



**T.C.**  
**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KANSER TANISI KONMUŞ ÇOCUK YAKINLARININ BAKIM  
YÜKLERİNİN BELİRLENMESİ**

**ASLI AKSU**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**HEMŞİRELİK**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. NECMİYE SABUNCU**

**İSTANBUL– 2014**

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

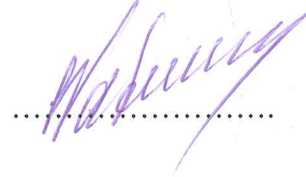
Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Aslı AKSU tarafından hazırlanan **“Kanser Tanısı Konmuş Çocuk Yakınlarının Bakım Yüklerinin Belirlenmesi”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26.09.2014

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Necmiye SABUNCU  
: Haliç Üniversitesi HYO.  
(Danışman)



Jüri Üyesi : Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
: Haliç Üniversitesi SBYO.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Nesrin İLHAN  
: Haliç Üniversitesi HYO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

## **I. TEŞEKKÜR**

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam sırasında bana destek olan; bilgi ve deneyimlerini esirgemeyerek bana yol gösteren tez danışmanım değerli hocam Prof.Dr. Necmiye Sabuncu'ya,

Araştırmamın uygulaması sırasında bana yardımcı olan değerli hastane yöneticileri, hemşire meslektaşlarım ve hastalara,

Ve yine, bu çalışma boyunca benden yardımlarını esirgemeyen, maddi-manevi destekleriyle yanımda olan sevgili annem Aynur Aksu'ya, babam Erol Aksu'ya, kardeşim Mert Aksu'ya ve çalışma arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Aslı AKSU

## **II. İÇİNDEKİLER**

<b>I. TEŞEKKÜR.....</b>	<b>i</b>
<b>II. İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>ii</b>
<b>III. KISALTMALAR.....</b>	<b>v</b>
<b>IV. RESİMLER LİSTESİ .....</b>	<b>vi</b>
<b>V. TABLOLAR LİSTESİ.....</b>	<b>vii</b>
<b>1. ÖZET .....</b>	<b>1</b>
<b>2. SUMMARY .....</b>	<b>2</b>
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>3</b>
3.1. Giriş.....	3
3.2. Amaç .....	5
3.2.1. Araştırma Soruları .....	5
<b>4. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>6</b>
4.1.Kanser Tanımı ve Epidemiyolojisi .....	6
4.2. Kanserın Etiyolojisi.....	7
4.3. Çocuklarda Görülen Kanser Türleri.....	9
4.3.1. Lösemi .....	10
4.3.2. Lenfoma.....	12
4.3.3. Beyin Tümörü.....	14
4.3.4. Sinir Sistemi Tümörleri .....	16
4.3.5. Retinoblastoma .....	18
4.3.6. Böbrek Tümörleri .....	20
4.3.7. Karaciğer Tümörleri .....	22
4.3.8. Akciğer Kanseri.....	23
4.4. Kanserde Tedavi.....	23

4.4.1. Cerrahi Tedavi .....	24
4.4.2. Kemoterapi .....	25
4.4.3. Radyoterapi.....	26
4.4.4. Kemik İliği Transplantasyonu .....	27
4.5. Bakım Verme ve Bakım Verme Yükü .....	28
4.5.1. Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü .....	31
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>33</b>
5.1. Araştırmanın Türü ve Amacı .....	33
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	33
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	33
5.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri .....	33
5.5. Veri Toplama Araçları .....	33
5.5.1. Bilgi Formu .....	34
5.5.2. Kliniğe Uyarlanan ZARİT Bakım Yükü Ölçeği .....	34
5.6. Ölçeğin Güvenirlilik Analizi.....	34
5.7. Verilerin Toplanma Yöntemi .....	35
5.8. Araştırmanın Etik Yönü .....	35
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi .....	35
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	35
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>36</b>
<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>47</b>
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>52</b>
8.1. Sonuçlar .....	52
8.2. Öneriler .....	52
<b>9. KAYNAKÇA.....</b>	<b>53</b>

<b>10.EKLER .....</b>	<b>58</b>
<b>11. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>65</b>

### **III. KISALTMALAR**

**KİT:** Kemik İliği Transplantasyonu

**DNA:** Deoksiribonükleik Asit

**RNA:** Ribonükleik Asit

**AML:** AkutMiyelogenöz (Miyeloid) Lösemi

**ALL:** AkutLenfositik (Lenfoblastik) Lösemi

**KML:** KronikMiyelogenöz Lösemi

**KLL:** Kronik Lenfositik Lösemi

**MMS:** Merkezi Sinir Sistemi

**PMSSL:** Primer Merkezi Sinir Sistemi Lenfomaları

**SMSSL:** Sekonder Merkezi Sinir Sistemi Lenfomaları

**KHT:** Kök Hücre Transplantasyonu

#### IV. RESİMLER LİSTESİ

<b>Resim 4. 1.</b> Lösemili Hücre.....	11
<b>Resim 4. 2.</b> Lenf Sistemi .....	12
<b>Resim 4. 3.</b> Lenf Kanseri.....	13
<b>Resim 4. 4.</b> Beyin Tümörü .....	14
<b>Resim 4. 5.</b> Retinoblastom .....	19
<b>Resim 4. 6.</b> Böbrek Tümörü Evreleri .....	21
<b>Resim 4. 7.</b> Karaciğer Kanseri.....	22



## V. TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo 4. 1.</b> Çocukluk Yaş Grubunda Görülen Kanser Türleri.....	9
<b>Tablo 6. 1.</b> Çocuk Yakınlarının Sosyo- Demografik Özelliklerine Dair Bulgular.....	36
<b>Tablo 6. 2.</b> Çocuk Yakınlarının Bakım Verme İle İlgili Özellikleri .....	37
<b>Tablo 6. 3.</b> Çocuklara Ait Tanımlayıcı Özellikler.....	38
<b>Tablo 6. 4.</b> Çocuk Yakınlarının Bakım Yükleri.....	38
<b>Tablo 6. 5.</b> Çocuk Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri İle Bakım Yükü Ölçeği Arasındaki İlişki.....	39
<b>Tablo 6. 6.</b> Çocuk Yakınlarının Eğitim Durumlarına göre Bakım Yükü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 6.7.</b> Çocuk Yakınlarının Gelir Durumlarına göre Bakım Yükü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 6. 8.</b> Çocuk Yakınlarının Mesleklerine göre Bakım Yükü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 6. 9.</b> Çocuk Yakınlarının Bakım Verme Süresi ve Destek Alma Durumuna Göre Ölçek Puanları.....	43
<b>Tablo 6. 10.</b> Çocukların Bakım Süresine Göre Bakım Yükü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 6. 11.</b> Çocuklara Ait Tanımlayıcı Özellikler İle Bakım Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması .....	45
<b>Tablo 6. 12.</b> Çocukların Yaş Gruplarına Göre Bakım Yükü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması.....	46

## 1. ÖZET

Araştırma kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının bakım yüklerinin belirlenmesi amacıyla İstanbul ilinde bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ve bir özel hastanede gerçekleştirildi. Eylül 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında pediatri hematoloji-onkoloji servislerinde yatan çocuklara bakım veren 100 hasta yakını ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Veriler Bilgi Formu ve Kliniğe Uyarlanmış Zarit Bakım Yükü Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde Frekans Dağılımları, ortalama (x), standart sapma (SD), Man Whitney U testi, Kruskal Wallis testi uygulandı. Çocuk yakınlarının % 80'inin 24-44 yaşında, % 93'ünün kadın, % 95'inin evli, % 88'inin ev hanımı, % 88'inin SSK'lı olduğu, % 54' ünün gelir durumunun orta düzeyde olduğu saptandı. Çocukların % 26' sını 1-3 yaş, % 40'ı 4-7 yaş, % 34'ü 8-11 yaş aralığında iken, çocukların % 56 'sını erkek, % 42'sinin eğitimine devam ettiği, % 47'sinin 2-4 yıl arasında bakım gördüğü ve % 54'ünün ise diğer aile üyelerinden destek almadıkları saptandı. Araştırmaya katılan kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının bakım yükü puanlarının hafif ve orta derecede yük olduğu saptandı. Çocuk yakınlarının eğitim durumları ve gelir durumlarına göre bakım yükü ölçek puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).Bakım verilen çocukların yaş grupları ile bakım verenin bakım yükü arasında anlamlı ilişki saptandı( $p<0,05$ ). Araştırmada 4-7 yaş aralığında olanlara bakım verenin bakım yükü yüksek olarak saptandı. Çocukların cinsiyeti ile bakım vericilerin bakım yükü arasında erkek çocuklarında bakım yükünün daha fazla olduğu saptandı. Ayrıca 2 ile 4 yıl arasında bakım verenlerin bakım yükü diğerlerine göre yüksek olduğu belirlendi. Sonuç olarak çocuğu kanser olan bakım vericilerin bakım yükleri hafif ve orta derecede olduğu saptandı. Bu durum bakım vericinin eğitim durumu, gelir durumu ve mesleğinden etkilenmektedir. Özellikle çocuğu 4-7 yaş grubunda olanların, erkek çocuğu olanların ve çocuğa 2-4 yıl arasında bakım verenlerin bakım yükü bakım yükü diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Lösemi, Aile, Bakım Yükü.

## 2. SUMMARY

### CHILD CARE BURDEN IN CANCER PATIENTS

Diagnosed cancer research children's relative, in the province of Ontario for the purpose of the determination of the maintenance load is a training and Research Hospital, and was held in a private hospital. September 2013-June 2014 Pediatric Hematology-Oncology services between inpatient care for children was held as the identifier with which nearly 100 patients. The data information form and assembled using the scale maintenance overhead Zarit Adapted to the clinic. In the analysis of data, Frequency Distributions, the mean ( $\bar{x}$ ), standard deviation (SD), Man Whitney U test, Kruskal Wallis test was applied. Close to 80% of children 24-44-year-old, 93% of the women, 95% 88% married, housewife, SII is from 88%, 54% of the income situation was found to be moderate. 26% of children 1-3 years, 40% 4-7 years, 34% of children aged 8-11, while 56% male, 42% had continued his education, 47% of them were exposed to 2-4 years between maintenance and 54% support from other family members did not take the ' reputation is detected. Participants in the study diagnosed cancer child relatives of scores of maintenance overhead light was found to be moderate load. Children's educational status and income of relatives, according to the State of the maintenance load was determined to be significant difference between scale scores ( $p < 0,05$ ).Maintenance of the children given the age groups with the significant relationship between the maintenance overhead of maintenance ( $p < 0,05$ ).The study is in the range of 4-7 years of maintenance was high as the maintenance overhead. Among the maintenance overhead of children's gender and care giver male children in care revealed more of burden is on. Also among the care givers 2 through 4 years according to others was determined to be high maintenance overhead. As a result of the cancer care child care was found to be moderately light loads. In this case the maintenance of the education, income is affected by state and profession. Especially children, who are 4-7 age group, male child, and between 2-4 years child care givers to other groups maintenance overhead maintenance overhead is higher than detected.

**Keywords:** Cancer, Leukemia, Family, BurdenCare.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

#### 3.1. Giriş

Kronik hastalıklardan biri olan kanser çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biridir ve kanser, çocuk ölüm nedenleri arasında kazalardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (Güven, 2012). Latince “cancer” Yunanca “corcinus” sözcüklerinden gelen “kanser” yengeç anlamına gelmektedir. Kanser; epitel kökenli malign (kötü huylu=habis) tümörlere denir (Biol ve Akdemir, 2005). Hücrelerin anormal, kontrolsüz çoğalması ve yayılması ile karakterize olan hastalıklar grubunu tanımlamaktadır (Emiroğlu, 2009). Kanserinin etiolojisinde birden fazla etken rol oynamaktadır. Kansere neden olan etkenler; virüsler, bakteriler ve parazitler, fiziksel faktörler, sigara ve kimyasal faktörler, cinsel sağlık ve doğurganlık, genetik ve ailesel özellikler, diyet faktörü, hormonal faktörler, immünolojik faktörlerdir.

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki yenilikler, insanların bilinçlenmesi, sağlık kuruluşlarından yararlanmanın artması, birçok akut ve kronik hastalığın tanınması ve başka birçok nedenle kanser, günümüzde önemli evrensel sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir.

Kanser, çeşitli evrelerinin bulunması ve bu evrelerin yıllarca sürmesi nedeniyle günümüzde kronik ve devamlılık gösteren bir süreç olarak kabul edilmektedir. Çağdaş görüşe göre uzun süreli bir olay olarak kabul edilen kanser dört evreden oluşmaktadır. Bu evreler; oluşum evresi, sınırlı evre, yayılım evresi ve yaygın evredir (Akdemir ve Biol, 2005).

Günümüzde kanser tedavilerine her geçen gün yenileri eklenmektedir. Klasik tedavi yöntemleri; cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapidir. Bu tedavi yöntemlerine ek olarak alternatif tedaviler, lazer tedavisi, gen tedavisi, immünoterapi, anjiogenezinhibitörleri, KİT ve kök hücre nakli ve neupogen uygulaması gibi tedavi yöntemleri bulunmaktadır (Akdemir ve Biol, 2005).

Kanser tanısı konduktan sonra hastanın ve ailesinin eğitimi, rehabilitasyonu, semptom kontrolü, komplikasyonların erken tanısı ve izlemihemşiresinin görevleri arasındadır (Akdemir ve Birol, 2005).Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme işi olarak tanımlanmaktadır (TDK Sözlüğü, 2009).

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir (Güven, 2012).

Bakım veren kişi hastanın bakımını yapmak ya da gözlemlemekten sorumludur. Ailenin bakım vermesi sağlık sistemi içinde en eski bakım formudur. Hastaların bakım sürecini herhangi bir ücret almadan üstlenen ve hastanın evdeki yaşam kalitesini yükselten bakım verenler genelde hasta yakınlarıdır. Literatürde hastalara bu şekilde bakım sağlayan yakınlarına “informal bakım verenler” veya “birincil bakım verenler” denilmektedir (Hunt, 2003).

Kanserli çocuğa bakım verme, hastalık olayının aile üyelerinin yaşamına girmesine, aile üyelerinin günlük düzenlerinin ve yaşam aktivitelerinin bozulmasına yol açmaktadır. Hastalık süresince, aile üyeleri hastalardan daha fazla anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşamaktadır (Güven, 2012).

Bakım vericilerin kansere karşı verdiği tepkiyi hastalığı algılayış biçimi, yaş, cinsiyet, dini inançlar, geçmiş psikiyatrik öykü, kültürel yaklaşımlar, yaşam koşulları, önceki hastalık deneyimleri ve kişilik özellikleri gibi pek çok faktör etkileyebilmektedir (Schulz ve Sherwood, 2008).

Kanser hastalarına bakım veren aile üyeleri, bakım verici rolünün yoğun ve karmaşık yapısı nedeniyle bakım yükü yaşamaktadır. Bakım verici yükünün azaltılmasında profesyonel hemşirelik yaklaşımları büyük önem taşımaktadır. Hemşireler diğer meslek gruplarına göre hasta ve ailesiyle daha fazla zaman geçiren, bu süreçte hasta/ailesini değerlendiren ve uygun müdahalelerde bulunabilen sağlık profesyonelleridir (Honea ve ark., 2008).

Hemşireler bakım vericilerin stres düzeyini, fiziksel-zihinsel sağlık durumunu değerlendirmeli ve bakım vericinin bildirimlerine karşı duyarlı olmalıdır. Bakım vericilerin yaşadığı üzüntü, huzursuzluk, uykusuzluk, iştahta azalma gibi sorunları açık bir şekilde konuşmalıdır. Çoğu zaman bakım vericiler, başkalarıyla konuşmadan sorunlarının farkına varamayabilir. Böylelikle hemşire bakım verici semptomları şiddetlenmeden bireye yardım edebilir (Nguyen, 2009).

### **3.2. Amaç**

Hemşireliğin üç temel ögesi; bakım, tedavi ve koordinasyondur (Sabuncu, 2008). Bakım verme hemşirenin profesyonel rollerindedir. Bu doğrultuda hemşirelerin bakım vericilerin sorunlarını ve durumlarını incelemesi, yapacakları eğitim ve bakıma katkı sağlayacaktır. Çalışma pediatri hematoloji-onkoloji hastalarına bakım veren yakınlarının bakım yüklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

#### **3.2.1. Araştırma Soruları**

- Kanser tanısı konulmuş çocukların bakım veren yakınlarının bakım yükleri fazla mıdır?
- Bakım verme yükünü etkileyen faktörler var mıdır?
- Kanser tanısı konulmuş çocukların cinsiyetlerine ve yaşlarına göre bakım yükünde farklılık var mıdır?

