



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN ONKOLOJİ HASTALARININ
BAKIMINDAN SORUMLU HASTA YAKINLARININ BAKIM
YÜKLERİ İLE YAŞAM DOYUMU İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esra DANACI

**Samsun
Haziran-2016**



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN ONKOLOJİ HASTALARININ
BAKIMINDAN SORUMLU HASTA YAKINLARININ BAKIM
YÜKLERİ İLE YAŞAM DOYUMU İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esra DANACI

**Danışman
Doç.Dr.Zeliha KOÇ**

**Samsun
Haziran-2016**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Esra DANACI tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Acil Servise Başvuran Onkoloji Hastalarının Bakımından Sorumlu Hasta Yakınlarının Bakım Yükleri İle Yaşam Doyumu İlişkisi başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 01/01/2016 tarihinde yapılan sınav ile Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Zeliha KOÇ.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Üye : Yrd. Doç. Dr. Serap TOPATAN.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Üye : Yrd. Doç. Dr. Nurşah BAŞOL.....
Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

01 /06/ 2016

Doç.Dr.Aydın HİM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Doç. Dr. Latif DURAN, Prof. Dr. Yücel YAVUZ, Doç. Dr. Türker YARDAN, Prof. Dr. Ahmet BAYDIN, Doç.Dr. H.Ufuk AKDEMİR, Doç. Dr. Celal KATI'ya,

Eğitimim sırasında sonsuz sevgi, sabır ve desteğini benden esirgemeyen eşim Hasan DANACI'ya,

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, bana güç veren ve bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan aileme,

Yardımlarını ve desteğini sürekli hissettiğim arkadaşım Cansu ATMACA PALAZOĞLU' na,

Sonsuz teşekkürler...

Bu tez Ondokuz Mayıs Üniversitesi BAP Komisyonu tarafından PYO.SSY.1904.15.009 proje numarası ile desteklenmiştir.

ÖZET

ACİL SERVİSE BAŞVURAN ONKOLOJİ HASTALARININ BAKIMINDAN SORUMLU HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKLERİ İLE YAŞAM DOYUMU İLİŞKİSİ

Amaç: Acil servise başvuran onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükleri ile yaşam doyumu ilişkisini belirlemek amacıyla kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini 14.09.2015-31.03.2016 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil Servisine çeşitli problem ve şikayetler nedeniyle başvuran onkoloji hastalarının bakımından sorumlu 256 hasta ve yakını oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hastayı ve bakım veren bireyi tanıttıcı bilgi formu ile Yaşam Doyum Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alpha ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %19,9'una lösemi, %19,1'ine akciğer kanseri tanısı konulduğu; %44,1'inin evre 4 olduğu; hastaların %52'sinde diğer organlara metastaz geliştiği belirlenmiş olup hastaların yaş ortalaması $56,3 \pm 15,0$ 'dır. Hasta yakınlarının %70,3'ünü kadınlar %29,7'sini erkekler oluşturmakla birlikte yaş ortalamaları $43,6 \pm 11,9$ 'dur. Bu çalışmada hasta yakınlarının Yaşam Doyum Ölçeği puanı ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması arasında orta düzeyde ters yönlü anlamlı bir ilişki ($p < 0,001$, $r = -0,485$) olduğu, Bakım Verme Yükü Ölçeği puanı arttıkça Yaşam Doyum Ölçeği puanının azaldığı belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada hasta yakınlarının bakım yükleri arttıkça yaşam doyumlarının azaldığı belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi, yardım alabilecekleri soru sorabilecekleri dernekler ve topluluklar oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis; bakım yükü; onkoloji; yaşam doyumu

Esra DANACI, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Haziran-2016

ABSTRACT

RELATION BETWEEN CARE GIVING LOAD OF PATIENT RELATIVES RESPONSIBLE OF ONCOLOGY PATIENTS IN EMERGENCY SERVICE WITH LIFE SATISFACTION

Aim: The study was planned as a cross-sectional study aiming to determine the relation between care giving load of patient relatives responsible of oncology patients in emergency service with life satisfaction.

Material and Method: The universe of the study consisted of 256 patient relatives responsible of care giving to oncology patients who visited Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center emergency service due to various problems and complaints between 14.09.2015 and 31.03.2016. Data was collected by patient and care giver introductory information form developed by researcher in line with literature and life satisfaction scale and care giving load scale. In analysis of data Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used. The reliability of the used tests were analyzed by Cronbach Alpha.

Results: Among the patients who participated to study, 19.9% were diagnosed leukemia, 19.1% were diagnosed lung cancer, 44.1% were in four stage, in 52% metastasis occurred and patient age average was 56.3 ± 15.0 . Among the patient relatives 70.3% were women, 29.7% were men and their age averages were 43.6 ± 11.9 . In this study it was determined that there was a medium level negative correlation between Life Satisfaction Scale and Care Giving Load scale point average ($p < 0.001$, $r = -0.485$) and that Life Satisfaction Scale point decreased as Care Giving Load Scale point increased.

Conclusion: In this study it was determined that life satisfaction of care givers decrease as care giving load increase. In line with the obtained findings it is suggested that patient relatives who are responsible of care giving to oncology patients should be physically, psychologically and socially supported and accordingly associations and gatherings where care givers can receive help and ask questions should be established.

Keywords: Emergency service; careload; life satisfaction; oncology

Esra DANACI, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University Samsun, June-2016

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|----|
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | v |
| İÇİNDEKİLER | vi |
| 1.GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 4 |
| 1.3. Araştırmanın Soruları | 4 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 5 |
| 2.1. Kanser | 5 |
| 2.1.1. Kanserin Epidemiyolojisi | 5 |
| 2.1.2. Kanserin Etiyolojisi | 6 |
| 2.1.3. Kanserin Belirtileri | 7 |
| 2.1.4. Kanserin Tanı Yöntemleri | 8 |
| 2.1.5. Kanserin Tedavisi | 8 |
| 2.1.6. Kanserin Birey ve Aile Üzerinde Etkileri | 10 |
| 2.2. Bakım Yüğü | 10 |
| 2.2.1. Bakım Verme Yüğü Etkileyen Faktörler | 12 |
| 2.2.2. Bakım Vermede Yaşanan Güçlükler | 13 |
| 2.3. Kanser ve Bakım Yüğü | 14 |
| 2.4. Yaşam Doyumu | 14 |
| 2.5. Onkoloji Hasta Yakınlarında Bakım Yüğü İle Yaşam Doyumunu Belirleyen Çalışmalar | 15 |
| 3. MATERYAL METOT | 18 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli | 18 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman | 18 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme | 18 |
| 3.4. Verilerin Toplanması | 19 |
| 3.5. Veri Toplama Araçları | 19 |
| 3.5.1. Hastayı Tanıtıcı Bilgi Formu | 19 |
| 3.5.2. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu | 20 |
| 3.5.3. Yaşam Doyum Ölçeği | 20 |
| 3.5.4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği | 21 |
| 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi | 22 |

| | |
|---|----|
| 3.7. Araştırmanın Etik Boyutu | 22 |
| 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları | 22 |
| 4. BULGULAR | 23 |
| 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular | 23 |
| 4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular | 25 |
| 4.3. Hastaların Acil Servise Başvuru Durumlarına İlişkin Bulgular | 28 |
| 4.4. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik ve Sağlık Özelliklerine İlişkin Bulgular | 30 |
| 4.5. Hasta Yakınlarının Bakım Verme Özelliklerine İlişkin Bulgular | 32 |
| 4.6. Yaşam Doyum Ölçeğine İlişkin Bulgular | 34 |
| 4.7. Bakım Verme Yüğü Ölçeğine İlişkin Bulgular | 45 |
| 5. TARTIŞMA | 60 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 69 |
| 6.1. Sonuçlar | 69 |
| 6.2. Öneriler | 71 |
| KAYNAKLAR | 72 |
| EKLER | 83 |
| Ek -1 Anket Formu | 83 |
| Ek-2 Yaşam Doyum Ölçeğı | 88 |
| Ek-3 Bakım Verme Yüğü Ölçeğı | 89 |
| Ek-4 Etik Kurul Onayı | 91 |
| Ek-5 Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Kullanım İzni | 92 |
| Ek-6 Yaşam Doyum Ölçeğı Kullanım İzni | 93 |
| ÖZGEÇMİŞ | 94 |

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser anormal hücrelerin yayılması ve hücre büyümesinin kontrol edilememesi ile karakterize bir hastalık grubudur. Dünyada her yedi ölümden birine kanser neden olmaktadır. Yüksek gelir durumuna sahip ülkelerde kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir. Orta ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde ise kanser kardiyovasküler hastalıklar, infeksiyon ve paraziter hastalıklardan sonra üçüncü ölüm nedenidir (American Cancer Society, 2015).

Yaşamı tehdit eden bir hastalık olan kanser bireyde korku, kaygı ve umutsuzluk yaratan, dayanılmayacak derecede ağrılar nedeniyle ölümü çağrıştıran bir hastalıktır (Öz, 2001; Arslan ve Bölükbaş, 2003; Bilge ve Ünal, 2005; Mcmillan ve ark., 2006; Bostancı ve ark., 2007; Ertem ve ark., 2009; Çivi ve ark., 2011). Kanser tanısı almak hem birey hem de aile üyeleri için travmatik bir deneyimdir. Diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında kanser bireyin günlük yaşam rutinlerini bozmakta, bireyi ve ailesini biyopsikososyal yönden etkilemektedir (Mor ve ark.,1994; Bostancı ve ark., 2007; Bektaş ve Özer, 2009; Çivi ve ark., 2011; Song ve ark., 2011). Kanser hastalığının prognozu, tedaviye bağlı olarak yaşanan problemler; hem hastanın hem de bakım veren aile üyelerinin fiziksel ve psikolojik sağlığını, sosyal ve ekonomik durumunu olumsuz yönde etkilemekte; yaşam kalitelerini ve yaşam doyumlarını azaltmaktadır (Sherwood ve ark., 2005; Gültekin ve ark., 2008; Görgülü ve Akdemir, 2010; Song ve ark., 2011; Türkoğlu ve Kılıç, 2012; Deniz ve İnci, 2015).

Son yıllarda kanser tedavisinde meydana gelen gelişmeler ile birlikte kanserin prognozu, çoğunlukla ölüm ile sonuçlanan akut bir hastalıktan çok, bakıma ihtiyaç duyulan ve uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalığa dönüşmüştür (Nijboer ve ark.,1998; Northouse ve ark., 2010; Çivi ve ark., 2011). Bu yönüyle kanser, sadece tanıyı alan kişinin sorunu olmaktan çok, tüm aile bireylerini ilgilendiren bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Bostancı ve ark., 2007; Kim ve Given, 2008). Kanser tanısı almış bireye verilen bakım; tedaviye bağlı problemlerle başetme, emosyonel, maddi ve manevi destek sağlama, bireyin kişisel bakım gereksinimlerini karşılamayı içermektedir (Given ve ark., 2001, İnci ve Erdem, 2008; Kim ve Given, 2008; Can ve ark., 2011; Atagün ve ark., 2011).

Bakım verme, birçok zorluğu beraberinde getiren ve bakım verenler tarafından çok yönlü olarak algılanan bir deneyimdir (Özdemir ve ark., 2009; Şahin ve ark., 2009). Şahin ve arkadaşlarının (2009) bildirdiği üzere bakım verme, “yakın ilişkilerin gelişimi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma ve kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğünde yaşanmasına neden olan bir durumdur” (Şahin ve ark., 2009).

Ülkemizde kanser tanısı alan bireyin bakımı genellikle aile bireyleri tarafından üstlenilmekte ve bu durum ailevi bir sorumluluk olarak algılanmaktadır (Orak ve Sezgin, 2015). Kanser hastasının bakım sorumluluğu genellikle, hastanın eşi, çocukları, akrabaları veya arkadaşları tarafından üstlenilmektedir (Babaoğlu ve Öz, 2003; Kuşçu ve ark., 2009; Türkoğlu ve Kılıç, 2012). Kanser hastalığının tedavi ve bakımının uzun sürmesi bireyin yaşamını tehdit etmekte, bireyin sosyal hayatına ve işine tekrar geri dönmesini engelleyebilmektedir (Kızılcı, 1999; Tamayo ve ark., 2010; Öksüz ve ark., 2013). Bununla birlikte kanser hastalığının tanı ve tedavisi bireyin ailesini de etkilemekte ve ailenin bakım yükünü arttırabilmektedir. Ayrıca hasta bireyin bakımını yüklenen aile üyeleri, evlilik ve aile ilişkilerinde gerginlik, günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik, bunalım, sıkıntı, sağlık problemleri ve sosyal rollerinde çatışma gibi sorunlar da yaşayabilmektedir (Nijboer ve ark., 1999; Given ve ark., 2001; Silver ve Wellman, 2002; Atagün ve ark., 2011; Girgis ve ark., 2013; Tosun ve ark., 2015).

Literatürde yük kavramı, “bakım vericinin, üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşamak gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlardır” şeklinde tanımlanmaktadır (Novak ve Guest, 1989).

Bakım verme yükü hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık oranının derecesi ile ilgidir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın derecesi arttıkça bakım verenin yükü de artmaktadır. Aynı zamanda bakım için harcanan zamanın fazla olması da bakım verenin yükünü arttırmaktadır (Karabulutlu ve ark., 2013; Sarıtaş ve ark., 2014). Literatürde bakım veren bireylerin kanser hastalarının bakım ihtiyaçlarını karşılamada, hem hastalığın kendisi hem de tedavinin yan etkisi olarak ortaya çıkan yakınmaları yönetmede ve hastalara duygusal olarak destek sağlamada güçlük yaşadıkları bildirilmektedir (Weitzner ve ark., 1999; Polat, 2011; Erdoğan ve Yavuz, 2014; Sarıtaş ve

ark., 2014). Bu güçlükler; hastanın yaşı, aldığı tedavi şekli, bireyin fonksiyonel durumu, hastalığın süresi gibi hastaya ait özelliklerden ve aynı zamanda bakım vericinin yaşı, kadın ya da erkek oluşu, hastaya olan yakınlık derecesi, eğitim düzeyi ve yakınlarından destek alma durumu gibi bakım verene ait özelliklerden etkilenebilmektedir (Karabuğa, 2009).

Bakım yükünün artması, bakım veren bireylerin yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir. Bakım veren birey her yönden kendini çaresiz hissetmekte ihtiyaçlarını karşılayamamakta ve sonuç olarak bireyin yaşamdan aldığı doyum azalmaktadır (Deniz ve İnci, 2015). Yaşam doyumunu bireyin hayattan beklentileri ile elinde olanların karşılaştırılması sonucunda elde edilen durumu ve kişinin beklentilerinin gerçek durumla karşılaştırılmasıyla ortaya çıkan sonucu gösterir. Yaşam doyumunu genellikle yaşamın tamamını ve tüm boyutlarını içerir (Arslan ve ark., 2008). Kanserin hasta ve hasta yakınları üzerindeki olumsuz etkileri, zaman içinde giderek artan bir şekilde problemlerin ortaya çıkmasına neden olur. Birey ve ailesinin yaşam şeklini ve beklentilerini etkileyerek yaşam doyumlarını azaltır (Öner, 2012).

Kanser hastaları; nötropenik ateş, omurilik basısı, beslenmeden kaynaklanan problemler, ağrı, radyoterapi, kemoterapi ve tanı amaçlı yapılan cerrahi girişimlerden kaynaklanan sorunlar; travma, kalp-damar hastalıkları, akciğer hastalıkları ile ilgili semptomlar veya tedavi ile ilgili yan etkilere bağlı olarak farklı nedenlerle acil servise başvurabilirler. Bu başvurular çoğunlukla planlanmamış ve ani gelişen bir olay sonrasında gerçekleştiği için acil servis kanser hastalarının tanı ve tedavisinde önemli bir role sahiptir (Demirkazık ve Altun, 2004; Bozdemir ve ark., 2009; Yaylacı ve ark., 2009; Koçak ve ark. 2012). Çeşitli sağlık problemlerine bağlı olarak hasta bireyin acil servise başvurması yalnızca hasta bireyin değil aynı zamanda onun bakımını üstlenen yakınlarının da ailevi, iş ve sosyal yaşamlarını etkilemektedir (Olgun ve Kuşoğlu, 2004). Literatür incelendiğinde acil servise çeşitli nedenlerle başvuran onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükleri ile yaşam doyumunu ilişkisini belirleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu, araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırma sonrasında elde edilecek veriler doğrultusunda onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükü ve yaşam doyumları belirlenecek ve uygun stratejiler geliştirilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma, acil servise başvuran onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükleri ile yaşam doyum ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Acil servise başvuran onkoloji hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri nelerdir?
2. Acil servise başvuran onkoloji hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri nelerdir?
3. Onkoloji hastalarının acil servise başvuru nedenleri nelerdir?
4. Acil servise başvuran onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükleri hangi düzeydedir?
5. Acil servise başvuran onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının yaşam doyumları hangi düzeydedir?
6. Acil servise başvuran onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının yaşam doyumları ile bakım yüklerini etkileyen faktörler nelerdir?
7. Acil servise başvuran hastaların klinik özellikleri hasta yakınlarının bakım yükleri ve yaşam doyumlarını etkilemekte midir?
8. Acil servise başvuran onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükleri ile yaşam doyumları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser; hücrelerin normal fonksiyonlarını kaybederek çoğalması, komşu dokulara yayılması ve hücre büyümesinin kontrol edilememesi ile karakterize bir hastalık grubudur (Balcı ve ark., 2005; Dalay ve Buyru, 2014). Kanserin oluşmasında kalıtsal, çevresel, sistemik ve bağışıklıkla ilgili faktörlerin etkisi vardır (Balcı ve ark., 2005; Dalay ve Buyru, 2014). Kanserde etkili olabilecek kalıtsal faktörlere genlerde meydana gelen kromozomal bozukluklar ile birlikte ailevi geçişli bazı mutasyonlar neden olmaktadır (Dalay ve Buyru, 2014). Beslenme, sanayiye bağlı kirlilik ve virüsler çevreye ait olan etkenler içinde yer alırken, bağışıklık sisteminde meydana gelen bozukluklar da sistemik etkenler içinde yer almaktadır (Dalay ve Buyru, 2014).

2.1.1. Kanserin Epidemiyolojisi

Dünyada her yedi ölümden birine kanser neden olmaktadır. Yüksek gelir durumuna sahip ülkelerde kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir. Orta ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde ise kanser kardiyovasküler hastalıklar, infeksiyon ve paraziter hastalıklardan sonra üçüncü ölüm nedeni arasında yer almaktadır (American Cancer Society, 2015).

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde önemli sağlık problemlerinden biridir (Güllü ve Zengin, 2009). International Agency for Research on Cancer verilerine göre 2012 yılında dünyada 14,1 milyon yeni kanser tanımlanmış ve bu sayının 8 milyonunu ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerdeki kanser hastaları oluşturmuştur. 2012 yılında kansere bağlı 8,2 milyon ölüm meydana geldiği, bu ölümlerin 2,9 milyonunun ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde, 5,3 milyonunun ise ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde erkeklerde prostat, akciğer, kolorektal; kadınlarda ise meme, serviks uteri ve akciğer kanseri yaygın olarak görülmektedir (American Cancer Society, 2015).

Türkiye’de kanser sıklığı Dünya ve gelişmekte olan ülkelerle benzerlikler göstermektedir. Türkiye’de 2012 yılında yaşa standardize edilmiş kanser hızı 100000 kişide erkeklerde 277,7, kadınlarda ise 188,2’dir. 2012 yılı kanser istatistiklerine göre ülkemizde yılda 105.404 erkek ve 70.897 kadın kansere yakalanmaktadır. Erkeklerde en sık görülen kanser türleri akciğer ve prostat kanseri iken kadınlarda en sık görülen kanser

türü meme kanseridir. Hem erkeklerde hem de kadınlarda kolorektal kanserler üçüncü sırada yer almaktadır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2012).

2.1.2.Kanserin Etiyolojisi

Son yıllarda yapılan çalışmalar kanserin etiyolojisinde, nedeni ve oluş mekanizması tam olarak bilinmeyen birden çok faktörün etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu faktörler sigara ve alkol kullanımı, radyasyon, uzun süre güneş ışığına maruz kalma, bazı virüsler, beslenme, hava kirliliği ve çevresel etkenleri içeren değiştirilebilen faktörler; yaş, cinsiyet ve aile gibi özellikleri içeren değiştirilemeyen faktörler olmak üzere iki grup altında incelenebilir (Arifoğlu ve ark., 2014).

Virüsler ve Diğer Biyolojik Ajanlar: Virüsler tümör oluşumunun yaklaşık olarak %20'si ile yakından ilişkilidir. Hepatit B ve C virüsü ile hepatoselüler karsinom, Epstein- Bar virüsü ile lenfoma, Human Papülloma Virüs ile serviks kanseri, insan T virüsü ile erişkin T hücreli lösemi ve Helicobacter pylori ile de gastrik kanserler ilişkilendirilmektedir (Turna 2003; Kaplan ve Dedeli, 2012; Arifoğlu ve ark., 2014; Can, 2014).

Fiziksel Faktörler: Bu grup içinde iyonize radyasyon; X ışınları (röntgen), noniyonize radyasyon (solar), güneş ışınları (mor ötesi ışınlar), radyoaktif etkenler (alfa, beta, gama ışınları), kronik irritasyon veya inflamasyon yer almaktadır (Akdemir, 2011).

Sigara ve Kimyasal Faktörler: Kansere bağlı ölümlerinin %30'undan fazlası yalnızca sigara içme nedeniyle meydana gelmektedir. Sigara içmeye başlama yaşı, günlük içilen sigara miktarı ve süresi kanser oluşumunda etkili faktörlerdir. Akciğer, larinks, farinks, özefagus, mesane, pankreas ve serviks kanserleri sigara kullanımı ile ilişkili kanserler arasında yer almaktadır (Turna, 2003; Arifoğlu ve ark., 2014).

Bireyler kimyasal ve fiziksel faktörlere buldukları çalışma ortamlarında maruz kalmaktadırlar. Kimyasal kanserojenlere asbest, arsenik, benzen, nikel, çinko, beryum ve hidrokarbonlar örnek olarak verilebilir. Literatürde asbest ve nikel ile çalışanlarda akciğer kanseri, benzene maruz kalanlarda ise lösemi geliştiği bildirilmektedir (Akdemir, 2011).

Cinsel Sağlık ve Doğurganlık: Evli kadınlarda, erken yaşta evlenenlerde, çok eşli cinsel hayata sahip olanlarda, sık ve erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlarda rahim ağzı kanseri riski artmaktadır (Akdemir, 2011; Kaptan ve Dedeli, 2012). Geç yaşta

evlenmiş, geç doğum yapmış ya da hiç doğum yapmamış kadınlarda ise meme kanseri riski oldukça yüksektir. Erken menarş, geç menopoz, ovulasyonsuz menstürel dönemin sıklığı da meme kanseri riskini etkilemektedir (Akdemir, 2011).

Genetik ve Ailesel Faktörler: Kanser türlerinin çoğunda genetik yapının etkili olduğu ve bu durumun aynı ortamda yaşama ve ortak yaşam tarzı gibi özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Turna 2003; Akdemir, 2011). Çoğunlukla belli türdeki kanserlerin %5-10'u kalıtsal özellik taşımaktadır (Yazıcı, 2014). Aileden gelen bir mutasyona sahip olduğunda kadınlarda meme ve over kanseri gelişme riski artmaktadır (Arifoğlu ve ark., 2014).

