.** Kanserli hastaya bakım verenlerin gereksinimlerinin saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1995**; 11(2): 43-54
- 129. Özdamar K.** Paket Programlar ile İstatiksel Veri Analizi. Kaan Kitabevi, **2004**;633
- 130. Çetinkaya Y.** Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Stres, Stres Yaratan Durumlar ve Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir ,**2006**
- 131. Wells No J, Cagle SC.** Perceived Mood, Health, and Burden in Female Mexican American Family Cancer Caregivers. *Health Care for Women International*, **2009**; 30:629–654
- 132. Babaoğlu E, Öz F.** Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal Ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2003**; 2:24-33
- 133. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L.** Caregivers of Advanced Cancer Patients. *Cancer Nursing*, **2007**; 30(5): 412-418

- 134. Clark MM, Rummans TA, Sloan JA, Jensen A, Atherton PJ, Frost MH, Richardson JW, Bostwick JM, Johnson ME, Hanson JM, Brown PD.** Quality of Life of Caregivers of Patients With Advanced-Stage Cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*; **2013**;23(3): 185-191
- 135. Kim Y, Baker F, Spillers RL.** Cancer Caregivers' Quality of Life: Effects of Gender, Relationship, and Appraisal. *Journal of Pain and Symptom Management*, **2007**; 34(3): 294-302
- 136. Kim Y, Spillers RL.** Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, **2010**; 19: 431-440
- 137. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, Geertrudis AM.** Determinants of Caregiving Experiences and Mental Health of Partners of Cancer Patients. *Cancer*; **1999**;86(4): 577-588
- 138. Sarı D, Eşer İ, Khorshid L.** Kanser Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Uyku Kalitesi ve Depresyon Düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2010**; 26 (1) : 1-10
- 139. Longo CJ, Fitch M, Deber RB, Williams AP.** Financial and family burden associated with cancer treatment in Ontario, *Canada Support Care Cancer*, **2006**;14: 1077-1085
- 140. Given CW, Stommel M, Given B, Osuch J, Kurtz EM, Kurtz JC.** The Influence of Cancer Patients' Symptoms and Functional States on Patients' Depression and Family Caregivers' Reaction and Depression. *Health Psychology*, **1993**; 12(4):277-285
- 141. Elçigil A, Conk Z.** Çocuğu Kanser Olan Annelerin Aile Yükünün Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2010**;3 (4): 175-181
- 142. Malak AT, Dicle A.** Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, **2008**;18(2) :118-121
- 143. National Brain Tumor Foundation.** The Essential Guide to Brain Tumors. Erişim: <http://www.biak.us/sites/default/files/pdf/The-Essential-Guide-to-Brain-Tumors.pdf>. Erişim tarihi: 16.11.2013
- 144. Dökmen ZY.** Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları ile Sosyal Destek Ağları Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2012**, 3(1):3-38

EKLER

EK-1. Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükleri İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Veri Toplama Formu

Sayın katılımcı,

Bu anket formu Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükleri ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki adlı araştırma kapsamında bilgi toplanması amaçlanmaktadır.

Araştırmada sosyo-demografik ve bakıma ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik Veri Toplama Formu, yaşam kalitenizi değerlendirmeye ilişkin ‘‘Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’’ve bakımla ilgili yaşadığınız sıkıntıları saptamaya yönelik ‘‘Bakım Veren Stres Ölçeği’’ kullanılacaktır. Veri toplama Formunda sosyo- demografik özellikleri belirlemeye yönelik 14 ve bakım verme işlevine ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik 10 soru olmak üzere toplam 24 soru, ‘‘Bakım Veren Stres Ölçeği’’ 13 soru, ‘‘Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’’ 37 sorudan oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan Veri Toplama Formu’nun uygulanma süresi yaklaşık olarak 10 dakika, ‘‘Bakım Veren Stres Ölçeği’’nin uygulanma süresi yaklaşık 10 dakika, ‘‘Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’’ yaklaşık 10 dakika olmak üzere toplam 30 dakika sürecektir.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Nilay Bektaş

BÖLÜM 1

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?:.....