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1.Kanser Tanımı ve Epidemiyolojisi

Yaşamın sürdürülebilmesi hücrelerin sürekli yenilenmesi ile mümkündür. Yaşam süresini dolduran hücreler vücuttan atılırken yerlerine yenileri gelir. Bu denge genlerin kontrolü altındadır. Bazı genler hücrelerin bölünüp çoğalmasını sağlarken, bazıları da aşırı hücre üremesini önlerler.

Bazen hücreler, çevresel faktörlerin çok basamaklı bir süreç içinde, hücre DNA'sında ve kromozomların fonksiyonel birimleri olan genlerde oluşturduğu değişiklikler neticesinde kontrolsüz olarak bölünmeye başlarlar ve normalde olmayan bir oluşum meydana getirirler. Bu oluşum komşu dokulara ve uzak organlara yayılabilir. Bu anormal hücrelerin kontrolsüz büyüme ve yayılma özelliğine sahip olması ile gelişen büyük bir grup hastalığa kanser adı verilir. Kanser hastalığının ortaya çıkabilmesi için yalnızca kontrolsüz çoğalma yeterli değildir. Hücrenin invazyon (diğer sağlıklı dokuları istila etme)ve metastaz (dolaşıma geçerek sağlıklı başka dokulara yayılma) gibi diğer malign özellikleri de kazanması gerekmektedir(Aliustaoğlu, 2012).

Kanser; organizmada hücreleri kontrolsüz büyüyen kötü huylu tümörlere verilen genel addır. Genellikle kontrolden çıkan hücrelerin sürekli çoğalmalarıdır. Kanserler kötü huylu tümörlerdir ve sıklıkla çevre dokulara veya uzak organlara yayılma eğilimindedirler(Özmen, 2014).

Kanser her yaşta görülebilir. Kanserler, değişik yaş gruplarında farklı sıklıklarda ortaya çıkarlar. Örnek olarak çocuklarda akut lösemiler ve merkez sinir sistemi tümörleri, kansere bağlı ölümlerin %60 kadarının nedenidir (<http://www.patoloji.gen.tr.>, Erişim tarihi: 07.08.2014).

Koç'un 2010 yılında Kanser epidemiyolojisi ve istatistiksel haritalandırama ile ilgili çalışmasında kanser epidemiyolojisi, tüm kanserlerin insidansının insandan insana, toplumdan topluma ve zaman içinde değiştiğini ve bu değişikliğin çevresel, bireysel genetik faktörler ve sosyal alışkanlıklar ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

## **4.2. Kanserin Etiyolojisi**

Kanser gelişimi, büyük bir çoğunlukla çevresel faktörlere daha az olmak üzere kalıtsal eğilime bağlıdır. Bunların hangisi olursa olsun, bir kanserin ortaya çıkmasında temel olay hücrenin genetik unsurlarında oluşur. Bu nedenle kanser, genetik bir olaydır. Ölümcül olmayan (nonletal) genetik hasar, karsinogenezin temelini oluşturur. Bu tür genetik hasar veya mutasyon (DNA molekülündeki kalıcı değişiklik; başkalaşım) için; kimyasal maddeler, radyasyon, virüsler gibi, çevresel faktörler etken olabilir. Hatta bu hasar (veya mutasyon) kalıtsal da olabilir. Kanserde genetik hipotez, genetik hasara uğrayan tek bir öncü hücrenin (tümörler monoklonaldır) klonal büyümesi ile ortaya çıkan bir tümör kitlesi olarak oluştuğunu destekler. Kanserin oluşmasında birden fazla etken rol oynar. Kansere neden olan başlıca etkenler; virüsler, toksik kimyasal maddeler, radyasyon, hormonlar, genetik ve ailesel özellikler, diyet faktörü, fiziksel yaralanma ve genel enfeksiyonlardır. Bunlar aşağıda kısaca açıklanacaktır.

### **Virüsler**

Onkojenik virüsler DNA ve RNA virüsleri olarak iki grupta incelenir. Konakçının vücuduna giren bu virüsler şartlar uygun ise hücre çekirdeğine girerek genetik yapıyı değiştirirler. DNA ve RNA yapısı bu şekilde bozulan hücre çoğalarak tümör hücresi özelliğini kazanır (Megep, 2013).

### **Toksik Kimyasal Maddeler**

Aromatik aminler, anilin boyası, pestisitler ve formaldehitler, arsenik, berilyum ve rafine edilmemiş parafin yağı, mazolt, krom, kobalt gibi kimyasal maddeler kanserojenler arasında sayılabilir. Birçok çalışma ortamında bu kanserojen olan kimyasal maddeler bulunmaktadır. Örneğin baca temizleme işçilerinde skrotum kanseri geliştiği gösterilmiştir (Biro ve Akdemir, 2005).

### **Radyasyon**

İki tür iyonlaşmış radyasyon kansere neden olmaktadır. Bunlardan birincisi, uzun süre ve hızla büyük miktarda radyasyona maruz kalınmasıdır ve bu cilt kanseri, lösemi ve lenfomaya neden olabilir.



Diğeri, yoğun radyoaktif reaksiyonlar ya da patlamalar sırasında ortaya çıkan küçük radyoaktif moleküllere ve maddelere yavaş yavaş veya uzun süre maruz kalmadır (Megep, 2013).

### **Hormonlar**

Yapılan araştırmalar hormonal denge bozuklukları ile tümör oluşumu ve büyümesi arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Örneğin; diethylstilbestrol'un uzun dönemde vajen kanserine neden olduğu (Akdemir ve Birol, 2005).

### **Genetik ve Ailesel Özellikler**

Birçok kanser tipinin ailesel özelliğinin olduğu gösterilmiştir. Bu durumun; genetik yapı, aynı çevreyi paylaşma, yaşam biçimi gibi ortak faktörlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Anormal kromozom; fazla kromozom, kromozom lokalizasyonunda değişiklik ile kanser arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Temelinde genetik anormalliklerin bulunduğu kanserlere verilebilecek örnekler; Klinefeltersendromunda meme kanseri insidansının arttığı (Akdemir ve Birol, 2005).

### **Diyet Faktörü**

Günümüzde kanserin, beslenme ile yakın ilişkisi olduğu saptanmıştır. Besin maddelerin de kanserojen maddeler üç şekilde bulunur. Bunlar;

- Besin maddelerinin yapısında normal olarak bulunan,
- Besinlerin depolanması, hazırlanması ve hatalı pişirilmesi sırasında oluşan,
- Besin maddelerine katılan tatlandırıcı ve koruyucu maddelerdir (Megep, 2013).
- Çocuklukta süt ve ürünlerinin fazla tüketimi ileri yaşlarda kolorektal kanser riskini arttırdığı ileri sürülmektedir (Yazıhan ve ark.,2009).

### 4.3. Çocuklarda Görülen Kanser Türleri

Çocuk yaşlarda ve gençlerde kanser hastalıklarına pek ender rastlanır. Bunlar çocuk ve gençlerdeki tüm hastalıkların sadece %1 kadarını oluşturmaktadır. Buna rağmen kanser hastalıkları, çocuklar ve gençlerde beliren ölümcül hastalıkların en sık görülenidir. En sık rastlanan kanser hastalıkları arasında lösemi %34 ile ilk sırada yer almaktadır. Bunu takriben % 23 ile merkezi sinir sistemi tümörleri (beyin tümörleri) ve takriben % 12 ile lenfomlar takip etmektedir. Nöroblastom (takriben % 8) ve nefroblastom (Wilms tümörü, takriben%5,5) hastalıkları da kısmen sıkça rastlanan kanser türlerindedir ([www.kinderkrebsinfo.de](http://www.kinderkrebsinfo.de)., Erişim Tarihi: 08.01.2014).

Çocuklar, küçük yetişkin insan değillerdir. Bu nedenle çocuklarda beliren kanser hastalıkları, birçok özellikleriyle yetişkinlerde rastlanan kanser hastalıklarından önemli bir farklılık gösterir. Örneğin; karsinom çocuklarda ve gençlerde çok nadir (%1) iken, yetişkinlerde ise yeni teşhis edilen hastalıklar-da % 90'dan daha fazla bir oranda rastlanır. Çocuklar ve gençler yetişkin hastalara kıyasla daha başarılı tedavi edilebilmektedir.

**Tablo 4. 1. Çocukluk Yaş Grubunda Görülen Kanser Türleri**

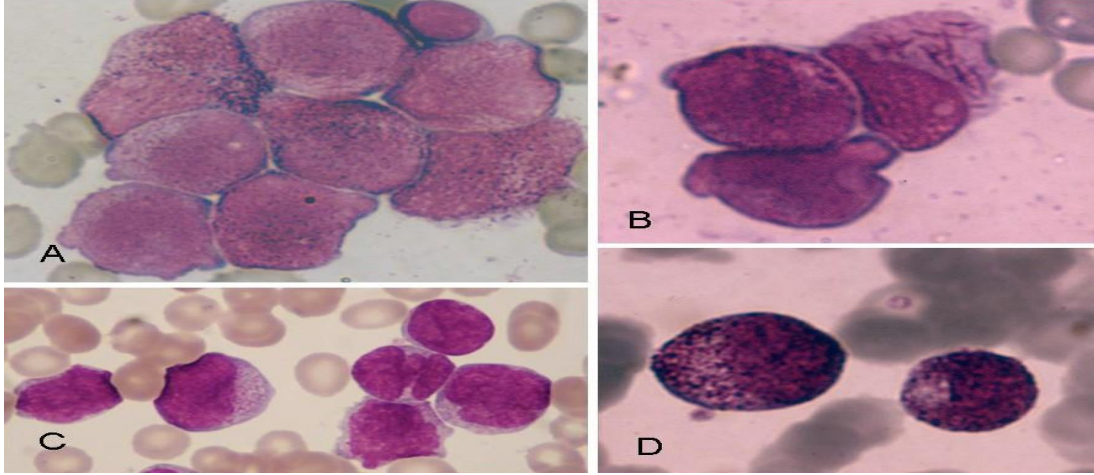
Lösemi (Kan Kanseri)
Lenfoma (Beze Kanseri)
Beyin Tümörleri
Sinir Sistemi Tümörleri
Retinoblastoma(Göz Tümörleri)
Böbrek Tümörleri
Karaciğer Tümörleri
Kemik Tümörleri
Yumuşak Doku Tümörleri
Üreme Organı Tümörleri
Nadir Görülen Tümörler
Ayrımı Yapılmayan Tümörler

Çocukluk yaş döneminde görülen bazı benign oluşumlar (iyi huylu) yerleşimleri itibarı ile kötü huylu tümörler gibi davranarak hayatı tehdit edebilmektedirler. Örneğin, beyinin derin dokularında olan iyi huylu tümörler gibi, bunların cerrahisi mümkün olmayıp tedavileri zor olan ve hayatı tehdit edebilen hastalıklarıdır. Tablo 4.1' te çocukluk yaş gruplarında görülen kanser türleri verilmektedir.

Çocukluk yaş grubu lösemisi (kan kanseri) hastalarda kansızlık, solukluk, kanama ve kemik ağrıları ile bulgu verebileceği gibi ender olarak ilk bölümlerinde bariz bulgu vermeden de seyredebilir. Lösemi hastalığı zamanla yarışan bir hastalık olduğu düşünüldüğünde tanının erken konulmasındaki önem daha iyi anlaşılır. Lösemi hücrelerinin üreme hızları diğer kanser türlerindeki hücrelerin üreme hızlarına göre çok daha hızlıdır. Bu saptama şöyle de ifade edebilir. Lösemi hücreleri 12 saat içinde iki katına ulaşarak tümör yükünü saatler içinde katlayarak arttırır. Bu da hastanın hayatını ciddi şekilde tehdit eder(Çağlar, 2006).

#### **4.3.1. Lösemi**

Akut lenfositik (lenfoblastik) lösemi (ALL), Akut miyelojenöz (miyeloid) lösemi (AML), Kronik lenfositik lösemi (KLL),Kronik miyelojenöz lösemi (KML) olarak adlandırılan 4 farklı tip kan kanseri için kullanılan genel kavramdır. Her lösemi tipinde hastanın nasıl etkilendiğini ve nasıl tedavi edileceğini bilmek gereklidir. Bu 4 değişik lösemi tipinde ortak olan kemik iliğindeki bir hücreden başlamalarıdır. Hücre değişime uğrar ve bir çeşit lösemi hücresi haline gelir. Kemik iliği kemiklerde kan hücreleri ve lenfositlerin yapıldığı süngerimsi merkezdir. Kan hücreleri “kök” hücreler olarak başlar. Kemik iliğinde yapılan değişik tipteki hücreler, kırmızı küreler, plateletler, lenfositler ve diğer birçok beyaz küre tipidir. Bu hücreler oluştuktan sonra kemik iliğini terk eder ve kana karışırlar. Kemik iliği tek bir organda iki organ olarak görev yapar. Birincisi kan yapan organdır. Burası miyelojenöz lösemisinin başladığı yerdir. İkincisi lenfosit yapan organdır ve immün sistemin bir parçasıdır. Burası da lenfositik lösemisinin başladığı yerdir(Hematoloji Uzmanlık Derneği, 2010).Resim4.1'de lösemili kan hücresi gösterilmektedir.



**Resim 4. 1. Lösemili Hücre**

#### **Risk faktörleri**

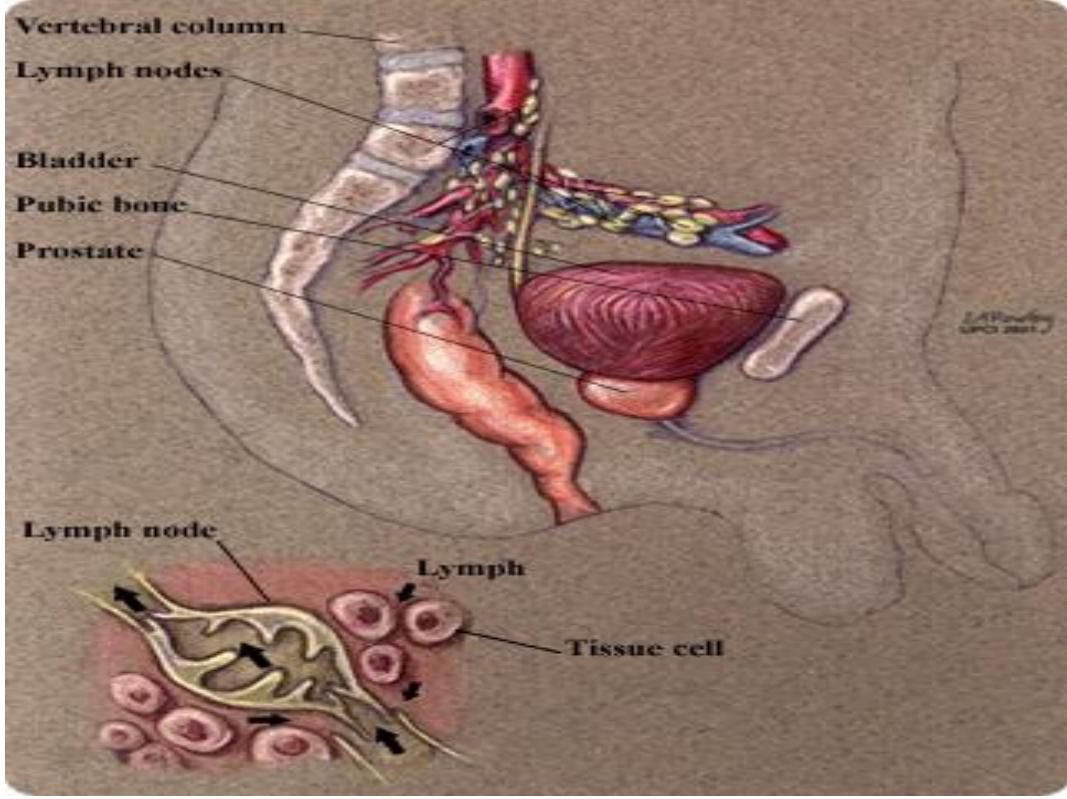
- Ailede, özellikle kardeş de lösemi varlığı,
- Kalıtsal bazı hastalıklar ve kromozom anomalileri,
- İyonlaştırıcı radyasyon etkilenimi,
- Benzen, ağır metal, tarım ilaçları ve petrol ürünleri gibi,
- Kimyasal madde etkilenimi,
- Bağışıklık sistemini baskılayan bazı ilaçlardan etkilenim,
- Bazı viral hastalıklar sonrası.

