T.C.

HARRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

KANSERLİ HASTALARA BAKIM VEREN BİREYLERİN BAKIM YÜKÜ, YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sibel CEYLAN GÜR

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ERSİN

ŞANLIURFA

2018

T.C.

HARRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

KANSERLİ HASTALARA BAKIM VEREN BİREYLERİN BAKIM YÜKÜ, YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sibel CEYLAN GÜR

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ERSİN

Herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir.

ŞANLIURFA

2018

T. C.

HARRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Sibel CEYLAN GÜR'ün hazırladığı "Kanserli Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı çalışması **30/03/2018** tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalı'nda ***Yüksek Lisans Tezi*** olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN
Doktor Öğretim Üyesi
Fatma ERSİN
Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

ÜYE
Doktor Öğretim Üyesi
Mert KARTAL
Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

ÜYE
Doktor Öğretim Üyesi
Aygül KISSAL
Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 10/04/2018 tarih ve 2018/05/03 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa DENİZ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitim-öğretim dönemimin her aşamasında sabırla her zaman yol gösterici olan bilimsel desteğini esirgemeyen kendisine çok şey borçlu olduğum değerli hocam

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ERSİN'e

Veri toplama aşamasında yardım eden Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesi çalışma arkadaşlarıma, özellikle ***Sibel İSTEGÜN'e***

Tez çalışmama katılan bütün hasta yakınlarına,

Hayatımda her zaman yeniliklere öncülük eden ve sonsuz desteğini sunan ***anneme*** ve kardeşim ***Esma CEYLAN'a***

Değerli vakitlerini aldığım, desteklerini her zaman hissettiğim ve Yüksek lisans eğitim-öğretim dönemimim her aşamasında bana göstermiş oldukları sonsuz anlayışları için Eşim ***Fuat GÜR ve çocuklarıma;***

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sibel CEYLAN GÜR

2018

İÇİNDEKİLER **Sayfa No**

TEŞEKKÜR..... i

İÇİNDEKİLER..... ii

TABLOLAR DİZİNİ..... iv

KISALTMALAR..... v

ÖZET..... vi

ABSTRACT..... viii

1. GİRİŞ VE AMAÇ..... 1

2. GENEL BİLGİLER..... 3

2.1. Kanser ve Epidemiyolojisi..... 3

2.2. Kanserde Tedavi Yöntemleri..... 4

2.2.1. Kemoterapi Tedavi Yöntemi..... 4

2.2.2. Radyoterapi Tedavi Yöntemi..... 5

2.2.3. Cerrahi Tedavi Yöntemi..... 5

2.2.4. Hormon Tedavisi Yöntemi..... 5

2.3. Bakım Verme ve Bakım Yükü Kavramları..... 6

2.3.1. Bakım Verme..... 6

2.3.2. Bakım Yükü..... 7

2.4. Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi..... 7

2.5. Kanserli Bireye Bakım Veren Bireylerin Yaşadığı Sorunlar/Aile Dinamikleri..... 8

2.6. Bakım Vericilerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler..... 9

2.7. Kanserli Hastanın Hemşirelik Bakımı Ve Hemşirenin Rolü..... 11

3. GEREÇ VE YÖNTEM..... 12

3.1. Araştırmanın Tipi..... 12

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih..... 12

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi..... 12

3.4. Verileri Toplama Araçları..... 12

3.4.1. Anket Formu..... 13

3.4.2. Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği……. 13
3.4.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği…… 14
3.5. Verilerin Toplanması……. 14
3.6. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması……..... 14
3.7. Ön Uygulama……. 15
3.8. Veri Toplama Aracının Uygulanması…… 16
3.9. Araştırmanın Değişkenleri……..... 15
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi……. 16
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu…… 16
4. BULGULAR……. 17
5. TARTIŞMA……. 27
5.1. Bakım Verme Yükü ile İlgili Sonuçların Tartışması……. 27
5.2. Yaşam Kalitesi ile İlgili Sonuçların Tartışması..... 29
6. SONUÇ ve ÖNERİLER..... 32
6.1. Sonuçlar……..... 32
6.2. Öneriler……..... 32
7. KAYNAKLAR……. 34
EKLER……
EK I: Anket Formu (Hasta Tanılama Formu - Bakım Verenleri Tanılama Formu)..... 41
EK II: Türkçe Kanserli Hastalara Bakim Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği…….. 43
EK III: Bakım Verme Yükü Ölçeği……..……. 45
EK IV: Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı…… 47
EK V: İntihal Formu…….. 48
EK VI: Tez İntihal Raporu……. 49
EK VII: Tez Veri Giriş Formu…….. 50

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Hastanın demografik özelliklerinin dağılımı……. 17

Tablo 2. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerinin Dağlımı……. 18

Tablo 3. Bakım Verenlerin Bakım Verme İle İlgili Özellikleri……... 19

Tablo 4. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları…… 20

Tablo 5. Hasta Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yükü ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…… 22

Tablo 6. Bakım Veren Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…… 24

KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SVO: Serebrovasküler Hastalık

TDK: Türk Dil Kurumu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

KANSERLİ HASTALARA BAKIM VEREN BİREYLERİN BAKIM YÜKÜ, YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Sibel CEYLAN GÜR

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Amaç: Bu çalışma kanserli hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** tanımlayıcı tipte olan çalışma Şanlıurfa İli Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören onkoloji hastalarına bakım veren bireylerde Ekim 2016 – Nisan 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında; Anket Formu, Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package Social Sciences (SPSS) 16.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama), bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan, kurumdan ve bireylerden izin alınmıştır. **Bulgular:** Bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalamaları 32.65 ± 15.14, yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları ise 78.75 ± 16.31'dir. Bakım verenlerin %40.0'ı çalışma hayatında güçlük yaşadığını, %43.1'i mental sağlık sorunları yaşadığını belirtmiştir. Hasta bireylerin cinsiyet ve medeni durumuna gore bakım verme yükü toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Bakım verirken sağlığın olumsuz etkilenme durumuna göre bakım verme yükü toplam puan ortalamaları ve gelir durumuna göre yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır

($p < 0.05$).

Sonuç ve Öneriler: Çalışmada bakım veren bireylerin hafif düzeyde bakım yükünün olduğu ve yaşam kalitesinin istenen düzeyde olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle bakım yükünün istendik düzeyde devam etmesi ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik girişimsel hemşirelik çalışmalarının yapılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Kanser, Bakım verme, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik.

ABSTRACT

THE ANALYSIS OF CAREGIVING BURDEN AND LIFE QUALITY OF CAREGIVERS WHO CARE FOR CANCERED PATIENTS

Sibel CEYLAN GÜR

Department of Nursery, Master Thesis

Aim: This study was conducted to determine the care load, quality of life of caregivers who care for cancer patients and the influencing factors. **Material and Method:**This descriptive study was conducted between October 2016 and April 2017, with the individuals who providing care to oncology patients, who were treated at Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Training and Research Hospital. A Questionnaire Form, Quality of Life Scale for Caregivers Who Care for Cancer Patients and Zarit Caregiver Burden Scale were used for data collection. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0 package program was used to analyse the data. In the analysis of the data, descriptive statistics (number, percentage, mean), Independent Samples t test, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test were used. The required permissinons and approvals were obtained from Harran University Medical Faculty Ethics Board, the institution and the individuals who participated in the study.

Results: The mean total caregiver burden scale score of caregivers was 32.65±15.14 and the mean total life quality score was 78.75±16.31. 40.0% of the caregivers stated that they experienced difficulties in their working life and 43.1% of them stated that they had mental health problems. It was found that there was a statistically significant difference between the mean total caregiver burden scores according to gender and marital status ($p<0.05$).There were statistically significant differences between the mean total caregiver burden scores according to the negative affection status of health during caregiving and the mean total life quality scores according to the income stasus ($p<0.05$).

It was determined that the individuals providing care had a mild level of care burden and their quality of life was not at the desired level. For this reason, it may be suggested to carry out the care burden at the desired level and to conduct interventional nursing studies to improve the quality of life.

Key words: Cancer; Care; Quality of Life; Nursing.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kanser hastalığı ciddi boyutta artış gösteren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ölüme neden olan hastalıklar arasında dünyada ve ülkemizde kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (1).

Kanser vakalarının hızla artması, teşhis ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, hastaların yaşam sürelerinin uzaması aile üyelerinin bakım sürecinde primer olarak rol almalarına ve hastaların bakım sorumluluğunu daha çok üstlenmelerine sebep olmaktadır (2, 3). Bu nedenle bakım veren bireylerin bakım yükleri artmakta, yaşam kaliteleri düşmektedir. Çünkü kanser, hastalık süreci, tedavisine bağlı gelişen sorunları, yüksek maliyeti ile hasta ile beraber bakım veren aile bireylerinin de psikolojik sağlığını, ekonomik, fiziksel ve sosyal durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (4, 5).