2. Cinsiyetiniz nedir?

Kadın Erkek

3. Nerede yaşıyorsunuz?

İl İlçe Kasaba Köy

4. Eğitim durumunuz nedir?

İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Lisansüstü

5. Kiminle yaşıyorsunuz?

Yalnız Eş Çocuklar

6. Medeni durumunuz nedir? (Bekar iseniz 9. Soruya geçiniz)

Bekar Evli Boşanmış /Dul

7. Kaç çocuğunuz var? (Belirtiniz)

8. Sizin bakmakla yükümlü olduğunuz çocuk sayısı nedir? (Belirtiniz)

9. Bakmakla yükümlü olduğunuz başka kimse var mı?

Evet Hayır

10. Cevabınız “evet” ise kimlere bakıyorsunuz?

11. Mesleğiniz nedir?

12. Çalışıyor musunuz?

Evet Hayır

13. Günde kaç saat çalışıyorsunuz?

14. Size göre gelir düzeyiniz nasıldır?

Gelir giderden az Gelir gidere denk Gelir giderden fazla

BÖLÜM 2

BAKIM VERME İŞLEVİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

15. Bakım verdiğiniz hastaya yakınlık dereceniz nedir?

Eşim Annem Babam Çocuğum Diğer
(Belirtiniz)

16..Hastanıza hastalığı nedeniyle ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

(Belirtiniz ay /yıl)

17. Hastaya günde ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz? (Belirtiniz)

18.Bakım konusunda destek aldığınız kişi/ kişiler var mı?

Evet Hayır

19.Yanıtınız “evet” ise kim/kimler?

20. Bakım vermeye başladığınız andan itibaren maddi sorunlar yaşıyor musunuz?

Evet Hayır

21.Bakım verme sorumluluğunuzdan kaynaklanan aile içi ilişkilerinizde değişim yaşadınız mı?

Evet Hayır

22. Bakım verme sorumluluğunuzdan kaynaklanan sosyal ilişkilerinizde değişim yaşadınız mı?

Evet Hayır

23. Bakım verme sorumluluğunuzdan kaynaklanan psikolojik olarak aşağıdaki sıkıntılardan en çok yaşadıklarınızdan üçünü sıralayınız.

Ağlama isteği Depresyon
 Uykusuzluk Genelde sinirlilik hali
 Stres Mutsuzluk
 Çaresizlik Diğer (belirtiniz)

23. Kemoterapi sonrası kemoterapinin yan etkilerine bağlı bazı sorunlar görülebilir. Sizin hastanızda görülen ve bakım verirken en çok sıkıntı yaşadığınız sorunlardan ilk üçünü sıralayınız.

Bulantı

Konstipasyon (kabızlık)

Kusma

Ağızda yara

İştahsızlık

Saç dökülmesi

Enfeksiyon

Yorgunluk

Diyare (ishal)

Cilt renginde değişiklik

Anemi

Kaşıntı

EK-2**BAKIM VERENİN STRES ÖLÇEĞİ**

Size başkalarının zor bulduğu bir işler listesini okuyacağım.

Bunlardan hangilerinin sizin için geçerli olduğunu bana söyler misiniz?

(Örnekler veriniz)

	Evet:1	Hayır:0
<i>*Uykum bölünüyor.</i> (Örn:.....yatıyor,kalkıyor yada gece dolaşiyor)		
<i>*Bu uygun bir işdeğil.</i> (Örn: Yardım çok zaman alıyor ya da yardım etmek için arabayla uzun bir yol gitmek gerekiyor)		
<i>*İş fiziksel bir zorluk getiriyor.</i> (Örn: Hastanın sandalyesine oturtulması, sandalyeden kaldırılması, ya da çaba ve dikkat gerektirmesi gibi)		
<i>*İş, beni sınırlıyor.</i> (Örn: Hastaya yardım etmek boş zamanımı sınırlandırıyor ya da arkadaşlarımı ziyaret edemiyorum)		
<i>*Aile yaşantımda değişiklikler oldu.</i> (Örn: Bakım veriyorum, düzenim bozuldu, hiçbir mahremiyetim kalmadı...)		
<i>*Kişisel planlarımda değişiklikler oldu</i> (Örn: Bir işi geri çevirmek zorunda kaldım, tatile çıkamadım)		
<i>*Çalışma süremde başka istekler oldu</i> (Örn: Diğer aile bireylerinden gelen istekler...)		