#### **Riski azaltan önlemler**

- Radyasyon ve elektromanyetik kirlenmeye karşı bilinçli olmak ve kendini korumak,
- Kimyasal ajanlarla temastan kaçınmak,
- Bağışıklık sistemine etkili ilaçları doktor kontrolünde kullanmak (Ertan, 2004).
- Yazıhan ve arkadaşlarının 2009 yılında yayınladığı çalışmasında yiyeceklerdeki çeşitli kimyasal kontaminasyonların, pestisitlerin, atıkların, katkı maddelerinin ve diğer kimyasal kontaminantlardan şüpheli olanların alınıp tüketilmesinden sakınılması gerektiğinin önemini vurgulamıştır (Yazıhan ve ark.,2009).



dalağa, karaciğer ve kemik iliğine yayılma özelliği gösterebilmektedir. Resim 4.3'te bu lenf kanseri gösterilmektedir (<http://www.kanserooloji.com>., Erişim tarihi: 02.08.2014).



**Resim 4. 3. Lenf Kanseri**

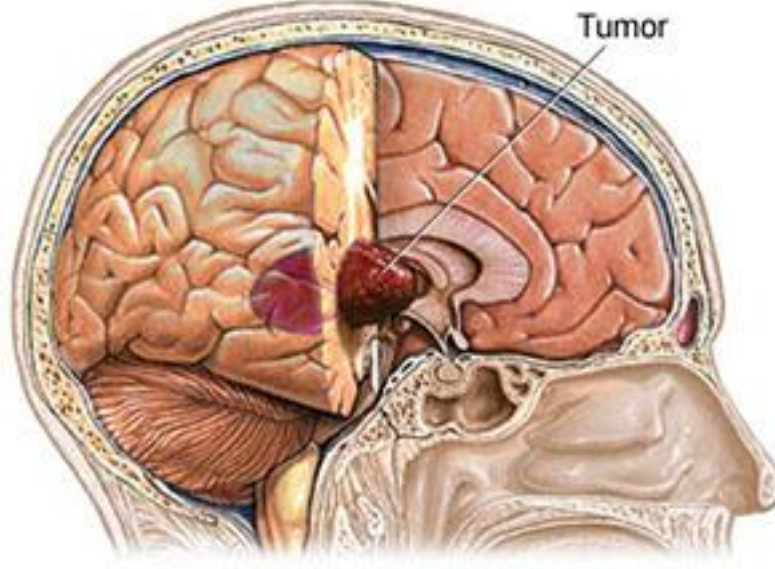
#### **Belirtileri**

- Şişmiş lenf nodları,
- Öksürük ve nefes darlığı,
- Ateş,
- Gece terlemeleri,
- Yorgunluk,
- Kilo kaybı,
- Deride kaşıntı şeklinde kendini göstermektedir.

#### **Tanı**

Doğru tanı koymak doğru tedavi için önemlidir. Tanı konulmada 'lenf nodu biyopsisi' yapılır (<http://www.kanhastaliklari.net>., Erişim tarihi: 07.11.2014).

### 4.3.3. Beyin Tümörü



Resim 4. 4. Beyin Tümörü

#### Tipleri

- Astrositomlar çocuklarda en sık görülen beyin tümörleridir. Bu hücreler yıldız şeklindedir, beynin ve omuriliğin herhangi bir yerinden kaynaklanabilir:
- **Serebellarastrozitom:** Beynin arka alt kısmında kaynaklanır ve tüm beyin tümörlerinin % 15-25'ini oluşturur.
- **Düşük dereceli astrozitom:** Kafatasının arka çukurunda yerleşebilir ve genelde ek tedavi verilmeden cerrahi olarak tedavi edilebilir.
- **Anaplastikastrozitom (grade-derece-III):** Anormal görünümüdür ve hızlı büyür.
- **Glioblastomamultiforme (GBM):** Grade (derece) IV tümördür ve çok saldırgandır.

- **Ependimom:** Tüm beyin tümörlerinin %9'unu oluşturur, beyni saran bölgelerde ve omurilik boyunca gelişir. Bu tümörler genelde selimdir(iyi huylu) ve çok yavaş gelişir.
- **Primitif nöroektodermal tümörler(PNET):** Yüksek derecede habistir ve saldırgan davranır. En çok beyin frontal, temporal ya da pariyetal loblarından kaynaklanır. Medulloblastoma-medulloblastom olarak da adlandırılır.
- **Koroidpleksus tümörleri:** Beyin omurilik sıvısını üreten bez dokuların nadir kanseridir.
- **AtipikTeratoid-Rabdoid tümörler (ATRT):** En sık çok küçük çocuklarda görülen çok saldırgan tümörlerdir(Özkan, 2013).

### **Belirtiler**

- Başağrısı,
- Kusma,
- Nöbet (havale) geçirme,
- Görme bozukluğu ya da konuşma bozukluğu,
- Duygu değişiklikleri,
- Koordinasyon bozukluğu, denge güçlüğü,
- Güçsüzlük ya da el ve ayaklarda karıncalanma,
- Süt çocuklarında baş çevresinde artış ve bingıldakta şişmedir (Özkan, 2013).



#### 4.3.4. Sinir Sistemi Tümörleri

Merkezi sinir sistemi (MMS) tümörleri çocuklarda en sık görülen solid tümörleridir ve tüm çocuk ve adolesan çağı tümörlerinin % 15- %20'sini oluşturur. Ülkemizde lösemi ve lenfomanın ardından üçüncü sıklıktadır (Elli, 2008).

Sinir sistemi tümörlerinin yüzde 90'dan daha fazlası beyin, kafatası sinirleri ve meninkslerden kaynaklanır. Klinik olarak beynin tümörler de kafatasında, kafatası tabanında veya omurlarda geliştiğinde ve sinir dokularına baskı yaptığında malin tümörler kadar tehlikeli olabilir. Merkezi sinir sistemi (MSS) lenfomalarını köken aldıkları lokalizasyonu dikkate alarak öncelikle iki guruba ayırarak değerlendirmek mümkündür. MSS'den (beyin, medullaspinalis, meninksler) köken alan lenfomalar primer merkezi sinir sistemi lenfomaları (PMSSL) olarak adlandırılırken; sistemik bir lenfomanın MSS'ni tutmasına sekonder merkezi sinir sistemi lenfomaları (SMSSL) denilmektedir. PMSSL ektranodal lenfomalar ana gurubu içinde tanımlanırlar. Bir lenfomaya PMSSL'sı olarak adlandırabilmek için tanı konulduğu zamanda sinir sistemi dışında lenfoma tutulumunun bulunmaması gereklidir (Safalı, 2006).

Aşağıdaki hastalıklarla primer MSS tümörleri arasında ilişki olduğu gösterilmiştir:

- Nörofibromatosis tip 1 (NF-1),
- Tüberozsklerosis,
- VonHippel-Lindausendromu,
- Li- Fraumenisendromu (ailevi meme, beyin, akciğer, yumuşak doku sarkomu, kemik sarkomu, böbreküstü bezi karsinomu)(tümör baskılayıcı p53 geninde mutasyon),
- Turcotsendromu (kalın barsaktapoliposis ve MSS tümörü),
- Gorlinsendromu (nevüsbasal hücreli kanser sendromu) (birden çok basal hücreli cilt kanseri, çene kemiğinde odontojenik kist ve iskelet anormallikleri).

## Belirtiler

Belirti ve bulgular tümörün yerine, büyüklüğüne ve büyüme hızına bağlı olarak değişir. Yavaş büyüyen tümörler normal anatomik yapılarda kaymalar meydana getirir ve belirti ve bulguya neden olana kadar oldukça büyük cesamete ulaşabilirler. Hızlı büyüyen tümörler ise erken bulgu verirler ve daha ufak iken saptanabilirler. İntrakranial tümörlerin genel belirti ve bulguları arasında;

- Sıklıkla sabahları kötüleşen ve gün içinde düzelen ve özellikle küçük çocuklarda huzursuzluk şeklinde kendini belli eden baş ağrısı,
- Sıklıkla sabah erken ortaya çıkan ve bulantının eşlik etmediği kusma,
- Denge ve yürüme bozuklukları,
- Kafa sinirlerine ait anormal bulgular sayılabilir. Önemli bir bulgu olan görme bozukluğu ise kendini çift görme ile belli eder. Bu, küçük çocuklarda sık göz kırpması ve aralıklı şaşılık şeklinde kendini gösterir. Aralıklı bulanık görmenin nedeni olan göz dibi ödemi kafa içi basınç artışı nedeniyle meydana gelir. Yine hastada yukarı doğru bakamama ve gözlerde batan güneş manzarası, göz bebeklerinde büyüme ve ışık refleksinin bozulması da intrakranial tümörlerin göz bulguları arasında bahsedilmesi gereken belirtilerdir.
- Bilinç bozuklukları, dalgınlık, huzursuzluk, kişilik ve okul performans bozuklukları da sık görülebilen bulgular arasındadır.
- Hastalarda genellikle fokalkonvülsiyonlar, orta hat tümörlerinde endokrin bozukluklar görülür.

- Henüz fontaneli kapanmamış bebeklerde baş çevresinde büyüme ve bazen çocuklarda birden iştahsızlık ve kilo kaybı ile karakterize diensefaliksindrom görülebilir (Canpolat, 2011).

#### **4.3.5. Retinoblastoma**

Retinoblastom çocukluk çağının en sık görülen göz içi maling tümörüdür. Yaklaşık 1/15.000- 1/2000 canlı doğumda bir görülür. Tedavi edilmezse ölümlü sonuçlanan retinoblastomda yaşama oranı, son yıllarda gelişen modern tedavi yöntemleri ile % 90' nın üzerine çıkmıştır(Erol, 2002).

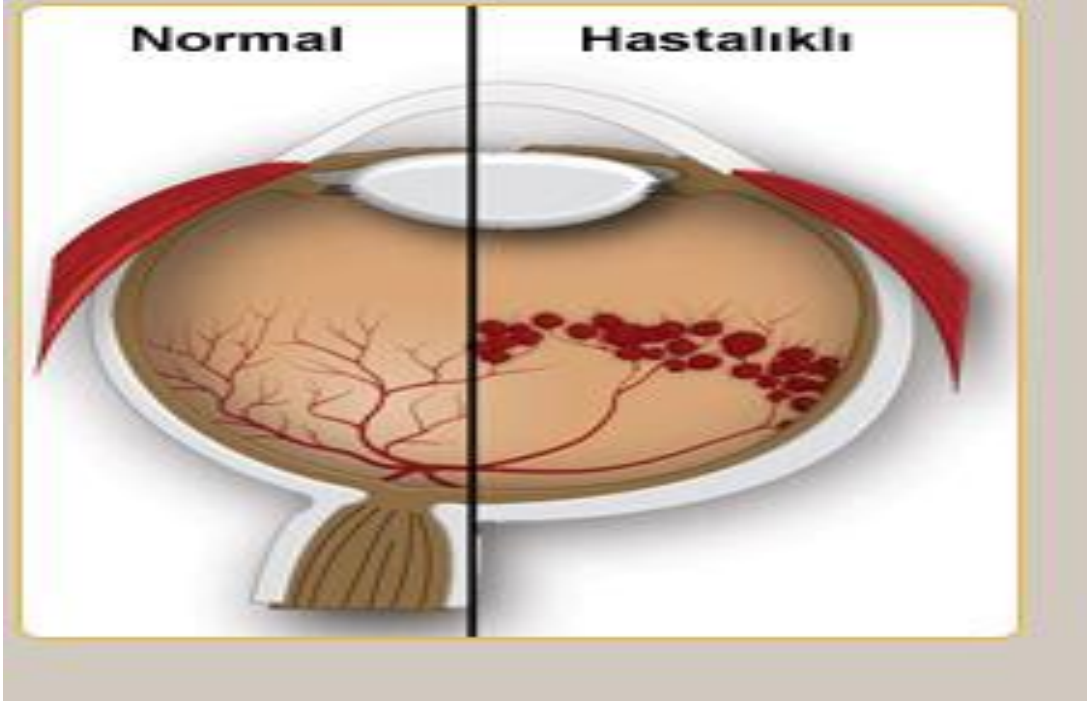
Retinoblastom çocuklardaki en sık malign göz tümörüdür. Klinik yönden olduğu gibi, patolojik olarak da diğsolid tümörlerin çoğundan bazı farklılıklar gösterir. Sıklıkla bir konjenital tümördür, multifokal ve bilateral olabilir, spontan regresyon gösterir. Görülme sıklığı yaşla birlikte azalır, hastaların çoğu 4 yaşından öncetanı konur.

Retinoblastomlar hem ailesel, hem de sporadik olarak görülebilir. Ailesel vakalarda tipik olarak birden çok, bilateral tümör olarak ortaya çıkar, ancak unifokal ve unilaterale olabilir. Kalıtsal olmayan, sporadik tümörlerin hepsi unilaterale ve unifokaldır. Ailesel retinoblastomu olan hastalar Osteosarkom ve diğer yumuşak doku tümörleri için artmış risk altındadır. Tümörlerin yaklaşık %60-70' i kalıtsaldır. Geriye kalan %30-40' i ise sporadik olarak gelişir. Resim 4. 5'teRetinoblastom oluşumu gösterilmiştir.

#### **Belirtiler**

- Göz bebeğinde opak beyazlık (fotoğrafta gözlerde kırmızı gölgenin asimetrik kaybolması),
- Göz hareketinde sorun/şaşıklık,
- Bir gözde görme kaybı,

- Göz ağrısı,
- Gözde kızarıklktır.



**Resim 4. 5. Retinoblastom**

### **Tedavi**

Retinoblastom tedavisinin ana amacı tümörü tedavi etmek ve kanserin vücudun diğer bölümlerine yayılmasını engellemektir. Göz mümkünse korunmaya çalışılır ancak gözü ameliyatla almak gerekebilir.

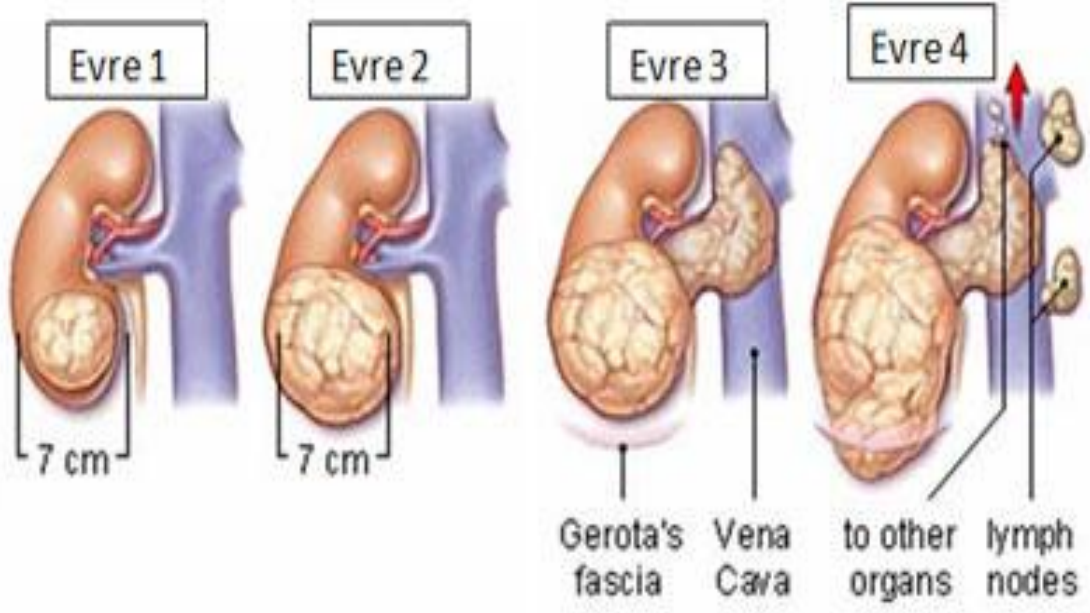
- Lazer tedavisi ya da fotokoagülasyon; retinaya sınırlı olan ve optik disk ya da ona yakın makülayı içine almayan küçük tümörlerde çok başarılıdır.
- Kriyoterapi ya da dondurma tedavisi, küçük, retinada çevresel yerleşimli tümörleri tedavi etmek için tekrarlayan kürlerle uygulanır.

- Kemoterapi; kriyoterapi ya da lazer tedavisi gibi lokal tedavilerin etkinliğini arttırmak için tümör boyutunu küçültmek amacıyla kullanılabilir.
- Radyoterapi; retinoblastomda çok etkin bir tedavi yöntemidir. Tümörün yerleşimi, boyutu ve hastalığın yayılım dercesine göre iki tip radyoterapi kullanılabilir: Plak radyoterapi (brakiterapi) ya da klasik radyoterapi.