Yapılan çalışmalarda kanserli hastaya bakım veren bireylerin bakım yüklerini ve yaşam kalitelerini etkileyen birçok faktör olduğu belirtilmektedir (6-8). Sezgin'in (8) yaptığı çalışmada kanser tanısı almış hastaya bakım verme işini yüklenen bireylerin; bakım yüklerini etkileyen nedenler içinde bakım verenin eğitim düzeyi, cinsiyeti ve bakım verme süresinin etkili olduğu saptanmıştır (8). Yapılan başka bir çalışmada eğitim seviyesi düşük olan bakım verenlerin eğitim seviyesi daha yüksek olanlara oranla daha fazla duygusal sıkıntı yaşadıkları, yaşamlarının daha çok etkilendiği, fiziksel sağlıkta daha kötü oldukları dolayısı ile bakım yüklerinin etkilendiği belirtilmiştir (6). Yakar'ın çalışmasında bakımı üstlenenin cinsiyeti, bakım verilen hastanın cinsiyeti, aile içinde başka bakım veren bireylerin varlığı, ekonomik durum, yaş ve sorumluluklarını yerine getirememe, uzun süre bakım verme sonucunda ileri boyutlara varabilen fiziksel sağlıkta kötüleşme, anksiyete, ruhsal bunalım kanserli hastaya bakım veren aile bireylerinde yaşam kalitesini etkileyen nedenler olarak öne çıkmıştır (7). Ayrıca yapılan çalışmalar sonucunda, sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşayan ve başka aile bireylerinden destek almayan bakım vericilerin, yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır (5, 6, 9, 10).

Kanserli hastaya bakım veren bireylerin bakım yükünün azaltılmasında ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde hemşirelik hizmetleri önemli bir yer tutmaktadır. Hastalar ve bakım veren aile bireyleri zor bir hastalıkla mücadele verirken hemşireye duyulan ihtiyaç artmaktadır (11). Aktaş ve arkadaşlarının (12) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin; bakımı üstlenen aile bireyleri ile işbirliği içinde olarak, onların desteklerinden yararlanmalarının çok önemli olduğu ve hemşirenin, bakım verenin ihtiyacı olan rehberlik ve yardım hizmetlerini ne zaman ve nereden alacakları hususunda yapacağı danışmanlığın önemli olduğu düşünülmektedir. Hemşirenin; bakım verenin, yaşadığı duyguların olağan olduğu ve elinden gelenin en iyisini yaptığı konusunda geri bildirim vermesi, yaşadığı sorunları çözülebilir basamaklara ayırması, kaynakları ve uygun seçenekleri belirleyebilmesi konusunda da yardımcı olması faydalı olacaktır (12).

Sonuç olarak dünyada ve ülkemizde kanser tanısı alan hastalara bakım veren bireylerin yaşadıkları bakım yükü konusunda yapılan çalışmalar bulunmakla birlikte (3, 13, 15 - 17), yaşam kalitelerine yönelik sınırlı sayıda (7, 9, 10) çalışmaya ulaşılmıştır. Bu nedenle bu çalışma kanserli hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser ve Epidemiyolojisi

Kanser; organ / dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak bölünmesi ve çoğalmasına bağlı olarak yakın dokulara yayılmasıyla veya uzak dokulara sıçramasıyla beliren hastalık olarak tanımlanmaktadır (18).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2011 yılı tahminlerine göre, kanserin koroner kalp hastalığı ve inmeden (SVO) daha fazla ölüme neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (19). Kanser tanısı alan kişilerin sayısı 1970'lerde yaklaşık 3 milyon iken 2016'da 15 milyondan büyük bir artış göstermiştir (20).

Dünya çapında 2012 yılında 14.1 milyon yeni kanser olgusu meydana gelmiştir. Kanserden dolayı 8.2 milyon ölüm vakası ortaya çıkmış ve 32.6 milyon kanserli hasta (tanı konulduktan sonraki 5 yıl içinde) tespit edilmiştir. Genel yaşla standardize edilmiş kanser insidans hızı erkeklerde kadınlara göre yaklaşık %25 daha yüksek oranda bulunmuştur. Erkeklerin insidans oranları, Batı Afrika'daki 100.000'de 79'dan Avustralya / Yeni Zelanda'da 100.000'de 365'e kadar değişen oranlarda (dünyanın önde gelen prostat kanseri oranlarının yüksek olması nedeniyle) dünyanın farklı bölgelerinde hemen hemen beş kat farklılık göstermiştir. Kadınların insidans hızlarında daha az farklılık bulunmakta olup (yaklaşık üç kat), bu oran Güney Amerika'da 100.000'de 103'den Kuzey Amerika'da 100.000'de 295'e değişiklik göstermiştir (19).

Dünya'da en fazla tanı konulan kanser türleri; akciğer kanseri (%13.0), meme kanseri (%11.9) ve kolon kanseri (%9.7) dir. Kanser nedeni ile gerçekleşen ölümlerde akciğer kanseri (%19.4), karaciğer kanseri (%9.1) ve mide kanseri (%8.8) ilk sıralarda yer almaktadır. Devam eden küresel demografik ve epidemiyolojik geçişler, önümüzdeki on yıllar boyunca, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde giderek artan bir kanser yükünün sinyallerini vermekte ve 2025'in başlarında her yıl 20 milyondan fazla yeni kanser vakası

beklenmektedir (19, 21). Dünya'da erkeklerde en fazla akciğer kanseri, kadınlarda ise meme kanseri görülmektedir (22-25).

2014 yılında ülkemizde yaşa standardize kanser hızı erkekler için ‰246.8 kadınlar için ise ‰173.6'dır. Toplamda kanser insidansı ise ‰210.2'dir. Ülkemizde'de yeni kanser tanısı toplam 163.417 kişiye konulmuştur. Son 5 yılın verileri incelendiğinde; erkeklerde ve kadınlarda istatistiksel olarak kanser sıklığında bir artma veya düşüş olmadığı söylenebilir. Kanser insidansı Türkiye'de, erkekler için dünya insidansının üstünde seyrederken kadınlar için dünya insidansının biraz daha altındadır (23). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 2016 verilerine göre 2014 yılında erkeklerde en çok görülen kanser trakea, akciğer ve bronş kanseridir (%21.1). Kadınlarda ilk sırada meme (%24) kanseri yer almaktadır (26).

2.2. Kanserde Tedavi Yöntemleri

Kanser tedavisi kanserin tipine, yerleşimine, evresine, kişinin genel sağlık durumuna ve diğer faktörlere bağlı olarak değişiklikler göstermektedir. Bununla birlikte kanser tedavisi; karmaşık, maliyeti yüksek ve uzun zaman gerektirmektedir (24).

2.2.1. Kemoterapi Tedavi Yöntemi

Kemoterapi, ilaç veya ilaçlar aracılığı ile kanser hücrelerinin büyümesini yavaşlatan veya yok eden bir tedavi şeklidir. Ancak kemoterapi için kullanılan ilaçlar kanserli hücreleri yok ederken beraberinde sağlıklı olan hücrelere de zarar verebilmektedir. Bu durum kemoterapiye bağlı yan etkiler olarak bilinmektedir (27). Kemoterapi, radyoterapide de olduğu gibi cerrahi girişim öncesinde tümörün boyutunu küçültmek üzere neoadjuvan tedavi şeklinde veya tek başına uygulanabilir. Lösemi ve lenfoma gibi kanser türlerinde etkili bir tedavi yöntemi olduğu kanıtlanmıştır (28). Kemoterapinin amacı, hastanın özelliklerine ve tümörün cinsine göre; tümörün büyümesini durdurmak veya yavaşlatmak, tümörün yayılmasını engellemek, tümörü tamamen yok etmek, tümörün sebep olduğu belirtileri yok etmektir. Etkinliği yüksek bir tedavi yöntemi olması ile beraber bazı durumlarda tümörü tamamen yok edememekte sadece kanser nedeniyle ortaya çıkan belirtileri düzelterek bireyin daha rahat yaşamasını sağlamaktadır (24, 27, 28).

2.2.2. Radyoterapi Tedavi Yöntemi

Kanser tedavisinde kullanılan tıbbi tedavi yöntemlerinden biridir. Kanserli hastaların büyük (%60) bir kısmı tedavi döneminde radyoterapi tedavi yöntemi ile karşılaşmaktadır. Radyoterapi koruyucu, tedavi edici ve palyalif amaçlı olarak üç farklı şekilde verilirken, amacı kanserli hücrelerin yayılımını durdurarak kanser bulgu ve belirtilerini geriletmektir. Planlanan radyoterapi tedavisi tümör tipine ve başlangıçta mevcut klonojenik hücre sayısına bağlı olarak farklı ışınlama dozları gerektirir. Farklılık gerektiren radyasyon dozları, tümörün belirli bir bölgesine veya tümörün cerrahi müdahale ile çıkarıldığı durumlarda, tümör yatağına uygulanabilir (24, 29).

2.2.3. Cerrahi Tedavi Yöntemi

Cerrahi radyoterapi ve/veya kemoterapi ile birlikte ya da, tek başına kullanılan bir yöntemdir. Gelişen kanser hücrelerinin engellenmesinde profilaktik olarak, dokudan bir parça alıp (biyopsi) tanı konmasında ve metastaz veya yayılım olmayan durumlarda kanserli dokunun/kitlenin vücuttan çıkarılmasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Diğer dokulara hasar vermeden kitlenin tamamının çıkartılamadığı durumlarda cerrah kitlenin bir parçasını çıkartarak işleme devam etmeden önce kemoterapi veya radyoterapi ile kitlenin küçültülmesi tercih edebilir. Cerrahi işlem son olarak hasarlı bölgenin onarılmasında ve yeniden oluşturulmasında da kullanılabilir. Konvansiyonel teknikler dışında vücudun içinin özel bir kamera sistemi ile görüntülenerek daha küçük yara izi ve komplikasyona neden olan laparoskopik cerrahi, hassas ve zor ulaşılan yerlerde kullanılan robotik cerrahi sıvı azotun veya soğuk probların kullanıldığı ve dokuları dondurarak öldüren kriyo cerrahi, yüksek yoğunluklu ışınların kullanıldığı lazer cerrahi, yüksek frekanslı elektrik akımının kullanıldığı elektro cerrahi gibi çeşitli teknikler sayesinde birçok başarılı cerrahi işlem sıklıkla uygulanmaktadır (24).