	Evet:1	Hayır:0
*Duygusal yönden değişiklikler oldu. (Örn: Şiddetli münakaşlar ...)		
*Hastanın bazı davranışları can sıkıcı (Örn: İdrar ya da gaitasını tutamama, bazı şeyleri hatırlayamama, ya da başkalarını eşyalarını almakla suçlaması)		
*Hastanın önceki halinden çok değiştiğini görmek can sıkıcı bir durum. (Örn:Öncekinden farklı birisi..)		
*İşimle ilgili düzenlemeler oldu (Örn:İzin almak zorunda kaldığım için)		
*İş, mali yönden stres getiriyor.		
*İş yükü altında tamamen ezildiğimi hissediyorum (.....konusunda kaygılıyım,bakım konusunda endişelerim var)		
Toplam puan: Evet cevaplarını sayınız. Her evet cevabı için o alanda bir müdahale duyulan ihtiyacı gösterir. 7 ya da daha yüksek bir puan, yüksek stres düzeyini gösterir)		

EK-3

KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

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

Fiziksel Sağlık Durumu

Aşağıda verilen sorunları ne ölçüde yaşıyorsunuz.

1. Yorgunluk

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sorun yok

ciddi sorun

2. İştah değişiklikleri

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sorun yok

ciddisorun

3. Ağrı veya Sızı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sorun yok

ciddi sorun

4. Uyku değişiklikleri / düzensizlikleri

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sorun yok

aşırı derecede

5. Genel olarak fiziksel sağlığınızı değerlendirin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Oldukça kötü

mükemmel

24. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi **kişisel ilişkilerinize** ne derecede engel oluyor ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç

tamamıyla

25. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi **cinsel yaşantınıza** ne derecede engel oluyor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç

tamamıyla

27. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi **evdeki aktivitelerinize** ne derecede engel oluyor ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sorun yok

ciddi sorun

28. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi sizin çevrenizden ne kadar izole (yalnız) olmanıza neden oluyor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç

tamamıyla

Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu

6. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisinin sonucu ile **baş edebilmek** sizin için ne kadar güç ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç güç değil

oldukça güç

7. Yaşam kaliteniz genel olarak nasıl?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç güç değil

oldukça güç

8. Kendinizi ne kadar **mutlu** hissediyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç değilim

çok mutluyum

9. Yaşamınızdaki olayların **kontrolünüzde** olduğunu hissediyor musunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç değil

tamamen kontrolümde

10. Yaşamınızdaki ne kadar **memnunsunuz?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç değilim

çok memnunum

11. Şu sıralar bazı şeyleri **hatırlama ya da konsantre olabilmeyeteneğiniz** nasıl?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Oldukça zayıf

mükemmel

21. Genel olarak **psikolojik sağlığınıza** değerlendirin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Son derece kötü

mükemmel

30. Genel olarak sosyal ilişkilerinizi değerlendirin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Oldukça kötü

mükemmel

35. Yaşamda bir amacınız/göreviniz ya da yaşamak için bir nedeniniz var mı?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç yok

oldukça fazla

36. Kendinizi ne kadar **umutlu** hissediyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç

oldukça fazla

37. Genel olarak manevi sağlık durumunuzu değerlendirin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Oldukça kötü

mükemmel

Tanıya Yaklaşım Durumu

13. Aile bireyinize **ilk kanser teşhisi** konması sizin için ne kadar üzüntü verici idi?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç

fazlasıyla

16. Genel olarak ne kadar **endişelisiniz**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç

çok fazla

17. Kendinizi ne düzeyde **depresif hissediyorsunuz?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç yok

çok fazla

18. Diğer aile bireyleriniz için **ikinci bir kanser korkusu** yaşıyor musunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç yok

çok fazla

19. Aile bireyinizde **kanserin tekrarlaması korkusunu** yaşıyor musunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç

çok fazla

20. Aile bireyinizin **kanserin başka organlarına yayılması korkunuz** var mı?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç

çok fazla

33. Aile bireyinizin geleceği ile ilgili ne kadar belirsizlik hissediyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç

oldukça

Destek ve Ekonomik Etkilenme Alt Durumu

15. Aile bireyinizin **son tedavisi bittiğinden bu ana** kadar geçen süre sizin için ne kadar üzücü?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç

çok fazla

23. Sizin dışınızda aile üyeleri /diğer kişilerden aldığınız **destek** gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli mi?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç değil

tamamen yeterli

26. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi **iş yaşantınıza** ne derecede engel oluyor ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sorun yok

ciddi sorun

29. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisinden kaynaklanan ekonomik zorluklarınızın ne ölçüde?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç yok

oldukça fazla

EK-4

Tablo-1 Aile Üyelerinin Bakım Verirken Yaşadığı Psikolojik Sorunlar

Psikolojik Sorunlar	n	%
Ağlama İsteği	41	34,5
Stres	38	32,8
Mutsuzluk	29	26,6
Çaresizlik	27	23,3

Tablo-2 Aile Üyelerinin Bakım Sunarken En çok Sıkıntı Yaşadıkları Semptomların Dağılımı

En çok Sıkıntı Yaşanan Semptomlar	n	%
Bulantı	37	30,8
Yorgunluk	34	29,1
İştahsızlık	29	24,2
Kusma	23	19,2

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
18/10/2012	20	2012/338

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sabire YURTSEVER'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükleri İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 28/09/2012 ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Başkan Yrd.

İmza
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI
Raportör

İmza
Prof. Dr. Lülüfer TAMER GÜMÜŞ
Üye

(Katılmadı)
Doç. Dr. İrfan AYAN
Üye

İmza
Prof. Dr. Aylın ERTEKİN YAZICI
Üye

İmza
Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

İmza
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

(Katılmadı)
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

(Katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Üye

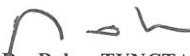
(Katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

İmza
Uzm. Dr. Kıvılcım EREN ERDOĞAN
Üye

İmza
Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

İmza
Lale DAĞLI
Üye


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

T.C
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükleri ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Sabire YURTSEVER			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışması				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	Belge Adı			Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DIĞER GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>		

T.C
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	ARAŞTIRMACILARIN ÖZGEÇMİŞLERİ	<input checked="" type="checkbox"/>	
	ANKET FORMLARI	<input checked="" type="checkbox"/>	
	3 ADET LİTERATÜR	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Karar No: 2012-328	Tarih: 18.10.2012	
Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

MERSİN ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Meslek Bilimleri Bölümü Farmakoloji Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Olgü HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI	Halk Sağlığı	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Lütüfer TAMER GÜMÜŞ	Biyokimya	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Biyokimya Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. İrfan AYAN	Ortopedi ve Travmatoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Ortopedi ve Travmatoloji Ab.D.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI	Psikiyatri	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN	Mikrobiyoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji Ab.D.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER	İç Hastalıkları Hemşireliği	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE	Biyomühendislik	MEÜ Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGÖNLER	Tıp Tarihi ve Etik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıp Tarihi ve Etik Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Uzm. Dr. Kıvılcım Eren ERDOĞAN	Patoloji	Mersin Devlet Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Yüksek Şehir Plancısı Hürrem Betül LEVENT ERDAL	Şehir ve Bölge Planlama/Uluslararası Proje Yönetimi	Mersin Ticaret ve Sanayi Odası Projesi Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>

* :Toplantıda Bulunma



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.20.11.10.09/85-2710
Konu : Klinik Uygulama

Tarih: 18.10.2012

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İLGİ: 12.10.2012 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.H1.70.02-622.03 / 10741 sayılı yazınız.

İlgi yazı ile istenen, Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nilay BEKTAŞ'ın, "Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerin Bakım Yükleri ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasıyla ilgili anketi: 01 Kasım 2012 – 29 Nisan 2013 tarihleri arasında polikliğimizde çalışma yapabilmesi konusunda gerekli izin uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Prof.Dr.Orhan SEZGİN
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Prof.Dr.Ahmet İLYAN
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı

Prof.Dr.Ahmet ARICAN
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı

18 Ekim 2012
9357

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1988 yılında Kayseri’de doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Kayseri’de tamamlamıştır. 2010 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’ndan mezun oldu aynı yıl Kayseri Acıbadem Hastanesi’nde göreve başladı. 2011 yılında Mersin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dal’ında yüksek lisans eğitime ve Osmaniye Devlet Hastanesi Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi’nde çalışmaya başladı. 2014’te yüksek lisans eğitimini tamamlayan araştırmacı şu an Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi’nde çalışmaktadır.