Enükleasyon cerrahisi; gözün ameliyatla alınması; tümör göz küresinin yarısında fazlasını dolduruyorsa, göz içindeki diğer yapılar hastalıktan etkilendiye ya da retina ayrılması durumlarında uygulanır. Geçmiş dönemlere göre tümörler daha erken yakalandığından ve daha koruyucu tedaviler uygulandığından, enükleasyon oranında belirgin bir düşüş olmuştur(Özkan, 2013).

#### **4.3.6. Böbrek Tümörleri**

Böbrek tümörleri iyi huylu ve kötü huylu olmak üzere iki gruba ayrılır. Böbrekte en sık görülen tümör basit böbrek kistleridir. Böbrek kisti iyi huylu bir kitle olup kanserden tamamen farklıdır. Çoğu zaman tesadüfi olarak ortaya çıkan böbrek kistleri insan yaşamını hiçbir zaman tehdit etmez. Böbrek kistleri çoğu zaman tedavi bile gerektirmezler, yalnızca izlemek yeterli olur. Renal hücreli kanser en sık rastlanan böbrek kanseri türüdür. Böbrek kanseri genellikle ileri yaşlarda (60 yaş üzeri) ortaya çıkar. Bazı ailesel geçişli türlerinde erken yaşlarda da görülebilir. Erkeklerde kadınlardan daha sık görülür. Erken teşhis edilip cerrahi olarak çıkarılırsa (nefrektomi) tamamen iyileşme şansı çok yüksektir. Kanser büyüdükçe etrafında yer alan lenf bezleri, karaciğer, kalın bağırsak ve pankreasa yayılabilir. Bunun yanında kanser kan ve lenf yolu ile yayılarak vücudun diğer alanlarına (kemik, akciğer) yerleşebilir. Böbrekte daha az sıklıkla da değişici (transisyonel) hücreli tümörler görülür. Değişici hücreli tümörler mesane gibi idrar yollarının diğer kısımlarında da izlenir ve benzer şekilde tedavi edilir ([www.kanser.gov.tr](http://www.kanser.gov.tr)., Erişim tarihi: 08.01.2014).Resim 4.6 'da böbrek tümörünün görünüşü ve evleri yer almaktadır.



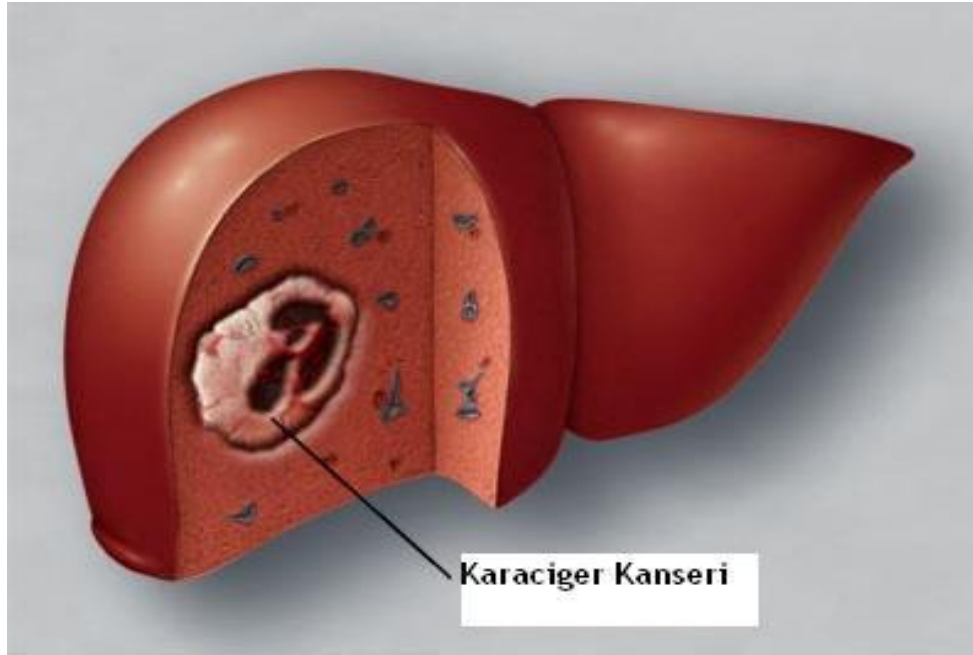
**Resim 4. 6. Böbrek Tümörü Evreleri**

#### **Belirtileri**

- İdrarda kan,
- Böbrek bölgesinde kitle,
- Ağrı,
- İştahsızlık,
- Kilo kaybı,
- Tekrarlayıcı yüksek ateş,
- Hipertansiyon,
- Anemi,
- Kanser yayılmışsa yayıldığı organla ilgili bulgular görülebilir. Örneğin akciğerlere yayıldıysa öksürük, nefes darlığı, kanlı balgam çıkarma olabildiği gibi kemik yayılımı olan hastalarda kemik ağrıları, beyin yayılımı olanlarda baş ağrısı, felçler, şuur kaybı gibi bulgular olabilir(<http://www.uroonkoloji.org>., Erişim tarihi: 23.07.2014).

#### 4.3.7. Karaciğer Tümörleri

Karaciğer kanserlerine tüm kanserler içinde daha az rastlanır. Batı toplumlarında daha nadir rastlanan bir tümördür ve özellikle hepatit B infeksiyonunun yaygın olduğu Güneydoğu Asya ve Güney Afrika'da görülür. Karaciğer kanserleri çoğunlukla hepatosit adı verilen karaciğer hücrelerinden köken alırlar. Bu nedenle, karaciğer kanserlerinin %85-90'ına hepatosellüler kanser adı verilir.



**Resim 4. 7. Karaciğer Kanseri**

#### **Belirtileri**

Primer karaciğer kanserinin belirtileri aşağıda verilen faktörleri kapsamaktadır:

- Açıklanamayan nedenle önemli miktarda kilo kaybı,
- Bir kaç haftalık periyodlar halinde süren iştah kaybı,
- Hasta hissetme,
- Çok az bir yemek olsa dahi, yemek sonrasında tokluk ve şişkinlik hissetme,

- Karında (abdomen) rahatsızlık ya da ağrı,
- Şişkin bir karın (abdomen),
- Sarımsı cilt (sarılık), koyu renkli idrar ve soluk renkli dışkı,
- Kaşıntı, kronik hepatit ya da siroza sahip bir kişinin sağlığındaki ani kötüleşme, yüksek ateş ve terlemedir.

#### **4.3.8. Akciğer Kanseri**

Ertan ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptığı çalışmada akciğer kanseri görülme oranı %16,1'dir. Çocukluk çağında akciğere radyoterapi (RT) alan hastalarda akciğer kanseri riski oldukça fazladır. Radyoterapi dozu ile risk artmaktadır. Çocukluk çağı Hodgkin hastalığı nedeniyle RT gören hastalarda akciğer kanseri ikincil kanserler içinde sıklık bakımından meme kanserinden hemen sonra gelmektedir. Radyoterapi sonrası 20-24 yıl içinde asbestosla ilişkisiz olarak plevralmezotelyoma sıklığı artmaktadır (Ertan ve ark.,2004). Akciğer kanserinde medikal tedavinin yanında beslenmenin önemi büyüktür. Yazıhan ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada akciğer kanserlerinde meyveden ziyade yeşil yapraklı sebzelerin etkin olduğu vurgulamaktadır. Sigara içmeyen veya içimini bırakan akciğer kanserlerinde sebze tüketiminin olumlu sonuç verdiği epidemiyolojik çalışmalarda saptanmaktadır.

#### **4.4. Kanserde Tedavi**

Hastalığın tedavisinde esas rolü vücudun bağışıklık sistemi üstlenmektedir. Bağışıklık sistemini zayıflatan etmenlerin ortadan kaldırılması tedavinin ilk basamağıdır. Kanseri hücrelerin ne kadar ve nerelere metastaz yaptığını tespit etmek olanaksız olduğundan kanser tedavisi gören hastaların bağışıklık sistemlerinin güçlendirilerek bu yayılmış hücreleri yok etmesi arzu edilen bir durumdur. Kanseri tedavisi onkoloji uzmanı doktorlar tarafından yapılır. Birçok merkezde Onkoloji Hastaneleri mevcuttur. Genel bilindik kanser tedavileri 4 çeşit yolla yapılır:



1. **Cerrahi**(Kanserli dokuyu ve çevresindeki invazyon riski taşıyan bir miktar sağlıklı dokuyu alıp çıkartmak. Bazı durumlarda kanserli dokuyu cerrahi müdahale ile çıkartmak imkânsız olabilir. Bu durumda radyoterapi veya kemoterapi uygulanır.)
2. **Radyoterapi** (ışın) tedavisi (Uygun dozda ışın uygulayarak kanser hücrelerinin öldürülmesi)
3. **Kemoterapi**(Kanser hücrelerini öldürmek üzere ilaçlar kullanılması)
4. **Kemik iliği Transplantasyonu** ( Kemik iliğinin nakledilmesi)

#### 4.4.1. Cerrahi Tedavi

Teknoloji ve tıpta yer alan büyük aşamalara paralel olarak, cerrahi tedavilerde de gerek teknik ve gerekse modern âlet ve aygıtlar açısından büyük gelişmeler yer almıştır. Bunun yanı sıra, anestezi bilimi çok gelişmiş ve tehlikeli bir duruma gelmiştir. Tüm bu gelişmelerin sonucu olarak da modern cerrahi başlamıştır. Modern cerrahinin başlaması ile birlikte, kanser cerrahisi de daha verimlileşmiş ve bu yolda her geçen gün uygulanan yeni teknikler geliştirilmiş, daha başarılı duruma getirilmiştir. Sevinçle belirtmek gerekir ki, ileri ülkelerde kanser cerrahisi yönünden yapılan bütün girişimler, bugün Türkiye'deki cerrahi kliniklerinde de başarı ile yapılmaktadır.

Cerrahi kanser tedavisinde ana prensip kitlesel formasyondaki kanserli dokunun, cerrahi yöntemlerle çıkarılıp, kanserli bölgenin temizlenmesidir. Kanserli organın/dokunun tümü ya da bir kısmı ameliyatla alınabilir. Bazı ameliyatlar, ufak cilt kanserlerini almak veya biyopsi gibi hafif cerrahi işlemlerdir. Diğerleri ise, kanserli dokunun vücutta bir organdan çıkarılması gibi büyük ameliyatları kapsamaktadır. Ameliyatlar ayrıca, vücudun bir bölümünü onarmak ya da yenilemek amacıyla da yapılabilir (Örneğin, göğsün alınmasından sonra protez göğüs takılması gibi.) (Vural, 2013).

#### 4.4.2. Kemoterapi

Kemoterapi, kanser hücrelerini yok etmek veya bu hücrelerin büyümesini kontrol altına almak için anti- kanser ilaçlar kullanılarak yapılan tedavidir. Kanser tedavisinde tek başına veya cerrahi/radyoterapi ile birlikte uygulanabilir.

Kanser tedavisinde kemoterapinin amacı hastalığın tipine ve yaygınlığına göre değişmektedir. Kemoterapi uygulamadaki amaçlar:

- Hastalığı tedavi etmek,
- Kanser hücrelerinin çoğalmasını önleyip, yayılmasını yavaşlatarak hastalığın kontrol altına alınmasını sağlamak,
- Hastalığa bağlı şikayet ve belirtileri ortadan kaldırarak kişinin yaşam kalitesini yükseltmek,
- Cerrahi veya radyoterapi sonrası uygulandığında hastalık nüksünü azaltmak,
- Cerrahi veya radyoterapi öncesi uygulanarak yapılacak lokal tedavileri kolaylaştırmak (<http://kanser.gov.tr>, Erişim Tarihi: 08.01.2014).

Kemoterapide çeşitli ilaçlar kullanılır. Bunların bir kısmı tümöre doğrudan etkili kemoterapötik ilaçlar ve hormonlar, bağışıklık sistemini kuvvetlendirici biyolojik ajanlardır. Bazı ilaçlar ise tümöre doğrudan etkili ilaçların etkisini arttırmak ya da dayan etkilerini azaltmak veya yok etmek amacıyla kullanılır. Uygulanan ilaçlar kan yoluyla tüm vücuda dağılır. Tümöre doğrudan etki eden ilaçlar tümör hücrelerinin yapı taşlarına etki eder, hücrelerin büyümesine ve çoğalmasına engel olarak tümörün ölümüne neden olurlar. Diğer taraftan bu ilaçlar vücut da bazı yerlerdeki normal hücreleri de etkileyerek çeşitli yan etkilere yol açarlar. Bazı hormon ve hormon karşıtı ilaçlar da aynı yolla tümör hücrelerini öldürür ve özel bazı tümör tiplerinin tedavisinde kullanılır. Bunlar dışında yukarıda sözü edilen birtakım biyolojik ajanlar hem tümör tedavisinde, hem de yan etkilerin önlenmesinde kullanılabilir. Bu maddeler genellikle vücutta normalde var olan bağışıklık

sistemini çalıştırarak tümör hücrelerine karşı savaşı ve vücut direncini sağlayan maddelerdir. Tümör tedavisi sırasında dışarıdan da verilerek etkileri güçlendirilir (<http://www.kanser.org..> Erişim tarihi: 20.07.2014).

#### 4.4.3. Radyoterapi

Radyasyon enerji verebilen radyant (ışın yayan) enerjinin herhangi türünden biridir. Radyasyon DNA 'ya kalıcı zarar vererek ya da serbest radikaller oluşturularak DNA hasarı ile kanserli hücreleri öldürmeyi amaçlar. Doğru ve dikkatli bir şekilde tümöre uygulanan radyasyon ile sağlıklı doku ve çevresindeki hasar en aza indirilmektedir.

Radyoterapi yüksek enerji veren x ışınları ya da partikülleri kullanarak hastalığın tedavisidir. Kanser tedavisi gören bireylerin yaklaşık % 50 si hastalıklarının bir döneminde radyoterapi uygulanmaktadır. Radyoterapinin amaçları;

- Kür elde etmek,
- Kontrol,
- Palyatif tedavidir (Kav, 2012).

Radyoterapinin amacı; tanımlanmış tümör hacmine, tümörü çevreleyen sağlıklı dokuya en az zarar verecek şekilde, yüksek doğrulukla ölçülmüş radyasyon dozunu vermek bu sayede tümör içindeki hastalıklı hücrelerin ileri hücre bölünmelerini veya çoğalmalarını devamlı olarak durdurmak, tümörün yok olmasını sağlamak, yaşam kalitesini artırmak ve kanserli hastanın ömrünü uzatmaktır.

Radyoterapide kullanılan radyasyonlar yapılarına göre iki gruba ayrılır;

- Elektromanyetik radyasyonlar (X-Işınları ,  $\gamma$ - Işınları),
- Parçacık şeklindeki radyasyonlardır (elektronlar, protonlar ve nötronlar).

Radyoterapi uygulama şekline göre 3 guruba ayrılır;

- Eksternal tedavi (uzak mesafeden yapılan tedavi) Kaynak ile hasta cildi arasındaki uzaklık 5-350 cm'dir. X-Işınları Co-60  $\gamma$  ışınları ve parçacık şeklindeki (genellikle elektronlar ) radyasyonlar kullanılır.
- Brakiterapi (Yakın mesafeden yapılan tedavi) Radyoaktif kaynakların cilt üzerine, doku arasına ve vücut boşluklarına yerleştirilmesiyle yapılır.  $\gamma$  ışınları veren kapalı kaynaklar ve  $\beta$  parçacıkları kullanılır.
- İnternal tedavi (sıvı ve kolloidal radyoizotoplar vücuda uygulanır).  $\beta$  parçacıkları ve  $\gamma$  ışınları veren açık kaynaklar kullanılır (Dirican, 2001).

Radyoterapi kişiyi radyoaktif hale getirmez ve tedavi ağrısızdır. Işınlar sıcak değildir. Bazı kişilere yalnızca tek bir tedavi uygulanırken, bazılarının birkaç tedaviye ihtiyacı olabilir. Her bir tedavi yalnızca birkaç dakika sürmektedir (Vural, 2013).

#### **4.4.4. Kemik İliği Transplantasyonu**

Kök Hücre Transplantasyonu (KHT) günümüzde onkolojide ve onkoloji dışı pek çok hastalığın tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır. Onkolojide, özellikle cerrahi - kemoterapi - radyoterapi gibi diğer tedavi yöntemlerinin başarısız kaldığı olgularda kök hücre transplantasyonu hayat kurtarıcı olabilir. Konjenital veya edinsel pek çok hematolojik ve immunolojik sorunun tedavisinde de kök hücre transplantasyonu uygulanmaktadır. 3 uygulama şekli vardır: Allojenik, otolog ve sinjenik kök hücre transplantasyonu. Kök hücre kaynağı olarak da kemik iliği yanında periferik kök hücre, kordon kanı ve fetal karaciğer hücrelerinden yararlanılmaktadır (Anak, 2010).