2.2.4. Hormon Tedavisi Yöntemi

Endokrin sistemle ilgili kanserlerin tedavisinde hastanın hormonal düzeyinde değişiklik yapılabilir, çünkü hormonlar karşılıklı etki prensibine dayanarak çalışırlar,

kanserlerin tedavisinde hastanın hormonaI düzeyinde değişiklik yapılabilir. Bir hormonun seviyesi yükseldiğinde onun seviyesini düşürecek bir başka hormon devreye girer veya tersi olur. Bazı durumlarda, alıcıları bloke etmek yerine dışarıdan hormon takviyesi vererek seviyeleri arttırmak ve böylece kanser hücreleri üzerinde sitotoksik bir etki oluşturmak tercih edilebilir. Bu tedavide amaç hücre bölünmesini engellemektir, iyileştirici değil durdurucu özellikte bir tedavi yöntemidir (30-33).

Kanser tedavisi gören hastalarda bakımı üstlenen aile üyesinin/üyelerinin bakım yükü ile yaşam kalitesi, bakım verme sürecinde oldukça önemlidir. Bu nedenle bu kavramları incelemek oluşabilecek sorunların saptanmasında ve çözümlerin üretilmesinde sağlık personeline yol gösterici olacaktır.

2.3. Bakım Verme ve Bakım Yükü Kavramları

2.3.1. Bakım Verme

Türk Dil Kurumu (TDK) bakım vermeyi; bir şeyin iyi bir durumda kalması, iyi gelişmesi için verilen emek, birinin giyinme, beslenme, vb. ihtiyaçlarını sağlama ve üstlenme işi olarak tanımlanmaktadır (18).

Bakım kavram olarak bireylerin kültürleri, değerleri, tecrübeleriyle olan ilişkilerinin bir sonucu olarak tanımlanmaktadır (34). Asırlar boyunca bağımlı veya hasta olan insanların evde bakımının aile bireyleri tarafından yapılması, doğal bir bakım modeli olarak kabul görmüştür. Fakat bakım sorumluluğunun aile üyelerine getirmiş olduğu çok boyutlu sorunlar ve ailelerin yardım gereksinimi tüm toplumlar tarafından bilinen ve onaylanan bir gerçek olarak kalmıştır (35).

Bakım verme ise; beraberinde birçok zorluğu getiren ve bakım verici bireyler tarafından çok yönlü algılanan süreçtir (36). Bakım verme; uygulamada sadece bir yardım türü olmayıp ruhsal, fiziksel ve maddi destek sağlamayı içermektedir (37, 35). Bakım veren kişi; kendi kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayan bireyin fiziksel ve emosyonel ihtiyaçlarını gidermek üzere sorumluluğu kabullenen kişi/kişiler olarak tanımlanmaktadır (36).

2.3.2. Bakım Yükü

Bakım yükü, “bakım vericinin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşamak gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar” olarak açıklanmaktadır. Aile içi bakım veren bireylerin kendi yaşamları ve sağlıkları açısından bakıldığında hastalık süresince, fiziksel, ekonomik ve sosyal yönlerden birçok güçlük yaşadıkları görülmektedir (38). Bakım verme süreci bakım verenler açısından çok yönlü algılanan bir tecrübe (39) olduğu için bakım yükünü farklı şekillerde etkilemektedir. Bakım verme yükünü öznel yük ve nesnel yük şeklinde iki boyutta incelemek mümkündür. Öznel yük içinde, bakımı üstlenen bireyin bakım sunma yaşantısına yönelik davranışı veya duygusal reaksiyonu yer alırken, nesnel yük içinde, ev halkında ve bakım verenin yaşamının çeşitli yönlerindeki aksaklıkların boyutu ve değişiklikler yer almaktadır (40).

DSÖ’ nün, 2005 ‘te yapmış olduğu 58. Dünya Sağlık Kurulu’nda özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde kanser ölüm hızını düşürecek ve kanser tanısı almış hastalar ile bu hastaların ailelerinin yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik programların geliştirilmesinde kendisi ile işbirliği yapılmasını önermiştir. Ayrıca DSÖ, düşük ve orta gelirli dünya ülkelerine kanser kontrol programlarını var olan sağlık sistemlerine entegre etmelerini, kanserde erken tanı ve tedavide kanıta dayalı, kaynakların en iyi şekilde kullanılabileceği programlar geliştirmelerini önermiştir (41).

Sonuç olarak kanserde bakım yükü önemlidir ve bireylerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle bakım yükü yanında yaşam kalitesini de incelemek hemşirelere bakım veren bireylere yönelik girişimleri planlarken yol gösterecek ve yapılacak uygulamalara ışık tutacaktır.

2.4. Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

DSÖ, yaşam kalitesini, "kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri ve amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilgili olarak bireyin hayatındaki konumunu

algılaması olarak tanımlamaktadır" (2, 7, 43). Yaşam kalitesi, bireysel olarak iyilik halini ifade eder ve yaşamın çeşitli alanlarında kişinin kendi yaşamına ilişkin mutluluk ve sübjektif doyumu olarak da tanımlanmaktadır (42). Yaşam kalitesi tanımı oldukça geniş kapsamlıdır; bu nedenle literatürde tanımlanması ile ilgili tartışmalar devam etmektedir (44).

Kavram olarak yaşam kalitesi 1980'li yıllarda hemşirelik literatüründe yer almaya başlamış ve yaşam kalitesi ile ilgili ölçümler hemşirelik girişimleri ile elde edilen sonuçların değerlendirilmesi açısından fazlasıyla onay almıştır. Kişinin kendi yaşamına bakış açısı yaşam kalitesi şeklinde değerlendirilmekte ve kavram; yaşam memnuniyeti, yaşam doyumu ve mutluluk ile eş anlamda kullanılabilmektedir (45).

Kaliteli bir yaşam için nelerin gerekli olduğunu saptamaya yönelik yapılan birçok çalışmada, bireylerin objektif yaşam durumları uygun olmasa da, yaşamlarından doyum alabilecekleri şeyler saptanarak, bu konuda desteklenmelerinin önemli olduğu belirtilmiştir (42, 46).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla dolaylı ya da doğrudan ilişkili birçok faktörü içinde barındıran geniş bir kavramdır. Genel yaşam kalitesi tanımındaki gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da evrensel olan bir tanımlama yoktur (47). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ögelerine ilk defa, DSÖ 1948 Anayasası'nda bulunan sağlığın tanımı içinde yer almaktadır. DSÖ; sağlığı sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin ruhsal, bedensel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Daha sonraki süreçlerde yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlarının hemen hepsinde bu ögeler bulunmaktadır (47).

Tedavi süreci hem hastayı hem de hastaya bakım veren bireylerin yükünü arttırmakta, birçok sorunla karşılaşmalarına neden olmakta ve aile dinamiklerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu sebeple hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin, yaşam kalitesinin, yaşadıkları sorunların ve aile dinamiklerinin hemşireler tarafından tespit edilmesi ve uygun girişimlerin planlanması oldukça önemlidir.

2.5. Kanserli Bireye Bakım Veren Bireylerin Yaşadığı Sorunlar / Aile Dinamikleri

Yirmi birinci yüzyılda teknolojik gelişmeler ile birlikte, sağlık yönünden başarılı adımlar atılmış ve hastalıkların tedavisinde önemli gelişmeler olmuştur. Yaşam süresinin

uzadığı bu yüzyılda, hızlı kentleşme ve sanayileşmenin artmasının beraberinde getirdiği çeşitli stres kaynakları kronik hastalıkların oluşum riskini arttırmıştır. Oluşan bu kronik hastalıklar bireylerin kendi bedenleri üzerindeki kontrol becerisini, kişiliğini ve ilişkilerini olumsuz etkilemekte, beraberinde bakım ve destek ihtiyacını arttırmaktadır (48). Böyle bir durumda bakım verenler açısından bakım çok yönlü olarak algılanan bir süreçtir.

Kanser hastasının aile bireylerinden birinin olması tüm aile üyelerinin yaşam akışını değiştirmektedir. Hasta olan aile üyesiyle ilgili yaşanan kaygılar, çaresizlikler duygusal sorunlar oluşturduğu gibi, hasta yakınına / bakım vericiye alışılanın dışında ek roller ve sorumluluklar da yükleyebilmektedir. Hastalığın sosyal hayat ve iş yaşamına olan etkisinin dışında ayrıca artan ekonomik giderlerin de karşılanması gerekmektedir (49-51). Kanser tanısı almış bir birey için aile; hastanın bakımının fiziksel, duygusal, sosyal, manevi, ekonomik tüm boyutlarında yer almak durumundadır. Bakım vermenin sürekli ve yoğun yapısı, onkoloji hastalarına bakım verenlerin yaşamlarındaki diğer sorumluluklarla birleşince bakım verme yüküne dönüşebilmektedir (52). Yakınlarının yaşadıkları bu güçlüklerin; hastanın yaşı, aldığı tedavi şekli, bireyin fonksiyonel durumu, hastalığın süresi gibi hastaya ait özellikler ile birlikte bakım vericinin yaşı, kadın ya da erkek oluşu, hastaya olan yakınlık derecesi, eğitim düzeyi ve yakınlarından destek alma durumu gibi bakım verene ait özelliklerden etkilenebileceği bildirilmektedir (7, 53, 38, 54).