Beslenme: Tahmini olarak kanserlerin %35'i beslenme ile ilgilidir. Aşırı şişmanlık ve fazla kalorili beslenmenin endometrium ve meme kanseri ile hayvansal yağ tüketiminin fazla olmasının ise kolon, mide, pankreas ve prostat kanserleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte bazı gıda maddelerinin kanseri önleyici olduğu, çinkonun larinks ve özefagus kanserlerini önlediği belirtilmektedir (Turna, 2003; Kaptan ve Dedeli, 2012; Can, 2014).

Hormonal Faktörler: Yapılan çalışmalar, hormonal sistem bozuklukları ile kitle oluşumu ve büyümesi arasında da bir bağlantı olduğunu göstermiştir (Akdemir, 2011).

2.1.3.Kanserin Belirtileri

Kanser belirtileri oldukça fazladır. Kanser belirtileri hastalığın bulunduğu organa ve vücuttaki yayılım derecesine göre farklılık göstermektedir. Aynı zamanda bu belirtiler kişiden kişiye değişmekle birlikte hastanın hiçbir yakınması yokken kontrol muayenelerinde tesadüfen de ortaya çıkabilmektedir (Kutluk ve Kars, 2001). Kanser belirtileri kanserden etkilenen organa göre değişiklik göstermektedir (Akdemir, 2011).

Kanserin **nörolojik belirtilerine** konuşma bozukluğu (disfazi), ataksi, hemiparazi, baş ağrısı, spinal kord basısı, ağrı ve bacakta kuvvet kaybı (Akdemir, 2011);

Deri belirtilerine kaşıntı, ülserasyonlar, sarılık ve terleme (Akdemir, 2011);

Renal belirtilere kanlı idrar, idrar kaçırma ve mesaneye ilişkin sorunlar (Akdemir, 2011);

Kardiyovasküler belirtilere venakavada obstrüksiyona ilişkin olarak üst ya da alt ekstremitte belirtileri, anemi ve pıhtılaşma bozuklukları (Akdemir, 2011);

Solunum belirtilerine solunum güçlüğü, solunum yolu enfeksiyonları, plevral effüzyon, öksürük, hemoptizi ve sekresyonda artma (Akdemir, 2011);

Gastrointestinal belirtilere konstipasyon, diyare, bulantı- kusma, anoreksia, intestinal obstrüksiyon, karında asit, yutma güçlüğü, ağız kuruluğu, paslı dil, ülserasyonlar, ağrı ve ağız kokusu gibi belirtiler örnek olarak verilebilir (Akdemir, 2011).

2.1.4.Kanserin Tanı Yöntemleri

Kanser tanısı konulurken kullanılan bir çok yöntem vardır. Bu yöntemlere hastanın öyküsünü alma (yaşı, cinsiyeti mesleği, alışkanlıkları, ailesinde kanser tanısı alan birey bulunma durumu vb.), fizik muayene, laboratuvar incelemeleri (kan testleri, idrar testleri, karaciğer testleri, bazı kansere ait özel enzimler vb.), görüntüleme yöntemleri (ultrason, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans vb.), radyoizotop tarama teknikleri, sitoloji, biyopsi, mamografi, endoskopi, kemik iliği ve genetik incelemeleri örnek olarak verilebilir (Kutluk ve Kars, 2001; Balcı ve ark., 2005; Kaptan ve Dedeli, 2012; Şen ve Aydın, 2014).

2.1.5.Kanserin Tedavisi

Kanser tedavisinde amaç kanser belirti ve bulgularının tamamen yok edilmesi, kanser semptomlarının azaltılarak, bireyin yaşam süresinin uzatılması ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Yeşilbalkan ve ark., 2005; Akdemir, 2011). Bu amaçla kanser tedavisinde cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve immünoterapi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bu tedavilerin yanı sıra hormon tedavisi, alternatif tedavi, kemik iliği ve kök hücre nakli uygulaması gibi tedavi yöntemlerinden de yararlanılmaktadır. Kanser tanısı almış olan bireyin hastalık prognozuna göre bu tedavi yöntemlerinden biri ya da birkaçı kullanılabilir (Balcı ve ark., 2005; Dedeli ve Kaptan, 2012).

Kemoterapi: Neoplastik hastalığın sürecini yavaşlatan, durduran ya da ilerlemesini önleyen antikanser ilaçların kullanılması işlemi kemoterapi olarak tanımlanmaktadır. Kanserin türü ve evresine bağlı olarak kemoterapi; kanseri tedavi etmek, yayılmasını önlemek, gelişimini yavaşlatmak ve kanserin neden olduğu semptomları ortadan kaldırmak amacıyla uygulanmaktadır (Aslan ve ark., 2006; Dedeli ve Kaptan, 2012; Büker ve Şen, 2014). Kemoterapi yalnızca hastalığın bulunduğu bölgeye değil uzak bölgelere yayılmış olan tüm kanserli hücrelere de etki eden sistemik

bir tedavidir (Kutluk ve Kars, 2001). Kemoterapik ilaçlar tek başına kullanılabilceği gibi radyoterapi ile birlikte, ameliyattan önce (neoadjuvant kemoterapi) ya da ameliyat sonrası (adjuvant kemoterapi) kullanılabilir (Balcı ve ark., 2005; Yıldız, 2014).

Radyoterapi: Radyoterapi kanser tedavisinde, kanserli hücrelerin lokalize oldukları alanın yanındaki normal dokulara zarar vermeden yok edilmesini sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (Balcı ve ark., 2005; Dedeli ve Kaptan, 2012; Kiriz ve Güvenli, 2014; Can, 2014). Kanser tedavisinde radyoterapi tek başına uygulanabileceği gibi cerrahi öncesi ve sonrası ya da kemoterapi ile birlikte ardışık olarak da uygulanabilir (Karaman ve ark., 2014). Radyoterapi, küratif ve palyatif olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır. Küratif radyoterapi hastalığın ortadan kaldırılmasının mümkün olduğu durumlarda uygulanırken, palyatif radyoterapide amaç ise hastalığın belirti ve bulgularını azaltmak ve bireyin yaşam konforunu arttırmaktır (Dedeli ve Kaptan, 2012).

Cerrahi Tedavi: Tümörlerin yaklaşık %90'ının tanı ve tedavisinde cerrahi yöntem kullanılmaktadır (Akyolcu, 2014). Cerrahi tedavi küratif ve palyatif amaçlı yapılmaktadır. Küratif cerrahi de tümör çıkarıldıktan sonra kanser hastasının yaşam süresinin uzaması beklenmektedir. Kanser ileri evre olduğu ve tedavi olasılığının olmadığı durumlarda palyatif cerrahi uygulanmaktadır (Aydoğan ve Uygun, 2011; Dedeli ve Kaptan, 2012).

İmmünoterapi: Kanserle mücadele etmek amacıyla vücudun kendi savunma mekanizmasının kullanılmasıdır (Kapucu, 2014). Henüz deneme aşamasında olan bu tedavide bireyin immün sisteminin güçlendirilmesi amaçlanmaktadır (Akdemir, 2011).

Hormon Tedavisi: Hormon tedavisi tümörün bulunduğu ortamı değiştirerek büyümeyi, çoğalmayı ve protein sentezini engellemektedir. Androjenler; meme ve böbrek kanserleri, östrojenler; meme ve prostat kanserleri, kortikosteroidler ise lösemi ve meme kanserinde kullanılabilir (Akdemir, 2011).

Kemik İliği Transplantasyonu: Kemik iliği transplantasyonu kanser tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Kök hücre nakli kanser hastasının kendisinden (otolog) ya da dokusu uyan başka bir vericinin (allojenik) kök hücrelerinin yüksek doz kemoterapi sonrası hastaya verilmesi işlemidir. Kök hücre naklinin yapılmasında amaç, hastanın yaşam süresini uzatmak ve iyileşme beklentisini arttırmaktır (Kapucu ve Karaca, 2008; Karacan ve Kapucu, 2010).

2.1.6. Kanserin Birey ve Aile Üzerinde Etkileri

Kanser tanı ve tedavisi, birey ve ailesinin yaşamını tüm boyutlarıyla etkiler (Collins ve Swartz, 2011). Kanser tanısı almak birey için hayatını tehdit eden stresli bir yaşam deneyimidir (Güni ve ark., 2005; Polat, 2011; Özlem ve Fadiloğlu, 2012; Okçin, 2014; Kahrıman ve Zaybak, 2015). Kanser; hastaların bağımsızlığını, yaşam üzerindeki kontrol gücünü, mahremiyetini, sosyal statü ve rollerini etkiler. Bireyin kendine güvenini ve geleceği planlama gücünü kaybetmesine neden olur (Miaskowski ve ark., 2006; Kim ve Kwon, 2007; Yakar ve Pınar, 2013; Okçin, 2014). Bu yönüyle kanser bireyi günlük yaşam aktivitelerinde başka bireylere bağımlı hale getirir. Aynı zamanda hem bireyin hem de ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (Bektaş, 2014).

Kanser; çaresizlik, belirsizlik, suçluluk, terk edilme, umutsuzluk, fiziksel acı, ağrı ve ölüm gibi düşünceleri de akla getirir. Kanser hastası olan birey ve ailesi gelecek hakkında korku ve kaygılar yaşar (Güni ve ark., 2005; Işıkhana, 2007, Karaaslan, 2013). Kanserin birey ve ailesi üzerindeki olumsuz etkisi, özellikle hasta yakınlarının yaşamdan beklentilerini olumsuz yönde etkileyerek hayattan aldıkları yaşam doyumunu azaltır (Öner, 2012).

2.2. Bakım Yüğü

Bakımın birçok tanımı yapılabilir. Türk Dil Kurumun'a göre bakım, "bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi" olarak tanımlamaktadır (Türk Dil Kurumu, 2015).

Bakım verme, "bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme sürecidir. Bakım verme tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp emosyonel, fiziksel ve maddi destek vermeyi içermektedir" (İnci ve Erdem, 2008; Atagün ve ark., 2011; Dökmen, 2012).

Bakım veren; hastalıkla mücadele eden ve fiziksel bakım gerektiren bir kişiye ücretsiz yardım eden kişidir (Öksüz ve ark., 2013; Erdoğan ve Yavuz, 2014; Kahrıman ve Zaybak, 2015; Orak ve Sezgin, 2015). Bakım verme formal ya da informal olmak üzere iki şekilde incelenmektedir. Formal bakım belli bir ücret karşılığında profesyonel bakım uzmanları tarafından verilen bakım hizmetleridir. İnfomal bakım verme ise bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir. İnfomal bakım verenler ücret

almayan aile üyeleri ve arkadaşlarından oluşur (Öner, 2012; Türkoğlu ve Kılıç, 2012; Yangöz, 2013).

Bakım verenlerin yaşadığı yük kavramı ilk kez 1960'lı yılların başında Grad ve Sainburg tarafından ortaya atılmıştır (Chou ve ark., 2003). Literatürde yük kavramı, “bakım vericinin, üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşamak gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlardır” şeklinde tanımlanmaktadır (Novak ve Guest, 1989; Küçükgüçlü ve ark., 2009; Özer, 2010; Aşiret ve Kapucu, 2012; Orak ve Sezgin, 2015). Bakım verme yükünün öznel ve nesnel olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır (Atagün ve ark., 2011).

Nesnel yük; bakım verenin, hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için harcadığı zaman ve çaba olarak tanımlanmaktadır. Bakım verme işinin getirdiği gereksinimler, kişinin diğer rolleri ile bakım verme rolleri arasında çatışmalara neden olabilir. Bakım verme, bakım veren bireyin hayatında zarar verici boyutlara ulaşabilir. Aile ilişkilerini, aile rutinlerini, eğlence ve çalışma durumunu, sosyal aktivitelerini, sosyal ilişkilerini ve ekonomik durumunu etkileyebilir (Chou ve ark., 2003; Elçigil ve Conk, 2010; Atagün ve ark., 2011).

Öznel yük; bakım verenin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı gelişen tutumlar ve duygusal tepkiler olarak tanımlanabilir. Çoğunlukla hissedilen bu duygular keder, sıkıntı, utanma ve suçluluk duygusunu içermektedir (Chou ve ark., 2003; Elçigil ve Conk, 2010; Atagün ve ark., 2011).

Aile içerisinde bakıma gereksinimi olan bir bireyin varolması hasta bireyin aile içindeki rolüne ve fonksiyonlarına bağlı olarak ciddi sorunlar ortaya çıkarabilir. Bireyin günlük yaşam aktivitelerinde bir başka bireye bağımlı olup/olmaması da bu durumu etkiler (Karabulutlu ve ark., 2013; Sarıtaş ve ark., 2014). Hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın derecesi arttıkça, hasta yakınlarının bakım verme yükü de artar (Sarıtaş ve ark., 2014).

Bakım verme süreci, bakım veren bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bakım verenler bakım verdikleri bireylerin ihtiyaçlarını sürekli karşılamaya çalışmaları nedeniyle yorgunluk, bitkinlik gibi bedensel yakınmalar yaşayabilmektedirler. Bu durum bakım verenlerin sağlığının bozulmasına ve stres,

depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir (Öner, 2012; Yangöz, 2013).

Bakım vermenin sürekli ve yoğun yapısı, bakım verenlerin hayatlarındaki diğer sorumluluklarla birleşince bakım verme yüküne dönüşebilmektedir. Bakım vermenin ortaya çıkardığı yük, bakım verenler açısından çok boyutlu olarak algılanmaktadır. Bakım yükü, bakım veren bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, finansal ve sprituel olmak üzere birçok yaşam alanını etkileyebilmektedir (Uğur ve Fadıloğlu, 2012; Zaybak ve ark., 2012; Akgül ve Özdemir, 2014; Orak ve Sezgin, 2015; Şahin ve Ergüney, 2015). Bakım verme işi hasta yakınlarının fiziksel ve ruhsal sağlığında bozulma, kendine zaman ayıramama, özgürlüğün kısıtlanması, işini kaybetme, çalışma şeklini değiştirme gibi sorunlara neden olabilmektedir. Bunun sonucu olarak da bakım veren kişi kendi sağlık gereksinimlerini erteleyebilmektedir (Johansson ve ark., 2004).

2.2.1. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verme işinin ortaya çıkardığı olumsuz etkiler kişiden kişiye ve toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Bakım veren bireyin yükünü etkileyen faktörler bakım verene ait faktörler ve hastaya ait faktörler olmak üzere iki grupta incelenebilir (Öner, 2012).

Bakım verene ait faktörler: Bakım veren kişinin yaşı, cinsiyeti, hastaya olan yakınlığı, bakım vermeye gönüllü olup olmaması, motivasyon durumu, öz etkililik derecesi, eğitim durumu, ekonomik durumu, hastalığının olup olmaması, başetme becerileri, inançları, sosyal destek durumu, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri, fiziksel ve psikolojik sağlık durumu olarak sınıflandırılabilir (Erdem ve ark., 2013). Bakım verme yükünün belirlenmesinde bakım verene ait faktörlerin bilinmesi oldukça önemlidir (Orak ve Segin, 2015).

Hastalara ait faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri, hastalığa ve tedaviye ilişkin değişkenler (yeti yıkımı yapan belirtiler, kanserin yerleşim alanı, prognozu, ağrı varlığı, kanserin yaşam kalitesi üzerine etkisi vb.) gibi hastaya ait özellikler ile çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü vb.) kanser ile başetme durumunu etkileyen faktörlerdir (Elbi, 2001; Kutlu ve ark., 2011).

2.2.2. Bakım Vermede Yaşanan Güçlükler

Bakım verenin güçlük algısı, “verdiği bakımın kendi yaşamını etkilemesi” olarak tanımlanmaktadır (İnci, 2006; Yangöz, 2013). Bakım verme güçlüğü bireyin tanısına, bireyin yetersizliğine, kronik bir hastalığa sahip olma durumuna bağlı olarak değişmektedir (İnci ve Erdem, 2008). Bakım verme, bakım veren bireyin sağlığını olumsuz yönde etkiler. Bakım verme güçlüğü fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik olmak üzere birçok boyutta ortaya çıkar (İnci ve Erdem, 2008; Kahrıman ve Zaybak, 2015).

Fiziksel güçlükler: Bakım verme, bakım veren bireyde hazımsızlık, iştahda değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı gibi somatik şikayetleri artırabilmektedir. Ayrıca bakım veren bireyde kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon güçlüğü, giyim ve dış görünüşte dağınıklık ve sağlık durumunda bozulma görülebilir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda bakım veren bireylerin bakım vermeyen bireylerle karşılaştırıldığında sağlık hizmeti kullanımlarının daha yüksek olduğu ve kardiyovasküler hastalıkların daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (İnci, 2006; Görgülü ve Akdemir, 2010; Şahin ve Ergüney, 2015).

Emosyonel güçlükler: Emosyonel alanda huzursuzluk, uykusuzluk, korku, yalnızlık, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, alkol ve ilaç kullanımında artış yaşanmaktadır. En yaygın görülen belirtiler ise stres ve anksiyete düzeyinde artıştır. Bakım veren birey, bakımdan kaynaklanan anksiyete duygusunu tüm yaşantısına genelleşebilir. Bakım verenler kendi yaşamları üzerindeki kontrollerini kaybettikleri düşüncesi ile güçsüzlük, bireyin beklentilerini karşılamada yetersizlik düşüncesi nedeniyle de suçluluk duygusu yaşayabilirler (Grinfeld ve ark., 2004; İnci, 2006; Bradley ve ark. 2009; Zaybak ve ark, 2012).

Sosyal güçlük: Bakım verme süreci sosyal ve kişiler arası problemlere de yol açabilmektedir. Bakım veren bireyler yaşamlarını genellikle bakım sundukları hastaların ihtiyaçları doğrultusunda düzenlerler. Primer bakım vericiler aile, arkadaş ve sosyal ilişkilerinden fedakarlıkta bulunurlar. Bu durum kendilerine ayırdıkları zamanı azaltarak sosyal izolasyona neden olur (İnci, 2006).

Ekonomik güçlükler: Bakım veren bireylerde ekonomik sıkıntılarda görülebilir. Aile üyelerinin bu dönemde çalışmamaları, hastaneye sık gidip gelmeleri, uzun süre hastanede kalmaları, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan hastane

masraflarının ek yük oluşturması ve gelir düzeyinin azalması bakım veren bireylerde ekonomik sıkıntılara neden olabilmektedir (İnci, 2006; Bradley ve ark. 2009; Collins ve Swartz,. 2011).

2.3. Kanser ve Bakım Yüğü

Kanser hastalığı, bakım sunma sorumluluğunun zaman içinde artış gösterdiği bir hastalık grubudur. Kanser hastalığının prognozuna bağılı olarak bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları sorunlar hastalık ilerledikçe artar. Kanser başta birey olmak üzere aile üyelerinin de yaşam şeklini ve beklentilerini olumsuz yönde etkiler (Öner, 2012).

Kanser tanısı alan bireye bakım sunan bireylerin bakım yükü oldukça fazladır (Terakye, 2011; Öner, 2012). Kanser hastasına bakım veren bireylerin; hastaların semptomlarını izleme, bireyin rahatlığını sağlama, problem çözme ve karar verme, emosyonel destek sağlama, bakımı koordine etme, hasta için uygun araç-gereç ve donanımı sağlama gibi birçok sorumluluğı bulunmaktadır (Yun ve ark., 2005; İnci ve Erdem 2008; Bektaş ve Özer, 2009; Given ve ark., 2012). Kanser hastası olan bireye bakım veren aile üyeleri zaman ve enerjilerinin çoğunu bakım için harcamakta bu durum birey ve ailesinin günlük rutinlerini bozmakta, aile üyeleri arasında rol kaybı ve değışikliğine neden olmaktadır. Bununla birlikte kanser hastasının bakım ihtiyacının artması bakım veren birey üzerinde de oldukça yoğun bir strese ve yaşam doyumunda azalmaya neden olmaktadır (Sarı ve ark., 2010; Terakye, 2011; Uğur ve Fadıloğlu, 2012).

2.4. Yaşam Doyumu

Yaşam doyumunu ilk kez 1961 yılında Neugarten tarafından ortaya atılmıştır. Yaşam doyumunun açıklanabilmesi için öncelikle doyum kelimesinin tanımlanması gerekmektedir (Özer ve Karabulut, 2003). Türk Dil Kurumuna göre doyum “eldekinden hoşnut olma durumu, doyma işi, yetinme, kanaat” olarak tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu, 2015). Doyum, beklentilerin, isteklerin, dileklerin karşılanması olarak da açıklanabilir (Özer ve Karabulut, 2003).

Yaşam doyumunu, bir insanın beklentileri ile elinde olanların karşılaştırılması sonucu elde edilen bir durumdur (Özer ve Karabulut, 2003; Arslan ve ark., 2008; Baykan ve ark., 2010). Yaşam doyumunu kişinin beklentilerinin, gerçek durumla karşılaştırılmasıyla ortaya çıkan sonucu gösterir. Genel olarak yaşamın tüm boyutlarını

içerir. Yaşam doyumu denildiğinde belirli bir duruma ilişkin durum değil, genel olarak tüm yaşamdaki doyum anlaşılmaktadır. Yaşam doyumu, mutluluk, moral vb. değişik açılardan iyi olma halini ifade etmektedir (Özer ve Karabulut, 2003; Arslan ve ark., 2008).

Yaşam kalitesi de, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte ve yaşam doyumu ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi bireyin yaşamdan ne algıladığının değerlendirilmesi ve hayattan aldığı doyumu içermektedir. Yaşam kalitesi; hayatın sosyal, ekonomik ve psikolojik tüm alanlarını etkileyen çok boyutlu bir yapıya sahiptir (Kızılcı, 1999; Arslan ve Bölükbaş, 2003; Beser ve Öz, 2003; Gültekin ve ark., 2008; Pınar ve ark., 2008; Ertem ve ark., 2009; Karabulutlu, 2009; Yeşilbalkan ve ark., 2010; Çivi ve ark., 2011; Kutlu ve ark., 2011).

Kanser tanısının konulması birey ve ailesinin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini alt üst etmekte, yaşamdan aldıkları doyumu azaltarak yaşam kalitelerini düşürmektedir (Yeşilbalkan ve ark., 2005; Erdoğan ve Yavuz, 2014). Kanser tanısı alan bireyde prognozun kötüleşmesi, metastaz varlığı, hastalık süresinin uzaması, hastanın üzüntü ve stresinin artması, semptomların ağırlaşması gibi durumlar bakım verenlerin psikolojik ve fiziksel durumunu etkilemekte; bu durum hem bakım veren hem de bakım alan bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği için yaşamdan aldıkları doyumu azaltabilmektedir. Tanı aşamasından itibaren başlamak üzere tedavi süreci boyunca kanser gibi bir hastalığı yönetmek, hastanın ihtiyaçlarını karşılamak, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarla baş etmek bakım veren bireylerin yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Ayrıca bakım sorumluluğunun üstlenildiği bu dönemde bakım verenlerin aile, arkadaş, sosyal, duygusal ve ekonomik desteğe olan ihtiyaçları da artmaktadır (Erdoğan ve Yavuz, 2014).

2.5. Onkoloji Hasta Yakınlarında Bakım Yükü ile Yaşam Doyumunu Belirleyen Çalışmalar

Şahin ve arkadaşlarının (2009) kemoterapi alan hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yüklerini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışma sonrasında, bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, çalışma durumu, yaş grupları ve eğitim düzeyi) ile Bakım Verme Yükü ölçek puanı arasında anlamlı bir fark bulunamadığı bildirilmiştir (Şahin ve ark., 2009). Benzer şekilde bu konuda yapılmış olan diğer bir

araştırmada ise hastanın yaşı ile bakım veren bireyin yaşı, cinsiyeti ve medeni durumunun Bakım Verme Yüğü ölçek puanını etkilemediğı belirtilmiştir (Orak ve Sezgin, 2015).