Kemik iliği kemiklerin içinde bulunan süngerimsi bir dokudur. Kemik iliği kan kök hücrelerini içerir ve bunlar vücudun kan hücrelerinin çoğunu yapan özelleşmiş hücrelerdir. Kan kök hücrelerinin ürettikleri:

- Enfeksiyonlar ile savaşan beyaz kan hücreleri (lökositler),
- Organ ve dokulara oksijen taşıyan ve atık maddeleri uzaklaştıran kırmızı kan hücreleri,

- Kanın pıhtılaşmasını sağlayan trombositlerdir.

Kan kök hücreleri pek çok toplumda tartışmanın konusu olan embriyonik kök hücrelerden farklıdır. Kan kök hücreleri sağlıklı vericilerden veya henüz olgunlaşmamış olan embriyodan ziyade göbek kordonundan toplanır (bmtinfonet.org, 2012).

#### **4.5. Bakım Verme ve Bakım Verme Yükü**

Bakım, “bakım veren kişinin yaptığı tüm uygulamalar” olarak tanımlanmaktadır. Bu yardım ev işlerini düzenleme, ekonomik, kişisel ya da tıbbi yardım olabilir (Öner,2012).Chou'nun2000 yılında geliştirdiği “Bakım Verici Yük Modeli’ne göre yükün tanımı; bakım verme sürecinde kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve finansal perspektiften bir ya da daha fazlasında kendini aşırı yüklenmiş olarak hissettiği subjektif algısıdır. Yük kavramı bazı yazarlarca nesnel/objektif yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, aile rutinlerinin bozulması, fiziksel problemler, ailedeki gerginlikler hastalığın sebep olduğu aksaklıklar gibi) ve öznel/subjektif yük(hastayla ilgili fiziksel/duygusal sıkıntı ya da hastayla ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyi) olmak üzere iki grupta incelenmektedir (Chou,2000).

Yük kavramı, hasta bir üyeyle yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır(Orak, 2010).

Bakım verme süreci, sınırlı sayıdaki olumlu etkisinin yanı sıra bakım verenlerin; çaresizlik, suçluluk, öfke, korku, sosyal izolasyon duyguları yaşadıklarını göstermektedir. Bakım veren aile üyesinin bu sorumluluğu almadan önce bakım verici rolünü nasıl yürüteceği ve bakıma hangi oranda katılması gerektiği, uygun kaynaklara nasıl ulaşacağı konularında yetersiz bilgisi bulunmaktadır. Bu nedenle kendi sağlık gereksinimlerini erteleyebilir, fiziksel ve emosyonel sağlığı olumsuz olarak etkilenir, stres ve bakım yükü ortaya çıkar, sonuçta depresyona varan sorunlar ortaya çıkabilir. Hasta bakımı çok yönlü

bir roldür. Taşıma gibi basit aktivitelerden fiziksel bakım ve bildirilebilen semptomları tanımaya kadar değişebilen karmaşık aktiviteleri içermektedir (Gaston ve Lachica, 2004).

Kanser tanısı konulan bireylerin sayısının artması, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak hastaların sağkalım sürelerinin uzaması kanserli hastaların aile üyelerinin bakım sürecine daha aktif katılmalarına ve / veya hastaların bakım sorumluluğunu daha fazla üstlenmelerine neden olmuştur.

Bakım verme, büyük oranda yakınlık duygusu ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir. Kanserli hastaya evde bakım veren aile üyelerinin kendi sağlıklarını ve ihtiyaçlarını bir kenara bırakıp, tüm enerjilerini hastalarının bakımını sürdürmeye yönelmesi, ağrı yönetimi, hasta mobilizasyonu, günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması, sağlık personeli ile iletişimi sağlama, semptom yönetimi, transferin sağlanması, evde ilaç tedavisinin uygulanması gibi gereksinimlerin karşılanması hastaların olduğu kadar hasta yakınlarının da yaşamlarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır. Aile içi bakım verenler kendis Sağlıkları ve yaşamları açısından bakıldığında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan güçlükler ve sorunların yaşamaktadır (Karabuğa, 2013).

Bakım verme ailelerin bakım verme sürecinde ailelerin sağlığını olumsuz olarak etkileyebilmekte ve güçlükler yaşamasına neden olabilmektedirler. Bu güçlükleri şu şekilde sıralanmıştır:

## **1. Fiziksel Güçlükler**

Bireylerde iştah değişimi, yemek düzeninde bozulma, kas ve baş ağrısı, vücut ağırlığında değişim, uyku düzensizliği, konsantrasyon zorluğu, bireysel bakımda görülmektedir.

## **2. Emosyonel güçlükler**

Suçluluk, çaresizlik, öfke, korku, huzursuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, depresyon, stres, anksiyete alkol ve ilaç kullanımında artış ve problem çözmede güçlükler görülmektedir. En yaygın görülen belirtiler ise stres ve anksiyetede artma olmasıdır. Ebeveynlerin stres düzeyi tanıyı ilk duyduklarında çok yüksektir. Ebeveynler bakım sürecinde yoğun stres yaşamakta, stresle etkili şekilde baş edememekte ve bu aile içi ilişkileri çoğu kez olumsuz olarak etkilemektedir ( Elçigil ve Conk, 2010).

## **3. Sosyal güçlük**

Bakım vermenin, sosyal ve kişilerarası problemlere de yol açtığı belirtilmektedir. Bakım verenler, yaşamlarını genellikle bakım verdikleri kişinin gereksinimleri doğrultusunda düzenledikleri için aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden fedakarlık eden bakım verenin, dinlenmesi ve sosyalleşmesini sağlayan boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, bu nedenle de sosyal destekte azalma, kendilerini bakım rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon yaşama olasılığı artmaktadır.

## **4. Ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler**

Evde bakım sağlamanın ekonomik maliyeti, bakım verenlerin güçlük yaşamada önemli bir etkidir. Bu ekonomik sorunlar için de en sık yaşananlar, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, ya da işin sonlandırılmasıdır (Ayhan,2013).

Kanser ile mücadelede palyatif bakım oldukça önemlidir. Palyatif bakım yeni disiplin olmasına karşın tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde kendine yer edinmiş bir kavramdır. Bu hareketinin hızlı bir şekilde gelişmesinin en önemli nedeni tedavisi mümkün olmayan hastalara gerekli bakım ve tedavinin yapılmasının günümüzde gittikçe önem kazanmasıdır.

Palyatif bakım tıpkı yaşam gibi ölümü de doğal bir süreç olarak görmektedir. Palyatif bakım hizmetlerindeki ana amaç hasta ve yakınlarının hastanın yaşamı süresince ve ölümünden sonra ortaya çıkabilecek fiziksel ve duygusal problemler açısından desteklemektir(Bağ, 2012).

Palyatif bakım, hastanın acı çekmesinin giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına odaklı bir bakım eklidir. Bu bakım kanser hastalığının ve tedavisinin ortaya çıkardığı semptomları azaltmak ve ortadan kaldırmak için sunulan bir hizmettir.

Toplumda ve sağlık profesyonelleri arasında palyatif bakım için “destekleyici bakım” ifadesi de yaygın olarak kullanılmaktadır. Palyatif bakım kanserin her evresindeki hastalar için verilmektedir. Örneğin; kemoterapi tedavisi alan bir hastanın tedavi sürecinde oluşan bulantı ve kusma gibi semptomların kontrol altına alınması için sunulan hizmette bir palyatif/destekleyici bakımdır(Özçelik,2010).

#### **4.5.1.Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü**

Kanserli hastaya bakım veren hemşirelerin dikkatle değerlendirmesi ve göz önünde bulundurması gereken konulardan biri de bakım vericilerin gereksinimleri ve yaşadıkları güçlüklerdir. Kanser hastalarına bakım veren aile üyeleri, bakım verici rolünün yoğun ve karmaşık yapısı nedeniyle bakım yükü yaşamaktadır. Bakım verici yükünün azaltılmasında profesyonel hemşirelik yaklaşımları büyük önem taşımaktadır.Hemşireler diğer meslek gruplarına göre hasta ve ailesiyle daha fazla zaman geçiren, bu süreçte hasta/ailesini değerlendiren ve uygun müdahalelerde bulunabilen sağlık profesyonelleridir (Honea ve ark., 2008).

Polat'ın 2011 yılında ‘İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri’ ile ilgili çalışmasında sağlık profesyonellerinin kanser hastasının semptomlarının yönetimine yönelik hastayı bütüncül yaklaşımla ele alan iyi ve organize olmuş bir eğitim planı hazırlamaları, uygulamaları ve sonuçlarını değerlendirmeleri son derece önemli olduğunu vurgulamıştır.



Hemşireler bakım vericilerin stres düzeyini, fiziksel-zihinsel sağlık durumunu değerlendirmeli ve bakım vericinin bildirimlerine karşı duyarlı olmalıdır(Nguyen, 2009). Bakım vericilerin yaşadığı üzüntü, huzursuzluk, uykusuzluk, iştahta azalma gibi sorunları açık bir iletişimle konuşmalıdır. Çoğu zaman bakım vericiler, başkalarıyla konuşmadan sorunlarının farkına varamayabilir. Böylelikle hemşire bakım verici semptomları şiddetlenmeden bireye yardım edebilir (Nguyen,2009).Hartford Enstitüsü'nün hazırladığı protokole göre profesyonel olmayan bakım vericilere yönelik hemşirelik yaklaşımları;

- Bakım veren kişilerin bakım vermeye hazır oluşunu artırmak için bilgi ve becerilerin kazandırılması,
- Bakım vericinin sorunlarının ve merak ettiği konuların belirlenmesi,
- Bakım vericinin gücünün farkına varmasının sağlanması,
- Bakım vericinin uygun kaynaklara yönlendirilmesi,
- Bakım vericinin olası fiziksel ve duygusal sorunlara karşı bilgilendirilmesi, bu sorunları yönetmelerine yardımcı olunmasını kapsamaktadır.

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Türü ve Amacı**

Çalışma; pediatri hematoloji-onkoloji hastalarına bakım veren hasta yakınlarının bakım yüklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

### **5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma İstanbul ilinde bir Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve bir özel hastanede Eylül 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında yürütüldü.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde bir Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve bir özel hastaneye başvuran ve kanser tanısı ile pediatri hematoloji-onkoloji kliniğinde yatan ve polikliniğe başvuran 236 hasta yakını oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise kanser tanısı konmuş çocuğa bakım veren ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 100 hasta yakını ile yürütüldü.

### **5.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri**

- Kanser tanısı konulmuş çocuğun birinci derecede yakını olmak,
- Bakım verilen çocuğun 11 yaş ve altında olması,
- Bakım verenin araştırmaya gönüllü olarak katılmasıdır.

### **5.5. Veri Toplama Araçları**

Veriler; bilgi formu (EK 1) ve Kliniğe Uyarlanan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (EK 2) ile toplandı.

### **5.5.1. Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak hazırlanan soru formu hastalara ilişkin sosyo – demografik değişkenleri ve kanser tanısı konan çocuğa ait tanımlayıcı özellikler bakım süresi, bakım verme konusunda diğer aile üyelerinden destek alıp almadığı gibi sorular yer almaktadır (Ek-1) (Özdemir ve ark.,2009; Fadıloğlu ve Uğur, 2012).

### **5.5.2. Kliniğe Uyarlanan ZARİT Bakım Yüğü Ölçeği**

Bakım Yüğü Ölçeği Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen ifadelerden oluşmaktadır. Bakım yüğü ölçeği Özer ve arkadaşları tarafından(2012) Türkçe’ ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek hiçbir zaman(0), nadiren(1), bazen(2), sık sık(3), ya da hemen her zaman(4) olmak üzere “0” dan “4” e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yöneliktir. Toplam puan tüm maddeleri toplayarak elde edilir. 0’dan 88’e kadar değişiklik gösterebilir. Toplam puan ne kadar fazlaysa, yük de o kadar fazladır. 0 ile 20 aralığını az veya hiç yükün olmaması, 21 ile 41 aralığını hafif ve orta derece yük, 41 ile 60 aralığını ileri derecede yük, 61 ile 88 aralığını ise aşırı derecede yük olarak derecelendirilmiştir. Özer ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 18 maddeye düşürülen Zarit Bakım Yüğü Ölçeği Cronbach Alfası 0.82 olarak belirlenmiştir (Özer ve ark., 2012).

### **5.6. Ölçeğin Güvenirlik Analizi**

Çalışmada Cronbach Alfa Katsayısı 0,82 olarak saptandı. Bu değer Bakım Yüğü ölçeğinin yüksek güvenirlikte olduğunu göstermektedir.

### **5.7. Verilerin Toplanma Yöntemi**

İlgili kurumlardan araştırma izinleri (Ek 3) (Ek 4) ve Haliç Üniversitesi'nden etik kurul onayı (Ek 5) alındıktan sonra araştırmaya başlandı. Verileri toplanmadan önce araştırmacı tarafından anketin uygulandığı kişilere araştırmanın amacı açıklandı. Anket soruları araştırmacı tarafından birebir sorularak cevapları alındı.

### **5.8.Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce; Etik Kurul'dan (Ek 5) onay alındı. Medicalpark Hastanesi ile İstanbul Medeniyet Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden(Ek 3) (Ek 4) izin ve onay alındı.

### **5.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada kullanılan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 21.0 yardımıyla analiz edildi. Zarit Bakım Yüğü Ölçeği için cronbach alfa değeri 0,82 bulundu. Bu neticelerden sonra veriler güvenilir kabul edildi ve çözümlemelere geçildi. Araştırmada öncelikle kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarına ve çocuklara ilişkin demografik özelliklerin dağılımını gösteren frekans dağılımı kullanıldı. Bakım yüğü ölçeğinden elde edilen puanlara ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve alt-üst değerleri gibi tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Çözümlemelerde iki değişken karşılaştırmasında Man Whitney U testi, ikiden fazla değişken olduğu karşılaştırmalarda nonparametrik testlerden ANOVA'nın nonparametrik testlerde alternatifi olan Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p=0.05$  olarak seçildi.

### **5.10.Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırmanın 100 hasta yakını ile sınırlı olması,
- Bir Eğitim Araştırma hastanesi ve bir özel hastane olması,
- Hasta yakınlarının soruları doğru ve içtenlikle cevaplandırması ile sınırlıdır.

## 6. BULGULAR

Kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının bakım yüklerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada; bulgular iki bölümde sunuldu. Birinci bölümde kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine dair bulgular; ikinci bölümde kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının bakım yüklerinin belirlenmesine yönelik bulgular ve ileri analizleri verildi.

**Tablo 6. 1. Çocuk Yakınlarının Sosyo- Demografik Özelliklerine Dair Bulgular**

**N=100**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	19-24	9	9
	25-44	80	80
	45-64	11	11
<b>Cinsiyet</b>	Kız	93	93
	Erkek	7	7
<b>Medeni Durum</b>	Evli	95	95
	Bekâr	3	3
	Dul	2	2
<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar değil	4	4
	Okur-yazar	7	7
	İlkokul mezunu	39	39
	Ortaokul mezunu	22	22
	Lise mezunu	19	19
	Lisans	9	9
<b>Sağlık Güvencesi</b>	SSK	88	88
	Emekli Sandığı	1	1
	Bağ-Kur	7	7
	Yeşil Kart	1	1
	Özel Sağlık Sigortası	2	2
	Ücretli	1	1
<b>Gelir Durumu</b>	Çok Kötü	5	5
	Kötü	13	13
	Orta	54	54
	İyi	28	28
<b>Meslek</b>	Memur	20	20
	İşçi	26	26
	Serbest Meslek	21	21
	Ev Hanımı	33	33

Tablo 6.1 incelendiğinde çocuk yakınların %80'i 25 – 44 yaşları arasında ve %93'ü kız hasta yakınlarından oluştuğu saptandı. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %95'i evli, %39'unun ilkokul mezunu olduğu saptandı. Kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının %88'inin SSK sağlık güvencesine sahip olduğu, %54'ünün gelir durumu orta olduğu ve %33'nün ev hanımı olduğu belirlendi.

**Tablo 6. 2. Çocuk Yakınlarının Bakım Verme İle İlgili Özellikleri**

<b>N=100</b>			
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bakım Verme Süresi</b>	1 gün-1 yıl	27	27
	2 yıl-4 yıl	47	47
	5 yıl ve üzeri	26	26
<b>Diğer Aile Üyelerinden Destek Alma Durumu</b>	Evet	41	41
	Hayır	54	54
	Kısmen	5	5

Tablo 6.2' e göre hasta yakınlarının %47'si 2-4 yıl süresi arasında bakım üstlendiği ve %54'nün çocuğun bakımını yaparken diğer aile üyelerinden destek almadığı anlaşıldı.