2.6. Bakım Vericilerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Kanser kronik hastalıklar içinde yer almaktadır ve hastalığın tedavi şekli, seyri nedeniyle hasta ve bakım veren bireyin yükünü arttırmakta, yaşam kalitesini etkilemektedir. Kanser tanısı alan hastaya bakım verenin; hastalarının tıbbi tedavilerinin yapılmasını ve rahatlığını sağlama, semptomlarını izleme ve kontrolünü sağlama, karar verme ve problem çözme, bakımı koordine etme, emosyonel destek verme, hastalarının güvenliği ve fonksiyonlarının devamı için çevreyi düzenleme ve uygun araç-gereç donanımını sağlama gibi karmaşık görevleri bulunmaktadır. Bakım veren bireyler tüm bu hasta destekleyici rollerini gerçekleştirirken, hastalarının evdeki bu durumuna hazır olamadıkları için stres yaşamaktadırlar. Stres yaratan durumlar içinde; bakım yükünün

artmasının, aile içi dinamiklerin değişmesinin, sosyal ve ekonomik durumun olumsuz etkilenmesinin, hastada var olan semptomların şiddetinin ve sıklığının artmasının ailedeki rollerde değişimin, ekonomik durumun ve sosyal yaşamın bozulmasının yer aldığı belirtilmektedir (55).

Hastaya bakım veren bireyin cinsiyeti, yaşı, hasta ile yakınlık derecesi, ırkı, bakımda gönüllü olma durumu, eğitim durumu, öz yeterlilik derecesi, herhangi kronik bir hastalığının olma durumu, sosyal destek alma durumu, baş edebilme kabiliyeti, inançları, ekonomik durumu, bilgi düzeyleri, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri, psikolojik ve fiziksel sağlık durumu etkileyen faktörler içinde yer almaktadır (56). Bakımı verene ait faktörler bakım verenlerin yüklerinin belirlenmesinde önemli bir kriter olmakla birlikte, hastanın hastalığının seyrinde de önemli bir rol oynamaktadır (56). Ayrıca kanser; hasta bireyi ve ailelerini psikolojik, fiziksel ve sosyal açıdan olumsuz yönde etkilemekte olup aile bireylerine ve topluma çok büyük maliyetler yüklemektedir. Kanserin toplum ve aile bireyleri üstünde yarattığı olumsuz etkiler zaman içinde artış göstermekte, artan bu olumsuzluklar öncelikle hasta bireyin yaşam şeklini ve beklentilerini sonrasında tüm aileyi olumsuz yönde etkilemekte, bireyin ve ailenin yaşam kalitesini tehdit etmekte ve olumsuz yönde etkisi altına almaktadır (57).

Hastaya bakım veren bireylerin yaşadığı problemler, hastaların durumlarının ciddiyeti ve bağımlılığın artması ile orantılı olarak artış göstermektedir. Karşılaşılan tüm bu sorunlar hasta bakımını sağlayan aile bireylerinde zaman içinde tükenmişliğe, fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşamalarına sebep olmaktadır (58).

Yapılan bir çalışmada bakım veren bireylerin %41'inde depresif belirtiler, %20'sinde de anksiyete deneyimlediklerini, anksiyetenin ise kadın olan bakım vericilerde daha fazla düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (59). Yakar ve arkadaşlarının (7) yapmış olduğu çalışmada ise; kanserli hastaya bakım verenlerin tamamının sağlık sorunları yaşadıkları, 1/3'ü çalışma hayatlarında, yaklaşık yarısının evlilik ilişkisinde güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin oldukça düşük olduğu, kadın ve yaşlı bakım vericinin, yanı sıra erkek hastaya bakım verenlerin, ekonomik durumu kötü olanların, bakım verme nedeniyle aile sorumluluklarını yerine getiremeyenlerin ve başka aile üyelerinden destek görmeyenlerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (7).

2.7. Kanserli Hastanın Hemşirelik Bakımı ve Hemşirenin Rolü

Bireylerin bakım yükünün azaltılmasında ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde hemşirelik hizmetleri önemli bir yer tutmaktadır. Hastalar ve bakım veren aile üyeleri zor bir hastalıkla mücadele ederken hemşireye duyulan gereksinimde artış göstermektedir (11). Aktaş ve arkadaşlarının (12) yaptığı bir çalışmada profesyonel bir sağlık disiplini içinde yer alan hemşirelerin; bakım veren aile bireyleri ile işbirliği yaparak, onların desteğinden yararlanmalarının önemli olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda hemşirenin, bakım verenlerin ihtiyaç duydukları yardım ve rehberlik hizmetlerini ne zaman ve nereden alacakları konusunda yapacakları danışmanlıkta oldukça önemlidir. Ayrıca hemşirenin; bakım verene, yaşadığı duyguların normal olduğu ve yapabileceğinin en iyisini yaptığı konusunda olumlu geri bildirim vermesi, yaşadığı sorunları çözülebilir basamaklara ayırması, kaynakları ve uygun seçenekleri belirleyebilmesi hususunda da yardım etmesi faydalı olacaktır (12).

Hemşirelerin; bakım verilen hasta ve bakımı veren bireyler için Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da Onkoloji Hemşireleri, bir süredir hastayı ve aileyi de kapsayan hasta bakımı vermeye ve bakımı yüklenen aileye destek sağlamaya çalışmaktadırlar. Kanser hastalığının hemşirelik yönetiminde hastaya bakımında bakım veren bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının ele alınmasının gerekli olduğu belirtilmektedir. Kanserli hastalara bakım verenlerin hastaların hastalıkları nedeniyle gösterdikleri belirti ve bulgular konusunda desteklenmesi, bakım verme sürecini daha az yük olarak algılamalarını, belirti ve bulgularla daha rahat baş edebilmelerini, kendilerinin yaşamış olduğu stresi azalttığı gibi hastalarının yaşam kalitesinin de artmasını sağlayacaktır (54).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih

Araştırma Şanlıurfa İli Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'de tedavi gören onkoloji hastalarına bakım veren bireylerde Ekim 2016 – Nisan 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ekim 2016 – Nisan 2017 tarihleri arasında Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji poliklinik ve kliniğine kayıtlı, tedavi gören 202 hastaya primer bakım veren birey oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş (tekrarlı gelişler dahil edilmeyip her bireye bir defa anket uygulanmıştır) ancak 20 kişiye ön uygulama yapıldığı, 22 bakım veren araştırmaya katılmayı kabul etmediği için örneklem; çalışmaya katılmaya istekli 160 kişiden oluşmuştur.

3.4. Verileri Toplama Araçları

Çalışmada verilerin toplanmasında; Anket Formu (Hasta Tanılama Formu, Bakım Vereni Tanılama Formu (Ek 1), Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 2), ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılmıştır (EK 3).

3.4.1. Anket Formu

Hasta Tanılama Formu:

Hasta tanılama formu, hastanın cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu ve tanısını içeren beş sorudan oluşmaktadır (EK 1).

Bakım Vereni Tanılama Formu:

Bakım Vereni Tanılama Formu, bakım verenin cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni durumu, gelir durumu, mesleği, çalışma durumu, çalışma hayatında yaşadığı güçlükler, daha önce başka birine bakım verme durumu, hasta bireye bakma nedeni, bakım verme yılı, bakım verirken yardım alma durumu, hastaya yakınlık derecesi, hastaya bakım verilen süreçte sağlığın etkilenme durumu, bakım verme sürecinde yaşanan sağlık sorunu, sorumluluklarını yerine getirme durumu, bakım verme konusunda eğitim alma durumu ve bakım verme konusunda eğitim alınan kişi bilgilerini içeren 18 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.4.2. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale-CQOLC)

Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Weitzner ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olup kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerini ölçmektedir (79). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2013 yılında Karabuğa-Yakar ve Pınar tarafından yapılmıştır (**7**). Ölçek (0= Hiç, 1=Az, 2=Biraz, 3=Fazla, 4=Çok fazla) şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen beşli likert tipi değerlendirmeyi içerir. . Ölçeği oluşturan 35 ifadenin 10'u yük (9, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 31 ve 33 nolu ifadeler), 7'si rahatsızlık (1, 3, 5, 21, 24, 26 ve 29 nolu ifadeler), 7'si pozitif adaptasyon (10, 12, 16, 22, 27, 28 ve 34 nolu ifadeler) ve 3'ü finansal sıkıntı (6, 7 ve 8 nolu ifadeler) ile ilgilidir. Kalan 8 ifade (uyku sorunları, cinsel yaşamdan memnuniyet, günlük hayatın baskılanması, zihinsel yorgunluk, hastalık hakkında bilgilendirilme, hastanın korunması, hastanın ağrısının yönetimi, ailenin bakım vermeyle ilgilenme durumu) bu 4 boyuttan bağımsız olarak değerlendirilir ve ölçeğin toplam puanına katkı verir. Değerlendirmede ölçekteki "*4, 10, 12, 16, 22, 23, 27, 28* ve *34*"no'lu ifadeler düz olarak puanlanırken, kalan ifadeler tersine çevrilerek puanlanır. Her bir alt boyut için bulunan ham puan 35 ile

çarpılır, yanıtlanan ifade sayısına bölünür ve alt boyutların puanı belirlenir. Ölçeğin toplam puanı 4 alt boyuta verilen yanıtlar ile 8 ifadeye verilen yanıtların, yani ölçekteki tüm ifadelere verilen yanıtların toplanarak 35 ile çarpılması ve bulunan sayının yanıtlanan ifade sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bu puanlama yöntemiyle her bir alt boyut ve ölçeğin toplamının puanı 0 ile 140 arasında değişir. Puanın yüksek olması yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu gösterir (7, 79). (Ek 2). Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.88'dir (7). Bu çalışmada yaşam kalitesi ölçeği cronbach alfa değeri .90 olarak saptanmıştır.