Binbay ve arkadaşlarının (2015) larenjektomi yönteminin larenks kanserli hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, total larenjektomili ve parsiyel larenjektomili hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükleri karşılaştırılmış, total larenjektomili hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükünün istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (Binbay ve ark., 2015). Bu konuda Tosun ve arkadaşları (2015) tarafından radyoterapi uygulanan kanser hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükü ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılmış olan bir araştırmada ise bakım vericilerin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi arasında negatif düzeyde bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir (Tosun ve ark., 2015). Benzer şekilde kanserli hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış olan diğer bir çalışmada da bakım verme yükü ve yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu, bakım verme yükü arttıkça aile bireylerinin yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir azalma gösterdiği bildirilmiştir (Türkoğlu ve Kılıç, 2012).

Kanser hastaları hastalığın prognozu boyunca gelişen nötropenik ateş, spinal kord basısı gibi onkolojik aciller, beslenme sorunları, ağrı, radyoterapi, kemoterapi ve tanısal cerrahi girişimlerden kaynaklanan sorunlar, kalp-damar hastalıkları, akciğer hastalıkları ve kanser kaynaklı olmayan birçok sağlık problemi nedeniyle acil servise başvurabilirler (Başaran ve Başaran, 2004; Yaylacı ve ark., 2009; Keskin ve Eralp, 2011; Koçak ve ark., 2012; Can ve ark., 2013). Acil sözcüğü terim olarak bireyin fiziksel ve/veya ruhsal sağlığının bozulduğu durumlarda hastanın gereksinim duyduğu tıbbi bakımın verilmesi anlamına gelmektedir. Acil servis ise hastanelerde bireylerin beklenmedik sağlık sorunlarının teşhis edilip bu sorunların tedavi edilmesini sağlayan sağlık bakım ve tedavi hizmeti birimleridir (Gülbağcı, 2015).

Acil servisler kanser olgularının tanı ve tedavisinde önemli bir rol üstlenmektedirler (Yaylacı ve ark., 2009; Can ve ark., 2013). Kanser hastalarının acil servise başvuruları çoğunlukla planlanmamış ve ani gelişen bir olay sonrasında gerçekleştiğı için ortaya çıkan bu durum hasta birey ve yakınlarının fiziksel ve psikolojik destek ile bakıma olan ihtiyaçlarını arttırmakta (Gülbağcı, 2015), bireyin bakımını

üstlenen hasta yakınlarının ailevi, iş ve sosyal yaşamlarının da bu durumdan olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Olgun ve Kuğoğlu, 2004). Bu doğrultuda acil servise çeşitli nedenlerle başvuran onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükü ve yaşam doyumu ilişkisini belirlemek ve elde edilen bulgular doğrultusunda uygun stratejiler geliştirmek son derece önemlidir.



3. MATERYAL METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil servisine çeşitli problemler ve şikayetler nedeniyle başvuran onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükleri ile yaşam doyum ilişkisini belirlemek amacıyla kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 14.09.2015-31.03.2016 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil kliniğinde yürütülmüştür. Bu hastane Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'ndeki en büyük ve en gelişmiş üniversite araştırma hastanesi olup, Samsun ve bazı çevre illerdeki acil tedavi ve bakım gerektiren hastaların çoğu bu hastanede tedavi edilmektedir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil kliniği beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm triyaj bölümü olup hastaların kısaca şikayetlerinin ve ilk yaşamsal bulgularının alındığı, aciliyet durumlarının belirlendiği bölümdür. İkinci bölüm yirmidört sedye alabilen sekiz odadan oluşan, yakın takip ve tedavi gerektirmeyen travma ve dahili hastalarına poliklinik hizmeti verilebilen bölümdür. Üçüncü bölüm ise kardiyo pulmoner resüsitasyon yapılabilen, yakın takip ve tedavi gerektiren hastaların monitörle izlendiği ve gerekli müdahalelerin yapıldığı resüsitasyon bölümünden oluşmaktadır. Dördüncü bölüm, durumu daha az kritik olan ve hastaların yatarak takip ve gözlemlerinin yapıldığı bölümdür. Bu bölümde toplam on hastanın yatarak takibi yapılabilmektedir. Bununla birlikte durumu kritik olan hastaların takip ve izlemine imkan sağlayan altı yatak kapasitesine sahip yoğun bakım ünitesi de beşinci bölüm olarak hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisine çeşitli problem ve şikayetler nedeniyle başvuran onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta ve yakınları oluşturmuştur. Araştırmaya çalışmaya katılmaya istekli, on sekiz yaşını doldurmuş, okuma yazma bilen, soruları anlayabilecek yeterlilikte olan ve onkoloji hastalarının bakımından birinci derece

sorumlu olan hasta yakınları alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma merkezi acil servisine 272 onkoloji hasta ve yakını başvurmuştur. Acil servise başvuran onkoloji hasta ve yakınlarının tümü araştırma kapsamına dahil edilmek istenmiş ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hasta yakınları (n=16) kapsam dışı bırakılarak, çalışma 256 onkoloji hasta ve yakınının katılımıyla gerçekleştirilmiştir (%94,1).

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Karaaslan, 2013; Öner, 2012; Yangöz, 2013) geliştirilen hastayı ve bakım veren bireyleri tanıtıcı bilgi formu, Yaşam Doyum Ölçeği ve Bakım Verme Yükü ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş, pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta ve yakınlarına, çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra hastayı ve bakım veren bireyi tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler uygulanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 10-15 dakika sürmüştür. Onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarına araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Hastayı Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hastayı tanıtıcı bilgi formu hastaların sosyodemografik bilgilerini içeren 11 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, çalışma durumu, aile tipi, çocuk sahibi olma durumu, sosyal güvencesi bulunma durumu, yaşadığı yerleşim birimi ve gelir durumu), klinik bilgilerini içeren 26 soru (kronik bir hastalığa sahip olma durumu, tanısı, tanısının ne zaman konulduğu, hastalığın klinik evresi, metastaz gelişme durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, tedaviye ne zaman başlandığı, uygulanan tedavi çeşidi, acile başvurma neden/nedenleri, acile kabul zamanı, acile kabul saati, acile başvurmadan önce

kullandığı tedavi yöntemleri, daha önce acile başvurma durumu ve nedenleri, acile başvurma sıklığı ve tedavi şekli) olmak üzere toplam 37 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bakım veren bireyi tanıtıcı bilgi formu bakım veren bireyin sosyodemografik bilgilerini içeren 11 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, çalışma durumu, aile tipi, çocuk sahibi olma durumu, sosyal güvencesi bulunma durumu, yerleşim yeri ve gelir durumu), bakım verme durumlarına ilişkin 24 soru (hastayla olan yakınlık derecesi, hastayla aynı evde yaşama durumu, hastanın kendine ait bir odası olup/olmama durumu, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, sahip olduğu kronik hastalıklar, ailede kanser tanısı alan başka bir birey bulunma durumu, bakım verme sürecinde başka bir bireyden destek alma durumu, bakım sürecinde kimlerden destek aldığı, bakımını üstlendiği başka bir birey bulunma durumu, ortalama ne kadar süredir bakım verdiği, hastanın gün içerisinde hangi zaman diliminde daha çok bakıma ihtiyaç duyduğu, bakım verme durumunun sağlığını ve sorumluluklarını etkileme durumu, aile içi ilişkilerinde güçlük yaşama durumu, iş ortamındaki ilişkilerinde güçlük yaşama durumu, sosyal yaşantısında değişiklik meydana gelme durumu, hastalığın tedavisi ile ilgili eğitim alma durumu, eğitim almak istediği konular, hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yardımcı araç-gerece ihtiyaç duyma durumu, hastanın günlük aktivitelerinde başka bir bireye bağımlı olma durumu) olmak üzere 35 sorudan oluşmaktadır.

3.5.3. Yaşam Doyum Ölçeği

Yaşam Doyum Ölçeği bireylerin yaşam doyumunu belirlemek amacıyla Diener, Emmons, Larsen ve Griffin tarafından 1985 yılında geliştirilmiştir (Diener ve ark., 1985). Yaşam Doyum Ölçeği, 5 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Yaşam Doyum Ölçeği'nin her maddesi 1-7 arasında puanlanmakta ve 5-35 arasında bir toplam puan elde edilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması yaşam doyumunun yüksekliğine işaret etmektedir. Yaşam Doyum Ölçeğinden alınan puanlar aşağıda gösterildiği şekilde değerlendirilmektedir.

31-35 puan: Aşırı Memnun

26-30 puan: Memnun

21-25 puan: Kısmen Memnun

20 puan: Nötr (Ortada)

15-19 puan: Kısmen Memnun Değil

10-14 puan: Memnun Değil

5-9 puan: Aşırı Memnuniyetsiz

Yaşam Doyum Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması Köker (1991) tarafından yapılmıştır. Köker Yaşam Doyum Ölçeği'nin test- tekrar test güvenilirliğini 0,71, iç tutarlılık katsayısını ise 0,78 olarak belirlemiştir (Köker, 1991). Bu araştırmada Yaşam Doyum Ölçeği Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Bakım Verme Yükü Ölçeği

Bakım Verme Yükü Ölçeği Zarit, Reever ve Bach Peterson (Zarit ve ark., 1980) tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım vericilerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek (0) “Hiçbir Zaman”, (1) “Nadiren”, (2) “Bazen”, (3) “Oldukça Sık”, (4) “Hemen Her Zaman” şeklinde 0’den 4’e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir (Zarit ve ark., 1980).

Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının da yüksek olduğunu göstermektedir. Puanlamada 0-20 puan “bakım yükü yok”, 21-40 puan “hafif bakım yükü”, 41-60 puan “orta düzeyde bakım yükü” ve 61-88 puan ise “ağır bakım yükü”nü göstermektedir (Zarit ve ark., 1980; İnci ve Erdem, 2008).

Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlaması geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İnci ve Erdem (2006) tarafından yapılmıştır. İnci ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0,87 ile 0,94 arasında değiştiğini, test-tekrar test güvenilirliğinin 0,71 ve iç tutarlılık katsayısının da 0,95 olduğunu bildirmiştir (İnci, 2006). Bu araştırmada Bakım Verme Yükü Ölçeği Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin kullanımı için bu ölçeğin Türkçe uyarlaması ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olan İnci ve Erdem'den izin alınmıştır (Ek-5).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS 21 paket programı kullanılarak analiz edildi. Nicel verilerin normallik testi Shapiro Wilk ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Kullanılan leklerin güvenilirliği Cronbach Alpha ile analiz edildi. Sonuçlar frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca (min-mak) şeklinde sunuldu. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (23.07.2015/ sayı; B.30.2.ODM.020.08/1850) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-4). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı üniversitede ilgili fakülte yönetiminden yazılı ve araştırma kapsamına alınan hasta ve yakınlarından da bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları:

- Araştırmanın tek bir hastanede yapılmış olması,
- Örneklem grubu ile yapılan yüzyüze görüşmelerde verilen cevaplardaki ifadelerin doğruluğunu değerlendirebilecek taburculuk sonrası uzun süreli gözlem ve değerlendirmelerin yapılamaması.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (N=256)

| Özellikler | | n | % |
|-----------------------------|-----------------|-----|------|
| Yaş grupları 56,3 ± 15,0 | 18-25 yaş | 13 | 5,1 |
| | 26-33 yaş | 11 | 4,3 |
| | 34-41 yaş | 16 | 6,3 |
| | 42 yaş ve üzeri | 216 | 84,3 |
| Cinsiyet | Kadın | 108 | 42,2 |
| | Erkek | 148 | 57,8 |
| Medeni durum | Bekar | 80 | 31,2 |
| | Evli | 176 | 68,8 |
| Eğitim durumu | Okur yazar | 67 | 26,2 |
| | İlkokul | 104 | 40,6 |
| | Ortaokul | 24 | 9,4 |
| | Lise | 49 | 19,1 |
| | Üniversite | 12 | 4,7 |
| Çalışma durumu | Evet | 44 | 17,2 |
| | Hayır | 212 | 82,8 |
| Mesleği | Ev hanımı | 79 | 30,9 |
| | İşçi | 17 | 6,7 |
| | Memur | 12 | 4,7 |
| | Serbest meslek | 20 | 7,8 |
| | Emekli | 107 | 41,8 |
| | Öğrenci | 9 | 3,5 |
| | İşsiz | 6 | 2,3 |
| | Çiftçi | 6 | 2,3 |
| Sosyal güvence | Var | 252 | 98,4 |
| | Yok | 4 | 1,6 |
| Yaşadığı yerleşim birimi | İl | 85 | 33,2 |
| | İlçe | 105 | 41,0 |
| | Köy | 66 | 25,8 |

Tablo 1. (Devam)

| Özellikler | | n | % |
|---------------------------------|----------------------|----------|----------|
| Aile yapısı | Çekirdek aile | 170 | 66,4 |
| | Geniş aile | 86 | 33,6 |
| Çocuk sahibi olma durumu | Evet | 224 | 87,5 |
| | Hayır | 32 | 12,5 |
| Gelir durumu | Gelir giderden az | 89 | 34,8 |
| | Gelir gidere eşit | 159 | 62,1 |
| | Gelir giderden fazla | 8 | 3,1 |

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %42,2’sini kadınların %57,8’ini erkeklerin oluşturduğu, %31,2’sinin bekar, %68,8’inin evli olduğu, %26,2’sinin okur yazar, %40,6’sının ilkokul mezunu olduğu, %17,2’sinin çalıştığı, %30,9’unun ev hanımı ve %41,8’inin emekli olduğu, %98,4’ünün sosyal güvencesinin bulunduğu, %33,2’sinin il merkezinde yaşadığı %66,4’ünün çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %87,5’inin çocuk sahibi olduğu, %62,1’inin gelirlerinin giderlerine eşit olduğu belirlenmiş olup, yaş ortalamaları $56,3 \pm 15,0$ ’dır.

4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (N=256)

| Özellikler | | n | % |
|---|--------------------------|--------|------|
| Kronik bir hastalığa sahip olma durumu | Evet | 120 | 46,9 |
| | Hayır | 136 | 53,1 |
| *Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar (n=120) | Diyabet | 54 | 44,3 |
| | Hipertansiyon | 67 | 54,9 |
| | Kalp hastalığı | 25 | 20,5 |
| | Böbrek hastalığı | 5 | 4,1 |
| | KOAH | 6 | 4,9 |
| | Diğer | 1 | 0,8 |
| Mevcut tanısı | Mide CA | 23 | 9,0 |
| | Meme CA | 25 | 9,8 |
| | Kolon CA | 17 | 6,6 |
| | Lösemi | 51 | 19,9 |
| | Akciğer CA | 49 | 19,1 |
| | Karaciğer CA | 9 | 3,5 |
| | Prostat CA | 8 | 3,1 |
| | Over CA | 14 | 5,5 |
| | Uterus CA | 9 | 3,5 |
| | Diğer | 51 | 20,0 |
| | Hastalığın evresi | Evre 1 | 20 |
| Evre 2 | | 63 | 24,6 |
| Evre 3 | | 60 | 23,5 |
| Evre 4 | | 113 | 44,1 |
| *Uygulanan tedaviler | Cerrahi | 117 | 45,9 |
| | Radyoterapi | 93 | 36,5 |
| | Kemoterapi | 253 | 99,2 |
| | Hormon terapisi | 3 | 1,2 |
| Metastaz gelişme durumu | Evet | 133 | 52,0 |
| | Hayır | 123 | 48,0 |

Tablo 2. (Devam)

| Özellikler | | n | % |
|---|----------|-----|------|
| Sigara içme durumu 31,4 ± 11,7 | Evet | 8 | 3,1 |
| | Hayır | 123 | 48,1 |
| | Bırakmış | 125 | 48,8 |
| Alkol kullanma durumu 9,5 ± 6,8 | Hayır | 241 | 94,1 |
| | Bırakmış | 15 | 5,9 |

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %46,9’unun kronik bir hastalığa sahip olduğu, %44,3’ünde diyabet, %54,9’unda hipertansiyon, %20,5’inde kalp hastalığı bulunduğu, %19,9’una lösemi, %19,1’ine akciğer kanseri, %9,8’ine meme kanseri, %9’una mide kanseri, %6,6’sına kolon kanseri, %5,5’ine over kanseri, %3,5’ine karaciğer kanseri, %3,5’ine uterus kanseri, %3,1’ine prostat kanseri, %20’sine de diğer organlara ilişkin (özefagus kanseri, rektum kanseri, böbrek kanseri, mesane kanseri, larinks kanseri, nazofarens kanseri, serviks kanseri, safra yolları ile ilgili kanser, yumuşak doku kanseri, tiroid kanser) kanser tanısı konulduğu, %44,1’inin evre 4, %24,6’sının evre 2 olduğu, %99,2’sine kemoterapi, %45,9’una cerrahi tedavi, %36,5’ine radyoterapi uygulandığı, hastaların %52’sinde diğer organlara metastaz geliştiği (karaciğer, akciğer, kemik, beyin, cilt), %3,1’inin halen sigara içtiği ve %5,9’unun hastalık tanısını aldıktan sonra alkolü bıraktığı belirlendi.

Tablo 3. Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde başka bir bireye bağımlı olma/olmama durumlarının dağılımı

| Özellikler | | n | % |
|-----------------|----------------|-----|------|
| İletişim | Bağımlı | 4 | 1,6 |
| | Bağımsız | 226 | 88,2 |
| | Kısmen bağımlı | 26 | 10,2 |
| Solunum | Bağımlı | 4 | 1,6 |
| | Bağımsız | 188 | 73,4 |
| | Kısmen bağımlı | 64 | 25,0 |

Tablo 3. (Devam)

| Özellikler | | n | % |
|--|---------------------|-----|------|
| Yeme-İçme | Bağımlı | 19 | 7,5 |
| | Bağımsız | 134 | 52,3 |
| | Kısmen bağımlı | 103 | 40,2 |
| Boşaltım | Bağımlı | 36 | 14,1 |
| | Bağımsız | 118 | 46,1 |
| | Kısmen bağımlı | 102 | 39,8 |
| Kişisel temizlik ve giyinme | Bağımlı | 38 | 14,8 |
| | Bağımsız | 96 | 37,5 |
| | Kısmen bağımlı | 122 | 47,7 |
| Hareket | Bağımlı | 38 | 14,8 |
| | Bağımsız | 95 | 37,1 |
| | Kısmen bağımlı | 123 | 48,1 |
| Yardımcı araç-gerece ihtiyaç duyma | Evet | 158 | 61,8 |
| | Hayır | 98 | 38,2 |
| Cevabı evet ise kullandığı yardımcı araç gereçler (n=158) | Baston | 94 | 59,5 |
| | Walker | 35 | 22,1 |
| | Tekerlekli sandalye | 29 | 18,4 |

Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde başka bir bireye bağımlı olup/olmama durumlarının dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %14,8'inin hareket, %14,8'inin kişisel temizlik ve giyinme, %14,1'inin boşaltım, %7,5'inin yeme-içme, %1,6'sının solunum, %1,6'sının iletişim günlük yaşam aktiviteleri yönünden başka bir bireye bağımlı olduğu; %61,8'inin yardımcı araç-gerece ihtiyaç duyduğu; %59,5'inin baston, %22,1'inin walker, %18,4'ünün tekerlekli sandalye kullandığı belirlendi.

4.3. Hastaların Acil Servise Başvuru Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4. Hastaların acil servise başvuru durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı (N=256)

| Özellikler | n | % | |
|--|--|------|------|
| Acile kabul zamanı | Gündüz | 74 | 28,9 |
| | Gece | 182 | 71,1 |
| Acile başvurma saati | 6-12 arası | 18 | 7,1 |
| | 12-18 arası | 59 | 23,0 |
| | 18-24 arası | 124 | 48,4 |
| | 24-06 arası | 55 | 21,5 |
| Hastaneye ne ile geldiği | Ambulans | 93 | 36,3 |
| | Kendi arabası | 163 | 63,7 |
| *Acile başvurma neden/nedenleri | Ağrı | 125 | 48,8 |
| | Yorgunluk/halsizlik | 89 | 34,8 |
| | Nefes darlığı | 65 | 25,4 |
| | Bulantı-kusma | 54 | 21,1 |
| | Ateş | 50 | 19,5 |
| | Genel durum bozukluğu | 32 | 12,5 |
| | Anemi | 24 | 9,4 |
| | Ağızdan sıvı alım yetersizliği | 23 | 9,0 |
| | Öksürük | 14 | 5,5 |
| | Hematüri | 11 | 4,3 |
| | Diğer | 38 | 14,8 |
| | Daha önce acile başvurma durumu | Evet | 224 |
| Hayır | | 32 | 12,5 |
| Acile başvurma sıklığı | İlk kez başvurduğum | 27 | 10,5 |
| | 1 kez | 3 | 1,2 |
| | 2 kez | 19 | 7,4 |
| | 3 kez | 25 | 9,8 |
| | 4 kez | 34 | 13,3 |
| | 5 kez | 25 | 9,8 |
| | 6 kez | 18 | 7,0 |
| | 7 ve üzeri | 105 | 41,0 |

Tablo 4. (Devam)

| Özellikler | n | % | |
|--|------------------------------|----------|------|
| Acile gelmeden önce şikayeti ile ilgili evde ilaç kullanma durumu | Evet | 46 | 18,0 |
| | Hayır | 210 | 82,0 |
| Acil serviste verilen tedavi şekli | Tedavi edilip taburcu edildi | 31 | 12,1 |
| | Acile yatırıldı | 49 | 19,1 |
| | Diğer kliniklere yatırıldı | 176 | 68,8 |

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların acil servise başvuru durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların, %28,9'unun gündüz, %71,1'inin gece acile başvurduğu; %48,4'ünün 18-24 saatleri arasında acile geldiği; %36,3'ünün ambulans ile hastaneye getirildiği; %48,8'inin ağrı, %34,8'inin yorgunluk/halsizlik, %25,4'ünün nefes darlığı, %21,1'inin bulantı-kusma, %19,5'inin ateş, %12,5'inin genel durum bozukluğu, %9,4'ünün anemi, %9'unun ağızdan sıvı alım yetersizliği, %5,5'inin öksürük, %4,3'ünün hematüri şikayeti nedeniyle acil servise başvurduğu; %87,5'inin daha önce de bazı şikayetler (bulantı-kusma, yorgunluk-halsizlik, ağrı, ateş, genel durum bozukluğu, ağızdan sıvı alım yetersizliği, nefes darlığı, anemi, kemoterapiye bağlı enfeksiyon, diyare, hematüri, rektal kanama) nedeniyle acil servise başvurduğu; hastaların %41'inin acile başvuru sıklığının 7 ve üzeri olduğu; %18'inin acile gelmeden önce şikayetleri ile ilgili olarak evde ilaç kullandığı; %68,8'inin acil servisteki tedavisinden sonra diğer kliniklere yatırıldığı belirlendi.