**Tablo 6. 3. Çocuklara Ait Tanımlayıcı Özellikler****N=100**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	1-3 yaş	26	26
	4-7 yaş	40	40
	8-11 yaş	34	34
<b>Cinsiyet</b>	Kız	44	44
	Erkek	56	56
<b>Okula Gitme Durumu</b>	Evet	42	42
	Hayır	58	58

Tablo 6.3' e göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının bakımını yaptığı kanser hastası çocuklarının % 26' sı 1-3 yaşında, % 40'ı 4-7 yaşında ve %34'ü 8-11 yaşında olduğu saptandı. Araştırmaya katılan kanser hastası çocukların %56'sının erkek ve %42'sinin eğitime devam ettiği tespit edildi.

**Tablo 6. 4. Çocuk Yakınlarının Bakım Yükleri****N=100**

	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
<b>Bakım Yüğü Ölçeğı</b>	,00	62,00	24,60	12,73

Tablo 6.4'e göre araştırmaya katılan kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının bakım yükü ölçeğinin puan ortalaması  $24,60 \pm 12,73$  olarak saptandı. Araştırmada elde edilen puan Zarit Bakım Yüğü ölçek puanlamasında 21 ile 41 puan aralığına denk geldiği için hafif ve orta derecede bakım yükü olduğu saptandı.

**Tablo 6. 5. Çocuk Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri İle Bakım Yüğü Ölçeği Arasındaki İlişki**

**N=100**

Demografik Özellikler		Bakım Yüğü Ölçeği				
		n	Ort.	S.S.		
Yaş*	19-24	9	18,44	7,35	5,555	p ,062
	25-44	80	24,41	13,25		
	45-64	11	31	9,75		
Cinsiyet**	Kız	93	24,69	13,15	U 325,00	p ,995
	Erkek	7	23,43	4,61		
Eğitim Durumu*	Okuryazar Değil	4	21	8	17,529	p 0,004
	Okur-Yazar	7	37	5,66		
	İlkokul Mezunu	39	27,28	12,73		
	Ortaokul Mezunu	22	21,18	11,20		
	Lise Mezunu	19	22,63	12,60		
	Lisans	9	17,44	14,99		
Gelir Durumu*	Çok kötü	5	31,20	6,02	31,372	p 0,000
	Kötü	13	36,36	12,11		
	Orta	54	25,48	12,14		
	İyi	28	15,36	6,82		
Mesleği*	Memur	20	20,25	15,06	14,959	p 0,002
	İşçi	26	1,15	9,85		
	Serbest Meslek	21	2,62	9,05		
	Ev Hanımı	33	3,33	13,73		

**Kruskal Wallis Test (\*)**

**Man Whitney U Test(\*\*)**



Tablo6.5' e göre bakım veren çocuk yakınlarının yaşları, cinsiyetleri, doğum yerleri ile bakım yükü ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ). Çocuk yakınlarının eğitim durumu, gelir durumu ve meslek grubuna göre bakım yükü ölçeği puan ortalamasının fark gösterip göstermediği incelendiğinde bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).

**Tablo 6. 6. Çocuk Yakınlarının Eğitim Durumlarına göre Bakım Yükü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması**

(I) Eğitim Durumu	(J) Eğitim Durumu	Ort.	Ort.Arası Fark (I-J)	S.S.	MWU	P
<b>Okuryazar Değil</b> 21	Okuryazar	37	-16	18,15	-46,321	<b>,011</b>
	İlkokul mezunu	27,28	-6,28	15,20	-21,699	,154
	Ortaokul mezunu	21,18	-,18	15,74	-4,909	,755
	Lise mezunu	22,63	-1,63	15,93	-7,592	,634
	Lisans	17,44	3,55	17,40	-,250	,989
<b>Okur Yazar</b> 37	Okuryazar değil	21	16	18,15	-46,321	<b>,011</b>
	İlkokul mezunu	27,28	9,71	11,88	24,62	<b>,038</b>
	Ortaokul mezunu	21,18	15,81	12,57	41,412	<b>,001</b>
	Lise mezunu	22,63	14,36	12,80	38,729	<b>,002</b>
	Lisans	17,44	19,55	14,59	46,071	<b>,002</b>
<b>İlkokul Mezunu</b> 27,28	Okuryazar değil	21,00	6,28	15,20	-21,699	,154
	Okuryazar	37,00	-9,71	11,88	24,62	<b>,038</b>
	Ortaokul mezunu	21,18	6,10	7,72	16,790	<b>,030</b>
	Lise mezunu	22,63	4,65	8,10	14,107	,082
	Lisans	17,44	9,83	10,71	21,449	<b>,045</b>
<b>Ortaokul Mezunu</b> 21,18	Okuryazar değil	21	,18	15,74	-4,909	,755
	Okuryazar	37	-15,81	12,57	41,412	<b>,001</b>
	İlkokul mezunu	27,28	-6,10	7,72	16,790	<b>,030</b>
	Lise mezunu	22,63	-1,44	9,07	-2,683	,767
	Lisans	17,44	3,73	11,45	4,659	,684
<b>Lise Mezunu</b> 22,63	Okuryazar değil	21	1,63	15,93	-7,592	,634
	Okuryazar	37	-14,36	12,80	38,729	<b>,002</b>
	İlkokul mezunu	27,28	-4,65	8,10	14,107	,082
	Ortaokul mezunu	21,18	1,44	9,07	-2,683	,767
	Lisans	17,44	5,18	11,71	7,34	,531
<b>Lisans</b> ORT=17,44	Okuryazar değil	21	-3,55	17,40	-,250	,989
	Okuryazar	37	-19,55	14,59	46,071	<b>,002</b>
	İlkokul mezunu	27,28	-9,83	10,71	21,449	<b>,045</b>
	Ortaokul mezunu	21,18	-3,73	11,45	4,659	,684
	Lise mezunu	22,63	-5,18	11,71	7,34	,531

**Man Whitney U Test**

Tablo 6,5'te anlamlı bulunan ve ileri analizi yapılan kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının eğitim durumlarına göre bakım yükü ölçeğinin nasıl değiştiği incelendi. İleri analizde bu anlamlı değişimlerin yönü ve hangi eğitim seviyesine göre farklılaşma olduğu belirlendi. Okur-yazar olmayanların bakım yükü ölçek puan ortalaması ile okur-yazar olduğu saptanan kanser tanısı konmuş çocuk yakınların bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0,05$ ). Okur-yazarlar okuma yazma bilmeyenlere göre daha yüksek bakım yükü ölçek puanına sahip olduğu anlaşıldı. Eğitim durumu sadece okur-yazar olarak saptanan hasta yakınları bakım yükü ölçek puan ortalaması ile diğer tüm eğitim seviyelerinin bakım yükü ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Ort=37). Genel olarak bakım yükü puanlarının hasta yakınlarının eğitim seviyesi düştükçe arttığı görüldü (Tablo 6.6). Kanser hastalığının tedavisi oldukça zor, karışık ve ciddi derece de sabır gerektiren bir iştir. Eğitim düzeyi, kanser hastası yakınlarının hastalıkla baş edebilmesi için önemli bir olgudur.

**Tablo 6.7. Çocuk Yakınlarının Gelir Durumlarına göre Bakım Yükü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması**

(I) Gelir Durumu	(J) Gelir Durumu	Ort.	Ort. Arası Fark (I-J)	S.S.		
					MWU	P
Çok Kötü 31,20	Kötü	38,30	-7,10	15,24	-8,769	,565
	Orta	25,48	5,71	13,53	17,296	,201
	İyi	15,35	15,84	14,06	43,929	,002
Kötü 38,30	Çok kötü	31,20	7,10	15,24	-8,769	,565
	Orta	25,48	12,82	8,947	26,066	,004
	İyi	15,35	22,95	9,720	52,698	,000
Orta 25,48	Çok kötü	31,20	-5,71	13,53	17,296	,201
	Kötü	38,30	-12,82	8,947	26,066	,004
	İyi	15,35	10,12	6,744	26,632	,000
İyi 15,35	Çok kötü	31,20	-15,84	14,06	43,929	,002
	Kötü	38,30	-22,95	9,720	52,698	,000
	Orta	25,48	-10,12	6,744	26,632	,000

**Man Whitney U Test**

Tablo 6.5'te anlamlı bulunan ve ileri analizi yapılan çocuk yakınlarının gelir durumu çok kötü olanların bakım yükü ölçek puan ortalaması ile gelir durumu iyi olan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulundu ( $p<0,05$ ). Gelir durumu çok kötü olan hasta yakınlarının bakım yükü ölçek puan ortalaması (ORT=31,20) gelir durumu iyi olanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Gelirdurumu iyi olan hasta yakınları diğer gelir durumlarına göre en az bakım yükü ölçek puan ortalamasına sahiptir. Genel olarak gelir durumu kötü olanların bakım yükü ölçeği puan ortalamasının gelir durumu iyi olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.7). Kanser hastalığı hastayı ve yakınlarını ekonomik açıdan kişiyi zor durumlara sokabilen hastalıktır. Tedavinin pahalı olması bakım yükünü arttıran unsurlardandır.

**Tablo 6. 8. Çocuk Yakınlarının Mesleklerine göre Bakım Yükü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması**

(I) Meslek	(J) Meslek	Ort.	Ort. Arası Fark (I-J)	S.S.		
					MWU	P
<b>Memur</b> <b>20,25</b>	İşçi	30,50	-10,25	8,61	-26,53	<b>,002</b>
	Serbest meslek	22,62	-2,36	9,04	-5,948	,511
	Ev hanımı	23,85	-3,59	8,20	-5,309	,518
<b>İşçi</b> <b>30,50</b>	Memur	20,25	10,25	8,61	-26,530	<b>,002</b>
	Serbest meslek	22,62	7,88	8,49	20,587	<b>,015</b>
	Ev hanımı	23,85	6,65	7,59	21,226	<b>0,05</b>
<b>Serbest Meslek</b> <b>22,62</b>	Memur	20,25	2,36	9,04	-5,948	,511
	İşçi	30,50	-7,88	8,49	20,587	<b>,015</b>
	Ev hanımı	23,85	-1,22	8,08	,639	,937
<b>Ev Hanımı</b> <b>23,85</b>	Memur	20,25	3,59	8,20	-5,309	,518
	İşçi	30,50	-6,65	7,59	21,226	<b>,005</b>
	Serbest meslek	22,62	1,22	8,08	,639	,937

**Man Whitney U Test**

Tablo 6,5'te anlamlı bulunan ve ileri analizi yapılan çocuk yakınlarının mesleği memur olanlar ile mesleği işçi olanlar arasında bakım yükü ölçek puanına göre istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç tespit edildi ( $p<0,05$ ). Mesleği işçi olarak saptanan hasta yakınlarının bakım yükü ölçek puan ortalaması (ORT=30,50) mesleği memur (ORT=20,25) olanlara göre daha yüksektir. Meslek grubu işçi olarak saptanan hasta yakınlarının bakım yükü ölçek puanı diğer tüm meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık içerirken diğer tüm meslek gruplarına göre daha yüksek bakım yükü ölçek puan ortalamasına sahip olduğu görüldü (Tablo 6.8).

**Tablo6. 9. Çocuk Yakınlarının Bakım Verme Süresi ve Destek Alma Durumuna Göre Ölçek Puanları**

		<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>S.S.</b>		
<b>Bakım Verme Süresi**</b>	1 gün-1 yıl	27	24,26	12,90	12,244	<b>p</b> <b>,002</b>
	2-4 yıl	47	28,74	11,02		
	5 yıl ve ↑	26	17,46	12,63		
<b>Diğer Aile Üyelerinden Destek Alma Durumu**</b>	Evet	41	23,44	12,11	0,693	<b>p</b> <b>0,707</b>
	Hayır	54	25,33	13,34		
	Kısmen	5	26,20	12,68		

#### **Kruskal Wallis Test**

Tablo 6.9' a göre kanser tanısı konmuş çocuklara bakım veren hasta yakınlarının bakım verme süresi ile bakım yükü ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ). Araştırmada diğer aile üyelerinden destek alma durumu ile bakım yükü ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,005$ ).

**Tablo 6. 10.Çocukların Bakım Süresine Göre Bakım Yükü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması**

(I) Bakım Verme Süresi	(J) Bakım Verme Süresi	Ort.	S.S.		
				MWU	p
<b>1 gün-1 yıl</b> <b>24,25</b>	2-4 yıl	28,74	6,99	-9,050	,196
	5 yıl ve ↑	17,46	7,95	15,718	<b>,048</b>
<b>2-4 yıl</b> <b>28,74</b>	1 gün-1 yıl	24,25	6,99	-9,050	,196
	5 yıl ve ↑	17,46	7,078	24,768	<b>,000</b>
<b>5yıl ve ↑</b> <b>17,46</b>	1 gün-1 yıl	24,25	7,95	-9,050	,196
	2-4 yıl	28,74	7,078	24,768	<b>,000</b>

#### **Man Whitney U Test**

Tablo 6,9’da anlamlı bulunan ve ileri analizi yapılan kanser hastası çocuk yakınların 1 gün ile 1 yıl arasında bakım verenler ile 5 yıl ve üzeri olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) ve daha yüksek bakım yükü ölçek puanına sahip olduğu saptandı. 2-4 yıl zaman aralığında bakım verme rolünü üstlenen hasta yakınları ile 5 yıl ve üzeri bakım rolünü üstlenen hasta yakınlarının bakım yükü ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç göstermektedir( $p<0,05$ ). Bu sonuca göre ise 2-4yıl süresi arasında bakım rolünü üstlenenlerin 5 yıl ve üzeri üstelenenlere göre daha yüksek bakım yükü ölçek puanına sahip olduğu görüldü. Genel olarak bakıldığında bakım verme süresi uzadıkça hasta yakınlarının bakım yükü ölçek puanı ortalamasında azalma olduğu görüldü(Tablo 6.10). Kanser hastalarına verilen bakım süresi arttıkça tedavi ile ilgili bilgi birikimi de buna bağlı olarak artış göstermektedir. Bilgi düzeyinin artması ile semptomlara karşı verilen tepkiler daha rahat kontrol altına alınabilmektedir.

**Tablo 6. 11. Çocuklara Ait Tanımlayıcı Özellikler İle Bakım Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması**

**N=100**

Çocuklara Ait Tanımlayıcı Özellikler		Bakım Yükü Ölçeği				
		n	Ortalama	S.S.		
Yaş**	1-3 yaş	26	22,68	9,44	8,163	<b>p</b> <b>,043</b>
	4-7 yaş	40	26,48	14,07		
	8-11yaş	34	20,23	8,71		
Cinsiyeti *	Kız	44	21,86	12,95	<b>U</b>	<b>p</b> <b>,026</b>
	Erkek	56	26,75	12,24	911,50	
Okula Gitme Durumu*	Evet	42	21,93	13,34	<b>U</b>	<b>p</b> <b>,102</b>
	Hayır	58	26,53	12,01	984,50	

**Man Whitney U Test (\*)**

**Kruskal Wallis Test (\*\*)**

Tablo 6.11' e göre araştırmaya katılan kanser tanısı konmuş çocukların yaşları ve cinsiyetleri ile hasta bakımını üstlenen hasta yakınının bakım yükü ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p < 0,05$ ). Araştırmaya katılan kanser tanısı konmuş çocukların okula gitme durumu ile bakım yükü ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p > 0,005$ ).

**Tablo 6. 12. Çocukların Yaş Gruplarına Göre Bakım Yükü Ölçek Puan Ortalamasının İkili Karşılaştırılması**

(I) Çocuk Yaş Aralığı	(J) Çocuk Yaş Aralığı	Ort.	Ort.Arası Fark (I-J)	S.S.		
					MWU	P
1-3 Yaş 30,42	4-7 Yaş	25,57	4,84	7,29	6,662	,361
	8-11 Yaş	19,00	11,42	7,54	22,309	,003
4-7 Yaş 25,57	1-3 Yaş	30,42	-4,80	7,29	6,662	,361
	8-11 Yaş	19,00	6,57	6,75	15,646	,021
8-11 Yaş 19,00	1-3 Yaş	30,42	-11,42	7,54	22,309	,003
	4-7 Yaş	25,57	-6,57	6,75	15,646	,021

#### **Man Whitney U Test**

Tablo 6,5'te anlamlı bulunan ve ileri analizi yapılan kanser hastası çocuk yakınlarından 1-3 yaş arası ile 8-11 yaş arası kanser hastası çocuk sahibi olan hasta yakınlarına göre istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) ve daha yüksek bakım yükü ölçek puan ortalamasına sahip olduğu saptandı. 4-7 yaş grubu kanser hastasına sahip çocuk yakınları ile 8-11 yaş grubu kanser hastasına sahip olan hasta yakınlarının bakım yükü ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulundu ve 4-7 yaş grubunda olanlar daha yüksek bakım yükü ölçek puan ortalamasına sahip olduğu görüldü. Genel olarak kanser hastası olan çocuk hastalarının yaşları küçük olanların bakımını üstlenen hasta yakınlarının bakım yükü ölçek puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 6.12).