3.4.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği

Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemektedir (80). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında İnci tarafından yapılan ve bakım vermenin bireyin yaşamına olan etkisini (bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumunu) belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır (35). Ölçek "asla", "nadiren", "bazen", "sık sık", "her zaman" seklinde 0'dan 4'e kadar değişen 5'li likert tipi değerlendirmeyi içerir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Puanlamada 0 –20 puan: " bakım yükü yok", 21– 40 puan: "hafif bakım yükü", 41 – 60 puan: "orta düzeyde bakım yükü'' ve 61 – 88 puan ise: "ağır bakım yükü" olarak belirlenir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanılan sıkıntının da yüksek olduğunu göstermektedir. (Ek 3). Ölçeğin cronbach alfa değeri 0.83"tür (35). Çalışmada bakım verme yükü ölçeği cronbach alfa değeri .88'dir.

3.5. Verilerin Toplanması

3.6. Veri toplama Formlarının Hazırlanması

Hasta ve bakım verenleri tanılama formunun uygunluğunu belirlemek amacıyla beş uzmandan görüş alınmıştır. Alınan görüşler doğrultusunda form yeniden yapılandırılmıştır.

3.7. Ön Uygulama

Veri toplama formunun eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi, uygulanma planının belirlenmesi amacıyla kanserli hastalara bakım veren 20 bireye araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonrasında veri toplama formunda herhangi bir değişiklik yapılmamış olup 20 bakım veren araştırmanın örneklemine dahil edilmemiştir.

3.8. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmanın uygulanma aşaması Ekim 2016 – Nisan 2017 tarihleri arasında kanserli hastalara bakım veren bireylerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Veri toplama işleminden önce bakım veren bireylere araştırmacının kimliği ve araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Veri toplama işlemi kemoterapi ve onkoloji kliniklerinde görüşmenin kesintiye uğramayacağı bir ortam sağlanarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler 20-25 dakika sürmüştür.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri Kanserli hastalara bakım verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları, Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarıdır.

Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyo-demografik özellikler ve bakım verme ile ilgili özelliklerden oluşmaktadır.

Sosyo-Demografik özellikler: Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, meslek, çalışma durumu, çalışma hayatında güçlük.

Bakım verme ile ilgili özellikleri: Daha önce bakım verme durumu, bakım nedeni, bakım süresi, bakımda yardımcı olan kişi, hastaya yakınlık derecesi, bakım verme sürecinde bakım verenin sağlık durumu, bakım verenin yaşadığı sağlık sorunu, sorumluluğunu yerine getirme durumu, bakım verme konusunda eğitim alma durumu, bakım konusunda eğitim alınan kişi oluşturmuştur**.**

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package Social Sciences (SPSS) 16.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama), bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan (07.09.2016 /74059997.050.01.04-161) (Ek 4), çalışmanın yapılacağı kurumdan (Ek 5) ve çalışmaya katılmayı kabul eden kanserli hastaya bakım veren bireylerden izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1'de bakım verilen hasta bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 54.25±1.35 (19-85) yıl olup %60.0'ı kadın, %89.4'ü evli, %46.9'u okuryazar değildir. Hastaların tanıları incelendiğinde %30.6'sının meme kanseri, %18.1'inin akciğer kanseri, %13.8'inin kolon kanseri, %0.6'sının özefagus ve %0.6'sının farenks kanseri olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Hastanın demografik özelliklerinin dağılımı (n=160)

Değişkenler	**n**	**%**	**X ± SS**
Yaş	Min-Max	19-85 yıl	54.25±1.35
Cinsiyet			
Kadın	96	60.0	
Erkek	64	40.0	
Medeni Durum			
Evli	143	89.4	
Bekar	17	10.6	
Eğitim Durumu			
Okur yazar değil	75	46.9	
Okur yazar	14	8.8	
İlkokul	42	26.2	
Ortaokul	12	7.5	
Lise ve üstü	17	10.6	
Hastanın tanısı			
Meme Ca	49	30.6	
Akciğer Ca	29	18.1	
Kolon Ca	22	13.8	
Mide Ca	13	8.1	
Lenfoma	10	6.2	
Prostat Kanseri	9	5.6	
Beyin Tümörü	6	3.8	
ServiksCa	6	3.8	
Pankreas Ca	4	2.5	
OverCa	4	2.5	
Lösemi	3	1.9	
Cilt Kanseri	3	1.9	
FarenksCa	1	0.6	
ÖzefagusCa	1	0.6	
Toplam	**160**	**100.00**	

Tablo 2'de bakım veren bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Bakım veren bireylerin yaş ortalaması 34.78±1.25 yıl olup %52.5'i erkek, %66.9'u evli, %20.0'ı üniversite mezunu, %47.5'inin geliri giderinden az, %60.6'sı çalışmamaktadır.

Tablo 2. Bakım Verenlerin Demografik Özelliklerinin Dağlımı (n = 160)

Değişkenler	**n**	**%**	**X ± SS**
Yaş	Min-Max	15-75 yıl	34.78±1.25
45 yaş altı	126	78.8	
45 yaş ve üstü	34	21.2	
Cinsiyet			
Kadın	76	47.5	
Erkek	84	52.5	
Medeni Durum			
Evli	107	66.9	
Bekar	53	33.1	
Eğitim Durumu			
Okuryazar değil	24	15.0	
Okuryazar	6	3.6	
İlkokul	30	18.8	
Ortaokul	22	13.8	
Lise	46	28.8	
Üniversite	32	20.0	
Gelir Durumu			
Gelir giderden az	76	47.5	
Gelir gidere eşit	69	43.1	
Gelir giderden fazla	15	9.4	
Mesleği			
Çalışıyor	63	39.4	
Çalışmıyor	97	60.6	
Toplam	**160**	**100.00**	

Tablo 3'te bakım verenlerin bakım verme ile ilgili özellikleri yer almaktadır. Bakım veren bireylerin %60.0'ı çalışma hayatında güçlük yaşamadığını, %21.2'si daha önce başka bir bireye bakım verdiğini, %89.4'ü ailevi sorumluluk/aile bağı nedeni ile bakım verdiğini ifade etmiştir. Katılımcıların bakım verme süresi 2.35±2.16 (1-12) yıl olup %58.1'i bakım verirken kendisine yardım eden bir bireyin var olduğunu belirtmiştir.

Bakım veren bireylerin %98.1'inin aile üyelerinden biri olduğu, %61.2'sinin bakım verirken sağlığının olumsuz etkilendiği, %43.1'inin mental sağlık durumunda bozulma yaşadığı, %95.6'sının sorumluluklarını yerine getirdiği, %92.5'inin bakım verme konusunda eğitim almadığı, eğitim alanların %75.0'ının sağlık çalışanından eğitim (spontan) aldığı saptanmıştır.

Tablo 3. Bakım Verenlerin Bakım Verme İle İlgili Özellikleri (n = 160)

Özellikler	n	%	X ± SS
Çalışma hayatında güçlük yaşama durumu			
Evet	64	40.0	
Hayır	96	60.0	
Daha önce başka birine bakım verme durumu			
Evet	34	21.2	
Hayır	126	78.8	
Hasta bireye bakma nedeni			
Ailevi sorumluluk/aile bağı	143	89.4	
Bakacak başka kimse olmadığı için	15	9.4	
Diğer	2	1.2	
Bakım verme süresi			2.35 ±2.16
1-2 yıl	114	71.2	
3-4 yıl	24	15.0	
5 ve üstü yıl	22	13.0	
Bakım verirken yardımcı olan bireylerin varlığı			
Var	93	58.1	
Yok	67	41.9	
Hastaya yakınlık derecesi			
Aile üyesi	157	98.1	
Çocuğu	85	53.1	
Eşi	39	24.4	
Kardeşi	15	9.4	
Yeğeni	8	5.0	
Gelini	7	4.4	
Anne /Baba	3	1.9	
Bakıcı (Ücretli)	3	1.9	
Bakım verirken sağlığın olumsuz etkilenme durumu			
Evet	98	61.2	
Hayır	62	38.8	

Tablo 3. (Devamı) Bakım Verenlerin Bakım Verme İle İlgili Özellikleri (n=160)

Özellikler	n	%
Yaşadığınız sağlık sorunu		
Etkilenmedim	62	38.8
Mental Sağlıkta Bozulma	69	43.1
Fiziksel Sağlıkta Bozulma	23	14.3
Fiziksel ve Mental Sağlık Durumunda Bozulma	6	3.8
Sorumluluklarını yerine getirme durumu		
Evet	153	95.6
Hayır	7	4.4
Bakım verme konusunda eğitim alma durumu		
Evet	12	7.5
Hayır	148	92.5
Bakım verme konusunda eğitim alınan kişi (n=12)		
Sağlık Çalışanı	9	75.0
Aile Üyesi	2	16.7
Sosyal Hizmet Uzmanı	1	8.3
Toplam	**160**	**100.0**

Tablo 4'de bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır. Bakım veren bireylerin bakım yükü ölçeği toplam puan ortalaması 32.65 ± olup yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması 78.75 ± 16.31'dir.