4.4. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik ve Sağlık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 5. Hasta yakınlarının sosyodemografik ve sağlık özelliklerinin dağılımı (N=256)

| Özellikler | | n | % |
|-----------------------------|-----------------|-----|------|
| Yaş grupları 43,6 ± 11,9 | 18-28 yaş | 35 | 13,7 |
| | 29-38 yaş | 64 | 25,0 |
| | 39-48 yaş | 66 | 25,8 |
| | 49 yaş ve üzeri | 91 | 35,5 |
| Cinsiyet | Kadın | 180 | 70,3 |
| | Erkek | 76 | 29,7 |
| Medeni durum | Bekar | 34 | 13,3 |
| | Evli | 222 | 86,7 |
| Eğitim durumu | Okur yazar | 20 | 7,8 |
| | İlkokul | 113 | 44,1 |
| | Ortaokul | 20 | 7,8 |
| | Lise | 55 | 21,5 |
| | Üniversite | 48 | 18,8 |
| Çalışma durumu | Evet | 110 | 43,0 |
| | Hayır | 146 | 57,0 |
| Mesleği | Ev hanımı | 123 | 48,2 |
| | İşçi | 33 | 12,9 |
| | Memur | 45 | 17,6 |
| | Serbest meslek | 24 | 9,4 |
| | Emekli | 18 | 7,1 |
| | Öğrenci | 5 | 2,0 |
| | Diğer | 8 | 2,8 |
| Sosyal güvence | Var | 253 | 98,8 |
| | Yok | 3 | 1,2 |
| Yaşadığı yerleşim birimi | İl | 96 | 37,5 |
| | İlçe | 111 | 43,4 |
| | Köy | 49 | 19,1 |

Tablo 5. (Devam)

| Özellikler | | n | % |
|---|----------------------|----------|----------|
| Aile yapısı | Çekirdek aile | 179 | 69,9 |
| | Geniş aile | 77 | 30,1 |
| Gelir durumu | Gelir giderden az | 73 | 28,5 |
| | Gelir gidere eşit | 170 | 66,4 |
| | Gelir giderden fazla | 13 | 5,1 |
| Kronik bir hastalığa sahip olma durumu | Evet | 69 | 27,0 |
| | Hayır | 187 | 73,0 |
| *Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalık/hastalıklar (n=69) | Astım | 4 | 5,8 |
| | Diyabet | 32 | 46,4 |
| | Diyabetes Mellitus | 1 | 1,4 |
| | Hipertansiyon | 41 | 59,4 |
| | KOAH | 2 | 2,9 |
| | Kolestrol | 2 | 2,9 |
| | Migren | 1 | 1,4 |

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hasta yakınlarının sosyodemografik ve sağlık özelliklerinin dağılımı Tablo 5'te verilmiştir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %70,3'ünü kadınların, %29,7'sini erkeklerin oluşturduğu; %13,3'ünün bekar, %86,7'sinin evli olduğu; %21,5'inin lise, %44,1'inin ilkokul mezunu olduğu; %43'ünün çalıştığı, %48,2'sinin ev hanımı ve %17,6'sının memur olduğu; %98,8'inin sosyal güvencesinin bulunduğu; %43,4'ünün ilçede yaşadığı %69,9'unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu; %66,4'ünün gelirlerinin giderlerine eşit olduğu; %27'sinin kronik bir hastalığa sahip olduğu; %59,4'ünün hipertansiyon, %46,4'ünün diyabet tanısı aldığı belirlenmiş olup, yaş ortalamaları $43,6 \pm 11,9$ 'dur.

4.5. Hasta Yakınlarının Bakım Verme Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6. Hasta yakınlarının bakım verme özelliklerinin dağılımı (N=256)

| Özellikler | | n | % |
|--|-----------------------|-----|------|
| Hastayla olan yakınlık derecesi | Eşi | 99 | 38,6 |
| | Annesi/babası | 126 | 49,2 |
| | Kardeşi | 16 | 6,3 |
| | Çocuğu | 15 | 5,9 |
| Hastayla aynı evde yaşama durumu | Evet | 187 | 73,0 |
| | Hayır | 69 | 27,0 |
| Hastanın evde kendine ait bir odası bulunma durumu | Evet | 243 | 94,9 |
| | Hayır | 13 | 5,1 |
| Ailede kanser tanısı alan başka bir birey bulunma durumu | Evet | 115 | 44,9 |
| | Hayır | 141 | 55,1 |
| Bakım verme sürecinde başka bir bireyden destek alma durumu | Evet | 221 | 86,3 |
| | Hayır | 35 | 13,7 |
| *Cevabı evet ise bakım sürecinde destek aldığı kişi/ kişiler (n=221) | Kardeşi | 113 | 44,1 |
| | Eşi | 79 | 30,9 |
| | Çocuğu | 43 | 16,8 |
| | Annesi | 41 | 16,0 |
| | Babası | 34 | 13,3 |
| | Diğer | 40 | 15,7 |
| Ailede bakım ve tedavisi üstlenilen başka bir birey bulunma durumu | Evet | 21 | 8,2 |
| | Hayır | 235 | 91,8 |
| Hastaya ne zamandan beri bakım verdiği | 0-3 ay | 21 | 8,2 |
| | 4-6 ay | 22 | 8,6 |
| | 7-9 ay | 27 | 10,6 |
| | 10-12 ay | 31 | 12,1 |
| | Bir yıldan daha fazla | 155 | 60,5 |
| Günde ortalama verilen bakım süresi | 1-6 saat | 137 | 53,5 |
| | 7-12 saat | 71 | 27,7 |
| | 13-18 saat | 38 | 14,9 |
| | 19-24 saat | 10 | 3,9 |

Tablo 6. (Devam)

| Özellikler | | n | % |
|---|----------------|----------|----------|
| Gün içinde hastanın en çok ne zaman bakım ve yardıma ihtiyaç duyduğu | Gece | 171 | 66,8 |
| | Gündüz | 79 | 30,9 |
| | Gece ve gündüz | 6 | 2,3 |
| Hastaya bakım verme yükünün sağlığını etkileme durumu | Evet | 190 | 74,2 |
| | Hayır | 10 | 3,9 |
| | Kısmen | 56 | 21,9 |
| Bakım verme durumunun yaşantısındaki diğer sorumluluklarını etkileme durumu | Evet | 185 | 72,3 |
| | Hayır | 9 | 3,5 |
| | Kısmen | 62 | 24,2 |
| Bakım verme yükü nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşama durumu | Evet | 243 | 94,9 |
| | Hayır | 13 | 5,1 |
| Bakım verme yükü nedeniyle iş ortamındaki ilişkilerinde güçlük yaşama durumu | Evet | 64 | 25,0 |
| | Hayır | 47 | 18,4 |
| | Çalışmıyorum | 145 | 56,6 |
| Bakım verme yükünün sosyal yaşantısını etkileme durumu | Evet | 235 | 91,8 |
| | Hayır | 21 | 8,2 |

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hasta yakınlarının bakım verme özelliklerinin dağılımı Tablo 6’da verilmiştir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %49,2’sinin annesi/babasına bakım verdiği, %73’ünün hastayla aynı evde yaşadığı, hastaların %94,9’unun evde kendisine ait bir odasının bulunduğu, hasta yakınlarının %44,9’unun ailesinde kanser tanısı alan başka bir birey bulunduğu, %86,3’ünün bakım verme sürecinde başka bir bireyden destek aldığı (kardeşi, eşi, çocuğu, annesi, babası), hasta yakınlarının %8,2’sinin ailesinde bakım ve tedavisini üstlendikleri başka bir birey bulunduğu, %60,5’inin hastasına bir yıldan daha uzun süredir bakım verdiği, %53,5’inin günde ortalama 1-6 saat arası bakım verdiği, hasta yakınlarının %66,8’inin hastasının gün içinde en çok geceleri yardıma ihtiyaç duyduğunu belirttiği, hasta yakınların %74,2’sinde bakım verme yükünün sağlık durumlarını, %72,3’ünde yaşamlarındaki diğer sorumluluklarını, %91,8’inde sosyal yaşantılarını

etkilediği, %94,9'unun bakım verme yükü nedeniyle aile ilişkilerinde ve %25'inin iş ortamındaki ilişkilerinde güçlük yaşadıkları belirlendi.

4.6. Yaşam Doyum Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 7. Yaşam Doyum Ölçeği maddelerinin yüzdelik dağılımları

| Ölçek Maddeleri | n | % | |
|--|---------------------------------|----------|------|
| Birçok yönden hayatım ideal gördüğüm bir hayata çok yakın | Kesinlikle Katılmıyorum | 1 | 0,4 |
| | Katılmıyorum | 8 | 3,1 |
| | Kısmen Katılmıyorum | 57 | 22,3 |
| | Ne Katılıyor Ne De Katılmıyorum | 96 | 37,5 |
| | Kısmen Katılıyorum | 80 | 31,3 |
| | Katılıyorum | 14 | 5,4 |
| Hayat koşullarım mükemmel | Katılmıyorum | 16 | 6,3 |
| | Kısmen Katılmıyorum | 100 | 39,1 |
| | Ne Katılıyor Ne De Katılmıyorum | 81 | 31,6 |
| | Kısmen Katılıyorum | 54 | 21,0 |
| | Katılıyorum | 5 | 2,0 |
| Hayatımdan memnunum | Katılmıyorum | 12 | 4,7 |
| | Kısmen Katılmıyorum | 63 | 24,6 |
| | Ne Katılıyor Ne De Katılmıyorum | 115 | 44,9 |
| | Kısmen Katılıyorum | 58 | 22,7 |
| | Katılıyorum | 8 | 3,1 |
| Şimdiye kadar hayatta istediğim şeyleri elde ettim | Kesinlikle Katılmıyorum | 2 | 0,8 |
| | Katılmıyorum | 26 | 10,1 |
| | Kısmen Katılmıyorum | 97 | 37,9 |
| | Ne Katılıyor Ne De Katılmıyorum | 63 | 24,6 |
| | Kısmen Katılıyorum | 65 | 25,4 |
| | Katılıyorum | 3 | 1,2 |

Tablo 7. (Devam)

| Ölçek Maddeleri | | n | % |
|-------------------------------------|-------------------------|----------|----------|
| Eğer hayatımı bir daha | Kesinlikle Katılmıyorum | 70 | 27,3 |
| yaşayabilseydim hemen hiçbir | Katılmıyorum | 110 | 43,0 |
| şey değiştirmezdim | Kısmen Katılmıyorum | 59 | 23,0 |
| | Ne Katılıyor Ne De | 11 | 4,3 |
| | Katılmıyorum | | |
| | Kısmen Katılıyorum | 4 | 1,6 |
| | Katılıyorum | 1 | 0,4 |
| | Kesinlikle Katılıyorum | 1 | 0,4 |

Yaşam Doyum Ölçeği maddelerinin yüzdelik dağılımları Tablo 7’de verilmiştir. Yaşam Doyum Ölçeği maddelerinden “Birçok yönden hayatım ideal gördüğüm bir hayata çok yakın” ifadesine araştırmaya katılan hasta yakınları %37,5’inin “ne katılıyor ne de katılmıyorum”, “Hayat koşullarım mükemmel” ifadesine %39,1’inin “kısmen katılmıyorum”, “Hayatımdan memnunum” ifadesine %44,9’unun “ne katılıyor ne de katılmıyorum”, “Şimdiye kadar hayatta istediğim şeyleri elde ettim” ifadesine %37,9’unun “kısmen katılmıyorum”, “Eğer hayatımı bir daha yaşayabilseydim hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim” ifadesine %43’ünün “katılmıyorum” cevabını verdikleri belirlendi.

Tablo 8. Yaşam Doyum Ölçeği madde puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması

| Ölçek Maddeleri | Ortalama | Standart Sapma | Min-Mak |
|---|-----------------|-----------------------|----------------|
| Bir çok yönden hayatım ideal gördüğüm bir hayata çok yakın | 4,1 | 0,9 | 1-6 |
| Hayat koşullarım mükemmel | 3,7 | 0,9 | 2-6 |
| Hayatımdan memnunum | 3,9 | 0,8 | 2-6 |
| Şimdiye kadar hayatta istediğim şeyleri elde ettim | 3,6 | 1,0 | 1-6 |
| Eğer hayatımı bir daha yaşayabilseydim hemen hiçbir şey değiştirmezdim | 2,1 | 0,9 | 1-7 |
| Toplam | 17,6 | 4,0 | 8-29 |

Yaşam Doyum Ölçeği madde puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması Tablo 8’de verilmiştir. Yaşam Doyum Ölçeği’nde “Bir çok yönden hayatım ideal gördüğüm bir hayata çok yakın”, “Hayat koşullarım mükemmel”, “Hayatımdan Memnunum”, “ Şimdiye kadar hayatta istediğim şeyleri elde ettim”, “Eğer hayatımı bir daha yaşayabilseydim hemen hiçbir şey değiştirmezdim” ortalama ve standart sapması sırasıyla $4,1 \pm 0,9$, $3,7 \pm 0,9$, $3,9 \pm 0,8$, $3,6 \pm 1,0$, $2,1 \pm 0,9$ olarak belirlendi. Bu çalışmada Yaşam Doyum Ölçeği puan ortalamaları 2,1 ile 4,1 arasında değişmekle birlikte, Yaşam Doyum Ölçeği toplam puanı 17,6 olarak belirlendi.

Tablo 9. Yaşam Doyum Ölçeğinden alınan puanların dağılımı

| | n | % | |
|---------------------------|---------------------|-----|------|
| Yaşam Doyum Ölçeği | 31-35 puan | - | - |
| | Aşırı Memnun | - | - |
| | 26-30 puan | 6 | 2,3 |
| | Memnun | 6 | 2,3 |
| | 21-25 puan | 67 | 26 |
| | Kısmen Memnun | 67 | 26 |
| | 20 puan | 11 | 4,3 |
| | Nötr (ortada) | 11 | 4,3 |
| | 15-19 puan | 112 | 44,0 |
| | Kısmen Memnun Değil | 112 | 44,0 |
| | 10-14 puan | 57 | 22,2 |
| | Memnun Değil | 57 | 22,2 |
| 5-9 puan | 3 | 1,2 | |
| Aşırı Memnuniyetsiz | 3 | 1,2 | |

Yaşam Doyum Ölçeği'nden alınan puanların dağılımı Tablo 9'da verilmiştir. Yaşam Doyum Ölçeği'nden alınan puanlar kategorik hale getirildiğinde hasta yakınlarının %44'ünün yaşamlarından kısmen memnun olmadığı, %26'sının kısmen memnun olduğu, %22,2'sinin memnun olmadığı, %4,3'ünün nötr puan aldığı, %2,3'ünün memnun olduğu ve %1,2'sinin aşırı memnuniyetsiz olduğu belirlendi.

Tablo 10. Hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

| Özellikler | | Ortanca (min-mak) | Test İstatistiği P değeri |
|------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------------------------|
| Yaş grupları | 18-28 yaş | 20 (10-29)A | $\chi^2 = 32,7$ p<0,001 |
| | 29-38 yaş | 19,5 (10-27)A | |
| | 39-48 yaş | 16 (9-25)B | |
| | 49 yaş ve üzeri | 16 (8-27)B | |
| Cinsiyet | Kadın | 17 (8-29) | U=6299,5 |
| | Erkek | 18 (9-27) | p=0,317 |
| Medeni durumu | Bekar | 20 (8-29) | U=2592,0 |
| | Evli | 17 (8-27) | p=0,003 |
| Eğitim durumu | Okur yazar | 15 (8 - 23)A | $\chi^2 = 80,4$ p<0,001 |
| | İlkokul | 16 (9 - 24)A | |
| | Ortaokul | 17 (10 - 25)AB | |
| | Lise | 18 (13 - 27)B | |
| | Üniversite | 22 (10 - 29)C | |
| Çalışma durumu | Evet | 19 (9 - 29) | U=6094,5 |
| | Hayır | 17 (8 - 27) | p=0,001 |
| Sosyal güvence | Var | 17 (8 - 29) | U=286 |
| | Yok | 21 (13 - 25) | p=0,462 |
| Yaşanılan yerleşim birimi | İl | 20 (9 - 29)A | $\chi^2 = 35,8$ p<0,001 |
| | İlçe | 17 (8 - 27)B | |
| | Köy | 15 (10 - 23)C | |
| Aile yapısı | Çekirdek aile | 18 (8 - 29) | U=4368,5 |
| | Geniş aile | 16 (10 - 24) | p<0,001 |
| Gelir durumu | Gelir giderden az | 15 (9 - 26)A | $\chi^2 = 58,7$ p<0,001 |
| | Gelir gidere eşit | 18 (8 - 27)B | |
| | Gelir giderden fazla | 23 (13 - 29)C | |
| Kronik hastalığa sahip olma durumu | Evet | 17(9-25) | U=5853 |
| | Hayır | 17(8-29) | P=0,253 |

* χ^2 = Kruskal Wallis test istatistiği, U=Mann Whitney U test istatistiği, A-B-C:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 10'da karşılaştırılmıştır. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin hasta yakınlarının yaş gruplarına ($\chi^2 = 32,7$, $p < 0,001$), medeni durumlarına ($U = 2592,0$, $p = 0,003$), eğitim durumlarına ($\chi^2 = 80,4$, $p < 0,001$), çalışma durumlarına ($U = 6094,5$, $p = 0,001$), yaşadıkları yerleşim birimlerine ($\chi^2 = 35,8$, $p < 0,001$), aile yapılarına ($U = 4368,5$, $p < 0,001$), gelir durumlarına ($\chi^2 = 58,7$, $p < 0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplarla karşılaştırıldığında Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin 18-28 yaş ve 29-38 yaş grubunda bulunan, bekar, lise ve üniversite mezunu, çalışan, ilde yaşayan, çekirdek aile yapısına sahip olan ve gelirleri giderlerinden fazla olan hasta yakınlarında daha yüksek bulunmuştur. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin hasta yakınlarının cinsiyet ($U = 6299,5$, $p = 0,317$), sosyal güvence durumları ($U = 286$, $p = 0,462$) ve kronik bir hastalığa sahip olma ($U = 5853$, $p = 0,253$) durumlarına göre farklılık göstermediği belirlendi.

Tablo 11. Hasta yakınlarının bakım verme yükü özellikleri ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

| Özellikler | | Ortanca (min-mak) | Test İstatistiği P değeri |
|---|---------------|-------------------|-----------------------------------|
| Hastayla olan yakınlık derecesi | Eşi | 17 (8 - 25)A | $\chi^2 = 13,6$ p=0,003 |
| | Annesi/babası | 17,5 (10 - 29)AB | |
| | Kardeşi | 19,5 (13 - 27)B | |
| | Çocuğu | 15 (11 - 21)A | |
| Hastayla aynı evde yaşama durumu | Evet | 17 (8 - 29) | U=4161,5 p<0,001 |
| | Hayır | 19 (10 - 27) | |
| Ailede kanser tanısı alan başka bir birey bulunma durumu | Evet | 17 (9 - 27) | U=6809 p=0,027 |
| | Hayır | 18 (8 - 29) | |
| Bakım verme sürecinde başka bir bireyden destek alma durumu | Evet | 17 (9 - 26) | U=3561,5 p=0,451 |
| | Hayır | 18 (8 - 29) | |
| Ailede bakım ve tedavisi üstlenilen başka birey bulunma durumu | Evet | 16 (11 - 19) | U=1634 p=0,01 |
| | Hayır | 18 (8 - 29) | |

Tablo 11. (Devam)

| Özellikler | | Ortanca (min-mak) | Test İstatistiği P değeri |
|---|-----------------------|-------------------|------------------------------|
| Hastaya ne zamandan beri bakım verdiği | 0-3 ay | 19 (13 - 26) | $\chi^2=7,5$ p=0,113 |
| | 4-6 ay | 17,5 (13 - 27) | |
| | 7-9 ay | 18 (11 - 26) | |
| | 10-12 ay | 16 (10 - 29) | |
| | Bir yıldan daha fazla | 17 (8 - 26) | |
| Günde ortalama verilen bakım süresi | 1-6 saat | 19 (9 - 29)A | $\chi^2=21,2$ p<0,001 |
| | 7-12 saat | 17 (8 - 25)AB | |
| | 13-18 saat | 15 (10 - 24)B | |
| | 19-24 saat | 14,5 (9 - 22)B | |
| Gün içinde hastanın en çok ne zaman bakıma ve yardıma ihtiyaç duyduğu | Gece | 17 (8 - 26)B | $\chi^2=18,6$ p<0,001 |
| | Gündüz | 19 (10 - 29)A | |
| | Gece ve gündüz | 14 (11 - 17)B | |
| Hastaya bakım verme yükünün sağlığını etkileme durumu | Evet | 17 (9 - 26)A | $\chi^2=10,5$ p=0,005 |
| | Hayır | 21,5 (16 - 27)B | |
| | Kısmen | 18 (8 - 29)AB | |
| Bakım verme durumunun yaşantısındaki diğer sorumluluklarını etkileme durumu | Evet | 17 (9 - 26)A | $\chi^2=22$ p<0,001 |
| | Hayır | 22 (16 - 29)B | |
| | Kısmen | 19 (8 - 27)B | |
| Bakım verme yükü nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşama durumu | Evet | 17 (8 - 29) | U=1512 p=0,795 |
| | Hayır | 17 (13 - 26) | |
| Bakım verme yükü nedeniyle iş ortamındaki ilişkilerinde güçlük yaşama durumu | Evet | 18 (9 - 25)AB | U=1747,0 p=0,146 |
| | Hayır | 20 (10 - 29)A | |
| Bakım verme yükünün sosyal yaşantısını etkileme durumu | Evet | 17 (8 - 27) | U=1345 p=0,001 |
| | Hayır | 22 (13 - 29) | |

* χ^2 = Kruskal Wallis test istatistiği, U=Mann Whitney U test istatistiği, A-B:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının bakım verme yükü özellikleri ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 11’de karşılaştırılmıştır. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin hasta yakınlarının hastayla olan yakınlık derecesine ($\chi^2=13,6$, $p=0,003$), hastayla aynı evde yaşama durumuna ($U=4161,5$, $p<0,001$), ailede başka kanser tanısı alan birey bulunma durumuna ($U=6809$, $p=0,027$), ailede bakım ve tedavisi üstlenilen başka bir bireyin bulunma durumuna ($U=1634$, $p=0,01$), günde ortalama verilen bakım süresine ($\chi^2=21,2$, $p<0,001$), gün içinde hastanın en çok yardıma ihtiyaç duyduğu zamana ($\chi^2=18,6$, $p<0,001$), hastaya bakım verme yükünün sağlığını etkileme durumuna ($\chi^2=10,5$, $p=0,005$), yaşantısındaki diğer sorumlulukları etkileme durumuna ($\chi^2=22$, $p<0,001$) ve sosyal yaşantısını etkileme durumuna ($U=1345$, $p=0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi.

Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplarla karşılaştırıldığında Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin kardeşine bakım verenlerde, hastayla aynı evde yaşamayanlarda, ailede kanser tanısı alan başka bir birey bulunmayanlarda, ailede bakım ve tedavisi üstlenilen başka bir birey olmayanlarda, günde ortalama 1-6 saat ve 7-12 saat ve gündüz bakım verenlerde, hastanın yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlığı etkilenmeyenlerde, hastaya bakım vermenin yaşantısındaki diğer sorumluluklarını etkilemeyen ve kısmen etkileyen aynı zamanda bakım verme yükü nedeniyle sosyal yaşantısında değişiklik olmayan hasta yakınlarında yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin bakım verme sürecinde başka bir bireyden destek alma ($U=3561,5$, $p=0,451$), hastaya bakım verme süresine ($\chi^2=7,5$, $p=0,113$), bakım verme yükü nedeniyle aile ilişkilerinde ($U=1512$, $p=0,795$) ve iş ilişkilerinde günlük yaşama ($U=1747$, $p=0,146$) durumlarına göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

| Özellikler | | Ortanca (min-mak) | Test İstatistiği P değeri |
|--|-----------------------------|-------------------|------------------------------|
| Cinsiyet | Kadın | 18 (9-29) | U=6454,5 p =0,008 |
| | Erkek | 17 (8-27) | |
| Eğitim durumu | Okur yazar | 17(10-26)A | $\chi^2 =22,1$ p<0,001 |
| | İlkokul | 17(8-24)A | |
| | Orta okul | 17(9-27)A | |
| | Lise | 19(11-29)AB | |
| | Üniversite | 22,5(13-26)B | |
| Kronik bir hastalığa sahip olma durumu | Evet | 17(8-26) | U=9119 p=0,104 |
| | Hayır | 18(9-29) | |
| Mevcut tanısı | Mide CA | 18(12-26) | $\chi^2 =18,8$ p<0,470 |
| | Özefagus CA | 15,5(13-18) | |
| | Meme CA | 19(9-29) | |
| | Beyin CA | 19,5(13-22) | |
| | Colon CA | 15(8-23) | |
| | Lösemi | 19(10-27) | |
| | Rekum CA | 15(15-15) | |
| | Böbrek CA | 14(11-27) | |
| | Mesane CA | 15(9-19) | |
| | Akciğer CA | 16(10-26) | |
| | Karaciğer CA | 17(13-20) | |
| | Larinks CA | 20,5(14-25) | |
| | Nozofarenks CA | 16(16-16) | |
| | Prostat CA | 17,5(16-25) | |
| | Over CA | 17(13-24) | |
| | Uterus CA | 18(13-26) | |
| | Serviks CA | 17(12-21) | |
| | Safra Yolları İle İlgili CA | 18(10-21) | |
| | Yumuşak Doku CA | 18(18-18) | |
| | Diğer | 16(13-23) | |

Tablo 12. (Devam)

| Özellikler | | Ortanca (min-mak) | Test İstatistiği P değeri |
|--------------------------------|--------|--------------------------|--------------------------------------|
| Hastalığın evresi | Evre 1 | 18,5 (13-27) AB | $\chi^2 = 19,0$ p<0,001 |
| | Evre 2 | 20(11-29)A | |
| | Evre 3 | 17(10-25)AB | |
| | Evre 4 | 16(8-27)B | |
| Metastaz gelişme durumu | Var | 17(8-27) | U=10248 p<0,001 |
| | Yok | 18(10-29) | |

* χ^2 = Kruskal Wallis test istatistiği, U=Mann Whitney U test istatistiği, A-B:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin cinsiyete (U=6454,5, p=0,008), eğitim durumuna ($\chi^2=22,1$, p<0,001), hastalığın evresine ($\chi^2 = 19,0$, p<0,001), metastaz gelişme durumuna (U=10248, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplarla karşılaştırıldığında Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin kadın hastaya bakım verenlerde, hastası 2. ve 4. evrede olanlarda, hastasında metastaz gelişmeyenlerde ve hastası üniversite mezunu olanlarda yüksek olduğu görüldü. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=9119, p=0,104) ve mevcut tanıya ($\chi^2 = 18,8$, p<0,470) göre farklılık göstermediği belirlendi.

Tablo 13. Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olup/ olmama durumu ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

| Günlük Yaşam Aktiviteleri | Ortanca (min-mak) | Test İstatistiği P değeri |
|------------------------------------|-------------------|------------------------------|
| İletişim | Bağımlı | $\chi^2= 13,466$ |
| | Bağımsız | p=0,001 |
| | Kısmen Bağımlı | |
| Solunum | Bağımlı | $\chi^2= 3,674$ |
| | Bağımsız | p=0,159 |
| | Kısmen Bağımlı | |
| Yeme-İçme | Bağımlı | $\chi^2= 31,351$ |
| | Bağımsız | p<0,001 |
| | Kısmen Bağımlı | |
| Boşaltım | Bağımlı | $\chi^2= 41,117$ |
| | Bağımsız | p<0,001 |
| | Kısmen Bağımlı | |
| Kişisel temizlik ve giyinme | Bağımlı | $\chi^2= 37,828$ |
| | Bağımsız | p<0,001 |
| | Kısmen Bağımlı | |
| Hareket | Bağımlı | $\chi^2= 37,351$ |
| | Bağımsız | p<0,001 |
| | Kısmen Bağımlı | |
| Yardımcı araç-gerece ihtiyaç duyma | Evet | U=4519 |
| | Hayır | p<0,001 |

* χ^2 = Kruskal Wallis test istatistiği, U=Mann Whitney U test istatistiği, A-B-C:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olup/olmama durumu ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması Tablo 13’de verilmiştir. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin iletişim ($\chi^2=13,466$, p=0,001), yeme- içme ($\chi^2=31,351$, p<0,001), boşaltım ($\chi^2=41,117$, p<0,001), kişisel temizlik ve giyinme ($\chi^2=37,828$, p<0,001), hareket ile ($\chi^2=37,351$, p<0,001) yardımcı araç-gerece ihtiyaç duyma (U=4519, p<0,001) durumu yönünden farklılık gösterdiği belirlendi. Diğer gruplarla karşılaştırıldığında Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin iletişim, yeme-içme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyinme, hareket günlük yaşam aktiviteleri yönünden hastası bağımsız olanlarda ve hastası yardımcı araç gerece ihtiyaç duymayan

onkoloji hasta yakınlarında yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin solunum ($\chi^2=3,674$, $p=0,159$) günlük yaşam aktivitesi yönünden farklılık göstermediği belirlendi.

4.7. Bakım Verme Yükü Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 14. Bakım Verme Yükü Ölçeği' nin maddelerinin yüzdelik dağılımları

| Ölçek Maddeleri | | n | % |
|--|-----------------|-----|------|
| Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 38 | 14,8 |
| | Nadiren | 90 | 35,2 |
| | Bazen | 93 | 36,3 |
| | Oldukça Sık | 32 | 12,5 |
| | Hemen Her Zaman | 3 | 1,2 |
| Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 7 | 2,7 |
| | Nadiren | 44 | 17,2 |
| | Bazen | 108 | 42,2 |
| | Oldukça Sık | 93 | 36,3 |
| | Hemen Her Zaman | 4 | 1,6 |
| Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 3 | 1,2 |
| | Nadiren | 60 | 23,4 |
| | Bazen | 114 | 44,5 |
| | Oldukça Sık | 77 | 30,1 |
| | Hemen Her Zaman | 2 | 0,8 |
| Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 73 | 28,6 |
| | Nadiren | 106 | 41,4 |
| | Bazen | 69 | 26,9 |
| | Oldukça Sık | 8 | 3,1 |
| | Hemen Her Zaman | 0 | 0 |
| Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 72 | 28,1 |
| | Nadiren | 121 | 47,3 |
| | Bazen | 59 | 23 |
| | Oldukça Sık | 3 | 1,2 |
| | Hemen Her Zaman | 1 | 0,4 |

Tablo 14. (Devam)

| Ölçek Maddeleri | | n | % |
|---|-----------------|----------|----------|
| Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 50 | 19,5 |
| | Nadiren | 133 | 52,0 |
| | Bazen | 68 | 26,5 |
| | Oldukça Sık | 5 | 2,0 |
| | Hemen Her Zaman | 0 | 0 |
| Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 0 | 0 |
| | Nadiren | 3 | 1,2 |
| | Bazen | 18 | 7,0 |
| | Oldukça Sık | 137 | 53,5 |
| | Hemen Her Zaman | 98 | 38,3 |
| Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 4 | 1,6 |
| | Nadiren | 28 | 10,9 |
| | Bazen | 79 | 30,9 |
| | Oldukça Sık | 95 | 37,1 |
| | Hemen Her Zaman | 50 | 19,5 |
| Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 39 | 15,2 |
| | Nadiren | 114 | 44,5 |
| | Bazen | 93 | 36,3 |
| | Oldukça Sık | 10 | 4,0 |
| | Hemen Her Zaman | 0 | 0 |
| Yakınınzla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 25 | 9,8 |
| | Nadiren | 113 | 44,1 |
| | Bazen | 100 | 39,1 |
| | Oldukça Sık | 16 | 6,2 |
| | Hemen Her Zaman | 2 | 0,8 |
| Yakınınzın nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 7 | 2,7 |
| | Nadiren | 40 | 15,6 |
| | Bazen | 69 | 27,0 |
| | Oldukça Sık | 129 | 50,4 |
| | Hemen Her Zaman | 11 | 4,3 |

Tablo 14 (Devam)

| Ölçek Maddeleri | | n | % |
|---|-----------------|-----|------|
| Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 3 | 1,2 |
| | Nadiren | 43 | 16,8 |
| | Bazen | 71 | 27,7 |
| | Oldukça Sık | 127 | 49,6 |
| | Hemen Her Zaman | 12 | 4,7 |
| Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 114 | 44,5 |
| | Nadiren | 97 | 37,9 |
| | Bazen | 37 | 14,5 |
| | Oldukça Sık | 6 | 2,3 |
| | Hemen Her Zaman | 2 | 0,8 |
| Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 4 | 1,5 |
| | Nadiren | 12 | 4,7 |
| | Bazen | 90 | 35,2 |
| | Oldukça Sık | 107 | 41,8 |
| | Hemen Her Zaman | 43 | 16,8 |
| Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 5 | 2,0 |
| | Nadiren | 29 | 11,3 |
| | Bazen | 91 | 35,5 |
| | Oldukça Sık | 122 | 47,7 |
| | Hemen Her Zaman | 9 | 3,5 |
| Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 130 | 50,7 |
| | Nadiren | 79 | 30,9 |
| | Bazen | 46 | 18,0 |
| | Oldukça Sık | 1 | 0,4 |
| | Hemen Her Zaman | 0 | 0 |
| Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 3 | 1,2 |
| | Nadiren | 19 | 7,4 |
| | Bazen | 92 | 35,9 |
| | Oldukça Sık | 131 | 51,2 |
| | Hemen Her Zaman | 11 | 4,3 |

Tablo 14 (Devam)

| Ölçek Maddeleri | | n | % |
|---|-----------------|----------|----------|
| Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz? | Hiçbir Zaman | 166 | 64,8 |
| | Nadiren | 69 | 27,0 |
| | Bazen | 20 | 7,8 |
| | Oldukça Sık | 1 | 0,4 |
| | Hemen Her Zaman | 0 | 0 |
| Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 2 | 0,8 |
| | Nadiren | 17 | 6,6 |
| | Bazen | 160 | 62,5 |
| | Oldukça Sık | 77 | 30,1 |
| | Hemen Her Zaman | 0 | 0 |
| Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 1 | 0,4 |
| | Nadiren | 49 | 19,1 |
| | Bazen | 175 | 68,4 |
| | Oldukça Sık | 25 | 9,8 |
| | Hemen Her Zaman | 6 | 2,3 |
| Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz? | Hiçbir Zaman | 1 | 0,4 |
| | Nadiren | 3 | 1,2 |
| | Bazen | 34 | 13,3 |
| | Oldukça Sık | 208 | 81,2 |
| | Hemen Her Zaman | 10 | 3,9 |
| Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz? | Hiçbir Zaman | 0 | 0 |
| | Nadiren | 17 | 6,6 |
| | Bazen | 123 | 48,1 |
| | Oldukça Sık | 113 | 44,1 |
| | Hemen Her Zaman | 3 | 1,2 |

Bakım Verme Yüğü Ölçeği maddelerinin yüzdelerik dağılımları Tablo 14'te verilmiştir. Bakım Verme Yüğü Ölçeği maddelerinden “Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?” ifadesine araştırmaya katılan hasta yakınlarının %36,3'ünün “bazen”, “Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?” ifadesine %42,2'sinin “bazen”,

“Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?” ifadesine %44,5’inin “bazen”, “Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?” ifadesine %41,4’ünün “nadiren”, “Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?” ifadesine %47,3’ünün “nadiren”, “Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?” ifadesine %52’sinin “nadiren”, “Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?” ifadesine %53,5’inin “oldukça sık”, “Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?” ifadesine %37,1’inin “oldukça sık”, “Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?” ifadesine %44,5’inin “nadiren”, “Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?” ifadesine %44,1’inin “nadiren”, “Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?” ifadesine %50,4’ünün “oldukça sık”, “Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?” ifadesine %49,6’sının “oldukça sık”, “Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?” ifadesine %44,5’inin “hiçbir zaman”, “Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?” ifadesine %41,8’inin “oldukça sık”, “Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?” ifadesine %47,7’sinin “oldukça sık”, “Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?” ifadesine %50,7’sinin “hiçbir zaman”, “Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?” ifadesine %51,2’inin “oldukça sık”, “Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?” ifadesine %64,8’inin “hiçbir zaman”, “Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?” ifadesine %62,5’inin “bazen”, “Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?” ifadesine %68,4’ünün “bazen”, “Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz için en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?” ifadesine %81,2’sinin “oldukça sık”, “Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?” ifadesine %48,1’inin “bazen” cevabını verdikleri belirlendi (Tablo 14).

Tablo 15. Bakım Verme Yüğü Ölçeği madde puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması

| Ölçek Maddeleri | Ortalama | Standart Sapma | Min-Mak |
|--|-----------------|-----------------------|----------------|
| Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz? | 1,5 | 0,9 | 0 - 4 |
| Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz? | 2,2 | 0,8 | 0 - 4 |
| Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz? | 2,1 | 0,8 | 0 - 4 |
| Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz? | 1 | 0,8 | 0 - 3 |
| Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz? | 1 | 0,8 | 0 - 4 |
| Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz? | 1,1 | 0,7 | 0 - 3 |
| Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz? | 3,3 | 0,6 | 1 - 4 |
| Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz? | 2,6 | 1 | 0 - 4 |
| Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz? | 1,3 | 0,8 | 0 - 3 |
| Yakınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz? | 1,4 | 0,8 | 0 - 4 |
| Yakınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz? | 2,4 | 0,9 | 0 - 4 |
| Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz? | 2,4 | 0,9 | 0 - 4 |
| Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz? | 0,8 | 0,8 | 0 - 4 |
| Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz? | 2,7 | 0,9 | 0 - 4 |
| Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz? | 2,4 | 0,8 | 0 - 4 |

Tablo 15. (Devam)

| Ölçek Maddeleri | Ortalama | Standart Sapma | Min-Mak |
|---|-----------------|-----------------------|----------------|
| Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdürmeyeceğinizi düşünüyor musunuz? | 0,7 | 0,8 | 0-3 |
| Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz? | 2,5 | 0,7 | 0 - 4 |
| Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz? | 0,4 | 0,7 | 0 - 3 |
| Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz? | 2,2 | 0,6 | 0 - 3 |
| Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz? | 1,9 | 0,6 | 0 - 4 |
| Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz? | 2,9 | 0,5 | 0 - 4 |
| Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz? | 2,4 | 0,6 | 1 - 4 |
| TOPLAM | 41,2 | 9,7 | 14-65 |

Bakım Verme Yüğü Ölçeği madde puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması Tablo 15’de verilmiştir. Bakım Verme Yüğü Ölçeği’nde, “Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?”, “Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?”, “Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?”, “Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?”, “Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?”, “Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?”, “Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?”, “Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?”, “Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?”, “Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?”, “Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?”, “Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?”, “Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için

rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?, “Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?”, “Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?”, “Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?”, “Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?”, “Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?”, “Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?”, “Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?”, “Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?”, “Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?” maddelerinin ortalama ve standart sapması sırasıyla; 1,5±0,9, 2,2±0,8, 2,1±0,8, 1,0±0,8, 1,0±0,8, 1,1±0,7, 3,3±0,6, 2,6±1,0, 1,3±0,8, 1,4±0,8, 2,4±0,9, 2,4±0,9, 0,8±0,8, 2,7±0,9, 2,4±0,8, 0,7±0,8, 2,5±0,7, 0,4±0,7, 2,2±0,6, 1,9±0,6, 2,9±0,5, 2,4±0,6 olarak belirlendi. Bu çalışmada Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları 0,4 ile 3,3 arasında değışmekle birlikte, Bakım Verme Yüğü Ölçeğı toplam puanı 41,2 olarak belirlendi.

Tablo16. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı’nden alınan puanların dağılımı

| | | n | % |
|--------------------------------|---|-----|------|
| Bakım Verme Yüğü Ölçeğı | Bakım Yüğü Yok (0-20 puan) | 2 | 0,8 |
| | Hafif Bakım Yüğü (21-40 puan) | 115 | 44,9 |
| | Orta Düzeyde Bakım Yüğü (41-60 puan) | 136 | 53,1 |
| | Ağır Bakım Yüğü (61-88 puan) | 3 | 1,2 |

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı’nden alınan puanların dağılımı Tablo 16’da verilmiştir. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı’nden alınan puanlar kategorik hale getirildiğinde hasta yakınlarının %53,1’inin orta düzey bakım yüküne, %44,9’unun hafif bakım yüküne, %1,2’sinin ağır bakım yüküne sahip olduğu, %0,8’inin de bakım yükünün olmadığı belirlendi.

Tablo 17. Hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

| Özellikler | | Ortanca (min-mak) | Test İstatistiği P değeri |
|---|----------------------|-------------------|------------------------------------|
| Yaş grupları | 18-28 yaş | 35 (14-50)A | $\chi^2=26,7$ p<0,001 |
| | 29-38 yaş | 38,5 (23-61)AB | |
| | 39-48 yaş | 43 (23-65)BC | |
| | 49 yaş ve üzeri | 44 (20-64)C | |
| Cinsiyet | Kadın | 41 (14 - 65) | U=6641 |
| | Erkek | 42 (24 - 59) | p=0,713 |
| Medeni durum | Bekar | 36,5 (23 - 59) | U=2738,5 |
| | Evli | 42 (14 - 65) | p=0,01 |
| Eğitim durumu | Okur yazar | 48 (33 - 64)AB | $\chi^2=50,7$ p<0,001 |
| | İlkokul | 45 (23 - 65)A | |
| | Ortaokul | 41 (25 - 52)A | |
| | Lise | 38 (20 - 61)B | |
| | Üniversite | 34,5 (14 - 59)B | |
| Çalışma durumu | Evet | 40 (14 - 64) | U=68,6 |
| | Hayır | 44 (20 - 65) | p=0,046 |
| Sosyal güvence | Var | 42 (14 - 65) | U=186 |
| | Yok | 35 (25 - 39) | p=0,129 |
| Yaşanılan yerleşim birimi | İl | 40 (14 - 60)A | $\chi^2=15,6$ p<0,001 |
| | İlçe | 40 (23 - 64)A | |
| | Köy | 46 (25 - 65)B | |
| Aile yapısı | Çekirdek aile | 38 (14 - 64) | U=4103 |
| | Geniş aile | 47 (25 - 65) | p<0,001 |
| Gelir durumu | Gelir giderden az | 48 (30 - 65)A | $\chi^2=44,5$ p<0,001 |
| | Gelir gidere eşit | 39 (23 - 61)B | |
| | Gelir giderden fazla | 26 (14 - 59)B | |
| Kronik bir hastalığa sahip olma durumu | Evet | 44 (20 - 64) | U=5257 |
| | Hayır | 41 (14 - 65) | p=0,023 |

* χ^2 = Kruskal Wallis test istatistiği, U=Mann Whitney U test istatistiği, A-B-C:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 17’de karşılaştırılmıştır. Bakım Verme Yükü Ölçeği ortanca puan değerlerinin hasta yakınlarının yaş gruplarına ($\chi^2=26,7$, $p<0,001$), medeni durumlarına ($U=2738,5$, $p=0,01$), eğitim durumlarına ($\chi^2=50,7$, $p<0,001$), çalışma durumlarına ($U=68,6$, $p=0,046$), yaşadıkları yerleşim birimlerine ($\chi^2=15,6$, $p<0,001$), aile yapılarına ($U=4103$, $p<0,001$), gelir durumlarına ($\chi^2=44,5$, $p<0,001$) ve kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına ($U=5257$, $p=0,023$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Diğer gruplarla karşılaştırıldığında Bakım Verme Yükü Ölçeği ortanca puan değerinin 39-48 yaş ve 49 yaş ve üzeri olan, evli olan, okur-yazar, ilköğretim ve ortaokul mezunu, çalışmayan, köyde yaşayan, geniş aile yapısına sahip olan, geliri giderinden az olan ve kronik bir hastalığa sahip olan hasta yakınlarında daha yüksek olduğu görüldü. Bakım Verme Yükü Ölçeği ortanca puan değerlerinin hasta yakınlarının cinsiyet ($U=6641$, $p=0,713$) ve sosyal güvence ($U=186$, $p=0,129$) durumlarına göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 17).

Tablo 18. Hasta yakınlarının bakım verme yükü özellikleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

| Özellikler | | Ortanca(Min-Max) | T istatistiği P Değeri |
|---|---------------|------------------|--|
| Hastayla olan yakınlık derecesi | Eşi | 42 (20 - 64) | $\chi^2=7,0$ $p=0,071$ |
| | Annesi/Babası | 42 (14 - 65) | |
| | Kardeşi | 31 (24 - 55) | |
| | Çocuğu | 40 (28 - 52) | |
| Hastayla aynı evde yaşama durumu | Evet | 44 (20 - 65) | $U=4340,5$ $p<0,001$ |
| | Hayır | 37 (14 - 61) | |
| Ailede kanser tanısı alan başka bir birey bulunma durumu | Evet | 44 (14 - 64) | $U=6089,5$ $p=0,001$ |
| | Hayır | 39 (20 - 65) | |
| Bakım verme sürecinde başka bir bireyden destek alma durumu | Evet | 41 (14 - 65) | $U=3219$ $p=0,111$ |
| | Hayır | 46 (23 - 64) | |
| Ailede bakım ve tedavisi üstlenilen başka birey bulunma durumu | Evet | 46 (25 - 59) | $U=1953,5$ $p=0,114$ |
| | Hayır | 41 (14 - 65) | |

Tablo 18. (Devam)

| Özellikler | | Ortanca(Min-Max) | T istatistiği P Değeri |
|--|--|------------------|---------------------------|
| Hastaya ne zamandır bakım verdiği | 0-3 ay | 33 (14 - 46)A | $\chi^2=13,1$ |
| | 4-6 ay | 41 (25 - 54)AB | p<0,001 |
| | 7-9 ay | 42 (23 - 55)B | |
| | 10-12 ay | 43 (23 - 65)B | |
| | Bir yıldan daha fazla | 43 (20 - 64)B | |
| | Günde ortalama verilen bakım süresi | 1-6 saat | 38 (20 - 61)A |
| 7-12 saat | | 45 (14 - 64)B | p<0,001 |
| 13-18 saat | | 47 (29 - 65)B | |
| 19-24 saat | | 44 (26 - 54)AB | |
| Gün içinde hastanın en çok ne zaman bakım ve yardıma ihtiyaç duyduğu | Gece | 42 (23 - 65)AB | $\chi^2=8,7$ |
| | Gündüz | 38 (14 - 60)B | p=0,013 |
| | Gece ve gündüz | 50,5 (41 - 59)A | |
| Hastaya bakım verme yükünün sağlığını etkileme durumu | Evet | 43,5 (20 - 65)A | $\chi^2=10,6$ |
| | Hayır | 39,5 (30 - 51)AB | p=0,005 |
| | Kısmen | 38 (14 - 55)B | |
| Bakım verme durumunun yaşantısındaki diğer sorumluluklarını etkileme durumu | Evet | 44 (24 - 65)A | $\chi^2=46,3$ |
| | Hayır | 32 (14 - 48)B | p<0,001 |
| | Kısmen | 35 (20 - 55)B | |
| Bakım verme yükü nedeniyle aile ilişkilerinde güçlük yaşama durumu | Evet | 42 (14 - 65) | U=770 |
| | Hayır | 33 (23 - 43) | p=0,002 |
| Bakım verme yükü nedeniyle iş ilişkilerinde güçlük yaşama durumu | Evet | 43 (24 - 64)A | U=22,8 |
| | Hayır | 35 (14 - 55)B | p<0,001 |
| Bakım verme yükünün sosyal yaşantısını etkileme durumu | Evet | 43 (24 - 65) | U=1051 |
| | Hayır | 30 (14 - 48) | p<0,001 |

* χ^2 = Kruskal Wallis test istatistiği, U=Mann Whitney U test istatistiği, A-B:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının Bakım Verme Yükü Özellikleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 18’de karşılaştırılmıştır. Bakım Verme Yükü Ölçeği ortanca değerinin hasta yakınlarının hastayla aynı evde yaşama durumuna ($U=4340,5$, $p<0,001$), ailede kanser tanısı alan başka bir birey bulunma durumuna ($U=6089,5$, $p=0,001$), hastaya ne zamandır bakım verdiğine ($\chi^2=131$, $p<0,001$), günde ortalama verilen bakım süresine ($\chi^2=25,8$, $p<0,001$), gün içinde hastanın en çok yardıma ihtiyaç duyduğu zamana ($\chi^2=8,7$, $p=0,013$), hastaya bakım verme yükünün sağlığını etkileme durumuna ($\chi^2=10,6$, $p=0,005$), bakım verme durumunun yaşantısındaki diğer sorumluluklarını etkileme durumuna ($\chi^2=46,3$, $p<0,001$), bakım verme yükü nedeniyle aile ilişkilerinde ($U=770$, $p=0,002$) ve iş ilişkilerinde günlük yaşama durumuna ($U=22,8$, $p<0,001$), bakım verme yükünün sosyal yaşantısını etkileme ($U=1051$, $p<0,001$) durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Diğer gruplarla karşılaştırıldığında Bakım Verme Yükü Ölçeği ortanca puan değerinin hastayla aynı evde yaşayan, ailede kanser tanısı alan başka bir birey bulunan, hastaya 7-9 ay, 10-12 ay ve bir yıldan fazla süredir bakım veren, günde ortalama 7-12 saat ve 13-18 saat bakım veren, hem gece hem gündüz bakım veren ve bakım verme yükü nedeniyle sağlığı etkilenenlerde, bakım verme durumunun yaşantısındaki diğer sorumluluklarını etkileyenlerde, bakım verme yükü nedeniyle aile ve iş ilişkilerinde günlük yaşayanlarda, bakım verme yükü nedeniyle sosyal yaşantısı etkilenen hasta yakınlarında daha yüksek olduğu görüldü. Bakım Verme Yükü Ölçeği ortanca puan değerinin hastayla olan yakınlık derecesine ($\chi^2=7,0$, $p=0,071$), bakım verme sürecinde başka bir bireyden destek alma durumuna ($U=3219$, $p=0,111$), ailede bakım ve tedavisi üstlenilen başka bir birey bulunma durumlarına ($U=1953,5$, $p=0,114$) göre farklılık göstermediği belirlendi.