## 7.TARTIŞMA

Kanser ve kronik hastalıklar gibi uzun dönem bakıma ihtiyacı olan hastaların bakımları aile bireyelerine düşmektedir. Hasta bireye bakım vermek bakım vericilerin günlük aktivitelerinde ve sosyal yaşamlarında kısıtlamalara, diğer aile üyelerine ayırdığı zamanın azalmasına, ekonomik güçlükler yaşamasına sebep olmaktadır. Kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının bakım yükünün araştırıldığı araştırmada elde edilen veriler bu bölümde tartışılacaktır. Kanser tanısı konmuş çocuk yakınları ile yapılan çalışmalara çok fazla rastlanamamıştır. Tartışma literatür ve araştırmamızla benzerlik gösteren çalışmalar ile tartışıldı.

Araştırmaya katılan kanser hastası çocuk yakınların %80'i 25–44 yaşları arasında ve %93'ünün kadın hasta yakınlarından oluştuğu saptandı. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının doğum yeri incelendiğinde %47'nin il, %37'nin ilçe ve %16'sının köyde doğduğu tespit edildi. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %95'i evli, %39'unun ilkokul mezunu olduğu tespit edildi. Kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının %88'inin SSK sağlık güvencesine sahip olduğu saptandı. Hasta yakınlarının ekonomik durumu incelendiğinde %54'ü orta, %28'i iyi, %11'i kötü ve %5'i çok kötü olarak saptanırken %88'nin ev hanımı olduğu belirlendi (Tablo 6.1).Hasta yakınlarının %47'si 2-4 yıl süresi arasında bakımını üstlendiği ve %54'nün çocuğun bakımını gerçekleştirirken diğer aile üyelerinden destek almadığı belirlendi (Tablo 6.2).Araştırmaya katılan hasta yakınlarının bakımını gerçekleştirdiği kanser hastası çocukların%26'sı1-3 yaş, %41'i 4-7 yaş %33'ü 8-11 yaş arasında olduğu saptandı(Tablo 6.3).Araştırmaya katılan bakımı yapılan kanser hastası çocukların %56'sı erkek, %42'si eğitimine devam ettiği tespit edildi (Tablo 6.3).

Çalışmada çocuk yakınlarının bakım yükü ölçeğinin puan ortalaması 24,60±12,73 olarak saptandı (Tablo 6.4). Zarit Bakım Yükü Ölçek Puanlamasına göre araştırmamıza katılan kanser tanılı hasta çocuk yakınlarının bakım yükü hafif ve orta dereceli olarak belirlendi. Özdemir ve arkadaşlarının 2009 yılında kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi isimli çalışması ile benzerlik göstermemektedir.



Çalışmada kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının yaşları ile bakım yükü ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.5). Yaşla birlikte fizyolojik yapının değişmesi ve tolerasyonun azalmasıyla birlikte bakım yükü yaşla birlikte artabilir. Öner'in (2012) çalışmasında bakım verme yükü ile yaş arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Öner'in yapmış olduğu çalışma araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Karaaslan'ın (2013) yaptığı çalışmada 60 yaş ve üzeri bakım vericilerin bakım yükü ve yaş ortalama puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak yaşın bakım yükü puanlarına etkili olmadığı saptanmıştır. Karaaslan'ın yaptığı çalışma araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Benzer şekilde Given ve arkadaşlarının (1990) yaptığı çalışmada yaşlı bakım vericilerin bakım yükü ve stres yaşama durumlarının genç bakım vericilerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Papastavrou ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada da bakım yükünün yaşla beraber arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalar ise araştırmamız ile benzerlik göstermemektedir.

Çalışmada kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının cinsiyetleri ile bakım yükü ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo6.5). Karaaslan'ın (2013) yaptığı çalışmasında kadın bakım vericilerin bakım yükü puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kim ve arkadaşlarının (2007) bakım vericilerin cinsiyeti ile ilgili yaptığı çalışmasında kadınlarda bakım yükünün daha fazla olduğu bulunmuştur. Pinquart ve Sorensen'in (2006) araştırmasında kadın bakım vericilerin bakım yükü ve depresyon düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmalar araştırma ile benzerlik göstermemektedir. Ancak Öner' in (2012) yaptığı çalışmada bakım verenlerin cinsiyetlerinin bakım verme yüklerini etkilemediğini tespit etmiştir. Öner'in yapmış olduğu bu çalışma araştırmamızı cinsiyet ve bakım yükü arasındaki ilişki açısından desteklemektedir. Malak ve Dicle'nin 2008 yılında beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ile ilgili yapmış olduğu çalışmada cinsiyet ile bakım yükü arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu çalışma araştırmamız ile benzerlik göstermektedir (Tablo6.5).

Eğitim eksikliği bakım verenleri hastanın fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin karşılanmasında hazırlıksız bırakarak bakım verenlerin stresini yükseltir, hissettiği bakım yükünün artmasına neden olur (Silver ve Wellman, 2002). Literatürde eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin hissettikleri bakım yüklerinin daha yüksek olduğu, eğitim düzeyi yükseldikçe bakım verenlerin iletişim becerileri, stres yönetimi olmak üzere birçok yaşam becerilerine sahip olma olasılıklarının arttığı ve karşılaştıkları problemlerle başa çıkma yollarını daha rahat bulabilecekleri belirtilmektedir (Carmen ve Chang, 1999). Çalışmada ise kanser tanısı konulmuş çocuk yakınlarının eğitim durumlarına göre bakım yükünde okur-yazar olan hasta yakınlarında  $37,00\pm5,66$  ile en yüksek iken lisans mezunu hasta yakınlarında  $17,44\pm14,99$  ile en düşük bakım yükü ölçeği puan ortalamasına sahip olduğu saptandı. Araştırmamızda bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo6.5). Bu durum eğitim düzeyinin yükselmesiyle öz yeterliliğin olması, hasta bireyin ihtiyaçlarının daha rahat anlaşılabilmesi ve çözülebilmesiyle açıklanabilir. Araştırmamız Carmen ve Chang' ın 1999 yılında yapmış olduğu çalışma ile paralellik göstermektedir. Yalnız Fadıloğlu ve Uğur (2012) ile Malak ve Dicle (2008) yaptığı araştırmalar çalışmamızla benzerlik göstermemektedir.

Kanser hastalığı hasta ve ailesinin duygusal, sosyal ve ekonomik kayıplar yaşamasına neden olmakta, aile bütçesi ve ülke ekonomisine de önemli yükler getirmektedir (Eaton, 1993). Çalışmada ise kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının gelir durumu kötü olanlarda bakım yükü ölçek puanı en yüksek iken gelir durumu iyi olanlarda bu ortalama en düşüktür. Bakım yükü ölçeği puan ortalaması ile hasta yakınlarını gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo6.5). Bu durum maddi durum nedeniyle yardım alabilmesine bağlanabilir. Özdemir'in 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada bakım verme yükü ölçek puanı ile gelir durumu arasındaki farklılık anlamlı olarak saptanmıştır( $p<0,05$ ).Biegelmvark'ın(1994) çalışmasında düşük sosyo-ekonomik statüye sahip bakım verenlerin daha yüksek seviyede yük bildirdikleri tespit edilmiştir. Biegel ve ark.'ın (1994) yapmış olduğu araştırma çalışmamızı destekler niteliktedir. Aynı şekilde Özdemir'in(2009) yapmış olduğu çalışma araştırma ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının bakım yükü meslek grubu işçi olanlar da en yüksek iken, memur olanlarda düşüktür. Bakım yükü ölçeği puan ortalaması ile hasta yakınlarının meslek grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulundu ( $p<0,05$ ). Mesleği işçi olanların tüm meslek gruplarına göre hasta bakım yükünün yüksek olduğu görüldü. Bu durumun nedeni olarak işçi grubunun ekonomik gelir düzeyinin az olması, izin alma durumlarının çok fazla olamamasından dolayı işçi grubunun bakım yükü yüksek çıkabilmektedir. Fadiloğlu ve Uğur'un 2012 yılında yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına göre de bakım yükü ile mesleki durum arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Bu çalışma araştırma sonuçlarını desteklememektedir (Tablo6.5).

Çalışmamızda hasta yakınlarının bakım süresi ile bakım yükü ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo6.9). Bu ilişki 2-4 yıl arasında anlamlı olması belirsizliğe, yıl yükseldikçe hastalığın benimsenmesine bağlanabilir. Bedük ve Eşer'in (2011) yapmış olduğu çalışmada kanser tanılı hasta yakınlarının bakım verme süresi ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bedük ve Eşer' in 2011 yılında yapmış olduğu çalışma araştırmamız ile paralellik göstermektedir. Özdemir'in (2009) yaptığı çalışmasında 6 ay ve daha az süreden beri çocuğu kanser olan annelerin bakım yükü puanları daha yüksek bulunurken; 6 aydan daha uzun olan grup ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Özdemir'in 2009 yılında yaptığı çalışma araştırmamızla benzerlik göstermemektedir. Kanser tanısı konulmuş çocuğa bakarken diğer aile üyelerinde yardım alıp almama durumu (Tablo6.9) ile hasta bakımını üstlenen hasta yakınının bakım yükü ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,005$ ). Malak ve Dicle'nin (2008) yaptığı çalışmada bakımda yardım alma durumu ile anlamlı sonuç bulunmuştur. Malak ve Dicle'nin yaptığı araştırma çalışmamızla benzerlik göstermemektedir.

Çalışmamızda 4-7 yaş ve 1-3 yaş arasında yer alan çocukların bakım yükü 8-11 yaş grubuna göre yüksektir (Tablo 6.11). 4-7 yaş arasındaki çocukların diğer yaş gruplarına oranla bilişsel durumunun gelişmesiyle birlikte tedaviye uyum süreci güçleşmekte dolayısıyla bakım vericinin yükü arttığı söylenebilir. Fadiloğlu ve Uğur'un 2012 yılında kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisini belirlemek üzere yaptığı çalışmasında yaş değişkeni ile ilgili anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Karaaslan'ın (2013) bakım verilen hastanın yaşı ile bakım vericilerin bakım yükünü etkilemediği saptanmıştır. Bu çalışmalar araştırmamızı desteklememektedir.

Çalışmamızda erkek kanser hastası çocuğa sahip olan hasta yakınlarının bakım yükü ölçek puanları; kız kanser hastası çocuklara göre daha yüksek olduğu ve bakım yükü ölçek puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Cinsiyete bağlı olarak bulunan bu sonuç kız çocuklarının hastalık karşısında daha fazla uysallaştığı, bakıma katılımının sağlandığı; erkek çocuklarının ise durumu güçleştirerek bakım yükünün artmasına neden olduğu söylenebilir. Karaaslan'ın 2013 yılında yapmış olduğu çalışma araştırmamızla benzerlik göstermemektedir (Tablo 6.11). Araştırmaya katılan kanser tanısı konmuş çocukların okula gitme durumu ile anlamlı bir ilişki saptanmadı.

## **8.SONUÇ VE ÖNERİLER**

### **8.1. Sonuçlar**

- Kanser tanısı konulmuş çocuk yakınlarının bakım yüklerinin puanı hafif ve orta dereceli yükün üzerinde olduğu,
- Kanser tanısı konulmuş çocuk yakınlarının yaşları ile bakım yükleri arasında herhangi bir ilişki olmadığı,
- Kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının eğitim seviyesi düştükçe bakım yük puanlarının yükseldiği,
- Gelir seviyesi yüksek olan gruplarda bakım verme yükü puanın düşük olduğu,
- 4-7 yaş arası çocukların bakım verme yüklerinin yüksek olduğu,
- Kanser tanısı konmuş erkek çocuklarına bakım verenlerin puanları ile 2-4yıl arasında bakım verenlerin puanlarının yüksek olduğu saptandı.

### **8.2. Öneriler**

- Kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarına hastalık ve bakım vermeyele ilgili eğitim verilmesi, psikolojik destek sağlanması,
- Bakım veren aile bireylerine destek sağlayacak kuruluşlarla iş birliği yapılması,
- Araştırmanın bakım vericilere eğitim verdikten sonra tekrarlanması önerilir.

## 9. KAYNAKÇA

- Aliustaoğlu, M. (2012). Temel Kanser Fizyopatolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 3 (22), 46-49.
- Anak,S.S., Yeşilipek, M. A. (2007). Talesemi'de Kemik İliği Transplantasyonu. *Talesemifederasyonu Dergisi* , 231-242.
- Arslan, F. (2012). *Hasta Ve Aile Bakımı-Çocuğun Evde Bakımı*. Ulusal Pediatrik Kongresi.Bolu.
- Atagün,M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A. Y. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (3), 513-552.
- Bag, B. (2012). Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 27 (3), 142-149.
- Bedük, T., Eşer, A. K. (2011). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. 5. *Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi* ,İstanbul: 5. s. 1-33.
- Biegel, D., Milligan, S., Putham, P. (1994). Predictors of Burden Among Lower Socio-Economic Status Caregivers of Persons with Chronic Mental İllness. *Community Mental Health Nursing*, 30 (5), 473-494.
- Birol, L., Akdemir, N. (2005). *İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Sistem Ofset Baskı.
- Carmen, C., Chang, A. (1999). Stress Associated With Task For Family Caregivers Of Patients With Cancer İn Hong Kong. *Cancer Nursing*, 22 (4), 260- 265.
- Cingil,D.(2003). *Aile İçi Bakım Vericilerini Eğitimcinin Bağımlı Yaşlıların Evde Bakım Kalitesine Etkisi*, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman Bodur S.).
- Elçigil, A., Conk, Z. (2010). Determining The Burden of Mothers w ith Children Who Have Cancer. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3 (4), 175-181.

- Elli,M.,Dağdemir, A., Özkal, A., Dağçınar, A., Acar, S., Pınarlı, F. G., Et Al. (2008). Çocukluk Çağı Merkezi Sinir Sistemi Tümörleri. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 25 (4), 125–130.
- Erol,N.,Erden,E.,Gündüz,K.,Günalp,İ.(2002).Retinoblastomda Primer Kemoreduksiyon Tedavisinden Sonra Görülen Histopatolojik Değişiklikler. *T.Oft Gaz.*, 32 (4), 532-538.
- Ertan,A.E., Şengelen, M., Vaizoğlu, S. A. (2004). Önlenebilir Çocukluk Çağı Kanseri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26 (1), 48-54.
- Gaston, J. F., Lachica, M. (2004). Psychological Distress, Fatigue, Burden of Care and Quality of Life in Primary Caregivers of Patients with Breast Cancer Undergoing Autologous Bone Marrow Transplantation. *Oncol Nurs Forum.*, 31 (6), 1161-1169.
- Gıven, B.A., Gıven, C.W., Kozachık, S. (2001). Family Support in Advanced Cancer, *Ca: A Cancerjournalforclinicians*, 51: 213-231.
- Güven,M.(2012). *Pediatric Onkoloji Hastalarında Refakatçi Olmak*. Bolu: Ulusal Pediatik Kongresi
- H. U. (2010). *Lösemiye Anlamak*. Ankara: Hematoloji Uzmanlık Derneği.
- İnci, F. H., Erdem, M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11 (4), 85-95.
- Karaaslan, A. (2013). *Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi*, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman:Prof.Dr.Bedük Tülin)
- Karabuğa, H., Pınar, R. (2013). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15 (2), 1-16.
- Kostak, M. A., Zafer, R. (2012). Kanserli Çocuklarda Beslenme Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7 (21), 19-33.