Tablo 4. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçekler	X ± SS	Min-Max Puanlar
Bakım Yükü Ölçeği		
Toplam Puan	32.65 ± 15.14	5.00 - 83.00
Yaşam Kalitesi Ölçeği		
Yük	68.77 ± 28.12	10.50 - 140.00
Rahatsızlık	93.96 ± 29.12	0.00 - 140.00
Pozitif Adaptasyon	83.59 ± 29.48	0.00 - 140.00
Finansal Sıkıntılar	74.22 ± 40.61	0.00 - 140.00
Toplam Puan	78.75 ± 16.31	42.00 - 122.00

Tablo 5'de hasta bireylerin bazı özelliklerine göre bakım veren bireylerin bakım yükü ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır. Hasta bireylerin cinsiyetine göre bakım veren bireylerin bakım yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup (t = 2.830 p = .005), yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (t = -1.248 p = .214). Hasta bireylerin eğitim durumuna göre bakım veren bireylerin bakım yükü ölçeği toplam puan ortalamaları (t = 2.762 p =.598) ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (t = 2.445 p =.655). Hasta bireylerin medeni durumuna göre bakım veren bireylerin bakım yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış (U=847.000 p=.041) yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması
arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=975.50p=.184).

Tablo 5. Hasta Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yükü ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

	Ölçekler					
		Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları				
Özellikler	**Bakım Verme Yükü Ölçeği X±SS**	**Yük X±SS**	**Rahatsızlık X±SS**	**Pozitif Adaptasyon X±SS**	**Finansal Sıkıntı X±SS**	**Toplam X±SS**
Cinsiyet						
Kadın	35.36 ± 15.55	18.25 ± 7.96	18.46 ± 5.68	17.61 ± 5.35	5.94 ± 3.32	17.15 ± 4.71
Erkek	28.59 ± 13.64	21.75 ± 8.45	19.28 ± 6.04	15.37 ± 6.46	6.98 ± 3.64	17.32 ± 5.23
İstatistiki Değer	**t = 2.830 p = .005**	**t= -2.655 p=.009**	t= .864 p =.389	**t= 2.388 p=.018**	t= -1.859 p= .065	t= -1.248 p=.214
Medeni Durum						
Evli	33.39 ± 15.10	68,11 ± 29,35	92,86 ± 29,70	84,05 ± 28,45	73,34 ± 41,15	78.22 ±.16.77
Bekar	26.41 ± 14.43	74,32 ± 27,37	103,23 ± 22,28	79,70 ± 37,93	81,66 ± 35,95	83.17 ±.11.20
İstatistiki Değer	**U=847.000 p=.041**	U= 1770.500 p=.422	U= 952.500 p=.145	U= 1194.000 p=.905	U= 1081.000 p=.455	U= 975.500 p=.184
Eğitim Durumu						
Okur yazar değil	34.37 ± 14.33	67.24 ± 28.11	93.73 ± 29.13	86.06 ± 29.14	68.3 ± 41.62	78.70 ± 15.64
Okur yazar	32.42 ± 18.45	69.75 ± 32.58	97.50 ± 31.424	78.92 ± 32.41	78.33 ± 38.67	77.57 ± 17.85
İlkokul	29.23 ± 14.55	68.83 ± 32.03	91.07 ± 29.22	82.97 ± 31.98	77.50 ± 38.72	77.40 ± 17.06
Ortaokul	33.16 ± 21.15	79.33 ± 32.57	98.33 ± 32.14	81.25 ± 24.69	88.47 ± 49.36	86.41 ± 17.21
Lise ve üstü	33.25 ± 12.54	67.11 ± 21.29	96.17 ± 27.41	79.70 ± 27.35	79.60 ± 35.29	77.82 ± 15.91
İstatistiki Değer	K-W = 2.762 p =.598	KW = 1.591 p=.810	K-W = .963 p=.915	K-W = 2.328 p = .676	K-W = 3.466 p =.483	K-W = 2.445 p =.655

Tablo 6'da Bakım veren bireylerin bazı özelliklerine göre bakım verme yükü ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır. Yaşa göre bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeği (t= -.717 p=.474) ve yaşam kalitesi ölçeği (t= -1.216 p=.226) toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Cinsiyete göre bakım veren bireylerin bakım verme yükü ölçeği (t= -.928, p=.355) ve yaşam kalitesi ölçeği (t= .717, p= .475) toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Öğrenim durumuna göre bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken (K-W=2.426, p=.788), yaşam kalitesi ölçeği finansal sıkıntı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır **(K-W=15.290 p=.009)**. Bakım veren bireylerin gelir durumuna göre bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup (K-W=4,180, p=.124), yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (**KW=7.632 p=.022).**

Bakım veren bireylerin çalışma durumlarına göre bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması (t= -.238 p=.812) ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır(t= 1.039 p=.300). Bakım verme süresi incelendiğinde, bakım verme süresine göre bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (K-W=3.638 p=.162). Bakım verme süresine göre yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (K-W=1.288 p=.525).

Bakım veren bireylerin sağlığının olumsuz etkilenme durumu göre bakım verme yükü ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmış olup (t=2.594 p=.010), yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=-1.654 p=.100).

Tablo 6. Bakım Veren Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Özellikler	Ölçekler					
		Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları				
	Bakım Verme Yükü Ölçeği X±SS	Yük X±SS	Rahatsızlık X±SS	Pozitif Adaptasyon X±SS	Finansal Sıkıntı X±SS	Toplam X±SS
Yaş						
45 yaş altı	33.10±15.21	66.77±28.25	92.73±29.83	86.19±27.93	72.59±40.76	77.93±16.67
45 yaş ve üstü	31.00±14.98	79.88±30.02	98.52±26.27	73.97±33.36	80.29±40.08	81.76±14.73
İstatistiki Değer	t= -.717 p=.474	t= -2.549 p=.012	t= -1.029 p=.305	t= 2.169 p=.032	t= -.981 p=.328	t= -1.216 p=.226
Cinsiyet						
Kadın	31.48 ± 14.66	66.80 ± 31.80	96.77 ± 29.91	16.69 ± 6.08	79.67 ± 40.65	17.18 ± 5.29
Erkek	33.71 ± 15.58	68.75 ± 26.66	91.42 ± 28.33	16.73±5.76	69.30 ± 40.18	17.26 ± 17.26
İstatistiki Değer	t= -.928 p=.355	t= .011 p=.991	t= 1.161 p=.247	t= .453 p=.965	t= 1.620 p= .107	t= .717 p= .475
Medeni Durum						
Evli	32.76 ± 15.45	20.42 ± 8.28	18.77 ± 5.83	15.94 ± 6.04	6.53 ± 3.52	17.40 ± 4.51
Bekar	32.43 ± 14.63	18,07 ±8.24	18.83 ± 5.85	18.28 ± 5.30	6.01 ± 3.39	16.86 ± 5.66
İstatistiki Değer	t= -.130 p=.897	t= 1.694 p=.092	t= -.056 p=.956	t= -2.396 p=.018	t= .878 p=.381	t= .367 p=.714

Tablo 6. Bakım Veren Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (Devamı)

Özellikler	Ölçekler					
		Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları				
	Bakım Verme Yükü Ölçeği X±SS	Yük X±SS	Rahatsızlık X±SS	Pozitif Adaptasyon X±SS	Finansal Sıkıntı X±SS	Toplam X±SS
Eğitim durumu						
Okur yazar değil	35.25 ± 15.91	72.91 ± 33.13	93.33 ± 25.56	81.66 ± 35.83	5.29 ± 4.02	15.75 ± 4.31
Okur yazar	33.83 ± 15.96	71.75 ± 26.72	91.66 ± 21.36	71.66 ±2 7.14	7.66 ± 3.88	18.33 ± 4.36
İlkokul	31.66 ± 16.22	75.13 ± 31.73	98.00 ± 30.92	74.83 ± 35.97	7.46 ± 3.43	17.80 ± 5.41
Ortaokul	35.00 ± 18.57	65.54 ± 28.64	95.45 ± 30.11	86.59 ± 28.92	6.27 ± 2.93	17.90 ± 4.55
Lise	31.04 ± 11.90	65.43 ± 26.16	94.23 ± 29.90	91.84 ± 20.58	5.23 ± 3.22	18.06 ± 4.83
Üniversite	32.12 ± 15.73	66.17 ± 29.07	89.68 ± 30.79	81.56 ± 27.92	7.56 ± 3.16	15.90 ± 5.11
İstatistiki Değer	KW=2.426 p=.788	KW=2.235 p=.816	K-W=1.696 p=.889	K-W=6.726 p=.242	**K-W=15.290 p=.009**	K-W=2.693 p=.747
Gelir Durumu						
Gelir Giderden Az	35.13 ± 13.97	18.48 ± 7.75	17.94 ± 5.32	17.21 ± 5.87	5.19 ± 3.55	16.15 ± 4.73
Gelir Gidere eşit	30.52 ± 15.98	21.05 ± 8.80	19.46 ± 6.23	16.00 ± 5.90	7.59 ± 3.04	18.36 ± 4.70
Gelir Giderden Fazla	29.93 ± 15.98	19.06 ± 8.37	20.00 ± 6.08	17.53 ± 6.03	6.60 ± 3.18	17.40 ± 5.82
İstatistiki Değer	KW=4,180 p=.124	KW=2.845 p=.241	KW=4.514 p=.105	KW=1.555 p=.460	**KW=16.502 p=.000**	**KW=7.632 p=.022**
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	32.30 ± 14.68	21.01 ± 7.40	18.42 ± 5.97	15.98 ± 5.56	6.68 ± 3.23	18.30 ± 4.41
Çalışmıyor	32.88 ± 15.51	18.76 ± 8.97	19.03 ± 5.74	17.19 ± 6.08	6.15 ± 3.63	16.52 ± 5.11
İstatistiki Değer	t= -.238 p=.812	t= 1.683 p=.094	t= -.638 p=.525	t= -1.272 p= .205	t= .937 p=.350	t= 1.039 p=.300