Tablo 19. Hastaların bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

| Özellikler | | Ortanca (min-mak) | Test istatistiği P değeri |
|---|-----------------------------|-------------------|------------------------------|
| Cinsiyet | Kadın | 40 (23 - 61) | U=7048,5 p=0,107 |
| | Erkek | 42 (14 - 65) | |
| Eğitim durumu | Okur yazar | 44 (23 - 65)A | $\chi^2=20,6$ p<0,001 |
| | İlkokul | 42 (24 - 61)A | |
| | Ortaokul | 44 (25 - 59)AB | |
| | Lise | 35 (14 - 60)B | |
| | Üniversite | 37 (20 - 47)AB | |
| Kronik bir hastalığa sahip olma durumu | Evet | 44 (20 - 65) | U=6606 p=0,009 |
| | Hayır | 40 (14 - 60) | |
| Mevcut tanısı | Mide CA | 38 (23 - 54)AB | $\chi^2=30,4$ p=0,046 |
| | Özefagus CA | 45,5 (36 - 55)AB | |
| | Meme CA | 42 (23 - 61)AB | |
| | Beyin CA | 37,5 (24 - 59)AB | |
| | Colon CA | 46 (32 - 65)B | |
| | Lösemi | 37 (24 - 58)A | |
| | Rekum CA | 40 (40 - 40)AB | |
| | Böbrek CA | 38 (14 - 52)AB | |
| | Mesane CA | 46 (41 - 57)AB | |
| | Akciğer CA | 44 (26 - 64)AB | |
| | Karaciğer CA | 37 (25 - 51)AB | |
| | Larinks CA | 43 (39 - 47)AB | |
| | Nozofarenks CA | 46 (46 - 46)AB | |
| | Prostat CA | 36,5 (20 - 51)AB | |
| | Over CA | 43,5 (24 - 55)AB | |
| | Uterus CA | 36 (23 - 50)AB | |
| | Serviks CA | 42 (35 - 52)AB | |
| | Safra yolları ile ilgili CA | 48 (35 - 51)AB | |
| | Yumuşak doku CA | 46 (46 - 46)AB | |
| | Diğer | 44 (28 - 55)AB | |

Tablo 19. (Devam)

| | | | |
|--------------------------------|--------|----------------|-------------------|
| Hastalığın evresi | Evre 1 | 33 (24 - 55)A | $\chi^2=33,6$ |
| | Evre 2 | 37 (23 - 59)AC | p<0,001 |
| | Evre 3 | 44 (20 - 61)B | |
| | Evre 4 | 44 (14 - 65)BC | |
| Metastaz gelişme durumu | Var | 44 (14 - 65) | U=5439 |
| | Yok | 38 (20 - 60) | p<0,001 |

* χ^2 = Kruskal Wallis test istatistiği, U=Mann Whitney U test istatistiği, A-B-C:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 19'da karşılaştırılmıştır. Bakım Verme Yüğü Ölçeği ortanca puan değerinin hastaların eğitim durumuna ($\chi^2=20,6$, $p<0,001$), kronik bir hastalığa sahip olma durumuna ($U=6606$, $p=0,009$), mevcut tanısına ($\chi^2=30,4$, $p=0,046$), hastalığın evresine ($\chi^2=33,6$, $p<0,001$) ve metastaz gelişme durumuna ($U=5439$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplarla karşılaştırıldığında Bakım Verme Yüğü Ölçeği ortanca puan değerinin okuryazar ve ortaokul mezunu olan, kronik bir hastalığa sahip olanlarda, lösemi tanısı alan hastalarla karşılaştırıldığında kolon kanseri tanısı alanlarda, hastalığın 3. ve 4. evresinde olanlarda ve metastaz gelişen hastalara bakım verenlerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bakım Verme Yüğü Ölçeği ortanca puan değerinin cinsiyete ($U=7048,5$, $p=0,107$) göre farklılık göstermediği belirlendi.

Tablo 20 . Yaşam Doyum Ölçeği puan ortalaması ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki

| Bakım Verme Yüğü Ölçeği | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| Yaşam Doyumu Ölçeği | $r = -0,485$ $p < 0,001$ |

Yaşam Doyum Ölçeği puan ortalaması ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 20’de verilmiştir. Yaşam Doyum Ölçeği puanı ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması arasında orta düzeyde ters yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, Bakım Verme Yüğü Ölçeği puanı arttıkça Yaşam Doyum Ölçeği puanının azaldığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Kanser tanısı almak hem birey hem de aile üyeleri için travmatik bir deneyimdir. Kanser hastalığının prognozu tedaviye bağlı olarak yaşanan problemler hem hastanın hem de bakım veren aile üyelerinin fiziksel ve psikolojik sağlığını, sosyal ve ekonomik durumunu olumsuz yönde etkilemekte; yaşam kalitelerini ve yaşam doyumlarını azaltabilmekte ve bakım yüklerini arttırabilmektedir. Bu çalışma Türkiye'nin kuzeyinde Orta Karadeniz bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinin acil servisine çeşitli problemler ve şikayetler nedeniyle başvuran onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükleri ile yaşam doyumu ilişkisinin yorumlandığı ilk çalışmadır.

Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların yaklaşık olarak yarısının kronik bir hastalığa sahip olduğu, hastalarda sırasıyla diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığının bulunduğu belirlendi. Bu konuda Işık (2014) tarafından kanser hastalarının yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi ve değerlendirilmesine yönelik olarak yapılmış olan bir çalışmada ise araştırma bulgularıyla uyumlu olarak hastaların diyabet, kalp hastalığı ve hipertansiyon tanısı aldıkları bildirilmiştir (Işık, 2014). Benzer şekilde bu konuda yapılmış olan diğer çalışmalarda ise hastaların koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve diyabet tanısı aldıkları saptanmıştır (Deniz, 2011; Ataman, 2014). Onkoloji hastalarının mevcut tedavilerinin yanı sıra kronik bir hastalığa sahip olma durumları hastalığın prognozunu etkileyebilir ve hastaların hastanede yatış sürelerini uzatabilir. Bu durumun onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yüklerini daha da arttırabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda çalışmaya katılan hastaların %19,9'unun lösemi ve %19,1'inin akciğer kanseri tanısı aldıkları belirlendi. Onkoloji hastalarının almış oldukları tanılar yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte, Uğur'un (2006) onkoloji hastalarına evde bakım veren bireylerin bakım yükünü inceledikleri bir çalışmalarında %40,9'unun meme kanseri tanısı aldığı bildirilmiştir (Uğur, 2006). Onkoloji hastaları ile ilgili yapılmış olan diğer çalışmalarda ise hastaların en çok meme kanseri, hematolojik kanser, baş-boyun kanseri, kolon kanseri ve jinekolojik kanser tanıları aldıkları saptanmıştır (Ertem ve ark., 2009; Görgülü ve Akdemir, 2010; Karaaslan, 2013; Yangöz, 2013; Kahrıman, 2014).

Bu çalışmada hastaların %44,1'inin evre 4 olduğu, hastaların yaklaşık olarak yarısında karaciğer, akciğer, kemik, beyin ve cilde metastaz geliştiği, hastalara sırasıyla kemoterapi, cerrahi tedavi ve radyoterapi uygulandığı belirlendi. Yangöz'ün (2013) kanser ağrısı olan hastalar ve bakım veren bireylerin ağrıya ilişkin görüşleri ve bakım yüklerini belirlemek üzere yapmış olduğu bir çalışmada da hastaların %30,8'inin evre 4 olduğu ve hastalara hem kemoterapi hem de cerrahi tedavi uygulandığı bildirilmiştir. Kılıçkap'ın (2009) yapmış olduğu çalışmada da araştırma bulgularını destekler yönde hastaların %38,3'ünün evre 4 olduğu, %33,7'sinde en az bir organa metastaz geliştiği, hastalara kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi uygulandığı belirtilmiştir (Kılıçkap, 2009). Bu konuda yapılmış olan diğer çalışmalarda da başta akciğer olmak üzere karaciğer, beyin, pankreas gibi organlara metastaz geliştiği bildirilmiştir (Yangöz, 2013; Koca, 2014). Kanser hastalarında hastalığın evresi ile birlikte bir başka organa metastaz gelişme durumunun onkoloji hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükünü attırabileceği; fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini bozarak yaşamdan aldıkları doyumunu azaltabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda araştırmaya katılan hastaların %71,1'inin acil servise gece başvurduğu, yaklaşık olarak üçte birinin acil servise ambulans ile getirildiği belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Bozdemir ve arkadaşlarının (2009) acil servise başvuran kanser hastalarının klinik, demografik ve prognostik özelliklerini belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada hastaların acil servise gece başvurduğu (Bozdemir ve ark., 2009); araştırma bulgularına karşın Koca'nın (2014) yapmış olduğu diğer bir çalışmada ise onkoloji hastalarının acil servise gündüz başvurdukları bildirilmiştir (Koca, 2014). Acil servis kanser olgularının tanı ve tedavisinde önemli bir rol üstlenmektedir (Yaylacı ve ark., 2009; Can ve ark., 2013). Kanser hastalarının acil servise başvuruları çoğunlukla planlanmamış ve ani gelişen bir olay sonrasında gerçekleştiği için ortaya çıkan bu durumun hasta birey ve yakınlarının fiziksel ve psikolojik destek ile bakıma olan ihtiyaçlarını arttırdığı (Gülbağcı, 2015), bireyin bakımını üstlenen hasta yakınlarının ailevi, iş ve sosyal yaşamlarının bu durumdan olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir (Olgun ve Kuşoğlu, 2004).

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda araştırmaya katılan hastaların acile başvuru sıklığının yedi ve üzerinde olduğu, en çok sırasıyla ağrı, yorgunluk/halsizlik, nefes darlığı, bulantı-kusma, ateş, genel durum bozukluğu, anemi,

ağızdan sıvı alım yetersizliği, öksürük ve hematüri gibi şikayetleri nedeniyle acil servise başvurdukları belirlendi. Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda ise hastaların ağrı, nefes darlığı, bulantı-kusma, ateş, yorgunluk, diyare, abdominal distansiyon, senkop, genel durum bozukluğu, öksürük, göğüs ağrısı, çarpıntı, kanama ve ağızdan alım yetersizliği gibi problemler nedeniyle acile başvurdukları bildirilmiştir (Başer ve ark., 2008; Bozdemir ve ark., 2009; Aygün, 2012; Koçak ve ark., 2012; Koca, 2014; Gülbağcı, 2015). Onkoloji hastalarının acile başvuru sıklığı yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte, Bozdemir ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu çalışmada hastaların %62'sinin, Koca'nın (2014) yapmış olduğu çalışmada ise hastaların %44,1'inin acil servise ilk kez başvurdukları bildirilmiştir (Bozdemir ve ark., 2009; Koca, 2014). Kanser hastaları hastalığın prognozu boyunca gelişen, nötropenik ateş, spinalkord basısı gibi onkolojik aciller, beslenme sorunları, ağrı, radyoterapi, kemoterapi ve tanısal cerrahi girişimlerden kaynaklanan sorunlar, kalp-damar hastalıkları, akciğer hastalıkları ve kanser kaynaklı olmayan birçok sağlık problemi nedeniyle acil servise başvurabilmekte (Başaran ve Başaran, 2004; Yaylacı ve ark., 2009; Keskin ve Eralp, 2011; Koçak ve ark., 2012; Can ve ark., 2013) bu durumda hasta yakınlarının aile, iş ve sosyal yaşamlarını olumsuz yönde etkileyerek bakım yüklerini arttırabilmektedir.

Bu araştırmada onkoloji hasta yakınlarının yaklaşık olarak yarısının anne veya babasına bakım verdiği ve %73'ünün hasta ile aynı evi paylaştıkları belirlenmiştir. Onkoloji hastalarına bakım veren bireyler yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte genellikle hastaların eşleri ve çocuklarının hastanın bakım ve tedavisini üstlendikleri (Çetinkaya, 2006; Şahin ve ark., 2009; Dede, 2010; Uğur ve Fadiloğlu, 2012; Zaybak ve ark., 2012; Karaaslan, 2013; Akgül, 2013; Binbay ve ark., 2015; Orak ve Sezgin, 2015) ve hasta ile aynı evi paylaştıkları görülmüştür (Küçükgüçlü ve ark., 2009; Türkoğlu, 2010; Öner, 2012; Gülbağcı, 2015). Ülkemizde kanser tanısı alan bireyin bakımı genellikle aile bireyleri tarafından üstlenilmekte ve bu durum ailevi bir sorumluluk olarak algılanmaktadır (Orak ve Sezgin, 2015). Kanser hastasının bakım sorumluluğu genellikle, hastanın eşi, çocukları, akrabaları veya arkadaşları tarafından üstlenilmektedir (Babaoğlu ve Öz, 2003; Kuşçu ve ark., 2009; Türkoğlu ve Kılıç, 2012).

Bu çalışmada hasta yakınlarının yaklaşık olarak yarısının ailesinde kanser tanısı alan başka bir birey olduğu, %8,2'sinin ailesinde bakım ve tedavisini üstlendikleri başka bir birey bulunduğu ve hasta yakınlarının %86,3'ünün bakım verme sürecinde başka bir

bireyden destek aldıkları belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da hastanın bakım ve tedavisini üstlenen bireylerin bakım ve tedavi süreci içerisinde yardıma ihtiyaç duydukları ve aile içerisinde başka bir bireyden destek aldıkları (Uğur, 2006; Uğur ve Fadiloğlu, 2012; Karasalan, 2013; Yangöz, 2013; Berber, 2014; Deniz, 2014; Kahrıman, 2014) ve aile içinde bakımından sorumlu oldukları başka bireyler bulunduğu bildirilmiştir (Uğur ve Fadiloğlu, 2012; Yangöz, 2013). Ailede bakım verilen birey sayısının birden fazla olmasının onkoloji hasta yakınlarının yaşam kalitelerini azaltarak bakım yüklerini arttırabileceği ve tükenmişlik yaşamalarına neden olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda araştırmaya katılan hasta yakınlarının beşte üçünün hastasına bir yıldan daha uzun bir süredir ortalama 1-6 saat arası bakım verdikleri ve gün içerisinde hastaların en çok gece yardıma ihtiyaç duydukları görüldü. Onkoloji hasta yakınlarının hastalarının bakım ve tedavisini kaç yıldır üstlendiği, hastalarına günde ortalama kaç saat bakım verdikleri ve hastalarının gün içerisinde en çok hangi zaman diliminde bakıma ihtiyaç duydukları yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte, genellikle bakım süresinin 0-24 ay arasında değiştiği (Uğur, 2006; Şahin ve ark., 2009; Türkoğlu, 2010; Öner, 2012; Uğur ve Fadiloğlu, 2012; Zaybak ve ark., 2012; Karaaslan, 2013; Berber, 2014; Tosun ve ark., 2015), ortalama günde 1-24 saat arası bakım verdikleri (Berber, 2014; Türkoğlu, 2010; Görgülü ve Akdemir, 2010) ve onkoloji hastalarının günün her saatinde bakıma ihtiyaç duydukları bildirilmiştir (Öner, 2012).

Bu çalışmada hasta yakınlarının bakım verme yükünün başta aile ilişkileri ve sosyal yaşantıları olmak üzere sağlık durumlarını ve yaşamlarındaki diğer rol ve sorumluluklarını etkilediği görüldü. Akgül'ün (2013) periferik kan kök hücre nakli yapılmış kanser hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verme yükü ve etkileyen faktörleri belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada, bakım veren bireylerin sosyal, fiziksel, psikolojik, ekonomik sorunlar yaşadıkları ve aile ilişkilerinin bakım verme yüklerinden etkilendiği bildirilmiştir (Akgül, 2013). Bu konuda yapılmış olan diğer çalışmalarda da bakım veren bireylerin hastaların fiziksel bakımını karşılamada güçlük yaşadıkları, sağlık durumlarının bakım verme rolünden olumsuz yönde etkilendiği, aile içerisindeki diğer sorumluluklarını yerine getiremedikleri, evlilik yaşamında ve aile ilişkilerinde problemler yaşadıkları, sağlık durumlarının aile ve iş yaşantılarının bu

durumdan olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Türkoğlu, 2010; Öner, 2012; Yangöz, 2013; Tosun ve ark. 2015). Kanser hastalığının tanı ve tedavisi bireyin ailesini de etkilemekte ve ailenin bakım yükünü arttırabilmektedir. Ayrıca hasta bireyin bakımını yüklenen aile üyeleri, evlilik ve aile ilişkilerinde gerginlik, günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik, bunalım, sıkıntı, sağlık problemleri ve sosyal rollerinde çatışma gibi sorunlar da yaşayabilmektedir (Nijboer ve ark., 1999; Given ve ark., 2001; Silver ve Wellman, 2002; Atagün ve ark., 2011; Girgis ve ark., 2013; Tosun ve ark., 2015).

Bu araştırmada hasta yakınlarının %53,1'inin orta düzey bakım yüküne ve %44,9'unun hafif bakım yüküne sahip oldukları belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Kahırman'ın (2014) kanserli hastalara bakım veren bireylerde bakım yükü ve algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapmış olduğu çalışmada, hasta yakınlarının %50'sinin hafif bakım yüküne ve %28,3'ünün orta bakım yüküne sahip oldukları bildirilmiştir (Kahırman, 2014). Yangöz'ün (2013) kanser ağrısı olan hastaların ve bakım veren bireylerin ağrıya ilişkin görüşleri ve bakım yüklerinin belirlenmesine yönelik olarak yapmış olduğu çalışmada ise bakım veren hasta yakınlarının %55'inin orta derecede güçlük yaşadıkları bildirilmiştir (Yangöz, 2013). Bu konuda Aksu'nun (2014) kanser tanısı konmuş çocuk hasta yakınlarının bakım yüklerini belirlemek üzere yapmış oldukları diğer bir çalışmada da bu araştırmadan elde edilen bulguları destekler yönde hasta yakınlarının hafif ve orta derece bakım yüküne sahip oldukları belirtilmiştir (Aksu, 2014).

Bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplarla karşılaştırıldığında Bakım Verme Yükü Ölçeği ortanca puan değerinin 39 yaş ve üzeri, evli, okur-yazar, ilkokul ve ortaokul mezunu, çalışmayan, köyde yaşayan, geniş aile yapısına sahip olan, gelirleri giderlerinden az olan ve kronik bir hastalığa sahip olan hasta yakınlarında daha yüksek olduğu belirlendi. Orak ve Sezgin'in (2015) kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerini belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışmada araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bakım veren bireylerin eğitim düzeylerinin bakım yükünü etkilediği, diğer gruplarla karşılaştırıldığında okur-yazar hasta yakınlarında bakım yükünün daha yüksek olduğu, araştırma bulgularına karşın medeni durum, yaşadığı yerleşim birimi, çalışma durumu ve gelir düzeyinin bakım yükünü etkilemediği bildirilmiştir (Orak ve Sezgin, 2015). Yangöz'ün (2013) yapmış olduğu diğer bir çalışmada ise hasta yakınlarının eğitim düzeyi ve çalışma durumunun

bakım yüklerini etkilediği araştırma bulgularına karşın okur yazar olmayan ve çalışan hasta yakınlarının bakım yüklerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Yangöz, 2013). Aksu'nun (2014) yapmış olduğu çalışmada ise kanser tanısı konmuş çocuk hasta yakınlarında eğitim durumlarının bakım yüklerini etkilediği, okur-yazar olan hasta yakınlarının yüksek bakım yüküne, lisans mezunu hasta yakınlarının ise düşük bakım yüküne sahip oldukları belirtilmiştir (Aksu, 2014). Bu durumun eğitim seviyesi yükseldikçe öz yeterliliğin artmasından, hasta bireylerin ihtiyaçlarının daha kolay anlaşılabilmesinden ve hasta ile ilgili problemlerin kısa süre içerisinde çözümlenebilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu konuda yapılmış olan bazı araştırmalarda diğer araştırma bulgularıyla uyumlu olarak eğitim düzeyi (Öner, 2012; Akgül, 2013; Berber, 2014), gelir durumu (Akgül, 2013; Berber, 2014), yaş (Türkoğlu, 2010) ve medeni durum (Türkoğlu, 2010) gibi sosyodemografik özelliklerin hasta yakınlarının bakım yüklerini etkilediği, araştırma bulgularına karşın diğer çalışmalarda ise yaş (Şahin ve ark., 2009; Türkoğlu, 2010), yaşadığı yerleşim birimi (Türkoğlu, 2010) çalışma durumu (Şahin ve ark., 2009; Türkoğlu, 2010), medeni durum (Türkoğlu, 2010) ve eğitim düzeyi (Şahin ve ark., 2009; Türkoğlu, 2010) gibi hasta yakınına ait bazı özelliklerin bakım yüklerine etki etmediği bildirilmiştir (Şahin ve ark., 2009; Berber, 2014). Onkoloji hasta yakınlarının bakım yüklerini etkileyen faktörler yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte bu durumun hasta yakınlarının kişisel özellikleri ile birlikte sosyoekonomik durumundan, hasta yakınlarının bilgi düzeylerinden, ulaşım imkanlarından ve aile içi rol değişikliklerinden etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada diğer gruplarla karşılaştırıldığında Bakım Verme Yükü Ölçeği ortanca puan değerinin hastayla aynı evde yaşayan, ailede kanser tanısı alan başka bir birey bulunan, hastasına hem gece hem gündüz bakım veren, bakım verme rolünden sağlık durumu, aile, iş yaşantısı ve sosyal yaşantısı etkilenen hasta yakınlarında daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu konuda Öner (2012) tarafından yapılmış olan bir çalışmada istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilememiş olmasına karşın, hasta ile aynı evde birlikte kalmanın bakım verme yükünü etkilediği, bakım verme süresi arttıkça hasta yakınlarının bakım yükü puanlarının giderek arttığı ve hastasına bakım verme sürecinde güçlük yaşayanlarda bakım verme yükü puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Öner, 2012). Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılmış olan diğer çalışmalarda

bakım verme yükünün hastaya bakım verme süresine, hasta yakınlarının hastayla aynı evi paylaşma ve ailede kanser tanısı alan başka bir birey bulunma durumuna göre farklılık göstermediği (Türkoğlu, 2010), bakım verme yükünün hasta yakınlarının sosyal yaşantısını ve aile ilişkilerini etkilemediği bildirilmiştir (Akgül, 2013).