- Malak,A.T., Dicle, A. (2008). Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18 (2), 118-121.
- Megep. (2013). *Onkoloji Hastalıkları Ve Bakımı*. Ankara: T.C. Millî Eğitim Bakanlığı.
- Orak,O.S.,Sezgin,S.(2012).*Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi*. (Psikiyatri Hemşireleri Derneği, A.Ü. Fakültesi) Erzurum: II Uluslararası IV Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi.
- Öner, Ö. İ. (2012). *Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi*, T.C. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi, Elazığ (Danışman: Yrd. Doç.Dr.Elanur Yılmaz Karabulutlu)
- Özçelik, H., Fadıloğlu, Ç., Uyar, M., Karabulut, B. (2010). *Kanser Hastaları ve Aileleri için Palyatif Bakım*. İzmir: Üniversiteliler Ofset.
- Özdemir, F. K., Şahin, Z. A., Küçük, D. (2009). Kanserli Çocuğu Olan Annelerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26 (3), 153-158.
- Özer, N., Yurttaş, A., Akyil, R. Ç. (2012). Psychometric Evaluation of The Turkish Version Of The Zarit Burden Interview İn Family Caregivers Of Inpatients in Medical And Surgical Clinics. *Journal Of Transcultural Nursing*, 23 (1), 65- 71.
- Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangarı, H. (2009). ExploringThe Other Side of Cancer Care: Theİnformal Caregiver, *European Journal of Oncology Nursing*, 13(2): 128-136.
- Pınquart, M., Sorensen, S. (2006). Genderdifferences İn Caregiverstressors, Socialresources, Andhealth: An Updated Meta-Analysis, *Thejournals Of Gerontology. Series B, Psychologicalsciencesandsocialsciences*, 61 (1) :33-45.
- Savran, L. (2010). *Kanser Riskinin Belirlenmesi ve Oral Malignensilerin Tanısında Mikronükleus Testinin Değerlendirilmesi*, T.C. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş Ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, İzmir, (Danışman Prof. Dr. Güneri Pelin).



- Uğur, Ö.,Fadıloğlu, Z. Ç. (2012). Kanser Hastasına Bakım Verenlere Uygulanan Planlı Eğitimin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1 (2), 53-58.
- Yakar, H. K., Pınar, R. (2013). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15 (2), 1-16.
- Yaşar, F. (2008). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

### **İnternet Kaynakları**

- Canpolat,C.(2011).*MerkeziSinirSistemiTümörleri*.<http://www.cengizcanpolat.com/merkezi-sinir-sistemi-tumorleri.php> (Erişim Tarihi: 08.01.2014)
- Çağlar,K.(2006).*ÇocuklardaKanserHastalığı*.://[www.drbdh.com/arsiv/kanser.html](http://www.drbdh.com/arsiv/kanser.html) (Erişim Tarihi: 08.02.2014)
- Kav,S.(2012).*RadyoterapininTemelİlkeleri*.[Http://Www.Onkohem.Org.Tr/Dosyalar/1333997780.Pdf](http://Www.Onkohem.Org.Tr/Dosyalar/1333997780.Pdf) (Erişim Tarihi: 07 04, 2014)
- Özkan, A. (2013). *Beyin Tümörleri*. [Http://Www.Kanserlicocuk.Com/Ozgecmisim.Asp](http://Www.Kanserlicocuk.Com/Ozgecmisim.Asp) (Erişim Tarihi: 20.07. 2014)
- Özmen,M.M.(2014).*YaşlılıkVeKanser*.[Http://Www.Turkgeriatri.Org/Pdfler/Yasvekanser.Pdf](http://Www.Turkgeriatri.Org/Pdfler/Yasvekanser.Pdf) (Erişim Tarihi: 13.07.2014)
- Ünal, T. (2012). *Neoplazma*[Http://Dent.Ege.Edu.Tr/Dosyalar/Kaynak/301\\_Patoloji/12.Pdf](http://Dent.Ege.Edu.Tr/Dosyalar/Kaynak/301_Patoloji/12.Pdf) (Erişim Tarihi: 08.01.2014)
- Safalı, M. (2006). Merkezi Sinir Sistemi Lenfomaları Patolojisi., [www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/13\\_05\\_2006\\_mukerrem\\_safali\\_14-25\\_14-55.pdf](http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/13_05_2006_mukerrem_safali_14-25_14-55.pdf) (Erişim Tarihi: 10.10.2014)
- Vural, Ü. (2013). *Kanser Tedavisi*. [Http://Www.Kansersedesifresi.Com/Kanser-Tedavisi/](http://Www.Kansersedesifresi.Com/Kanser-Tedavisi/) (Erişim Tarihi: 08.01.2014)

- [Http://Kanser.Gov.Tr](http://Kanser.Gov.Tr). (*Kemoterapi*. [Http://Kanser.Gov.Tr/Dosya/Tedavisi/Kemoterapi.Pdf](http://Kanser.Gov.Tr/Dosya/Tedavisi/Kemoterapi.Pdf)  
(Erişim Tarihi: 07.10.2014)
- [Http://Kanser.Gov.Tr](http://Kanser.Gov.Tr). (2009). *Türkiye'de Kanser Kayıtcılığı*. [Http://Kanser.Gov.Tr/Daire-Faaliyetleri/Kanser-Kayitcilig/108T%C3%Bcrkiyede-Kanser-Kayitcigi.Html](http://Kanser.Gov.Tr/Daire-Faaliyetleri/Kanser-Kayitcilig/108T%C3%Bcrkiyede-Kanser-Kayitcigi.Html)  
(Erişim Tarihi: 08.01.2014)
- [Http://Thsk.Saglik.Gov.Tr](http://Thsk.Saglik.Gov.Tr). *Karaciğer Kanseri*. [Http://Thsk.Saglik.Gov.Tr/2013-10-01-11-00-51/Halk-Sagligina-Yonelik-Bilgiler/325-Karaciger-Kanseri.Html](http://Thsk.Saglik.Gov.Tr/2013-10-01-11-00-51/Halk-Sagligina-Yonelik-Bilgiler/325-Karaciger-Kanseri.Html) (Erişim Tarihi: 08 02.2014)
- [Http://Www.Kanhastaliklari.Net](http://Www.Kanhastaliklari.Net). *Kemik İliği Ve Kordon Kanı Nakline Giriş*.  
[Http://Www.Kanhastaliklari.Net/Files/Pdf/Step\\_One\\_Tr\\_Low\\_Resolution\\_V2.Pdf](http://Www.Kanhastaliklari.Net/Files/Pdf/Step_One_Tr_Low_Resolution_V2.Pdf)  
(Erişim Tarihi: 07.01.2014)
- [Http://Www.Kanhastaliklari.Net](http://Www.Kanhastaliklari.Net). (2009). *Lenfoma*. [Http://Www.Kanhastaliklari.Net/Files/Pdf/Lenfoma\\_Rehberi\\_V2.Pdf](http://Www.Kanhastaliklari.Net/Files/Pdf/Lenfoma_Rehberi_V2.Pdf) (Erişim Tarihi: 07.1.2014)
- [Http://Www.Kanser.Org](http://Www.Kanser.Org). *Hastalar İçin Kemoterapi Rehberi*. [Http://Www.Kanser.Org/Toplum/Pdf/Kemoterapi\\_Rehberi.Pdf](http://Www.Kanser.Org/Toplum/Pdf/Kemoterapi_Rehberi.Pdf) (Erişim Tarihi: 20.07.2014)
- [Http://Www.Kanseroloji.Com](http://Www.Kanseroloji.Com). (2012), *Lenf Kanseri Lenfoma Belirtileri Tedavisi*.  
[Http://Www.Kanseroloji.Com/Lenf-Kanseri-Lenfoma](http://Www.Kanseroloji.Com/Lenf-Kanseri-Lenfoma) (Erişim Tarihi: 02.08.2014)
- [Http://Www.Kinderkrebsinfo.De](http://Www.Kinderkrebsinfo.De). *ocuklarda Kanser*. [Http://Www.Kinderkrebsinfo.De/Hastalklar/Index\\_Tur.Html](http://Www.Kinderkrebsinfo.De/Hastalklar/Index_Tur.Html) (Erişim Tarihi: 08.01.2014)
- [Http://Www.Patoloji.Gen.Tr](http://Www.Patoloji.Gen.Tr). *Kanser Epidemiyoloji*. [Http://Www.Patoloji.Gen.Tr/Kanser\\_Epidemiyoloji.Rtf](http://Www.Patoloji.Gen.Tr/Kanser_Epidemiyoloji.Rtf) (Erişim Tarihi: 07.08.2014)
- [Http://Www.Uroonkoloji.Org](http://Www.Uroonkoloji.Org). (2012). *Böbrek Kanseri Hakkında Bilinmesi Gerekenler*. Tarihinde [Http://Www.Uroonkoloji.Org/Files/Bobrek\\_K\\_Hastabilgilendirme\[1\].Pdf](http://Www.Uroonkoloji.Org/Files/Bobrek_K_Hastabilgilendirme[1].Pdf) (Erişim Tarihi: 23.07.2014)
- [Www.Krebsliga.Ch](http://Www.Krebsliga.Ch). (2010). *Akciğer Kanseri*. Krebsliga Schweiz, Bern (Erişim Tarihi: 21.08.2014)

## 10.EKLER

### EK:1Bilgi Formu

#### İZİN VE AÇIKLAMA:

Bu araştırma kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının bakım yüklerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılanların kimlik bilgisi tarafımızca gizli tutulacaktır. Sorulara vereceğiniz cevaplar bu araştırmanın raporlanmasında kullanılacaktır. Çalışmaya katılmanızı ve sorulara içtenlikle cevap vermenizi rica ediyorum.

İlgi ve katılımınız için teşekkür ederim.

ASLI AKSU

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

#### A)Bilgi Formu

##### 1. Yaş

- (1) 19-24
- (2) 25-44
- (3) 45-64
- (4) 65-84
- (5) 85 ve üzeri

##### 2. Cinsiyet

- (1) Bayan
- (2)Erkek

##### 3. Doğum Yeri

- 1)İl
- 2) İlçe
- 3) Köy
- 4) Kasaba

##### 4) Medeni Durum

- (1)Evli

(2)Bekâr

(3)Dul

**5) Eğitim durumunuz?**

(1 )Okur- yazar değil

(2)Okur -yazar

(3)İlkokul mezunu

(4)Ortaokul mezunu

(5)Lise mezunu

(6)Yüksekokul/üniversite mezunu

**6) Sağlık güvenceniz?**

(1) SSK

(2) Emekli sandığı

(3) Bağkur

(4) Yeşil kart

(5) Özel sağlık sigortası

(6) Ücretli

**7) Ekonomik geliriniz?**

(1)Çok kötü

(2)Kötü

(3)Orta

(4)İyi

(5)Çok iyi

**8) Mesleğiniz nedir?**

(1) Memur

(2) İşçi

(3) Serbest meslek

(4) Emekli

(5) Ev hanımı

**9) Kanser tanısı konan başka çocuğunuz var mı?**

(1)Evet ise kaç tane.....

(2)Hayır

**B) Kanser Tanısı Konan Çocuğa Ait Tanımlayıcı Özellikler**

**10) Çocuğunuzun yaşı.....**

**11) Çocuğunuzun cinsiyeti**

(1) Kız

(2) Erkek

**12) Çocuğunuz okula gidiyor mu?**

(1) Evet

(2) Hayır (Lütfen belirtiniz).....

**13) Ne kadar süredir çocuğunuza bakım veren rolündesiniz?**

(1) 1gün-1yıl

(2) 2yıl-4yıl

(3) 5yıl ve üzeri

**14) Çocuğunuza bakım verme konusunda diğer aile üyelerinden destek alıyor musunuz?**

(1) Evet

(2) Hayır

(3) Kısmen

## Ek 2 Kliniğe Uyarlanan Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

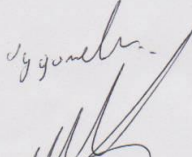
	Kliniğe uyarlanan ZARİT Bakım Yüğü Ölçeği	Hiçbir zaman 0	Nadiren 1	Bazen 2	Sık sık 3	Hemen hemen her zaman 4
	Bakım verdiğiniz yakınınızın ihtiyaç duyduğundan daha çok yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
	Bakım verdiğiniz yakınınıza harcadığınız zaman nedeniyle kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
	Yakınınızın bakımı ile aileniz ya da işinize karşı diğer sorumluluklarınızı yerine getirmeye çalışma arasında sıkıntı hissediyor musunuz?					
	Bakım verdiğiniz yakınınızın yanında olduğunuz zaman kızgınlık hissediyor musunuz?					
	Bakım verdiğiniz yakınınızın son zamanlarda diğer aile üyeleriyle ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
	Bakım verdiğiniz yakınınızın geleceği ile ilgili olarak endişeleniyor musunuz?					
	Bakım verdiğiniz yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
	Bakım verdiğiniz yakınınızın yanında olduğunuz zaman gerginlik hissediyor musunuz?					
	Bakım verdiğiniz yakınınızla ilgilendiğiniz için sağlığınızın bozulduğunu düşünüyor musunuz?					
	Yakınınızın bakımı nedeniyle istediğiniz gibi özel yaşamınızın olmadığını düşünüyor musunuz?					
	Yakınınızın bakımı nedeniyle sosyal yaşamınızın kısıtlandığını hissediyor musunuz?					
	Bakım verdiğiniz yakınınızın bakım vermeniz gereken tek kişi oymuş gibi sizden ona bakım vermenizi beklediğini düşünüyor musunuz?					
	Kendi harcamalarınıza ek olarak bakım verdiğiniz yakınınızın bakımı için yeterince paranız olmadığını düşünüyor musunuz?					
	Bakım verdiğiniz yakınınızın, bakımını daha fazla üstlenemeyeceğinizi düşünüyor musunuz?					
	Bakım verdiğiniz yakınınızın hastalığı nedeniyle yaşam kontrolünüzü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
	Yakınınız için ne yapılması gerektiği konusunda kararsızlık çektiğiniz oluyor mu?					
	Yakınınıza daha iyi bakabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?					
	Bakım verdiğiniz yakınınızın size yük olduğunu düşünüyor musunuz?					

### EK 3: İzin Formu

#### MEDICALPARK HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE


Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda Yüksek Lisans 2. sınıf öğrencisiyim. Ayrıca hastanenizde pediatrik kemik iliği nakli servisinde hemşire olarak çalışmaktayım. 'Kanser tanısı konmuş çocuk yakınlarının bakım yüklerinin belirlenmesi' konulu yüksek lisans tezi hazırlamaktayım. Eylül 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında hastanenizde çalışmam için gerekli olan anketlerin yapılması için tarafınızdan onay verilmesini arz ederim.

ASLI AKSU

  
MEDICALPARK  
HASTANESİ  
Başhekim Kemal GÜRBÜZ  
Mesul Müdür  
Diploma Tescil no: 138210

## EK4: İzin Formu

**Evrak Tarih ve Sayısı: 21.02.2014-7389**

  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
İstanbul Anadolu Kuzey  
Kamu Hastaneleri Birliği

**T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

4 8 5 6 9 3 0 1 9 6 7 2 \*

Sayı : 77517973-770-  
Konu : Araştırma Başvurunuz Hk.


**SAYIN ASLI AKSU**  
Karagöz Sırtı Gül ÇıkmaZI Sk. No:6 D:3 Beykoz/İstanbul

İlgi : 21.01.2014 tarihli bila sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile tarafımıza başvuruda bulunduğunuz "Kanser Tanısı Konmuş Çocuk Yakınlarının Bakım Yüklerinin Belirlenmesi" konulu araştırmayı Genel Sekreterliğimize bağlı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 20 Ekim 2014 tarihine kadar yürütme talebiniz Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize rica ederim.


Uzm. Dr. Mehmet Emin ERTENÜ  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı V.

Güvenli Elektronik  
İmza Aslı ile Aynıdır.  
26/2/2014  
Nurhayat SAĞIRLI  
Hemşire



E-5 Karayolu Üzeri İçerenköy 34752 Ataşehir - İSTANBUL  
Telefon: 0216 578 78 78 Dahili: 7727 Faks: 0216 578 78 21  
e-Posta: mustafa.yilmaz@iakb.gov.tr  
Evrakı Doğrulamak İçin : <http://www.ueh.gov.tr:805/envision/Dogrula/NF9EFY>

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Mustafa YILMAZ



**Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.**  
Sayfa 1 / 1



## EK 5: Etik Kurul Onayı



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 87  
KONU:

11/12/2013

*Sayın; Prof.Dr.Necmiye SABUNCU*

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Aslı AKSU'nun "*Kanser Tanısı Konmuş Çocuk Yakınlarının Bakım Yüklerinin Belirlenmesi*" isimli araştırması kurulumuzun 06.12.2013 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ  
Etik Kurul Başkanı

## **11. ÖZGEÇMİŞ**

### **Kişisel Bilgiler**

**Adı Soyadı** : Aslı AKSU  
**Doğum Yeri ve Tarihi** : 10.10.1989  
**Medeni Hali** : Bekâr  
**Yabancı Dil** : İngilizce  
**E-posta Adresi** : an.gel.321@hotmail.com  
**Tel** : 05548337466

### **Eğitim ve Akademik Durumu**

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lise</b> :	Kandilli Kız Anadolu Lisesi	2002-2006
<b>Lisans</b> :	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2007-2011

### **İş Tecrübesi**

<b>Görev</b>	<b>Süre (yıl-yıl)</b>
Göztepe Medikal Park Hastanesi (Hemşire)	2011-halen