Tablo 6. Bakım Veren Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (Devamı)

Özellikler	Ölçekler					
		Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları				
	Bakım Verme Yükü Ölçeği X±SS	Yük X±SS	Rahatsızlık X±SS	Pozitif Adaptasyon X±SS	Finansal Sıkıntı X±SS	Toplam X±SS
Bakım verme süresi						
1 yıl - 2 yıl	31.73 ± 16,04	19.65 ± 8.58	19.04 ± 6.12	16.83 ± 6.00	6.45 ± 3.56	16.95 ± 4.89
3 yıl - 4 yıl	32.66 ± 12,27	19.25 ± 7.26	18.50 ± 5.11	18.00 ± 5.35	6.12 ± 3.63	17.50 ± 5.25
5 yıl ve üstü	37.40 ± 12.56	20.04 ± 8.32	17.81 ± 4.98	14.72 ± 5.64	6.13 ± 2.96	18.31 ± 4.65
İstatistiki Değer	K-W=3.638 p=.162	K-W=0.414 p=.813	K-W=2.278 p=.320	K-W=3.661 p=.160	K-W=0.407 p=.816	K-W=1.288 p=.525
Sağlığın Olumsuz Etkilenme Durumu						
Evet	35.02 ± 15.07	66.11 ± 27.37	89.20 ± 29.59	81.50 ± 27.62	71.28 ± 39.69	16.73 ± 4.85
Hayır	28.71 ± 14.55	73.20 ± 31.57	1.01 ± 26.72	87.08 ± 32.30	79.13 ± 41.98	18.05 ± 4.93
İstatistiki Değer	**t=2.594 p=.010**	t=-1.497 p=.136	**t=-2.727 p=.007**	t=-1.161 p=.247	t=-1.186 p=.237	t=-1.654 p=.100

5. TARTIŞMA

5.1. Bakım Verme Yükü İle İlgili Sonuçların Tartışması

Kanser hastalığı bireylerin karşılaştığı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu problemin çözülmesi ise çok basamaklı ve çok karmaşık bir süreçtir (60).

Bu çalışmada bakım veren bireylerin hafif bakım verme yüküne sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4). Bu çalışmaya benzer olarak Orak ve Sezgin'in (38) kanserli hastalara bakım veren aile bireyleri ile yaptıkları çalışmada bakım verenlerin hafif düzeyde bakım verme yüklerinin olduğu belirtilmiştir. Koç ve arkadaşlarının (61) kanserli hastalara bakım veren hasta yakınları ile yapmış oldukları çalışmada, orta ve hafif düzeyde bakım verme yüküne sahip oldukları saptanmıştır. Bu çalışmanın aksine yapılan çalışmalarda bakım veren bireylerin bakım verme yüklerinin fazla olduğu belirlenmiştir (36, 62). Çalışmada bakım veren bireylerin bakım verme yüklerinin hafif düzeyde olması yarısından fazlasının bakım verme sırasında başka bireylerden destek alması ile açıklanabilir.

Çalışma sonucunda, hastanın cinsiyetinin bakım verenin bakım verme yükünü etkilediği saptanmış olup, kadın hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükünün yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Bu çalışmaya benzer olarak Orak ve Sezgin'in (38) çalışmasında kadın hastalara bakım verenlerin bakım verme yükünün erkek hastalara bakım verenlerden yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Koç ve arkadaşlarının (61) yaptığı çalışmada, bu çalışmaya benzer olarak hastanın cinsiyetinin bakım veren bireylerin bakım verme yükünü etkilediği saptanmış ancak bu çalışmadan farklı olarak erkek hastalara bakım verenlerin bakım yükünün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada kadın hastalara bakım veren bireylerin bakım yükünün yüksek olması hasta kadınların aile içindeki sorumluluklarının çoğunun bakım veren tarafından karşılanması ile açıklanabilir. Çünkü bakım veren bireylerin neredeyse tamamı aile üyelerinden oluşmaktadır.

Çalışmada hastanın medeni durumunun bakım verenin bakım verme yükünü etkilediği saptanmış olup, evli hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükünün yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Bu sonuç kültürel özelliklerle açıklanabilir. Çünkü bölge özellikleri

nedeniyle bakım veren birey, bakım verilen bireylerin sadece kendisi ile ilgilenmekle kalmayıp, aile içindeki sorumluluklarını da üstlenmektedir.

Çalışmada 45 yaş ve altı bakım veren bireylerin bakım verme yükü daha yüksek olup yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 6). Lim ve arkadaşlarının (69) kanserli hastalara bakım verenlerde yaptıkları çalışmalarında da yaşın yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı belirtilmektedir. Literatür incelendiğinde yaş grupları ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (36, 38, 54, 63 - 65). Cain ve Wicks (66) ve Takata ve arkadaşlarının (67) yaptıkları çalışmalarda 55 yaşından daha küçük olan bakım vericilerin daha fazla tükenme yaşadıkları belirtilmiştir (66, 67). Bu çalışmaya benzer olarak Tel ve arkadaşlarının (68) yaptığı çalışmada 45 yaş altı bireylerin bakım verme yükü yüksek çıkmıştır. Çalışmada 45 yaş altı bakım verenlerin bakım verme yükünün yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Bakım veren bireylerin eğitim durumu ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 6). Lim ve arkadaşlarının (69) çalışmalarında da eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmektedir. Iconomou ve arkadaşlarının (6) çalışmalarında da eğitim seviyesi düştükçe bakım yüklerinin arttığı belirtilmektedir. Bu çalışmanın aksine Orak ve arkadaşlarının (38) yaptığı çalışmada eğitim durumu ile bakım yükü arasında anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır. Çalışmada eğitim düzeyi düşük olanların bakım verme yüklerinin yüksek çıkması bakım verme konusunda farkındalığın yeterli düzeyde olmadığının bir göstergesi olabilir.

Çalışmada hasta yakınlarının gelir düzeylerinin ve çalışma durumlarının bakım verme yükünü etkilemediği saptanmıştır (Tablo 6). Benzer olarak yapılan çalışmalarda bakım veren bireylerin bakım yüklerinin gelir durumundan etkilenmediği belirtilmektedir (38, 61). Malak ve Dicle (64) tarafından yapılan çalışmada da bakım veren bireylerin bakım yükü ile gelir düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Şahin ve arkadaşlarının (52) çalışmasında bakım veren bireylerin çalışma durumu ile bakım yükleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışma sonuçları literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Bakım veren bireylerin bakım verme süresi ile bakım verme yükü arasında bir fark saptanmazken, bakım verme süresi arttıkça bakım yükünün de arttığı görülmektedir (Tablo 6). Yapılan çalışmalarda da bakım verme süresi arttıkça bakım verme yükünün arttığı belirtilmektedir (38, 68).

Çalışmada bakım veren bireylerin yarısından fazlasının bakım verirken sağlığının olumsuz etkilendiği, yarıya yakınının mental sağlık durumunda bozulma olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Ayrıca bakım veren bireylerin sağlığının olumsuz etkilenme durumu ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir fark saptanmış olup sağlığının olumsuz etkilendiğini belirten bireylerin bakım yüklerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 6). Yapılan çalışmalarda bakım verme yükünün ciddi boyutlara varabilen ruhsal bunalım, anksiyete, fiziksel sağlıkta kötüye gitme gibi bakım verenin sağlığını olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (6, 7, 55, 58, 59, 70 - 72, 74, 75 - 77,). Literatürde bu durum, kanserli hastaya bakım veren bireylerin fiziksel olarak yıpranması, kişisel hayatından ödün vermesi, sosyal ilişkilerinin azalması, aile içi etkileşimlerinin olumsuz etkilenmesi ve maddi sıkıntı yaşaması ile açıklanmaktadır (81, 90). Bu nedenle çalışmadan elde edilen sonuç literatür ile uyumludur.

5.2. Yaşam Kalitesi İle İlgili Sonuçların Tartışması

Kanserli hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin yanı sıra yaşam kaliteleri de etkilenmektedir (59).