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplarla karşılaştırıldığında bakım verme yükünün okuryazar ve ortaokul mezunu olan, kronik bir hastalığa sahip olan, kolon kanseri tanısı alan, hastalığın 3. ve 4. evresinde olan ve metastaz gelişen hastalara bakım veren hasta yakınlarında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Onkoloji hastasının kronik bir hastalığa sahip olmasının, hastada başka bir organa metastaz gelişmesinin, hastalığın tedavi ve prognozuna kronik bir hastalığında eşlik etmesinin hastanın hastanede kalış süresini uzatarak bakım veren hasta yakınlarının bakım yükünü daha da arttırdığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan onkoloji hasta yakınlarının yaklaşık olarak yarısının (%44) yaşamlarından kısmen memnun olmadıkları belirlenmiş olmakla birlikte bu durumun kanser hastalığının yaşamı tehdit eden bir hastalık olmasından, hastalığın prognoz ve tedavisine bağlı yaşanan problemlerin hasta yakınlarının biyopsikosozyal ve ekonomik durumlarını olumsuz yönde etkilemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada 18-28 yaş ve 29-38 yaş grubunda bulunan, bekar, lise ve üniversite mezunu, çalışan, ilde yaşayan, çekirdek aile yapısına sahip olan ve gelirleri giderlerinden fazla olan hasta yakınlarında yaşam doyumunun daha yüksek olduğu görülmüştür. Selamet'in (2014) kemoterapi gören kanserli çocukların annelerinin algıladığı sosyal destek ve yaşam kalitesini belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışmada, araştırma bulgularıyla uyumlu olarak 18-24 yaş grubunda bulunan, üniversite mezunu, çalışan ve gelir durumu yüksek olan hasta yakınlarının yaşam kalitesi ve doyumunun daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Selamet, 2014). Bu konuda yapılmış olan diğer çalışmalarda da araştırma bulgularını destekler yönde diğer gruplarla karşılaştırıldığında eğitim düzeyi yüksek (Kızılcı, 1999; Karabuğa, 2009; Işık, 2013), çalışan (Karabuğa, 2009; Işık, 2013; Tosun ve ark. 2015), bekar (Kızılcı, 1999; Işık, 2013) ve ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayan (Karabuğa, 2009) hasta yakınlarının yaşam kalitesi ve doyumunun yüksek olduğu belirtilmiştir.

Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılmış olan diğer çalışmalarda ise hasta yakınlarının yaşam kalitesinin yaş (Çivi ve ark., 2011) ve medeni durum (Çivi ve ark., 2011) gibi sosyodemografik özelliklerden etkilenmediği, ilkokul mezunu hasta yakınlarının yaşam kalitesi ve doyumunun eğitim düzeyi yüksek olan hasta yakınlarından daha yüksek belirlendiği (Çivi ve ark., 2011), gelirleri giderlerine eşit olanlarda (Türkoğlu, 2010; Işık, 2013), boşanmış/dul olanlarda (Türkoğlu, 2010) yaşam kalitesi ve doyumunun düşük olduğu ve bakım verenlerin yaşı arttıkça (Türkoğlu, 2010) hasta yakınlarının yaşam kalitesi ve doyumun arttığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada diğer gruplarla karşılaştırıldığında hastayla aynı evi paylaşmayan, ailede kanser tanısı alan ve bakım ve tedavisi üstlenilen başka bir birey bulunmayan, hastanın yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlığı, sosyal yaşantısı ve diğer sorumlulukları etkilenmeyen hasta yakınlarında yaşam doyumunun yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma bulgularını destekler yönde Selamet'in (2014) yapmış olduğu çalışmada ise ailede kanser tanısı alan ya da bakmakla yükümlü olduğu birey bulunan annelerin yaşam kalitesi ve doyumunun daha düşük olduğu ve çocuğuna bakım verme durumunun diğer sorumluluklarını etkilediği bildirilmiştir (Selamet, 2014). Araştırma bulgularına karşın Türkoğlu'nun (2010) yapmış olduğu diğer bir çalışmada da hastayla aynı evi paylaşma durumunun bakım veren bireylerde yaşam kalitesi ve doyumunu etkilemediği belirtilmiştir (Türkoğlu, 2010).

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplarla karşılaştırıldığında yaşam doyumunun üniversite mezunu ve kadın hastalara bakım verenlerde, bakım verdiği hastası 2. evre olanlarda, hastasında metastaz gelişmeyenlerde günlük yaşam aktiviteleri yönünden (iletişim, yeme-içme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyinme, hareket) başka bir bireye bağımlı olmayanlarda ve hastası yardımcı bir araca ihtiyaç duymayanlarda daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Karabuğa'nın (2009) kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada hastasında metastas gelişmeyen ve kadın hastalara bakım veren hasta yakınlarında yaşam kalitesi ve doyumunun daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Karabuğa, 2009).

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hasta yakınlarının Yaşam Doyum Ölçeği puanı ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması arasında orta düzeyde ters yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, Bakım Verme Yüğü Ölçeği puanı arttıkça

Yaşam Doyum Ölçeği puanının azaldığı belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda onkoloji hasta yakınlarının bakım yükü arttıkça yaşam doyumlarının azaldığı görüldü. Bu durumun bakım vermenin sürekli ve yoğun yapısı bakım veren bireylerin yaşamlarındaki diğer sorumluluklarla birleştiğinde bakım verme yükünü arttırmamasından; bununla birlikte fiziksel, psikolojik, sosyal, finansal ve spiritüel yaşam alanlarını etkilemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Kanser hastalığının birey kadar ailesinde etkilediği göz önüne alındığında, bakım veren bireylerin günlük yaşadıkları alanların belirlenmesi, hasta bakımından sorumlu bakım verenlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi, bakım vericilerin ihtiyaçlarının karşılanması ve bu konuda onlara rehberlik edilmesi önerilmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların %46,9'unun kronik bir hastalığa sahip olduğu; %44,3'ünde diyabet, %54,9'unda hipertansiyon, %20,5'inde kalp hastalığı bulunduğu, %19,9'una lösemi, %19,1'ine akciğer kanseri tanısı konulduğu; %44,1'inin evre 4, %24,6'sının evre 2 olduğu; %99,2'sine kemoterapi, %45,9'una cerrahi tedavi, %36,5'ine radyoterapi uygulandığı, hastaların %52'sinde diğer organlara metastaz geliştiği belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların %71,1'inin gece acile başvurduğu, %36,3'ünün ambulans ile hastaneye getirildiği; %48,8'inin ağrı, %34,8'inin yorgunluk/halsizlik, %25,4'ünün nefes darlığı nedeniyle acil servise başvurduğu; hastaların %41'inin acile başvuru sıklığının 7 ve üzeri olduğu; %68,8'inin acil servisteki tedavisinden sonra diğer kliniklere yatırıldığı belirlendi.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %73'ünün hastayla aynı evde yaşadığı, hasta yakınlarının %8,2'sinin ailesinde bakım ve tedavisini üstlendikleri başka bir birey bulunduğu, %60,5'inin hastasına bir yıldan daha uzun süredir bakım verdiği; hasta yakınlarının %74,2'sinde bakım verme yükünün sağlık durumlarını, %72,3'ünde yaşamlarındaki diğer sorumluluklarını, %91,8'inde sosyal yaşantılarını etkilediği, %94,9'unun bakım verme yükü nedeniyle aile ilişkilerinde ve %25'inin iş ortamındaki ilişkilerinde güçlük yaşadıkları belirlendi.

Yaşam Doyum Ölçeği'nden alınan puanlar kategorik hale getirildiğinde hasta yakınlarının %44'ünün yaşamlarından kısmen memnun olmadığı, %26'sının kısmen memnun olduğu, %22'sinin memnun olmadığı belirlendi. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin 18-28 yaş ve 29-38 yaş grubunda bulunan, bekar olan, lise ve üniversite mezunu, çalışan, ilde yaşayan, çekirdek aile yapısına sahip olan ve gelirleri giderlerinden fazla olan hasta yakınlarında daha yüksek bulunmuştur. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin kadın hastaya bakım verenlerde, hastası 2. evre olanlarda, hastasında metastaz gelişmeyenlerde ve hastası üniversite mezunu olanlarda daha yüksek olduğu görüldü. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin iletişim, yeme-içme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyinme, hareket aktiviteleri ve yardımcı araç gerece ihtiyaç duyma durumu yönünden bağımsız olan hastalarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden alınan puanlar kategorik hale getirildiğinde hasta yakınlarının %53,1'inin orta düzey bakım yüküne, %44,9'unun hafif bakım yüküne sahip olduğu belirlendi. Bakım Verme Yüğü Ölçeği ortanca puan değerinin 39-48 yaşı ve 49 yaşı ve üzeri, evli olan, okur-yazar, ilkokul ve ortaokul mezunu, çalışmayan, köyde yaşıyan, geniş aile yapısına sahip olan, geliri giderinden az olan ve kronik bir hastalığa sahip olan hasta yakınlarında daha yüksek olduğu görüldü.

Bakım Verme Yüğü Ölçeği ortanca puan değerinin hastayla aynı evde yaşıyan, ailede kanser tanısı alan başka bir birey bulunan; hem gece hem gündüz hastasına bakım veren ve bakım verme yükü nedeniyle sağlığı etkilenenlerde, bakım verme durumunun yaşantısındaki diğer sorumluklarını etkileyenlerde, bakım verme yükü nedeniyle aile ve iş ilişkilerinde güçlük yaşıyanlarda, bakım verme yükü nedeniyle sosyal yaşantısı etkilenen hasta yakınlarında daha yüksek bulunmuştur. Bakım Verme Yüğü Ölçeği ortanca puan değerinin okuryazar ve ortaokul mezunu olan, kronik bir hastalığa sahip olan, kolon kanseri tanısı alan, hastalığın 3. ve 4. evresinde olan, metastaz gelişen hastalara bakım veren hasta yakınlarında daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yaşam Doyum Ölçeği puanı ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması arasında orta düzeyde ters yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, Bakım Verme Yüğü Ölçeği puanı arttıkça Yaşam Doyum Ölçeği puanının azaldığı belirlendi.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

- Bakım veren onkoloji hasta yakınlarının sağlık durumları bakım yüklerinden etkilenebileceği için hemşirelerin bireyin bakımının planlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde bu durumu göz önünde bulundurması
- Uzun süredir hasta bakımından sorumlu olan onkoloji hasta yakınlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi
- Onkoloji hastalarına bakım veren hasta yakınları için yardım alabilecekleri soru sorabilecekleri dernekler ve topluluklar oluşturulması
- Hastalığın tedavisi ve prognozu süresince onkoloji hasta yakınlarının bakım verme yükleri artacağı ve yaşam doyumları azalacağı için bu bireylere psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmeti verilmesi
- Ülkemizde onkoloji hasta yakınlarında bakım verme yükü ve yaşam doyum ilişkisini belirlemeye yönelik araştırma olmaması nedeniyle bu konuda araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akdemir N. Kanser ve Hemşirelik Bakımı. Birol L, Akdemir N. Editörler, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda, 3. Baskı, Ankara, Sistem Ofset. 2011;246-304.
- Akgül N, Periferik kan kök hücre nakli yapılmış kanser hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verme yükü ve etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2013;37-58.
- Akgül N, Özdemir L. Caregiver burden among primary caregivers of patients undergoing peripheral blood stem cell transplantation: A Cross Sectional Study. *European Journal Of Oncology Nursing*. 2014;18(4):372-377.
- Aksu A. Kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının bakım yüklerinin belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014;36-46.
- Akyolcu N. Onkoloji hastasında cerrahi tedavi ve bakım. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014;119-121.
- American Cancer Society. *Global Cancer & Facts 3rd Edition*. Atlanta: American Cancer Society;2015.
(<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-044738.pdf>, Erişim Tarihi: 12.10.2015).
- Arifoğlu A, Dağoğlu N, Küçüçük S, Oral EN. Kanser epidemiyolojisi. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014;19-26.
- Arslan S, Bölükbaş N. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003;6(3):38-47.
- Arslan S, Çelebioğlu A, Tezel A. Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam doyumunun belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2008;28:628-634.
- Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2006;10(1):15-28.
- Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *HEMAR-G*. 2012;2:73-80.
- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(3):513-552.
- Ataman G. Bir üniversite hastanesinin cerrahi onkoloji polikliniğine başvuran kanser hastalarının evde bakım durumlarının, gereksinimlerinin ve yaşam kalitesinin

saptanması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014;77-90.

Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim. 2011;24(3):4-9.

Aygün H. Acil servise başvuran onkolojik veya hematolojik maligniteli hastalarda modifiye erken uyarı skoru (MEWS) ile mortalite ve morbiditenin belirlenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Bursa, Uzmanlık Tezi, 2012; 19-30.

Babaoğlu E, Öz F. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. HEMAR-G. 2003;2:24-33.

Balcı N, Balcı M, Sargut KK, Akay N, Yıldırım A, Yazar C, Budak EG, Elçi H, Kayış L, Yamakoğlu Z, Sert M, Karaman Z, Taşkın P, Şık S, Yılmaz ÜB. Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı. Karakuş L, Karakoç Y. Editörler. Ankara.2005;155-171.

Başaran GA, Başaran M. Onkolojik aciller. Klinik Gelişim Dergisi. 2004;17:16-19.

Başer S, Erdur B, Türkçüer İ, Dursunoğlu N, Uğurlu E, Bukıran A, Evyapan F. Akciğer kanserli olguların acil servis başvuruları. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2008;7(2):21-24.

Baykan Z, Baykan A, Naçar M. Kronik hastalıklı çocukları olan ailelerin yaşam doyumlarının incelenmesi. Yeni Tıp Dergisi. 2010;27:174-177.

Berber O. Akciğer kanserli hastaya bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükleri ve psikolojik sorunları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 28-38.

Bektaş H, Özer Z. Reliability and validity of the caregiver quality of life index- cancer (CQOLC) scale in turkish cancer caregivers. Journal of Clinic Nursing. 2009;18(21):3003-3012.

Bektaş H. Kanser sürecinde aileye yaklaşım. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014;933-939.

Beser NG, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003;7(1):47-58.

Bilge A, Ünal G. Kanserli hastaların yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005;21(2) 37-46.

Binbay Z, Özkan S, Karaaltın AA, Karali D, Alkan Z, Yiğit Ö. Larenjektomi yönteminin larenks kanserli hastaların bakım verenleri üzerindeki yüke etkisi. İstanbul Med J. 2015;16:67-69.

- Bostancı N, Duruhan Ö, Eyüboğlu Ö, Sezgin Ö, Güvenir Ö. Kanserli çocuğun bakım verenlerinde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri. *İ. Ü. F. N. Hem. Derg.* 2007;15(60):165-172.
- Bozdemir N, Eray O, Eken C, Şenol Y, Artaç M, Samur M. Demographics clinical presentations and outcomes of cancer patients admitted to the emergency department. *Turk J Med Sci.* 2009;39(2):235-240.
- Bradley SE, Sherwood PR, Kuo J, Kammerer CM, Getting EA, Ren D, Rohrer WM, Donovan HS, Hricik A, Newberry A, Given B. Perceptions of economic hardship and emotional health in a pilot sample of family caregivers. *J Neurooncol.* 2009;93(3):333-342.
- Büker N, Şen F. Onkoloji hastasında kemoterapi ve bakım. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014;205-215.
- Can G, Akın S, Aydiner A, Özdiilli K, Oksay U, Durna Z. A psychometric validation study of the Quality of Life and Famcare scales in Turkish Cancer Family Caregivers. *Qual Life Res.* 2011;20(8):1319-1329.
- Can G. Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. Enç, N. Editör, İç Hastalıkları'nda, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014;365-397.
- Can N, Yolcu S, Beceren NGC, Tomruk Ö. Acil servise başvuran kanser hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve acil başvuruları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Bozok Tıp Dergisi.* 2013;2:6-11.
- Çetinkaya Y. Kanser hastalarına bakım verenlerde stres, stres yaratan durumların ve etkilerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2006;46-70.
- Chou KR, Chu H, Tseng CL, Lu RB. The measurement of caregiver burden. *J Med. Sci.* 2003;23(2):73-82.
- Collins LG, Swartz K. Caregiver care. *Am Fam Physician.* 2011;83(11):1309-17.
- Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi.* 2011;53:248-253.
- Dalay N, Buyru N. Kanser Biyolojisi. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014;7-16.
- Dede DŞ. Kanser hastasına bakım veren birinci derece aile yakınlarında kanser teşhisi sonrasında yaşam tarzı değişikliğinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2010;17-22.
- Demirkazık A, Altun R. Onkolojik aciller. *Yoğun Bakım Dergisi.* 2004;4(4):232-243.

- Deniz H. Periferik kök hücre nakli yapılmış lösemi ve lenfomalı hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü ve yaşam kaliteleri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi, 2014;29-55.
- Deniz H, İnci F. The burden of care on quality of life of caregivers of leukemia and lymphoma patients following peripheric stem cell transplantation. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2015;33(3):250-262.
- Deniz MÇ. Ayaktan kemoterapi alan hastalar ve yakınlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, Uzmanlık Tezi, 2011;37-39.
- Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985;49(1):71-75.
- Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2012;3(1):3-38.
- Elbi H. Kanser ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*. 2001;5 5-10.
- Elçigil A, Conk Z. Determining the burden of mothers with children who have cancer. *DEUHYO ED*. 2010;3(4):175-181.
- Erdem E, Korkmaz Z, Tosun Ö, Avcı Ö, Uslu N, Bayat M. Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin bakım yükü. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;22(2):150-157.
- Erdoğan Z, Yavuz DE. Kanserli Hastaların Bakım Vericilerinde Yaşam Kalitesi.Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2014;23(4):726-736.
- Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Ümran S. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*. 2009;2(2):3-12.
- Girgis A, Lambert S, Johnson C, Waller A, Currow D. Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caringfor people with cancer: a review. *Journal of Oncology Practice*. 2013;9(4):197-202.
- Given BA, Given CW, Kozachik S. Family Support in Advanced Cancer. *CA Cancer J Clin*. 2001;51(4):213-231.
- Given BA, Given CW, Sherwood P. The challenge of quality of cancer care for family caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*.2012;28(4):205-212.

- Görgülü Ü, Akdemir N. İleri evre kanser hastasına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi. 2010;20(4):125-132.
- Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, 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 caregivers. CMAJ. 2004;170(12):1795-801.
- Gülbağcı A. Acil servise başvuran onkolojik hastaların yakınlarının memnuniyet düzeyleri beklentilerine göre değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2015;3-16.
- Güllü İ, Zengin N. Kanserle mücadelede ulusal kanser danışma kurulunun rolü. Tuncer M, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M, Editörler. Türkiye’de Kanser Kontrolü. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, Ankara, Koza Matbaacılık. 2009;9-10.
- Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğan N, Algier N, Bulut I, Özyılkan G. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. Uluslararası Hemtoloji-Onkoloji Dergisi. 2008;18(2);99-106.
- Güni ÖÖ, Özşenol F, Oysul K, Beyzadeoğlu M. Kanser tedavisinde radyoterapi uygulanan hastaların hastaların psikososyal durumu ile etkilenen sistemler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Türk Onkoloji Dergisi.2005;20(1):30-36.
- Işık D. Kanser Hastalarının Yaşam Doyum Düzeylerinin İncelenmesi ve Değerlendirilmesi. Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek lisans Tezi, 2014;31-35.
- Işık K. Yaşlı hastaya bakım verenlerin yaşam doyumları ile bakım yükleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2013;16-32.
- Işıkkhan V. Kanser ve sosyal destek. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2007;18(1):15-29.
- İnci FH. Bakım Verme Yükü Ölçeği’nin türçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, Yüksek lisans Tezi, 2006;9-12.
- İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeği’nin türçeye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2008;11(4):85-95.
- Johansson FG, Lachica EM, Fall- Dickson JM, Kennedy MJ. Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. Oncology Nursing Forum. 2004;31(6):1161-69.

- Kahrıman F. Kanserli hastalara bakım verenlerde bakım yükü ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2014;26-41.
- Kahrıman F, Zaybak A. Caregiver burden and perceived social support among caregivers of patients with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(8):3313-3317.
- Kapucu S. Biyoterapi. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014;237-248.
- Kapucu S, Karaca Y. Kök hücre nakline hasta değerlendirmesi ve bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi.* 2008;12(3):52-59.
- Karaaslan A. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve Algıladıkları sosyal destek düzeyi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2013;24-25.
- Karabuğa H. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2009;6-17.
- Karabulutlu EY, Akyıl R, Karaman S, Karaca M. Kanser hastasına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi.* 2013;28(1):1-9.
- Karabulutlu Ö, Kemoterapi alan hastalarda semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi. *İ.Ü.F.N Hem. Derg.* 2009;17(3):218-225.
- Karacan Y, Kapucu SS. Periferik kök hücre naklinde hastalarda görülen anksiyete ve depresyon. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.*2010;13(1):77-82.
- Karaman Ş, Küçüçük S, Oral EN. Radyoterapide tedavi planlaması. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014;147-155.
- Kaptan G, Dedeli Ö. Kanser ve Hemşirelik Bakımı. Kaptan, G. Editör, Temelden Uygulamaya İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar'ında, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi. 2012;149-185.
- Keskin S, Eralp Y. Onkolojik aciller. *Klinik Gelişim.* 2011;24:10-13.
- Kılıçkap S. Kanser hastalarında yaşam kalitesi ile hastalığın klinikopatolojik özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 22-25.
- Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 1999;3(2):18-26.

- Kim KS, Kwon SH. Comfort and quality of life patients. *Asian Nursing Research*. 2007;1(2):125-135.
- Kim Y, Given BA. Quality of life of family caregivers of cancer survivors: across the trajectory of the illness. *Cancer*. 2008;112(11):2256-68.
- Kiriz A, Güvenli ME. Radyoterapinin ilkeleri. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri*. 2014;133-147.
- Koca Ş. Acil servise başvuran onkolojik hastaların klinik ve demografik özellikleri. *Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Zonguldak, Uzmanlık Tezi*, 2014;32-44.
- Koçak S, Ertekin B, Polat M, Girişgin S, Kara H. Onkolojik hastaların acil servise başvuru nedenleri. *Sakarya Medical Journal*. 2012;2(1):16-20.
- Köker S. Normal ve sorunlu ergenlerde yaşam doyumu düzeyinin karşılaştırılması. *Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 1991*.
- Kuşçu MK, Dural U, Önen P, Yaşa Y, Yayla M, Basaran G, Tural S, Bekiroğlu N. The association between individual attachment patterns, the perceived social support and the psychological well-being of Turkish informal caregivers. *Psycho-Oncology*. 2009;18(9):927-935.
- Kutluk T, Kars A. Kanser konusunda genel bilgiler. *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı*, 2001;14-26.
- Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2011;27(3):149-153.
- Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. Bakım verenlerin yükü envanterinin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Journal of Neurological Sciences*. 2009;26(1):60-73.
- 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.
- Miaskowski C, Cooper BA, Paul SM, Dodd M, Lee K, Aouizerat BE, West C, Cho M, Bank A. Subgroups of patients with cancer different symptom experiences and quality of life outcomes: a cluster analysis. *Oncology Nursing Forum*. 2006;33(5):E79-89.

- Mor V, Allen S, Malin M. The psychosocial impact of cancer on older versus younger patients and their families. *Cancer*. 1994;74:2118-27.
- Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA Cancer Clin*. 2010;60:317-339.
- Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The Gerontological Society of America*. 1989;29(6):798-803.
- Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, Bos GA. Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patient. *Cancer*. 1999;86(4):577-88.
- Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, Bos GA. Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. *Psychooncology*. 1998;7(1):3-13.
- Okçin FA. Kanser sürecinde hastaya yaklaşım. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği'nde*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014;925-931.
- Olgun N, Kuşuoğlu S. Acil bakımda iletişim. Şelimen, D. Editör, *Acil Bakım'da*, Geliştirilmiş 3. Baskı, İstanbul, Yüce Yayım. 2004;49-50.
- Orak OS, Sezgin S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2015;6(1):33-39.
- Öksüz E, Barış N, Arslan F, Ateş MA. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. *Anatol J Clin Investing*. 2013;7(1):24-30.
- Öner Öİ. Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, Yüksek Lisans Tezi, 2012;3-7.
- Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(1):61-68.
- Özdemir FK, Şahin ZA, Küçük D. Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*. 2009;26:153-158.
- Özer M, Karabulut ÖÖ. Yaşlılarda yaşam doyumu. *Geriatri*. 2003;6(2):72-74.
- Özer S. Kalp Yetmezliğinde Aile/Bakım Verici Yükü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2010;1(1):3-7.

- Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. Uluslar arası Hematoloji- Onkoloji Dergisi. 2008;18(3):141-149.
- Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. Türk Onkoloji Dergisi. 2011;26(4):193-198.
- Şahin ZA, Ergüney S. Determing and anger expressions of family members giving care for receiving chemotherapy. Chemo Open Access. 2015;4(2):1-6.
- Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2009;12(2):1-9.
- Şen F, Aydın A. Kanserde tanı, sınıflandırma ve evrelendirme. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014;73-91.
- Sarı D, Eşer İ, Khorshid L. Kanser hastasına bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2010;26(1):1-10.
- Sarıtaş Ç, Bayır K, Sarıtaş S, Ucuzal M. Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E Dergisi. 2014;2(1):17-25.
- Selamet G. Kemoterapi gören kanserli çocukların annelerinin algıladıkları sosyal desteğin ve yaşam kalitesinin incelenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014;57-107.
- Sherwood P, Given BA, Given CW, Champion VL, Doorenbos AZ, Azzouz F, Kozachik S, Wagler- Ziner K, Monahan PO. A cognitive behavioral intervention for symptom management in patients with advanced cancer. Oncology Nursing Forum. 2005;32(6):1190-1198.
- Silver HJ, Wellman NS. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. Journal of The American Dietetic Association. 2002;102(6):831-836.
- Song JI, Shin DW, Choi JY, Kang J, Baik YJ, Mo H, Park MH, Choi SE, Kwak JH, Kim EJ. Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer. Support Care Cancer. 2011;19(10):1519-1526.
- Tamayo GJ, Broxson A, Munsell M, Cohen MZ. Caring for the caregiver. Oncology Nursing Forum. 2010;37(1):E50-57.
- Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. DEUHYO ED. 2011;4(2):78-82.

- Tosun AS, Doğan S, Kartın PT, Zincir H. Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;18(1):9-16.
- Turna H. Çevre ve kanser. *Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi*. 2003;37:133-144.
- Türkoğlu N, Kanserli hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin yaşam kalitesine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2010;33-50.
- Türkoğlu N, Kılıç D. Effects of care burdens of caregivers of cancer patients on their quality of life. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention*. 2012;13(8):4141-45.
- Türk Dil Kurumu.(http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=BAKIM Erişim Tarihi: 10.12.2015).
- Türkiye Kanser İstatistikleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2012sooonn.pdf, Erişim Tarihi: 12.10.2015)
- Uğur Ö. Onkoloji hastalarına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 2006;107-109.
- Uğur Ö, Fadiloğlu ZÇ. Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hem Der*. 2012;1(2):53-58.
- Yakar HK, Pınar R. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *HEMAR-G*. 2013;15(2):1-16.
- Yangöz ŞT. Kanser ağrısı olan hastaların ve bakım verenlerin ağrıya ilişkin görüşleri ve bakım yüklerinin belirlenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2013;35-40.
- Yaylacı S, Topuzoğlu A, Karcıoğlu O. Acil servisi başvuran acil hastalarının klinik karakteristikleri ve bir yıllık sağkalımları. *Uluslar Arası Hemetoloji Onkoloji Dergisi*. 2009;4(19):213-222.
- Yazıcı H. Kanserde genetik risk, genetik tersler ve genetik danışma. Can, G. Editör, *Onkoloji Hemşireliği' nde*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014;59-70.
- Yeşilbalkan OU, Özkütük N, Ardahan M. Comparision quality of life turkish cancer patients and their family caregivers. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2010;11(6):1575-1579.
- Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005;21(1); 13-31.

- Yıldız İ. Sitotoksik kemoterapi prensipleri. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014;169-191.
- Yun YH, Rhee YS, Kang IO, Lee JS, Bang SM, Lee WS, Kim JS, Kim SY, Shin SW, Hong YS. Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. *Oncology*. 2005;68(2-3):107-114.
- Weitzner MA, McMillan SC, Jacobsen PB. Family caregiver quality of life: differences between curative and pallative cancer treatment settings. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1999;17(6):418-28.
- Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu EG, Ülker E. Yatağa bağlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15(1):48- 54.
- Zarit SH, Reever KE, Bach- Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980; 20(6):649-655.

EKLER

Ek-1 Anket Formu

ACİL SERVİSE BAŞVURAN ONKOLOJİ HASTALARININ BAKIMINDAN SORUMLU HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKLERİ İLE YAŞAM DOYUMU İLİŞKİSİ

Bu araştırma OMÜ Tıp Fakültesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran onkoloji hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının yaşam doyumları ile bakım yüklerinin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

OMÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi Esra DANACI
Sorumlu Araştırmacı
Doç. Dr. Zeliha Koç

HASTAYI TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli () Boşanmış /Dul

4. Eğitim Durumunuz:

() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite

5. Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır

6. Mesleğiniz:

() Ev hanımı () İşçi () Memur () Serbest Meslek () Emekli () Öğrenci () İşsiz

() Diğer (belirtiniz):

7. Sosyal güvenceniz var mı? () Var () Yok

8. Halen yaşadığınız yerleşim birimi: () İl () İlçe () Köy

9. Aile yapınız: () Çekirdek aile () Geniş aile

10. Çocuğunuz var mı? () Evet () Hayır

Ek-1 (Devam)

11. Gelir durumunuz: () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla

12. Kronik bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır

13. Cevabınız evet ise bu hastalıkların ne/neler olduğu:

() Diyabet () Hipertansiyon () Kalp hastalığı () Böbrek hastalığı () KOAH

() Diğer(belirtiniz):

14. Mevcut tanınız:

() Mide CA () Özefagus CA () Meme CA () Beyin CA () Kolon CA () Lösemi

() Rektum CA () Böbrek CA () Mesane CA () Akciğer CA () Karaciğer CA () Larink

CA () Nazofarenks CA () Prostat CA () Over CA () Uterus CA () Serviks CA

() Safra yolları ile ilgili CA () Yumuşak doku CA () Tiroid CA () Diğer(Belirtiniz)

15. Sigara içme durumu:() Evet () Hayır () Bırakmış

16. Sigarayı içip bıraktı ise kaç yıl sigara kullandığı:

17. Alkol kullanma durumu:() Evet () Hayır () Bırakmış

18. Alkol kullanıp bıraktı ise kaç yıl alkol aldığı:

19. Hastalık tanınız ne zaman konuldu?

20. Hastalığınızın klinik evresi:

21. Başka bir organa yayılma (metastaz) var mı? () Var () Yok

22. Cevap evet ise hangi organ/organlara yayılım gösterdiği:

() Sürrenal () Karaciğer () Akciğer () Kemik () Beyin () Cilt () Diğer(belirtiniz):

23. Hastalığınız tedavisine ne zaman başladınız?

24. Bu güne kadar uygulanan tedavi türleri (Birden fazla işaretlenebilir):

() Cerrahi () Radyoterapi () Kemoterapi () Hormon terapisi () Diğer(belirtiniz):

25. Şu anda acile başvurma neden/nedenleri:

() Ağrı () Ateş () Nefes darlığı () Anemi () Üriner retansiyon () Hematemez

() Rektal kanama () Öksürük () Ağızdan alım yetersizliği () Hematüri () Hemoptizi

() Yorgunluk/halsizlik () Uyuklama () Konfüzyon () Diyare () Bulantı-kusma

() Öksürük () Balgam çıkarma () Kilo kaybı () Abdominal distansiyon () Senkop

() Genel durum bozukluğu () Depresyon () Kemoterapiye bağlı enfeksiyon

() Diğer(belirtiniz):

26. Eğer acile ağrı şikayeti ile başvurdu ise ağrının bölgesi:

() Karın () Baş () Göğüs () Bel () Diğer(belirtiniz):

Ek-1 (Devam)

27. Acile kabul zamanı ()Gündüz ()Gece

28. Acile başvurma saati: ()6-12 ()12-18 ()18-24 ()24-06

29. Hastaneye ne ile geldiği:

()Ambulans ()Kendi arabaları

30.Acile gelmeden önce şikayeti ile ilgili evde ilaç kullanma durumu:

()Evet ()Hayır

31.Cevabı evet ise hangi ilacı kullandığı:

32. Acile başvurmadan önce alternatif tedavi kullanma durumu : ()Evet ()Hayır

33.Cevabı evet ise kullandığı alternatif tedavi yöntemi:

34.Daha önce acile başvurma durumu: ()Evet ()Hayır

35. Cevabı evet ise daha önce başvurma neden/nedenleri:

() Ağrı ()Ateş ()Nefes darlığı ()Anemi ()Üriner retansiyon ()Hematemez

()Rektal kanama ()Öksürük()Ağızdan alım yetersizliği ()Hematüri ()Hemoptizi

()Yorgunluk/halsizlik ()Uyuklama ()Konfüzyon ()Diyare ()Bulantı-kusma

()Öksürük ()Balgam çıkarma ()Kilo kaybı ()Abdominal distansiyon ()Senkop

()Genel durum bozukluğu ()Depresyon ()Kemoterapiye bağlı enfeksiyon

()Diğer(belirtiniz):

36. Acile başvuru sıklığı:()İlk kez başvurduğum ()1 kez ()2 kez ()3 kez ()4 kez

()5kez ()6 kez ()7 ve üzeri

37.Tedavi şekli: ()Tedavi edilip taburcu edildi ()Acile yatırıldı

()Diğer kliniklere yatırıldı

BAKIM VEREN BİREYİ TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın ()Erkek

3. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli () Boşanmış /Dul

4. Eğitim Durumunuz:

() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite

5.Çalışıyor musunuz? ()Evet ()Hayır

6.Mesleğiniz:

()Ev hanımı ()İşçi ()Memur ()Serbest Meslek ()Emekli ()Öğrenci ()İşsiz

()Diğer (belirtiniz):

Ek-1 (Devam)

7. Sosyal güvenceniz var mı? Var Yok
8. Halen yaşadığınız yerleşim birimi: İl İlçe Köy
9. Aile yapınız: Çekirdek aile Geniş aile
10. Çocuğunuz var mı? Evet Hayır
11. Gelir durumunuz: Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla
12. Hastayla olan yakınlık dereceniz?
 Eşim Annem/Babam Kardeşim Çocuğum Diğer(belirtiniz):
13. Hastanızla aynı evde mi yaşıyorsunuz? Evet Hayır
14. Hastanın evde kendine ait bir odası var mı? Evet Hayır
15. Kronik bir hastalığınız var mı? Evet Hayır
16. Cevabınız evet ise sahip olduğunuz kronik hastalık/hastalıklar:
17. Ailede kanser tanısı alan başka bir birey var mı? Evet Hayır
18. Hastanıza bakım verme sürecinde başka bir bireyden destek alıyor musunuz?
 Evet Hayır
19. Cevabınız evet ise hastanızın bakımını konusunda kim/kimlerden destek alıyorsunuz?
20. Ailenizde bakım ve tedavisini üstlendiğiniz başka bir birey var mı? Evet
 Hayır
21. Hastanıza ne kadar süredir bakım vermekttesiniz?
 0-3 ay 3-6 ay 6-9 ay 9-12 ay Bir yıldan daha fazla
22. Hastanıza günde ortalama kaç saat bakım vermekttesiniz?
 1-6 saat 7-12 saat 13-18 saat 19-24 saat
23. Hastanız gün içerisinde hangi zaman aralığında bakım ve desteğimize daha çok ihtiyaç duymaktadır?
 Gece Gündüz Diğer(belirtiniz):
24. Hastanızın yaşadığı hastalık/tedavi sürecinden sizin sağlığınız da etkilendi mi?
 Evet Hayır Kısmen
25. Hastanıza bakım vermek yaştantınızdaki diğer sorumluluklarınızı etkiliyor mu?
 Evet Hayır Kısmen

Ek-1 (Devam)

26. Hastanızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinizde güçlük yaşıyor musunuz? () Evet () Hayır

27. Eğer bir işte çalışıyorsanız hastanızın hastalık ve tedavi süreci nedeniyle iş ortamınızdaki ilişkilerinizde güçlük yaşıyor musunuz?

() Evet () Hayır () Çalışmıyorum

28. Hastanızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle sosyal yaşantınızda değişiklik oldu mu?

() Evet () Hayır

29. Hastanızın bakım ve tedavisi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

() Evet () Hayır

30. Cevabınız evet ise hangi konu/konularda eğitim aldınız?

31. Hastanızın bakım ve tedavisi ile ilgili olarak eğitim almak ister misiniz?

() Evet () Hayır

32. Cevabınız evet ise hastanızın bakım ve tedavisi ile ilgili olarak hangi konularda bilgi ve eğitim almak istersiniz?

33. Hastanız günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken herhangi bir yardımcı araç-gerece ihtiyaç duyuyor mu?

() Evet () Hayır

34. Cevabınız evet ise bu yardımcı araç-gereçlerin ne/neler olduğunu yazınız:

() Walker () baston () Kulaklık () Tekerlekli sandalye () Diğer (belirtiniz)

35. Aşağıda belirtilen günlük yaşam aktivitelerinde hastanızın bağımlılık/bağımsızlık/kısmen bağımlılık durumunu işaretleyiniz:

| Günlük Yaşam Aktiviteleri | Bağımlı | Bağımsız | Kısmen Bağımlı |
|-----------------------------|---------|----------|----------------|
| İletişim | | | |
| Solunum | | | |
| Yeme-İçme | | | |
| Boşaltım | | | |
| Kişisel temizlik ve Giyinme | | | |
| Hareket | | | |

Ek-2 Yaşam Doyum Ölçeği

YAŞAM DOYUM ÖLÇEĞİ

7-Kesinlikle katılıyorum

6-Katılıyorum

5-Kısmen katılıyorum

4-Ne katılıyor ne de katılmıyorum

3-Kısmen katılmıyorum

2-Katılmıyorum

1-Kesinlikle katılmıyorum

- () Bir çok yönden hayatım ideal gördüğüm bir hayata çok yakın.
- () Hayat koşullarım mükemmel
- () Hayatımdan Memnunum
- () Şimdiye kadar hayatta istediğim şeyleri elde ettim.
- () Eğer hayatımı bir daha yaşayabilseydim hemen hiçbir şey değiştirmezdim

Ek-3 Bakım Verme Yüğü Ölçeği

| BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ | HİÇ BİR ZAMAN | NADİREN | BAZEN | OLDUKÇA SIK | HEMEN HER ZAMAN |
|---|----------------------|----------------|--------------|--------------------|------------------------|
| 1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 2. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 3. Yakınıza bakım verme ile aile ve is sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz? | | | | | |
| 5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz? | | | | | |
| 6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 7. Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz? | | | | | |
| 8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz? | | | | | |
| 10. Yakınınzla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 11. Yakınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yasayamadığınızı düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz? | | | | | |
| 17. Yakınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz? | | | | | |

Ek-3 (Devam)

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz? | | | | | |
| 19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz? | | | | | |
| 20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz isin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz? | | | | | |



Ek-4 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1851

23.07.2015

Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Acil Servise Başvuran Onkoloji Hastalarının Bakımından Sorumlu Hasta Yakınlarının Bakım Yükleri İle Yaşam doyumu ilişkisi** başlıklı OMÜ KA EK 2015/284 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergelerine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 25.06.2015 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. A.Tevfik SÜNER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek-5 Bakım Verme Yüğü Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Koç,
Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.
kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H. , & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Öğr.Gör.Dr. Fadime Hatice İNCİ
Yard. Doç. Dr. müyesser ERDEM

Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi
Denizli Sağlık Yüksekokulu
Denizli/TÜRKİYE
2015-07-13 14:15, Zeliha Koç yazmış:

Hatice hanım,

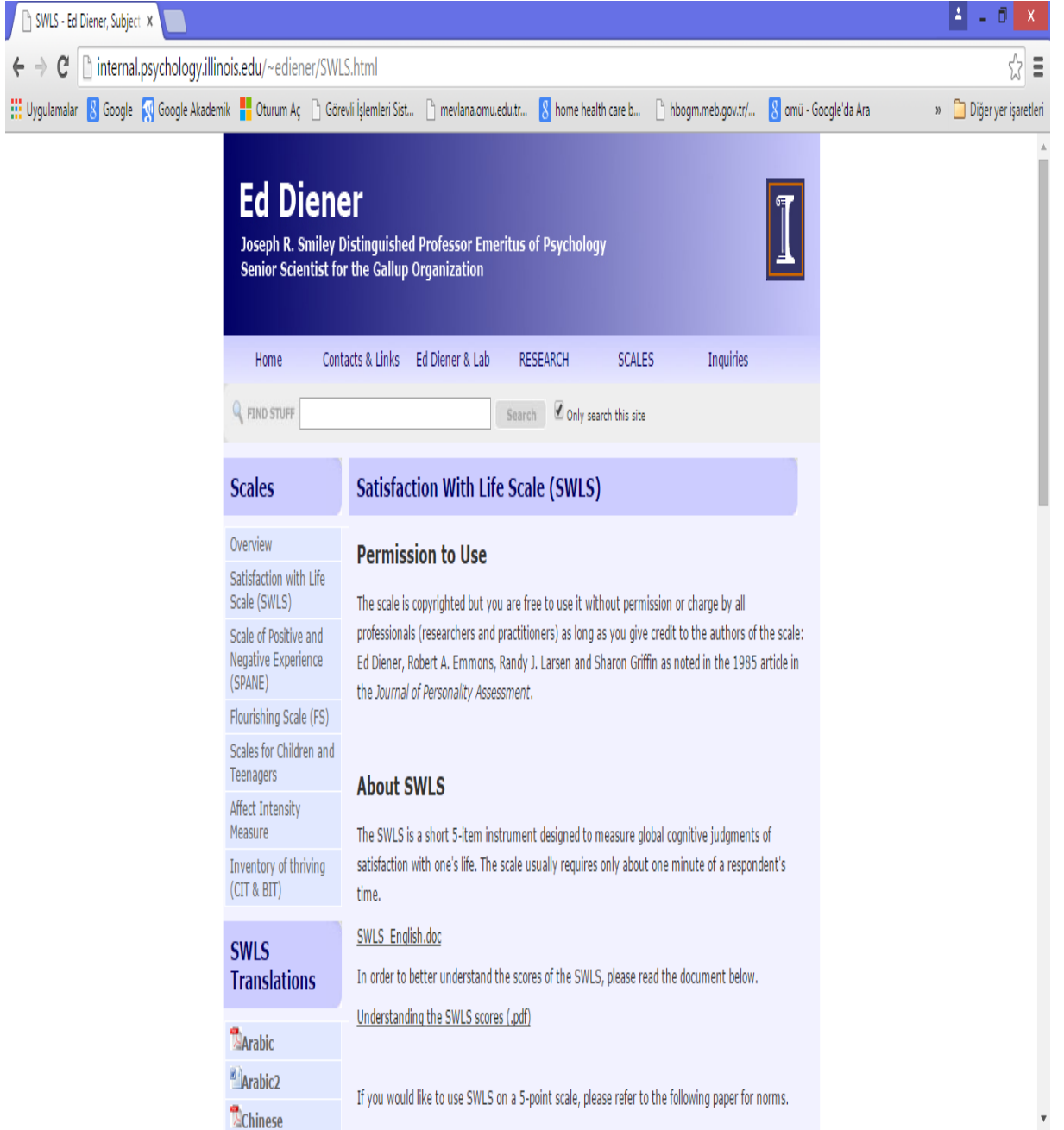
Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından geliştirilmiş olan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tarafınızdan yapılmış bulunan Bakım Yüğü Ölçeğini, yüksek lisans tez danışmanlığını yürütmekte olduğum Esra Danacı'nın "ACİL SERVİSE BAŞVURAN ONKOLOJİ HASTALARININ BAKIMINDAN SORUMLU HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKLERİ İLE YAŞAM DOYUMU İLİŞKİSİ" konulu araştırmasında kullanabilmek için gerekli iznin verilebilmesi hususunu rica ederim.

İyi çalışmalar dilerim.

Doç.Dr. Zeliha KOÇ

OMU Samsun Sağlık Yüksekokulu

Ek-6 Yaşam Doyum Ölçeği Kullanım İzni



SWLS - Ed Diener, Subject x

internal.psychology.illinois.edu/~ediener/SWLS.html

Uygulamalar Google Google Akademik Oturum Aç Görevli İşlemleri Sist... meviana.omu.edu.tr... home health care b... hbogm.meb.gov.tr/... omü - Google'da Ara » Diğer yer işaretleri

Ed Diener

Joseph R. Smiley Distinguished Professor Emeritus of Psychology
Senior Scientist for the Gallup Organization

Home Contacts & Links Ed Diener & Lab RESEARCH SCALES Inquiries

FIND STUFF Search Only search this site

Scales

- Overview
- Satisfaction with Life Scale (SWLS)
- Scale of Positive and Negative Experience (SPANE)
- Flourishing Scale (FS)
- Scales for Children and Teenagers
- Affect Intensity Measure
- Inventory of thriving (CIT & BIT)

Satisfaction With Life Scale (SWLS)

Permission to Use

The scale is copyrighted but you are free to use it without permission or charge by all professionals (researchers and practitioners) as long as you give credit to the authors of the scale: Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen and Sharon Griffin as noted in the 1985 article in the *Journal of Personality Assessment*.

About SWLS

The SWLS is a short 5-item instrument designed to measure global cognitive judgments of satisfaction with one's life. The scale usually requires only about one minute of a respondent's time.

[SWLS_English.doc](#)

In order to better understand the scores of the SWLS, please read the document below.

[Understanding the SWLS scores \(.pdf\)](#)

SWLS Translations

- Arabic
- Arabic2
- Chinese

If you would like to use SWLS on a 5-point scale, please refer to the following paper for norms.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Esra DANACI

Doğum Yeri: 19 Mayıs

Doğum Tarihi: 12/11/1989

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

OMÜ Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2011

OMÜ Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2014-

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 2011-

E-posta: miracle18.08@hotmail.com