Bu çalışmada bakım verenlerin yarıdan fazlası bakım verme konusunda diğer aile üyelerinden destek aldığı, tamamına yakını hastaya bakacak kimse olmadığı/aile üyesi olduğu için bakımı yüklendiğini ifade etmiştir (Tablo 3). Atagün ve arkadaşlarının (37), Şahin ve arkadaşlarının (61) yapmış oldukları çalışmada bakım sorumluğunun genellikle hastaların birinci derece yakınları tarafından üstlenildiği bildirilmektedir. Türkoğlu ve Kılıç (78) yapmış oldukları çalışmalarında, diğer aile üyelerinden destek görmeyen ve sorumluluklarını yerine getirmede sıkıntı yaşayan bakım vericilerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise bakım vericilerin %71.7'sinin bakım sürecini biriyle paylaştığı belirtilmiş olup bakımı paylaşanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (59, 78).

Bakım veren bireylerin yaşam kalitesinin istenen düzeyde olmadığı görülmektedir (Tablo 4). Benzer olarak yapılan çalışmalarda hastaya bakım veren bireylerin yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmektedir (79, 81). Çalışmadan elde edilen bu sonuç, bakım veren

bireylerin yarıdan fazlasının sağlığının olumsuz etkilenmesi, tamamına yakınının da bakım vermeyi ailevi bir sorumluluk olarak ifade etmesi ile açıklanabilir.

Çalışmada bakım verilen hastaların cinsiyeti ile bakım veren bireylerin yaşam kalitesi yük ve pozitif adaptasyon alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 5). Given ve arkadaşlarının (83) kanserli hastalara bakım veren bireyler ile yaptığı çalışmada hastanın cinsiyetinin bakım veren bireylerin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir. Yeşilbalkan ve arkadaşlarının (91) kanserli hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada da hastanın cinsiyetinin yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Yakar ve arkadaşlarının (7) kanserli hastalara bakım veren bireyler ile yaptığı çalışmada hastanın cinsiyetinin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir.

Çalışmada yaşın bakım verenlerin yaşam kaliteleri üzerinde etkili olmadığı, 45 yaş ve altı bakım veren bireylerin yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Yapılan çalışmalarda bakım veren bireylerin yaşının yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir (82, 83). Bu çalışmaya benzer olarak Tel ve arkadaşlarının (68) yaptığı çalışmada 45 yaş altı bireylerin yaşam kalitesi düşük çıkmıştır (68). Çalışmada 45 yaş altı bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düşük olması beklenen bir sonuçtur ve bakım yükünün yüksek çıkması ile açıklanabilir.

Çalışmada bakım veren bireylerin cinsiyetinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmektedir (Tablo 6). Bu çalışmanın aksine Awadalla ve arkadaşlarının (84), Dumont ve arkadaşlarının (82) ve Mathews ve arkadaşlarının (85) yaptıkları çalışmalarda cinsiyetin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir (84, 82, 85). Karabuğa-Yakar ve arkadaşlarının (7) yaptıkları çalışmada da cinsiyetin yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuç kadın ve erkek bakım vericilerinin sayılarının birbirine yakın olmasından kaynaklanmış olabilir (7).

Bakım veren bireylerin eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilemediği çalışmada saptanmıştır (Tablo 6). Ancak yapılan çalışmalarda bakım veren bireylerin eğitim durumunun yaşma kalitesinden etkilendiği belirtilmektedir (86, 7). Çalışmadan elde edilen sonuç bakım veren bireylerin herhangi bir profesyonel destek almadığı için farkındalık düzeylerinin birbirine yakın olduğunu düşündürebilir.

Çalışmada bakım veren bireylerin gelir durumunun yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır (Tablo 6). Yapılan çalışmalarda beklenen bir şekilde bu sonucu destekler niteliktedir (88, 89, 86). Longo ve arkadaşları'nın (87) yapmış oldukları çalışmada kanserli

hasta yakınlarının %20'sinin üstesinden gelemeyecek finansal sıkıntı yaşadıkları saptanmıştır (87). Uğur ve Fadıloğlu'nun (40) onkoloji hastalarına evde bakım veren hasta yakınlarının bakım yükünü belirlemek için yaptıkları çalışmada, Yeşil ve arkadaşlarının. (90) kronik hastalığı olan bireylerde yapmış olduğu çalışmalarında hastalık ve tedavi sürecinde finansal sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Çalışmada elde edilen sonuç literatür ile uyumludur.

Çalışmada hastaya bakım verme süresinin yaşam kalitesini etkilemediği, bakım verme süresi uzadığı, yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (Tablo 6). Literatürde bakım süresinin uzamasına göre bakım vericilerin yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmekte ve bu etki hastaya verilen bakıma da negatif yönde yansımaktadır (10). Yapılan bir çalışmada bakım verme süresi fazla olan bakım vericilerin daha fazla güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (67). Bakım süresinin uzamasına bağlı olarak bakım vericilerin yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmekte ve bu etki hastaya verilen bakıma da negatif yönde yansımaktadır (10). Çalışmada süre uzadıkça yaşam kalitesinin artması var olan durumu kabullendiklerini ve yaşamlarını duruma uygun hale getirdiklerini düşündürmektedir. Ayrıca bakım verenlere destek veren bireylerin olması da yaşam kaliteleri üzerinde olumlu bir etki oluşturmuş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanserli hastalara bakım veren bireylerin bakım yükü, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuç ve öneriler aşağıda yer almaktadır.

6.1. Sonuçlar:

- Çalışmada bakım veren bireylerin hafif düzeyde bakım yükünün olduğu ve yaşam kalitesinin ise istenen düzeyde olmadığı,
- Bakım veren bireylerin sağlığını olumsuz algılamasının bakım yükünü, gelir durumunun yaşam kalitesini etkilediği,
- Bakım veren bireylerin tamamına yakınının bakım verme konusunda planlı bir eğitim almadığı,
- Bakımı üslenen primer bakım veren bireylerin aile bağı olduğu için bakımı üstlendiği,
- Bakım veren bireylerin yaşı arttıkça ve bakım verme süresi uzadıkça bakım yüklerinin düştüğü ve yaşam kalitelerinin yükseldiği saptanmıştır.

,

6.2. Öneriler;

- Bakım yükünün artmasını engelleyecek, yaşam kalitesini yükseltecek farkındalığı artıcı destekleyici sağlık profesyonelleri tarafından yapılacak eğitim programlarının yaygınlaştırılması,
- Bakımı üstlenen bireylerin tam bir iyilik haline sahip olmaları, ekonomik gereksinimlerinin desteklenmesi gerekmektedir. Bu nedenle bakım veren bireylerin genel sağlık durumunu saptamaya yönelik geniş örneklemde hemşirelik çalışmalarının yapılması,

- Bakım veren bireylerin ekonomik yönden desteklenmesini sağlayacak ulusal düzeyde düzenlemelerin yapılması, bunun için ilgili kurumlarla işbirliği yapılması,

- Çalışmada yaş ve bakım süresi uzadıkça bakım yükünün düştüğü, yaşam kalitesinin arttığı saptanmış olsa da bu var olan durumu kabullenmenin bir sonucu olabilir. Bu nedenle bakım veren bireylerin bakım verme süreci boyunca bakımı destekleyecek kişi ve kuruluşlar tarafından desteklenmesi, bakım yükünü azaltacak, yaşam kalitesini arttıracak girişimsel hemşirelik çalışmalarının planlanması ve uygulanması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Depression Status and The Factors Affecting The Quality of Life in The Relatives of The Patients with Cancer. Gulhane Med J 2011;53(4):248-53.

2. Kitrungrote L, Cohen MZ. Quality of Life of Family Caregivers of Patients with Cancer: A literature review. Oncol Nurs Forum 2006.

3. Lambert S, Girgis A, Lecathelinais C, Stacey F. Walking A Mile in Their Shoes: Anxiety and Depression Among Partners and Caregivers of Cancer Survivors at 6 and 12 Months Post-Diagnosis. Support Care Cancer 2012. Doi:10.1007/S00520-012-1495-7.

4. Baider L, Perez T, De-Nour AK. Gender and Adjustment to Chronic Disease. A Study Couples with Colon Cancer. Gen Hosppsychiatry 1989;11:1-8.

5. Given B, Wyatt G, Given C, Gift A, Sherwood P, Devoss D, Rahbar M. Burden and Depression Among Caregivers of Patients with Cancer at the end of Life. Oncol Nurs Forum 2004;31(6):1105-17.

6. Iconomou G, Vagenakis AG, Kalofonos HP. The İnformational Needs, Satisfaction with Communication, and Psychological Status of Primary Caregivers of Cancer Patients Receiving Chemotherapy. Support Care Cancer 2001;9:591–6.

7. Karabuğa-Yakar H, Pınar R. Reliability and validity of Turkish Version of the Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale. Asian Pac J Cancer Prev 2013;14:4017-21. doi:http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.7.4017.

8. Sezgin S. Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi –Journal of Psyhiatric 2015;(1):33-39.

9. Turkoglu N, Kılıc D. Effects of Care Burdens of Caregivers of Cancer Patients on Their Quality of Life. Asian Pacific J Cancer Prev. 2012;13: 4141-45.

10. Erdoğan Z, Yavuz DE. Kanserli Hastaların Bakım Vericilerinde Yaşam Kalitesi. Archives Medical Review Journal 2014,23(4):726-736.

11. Çavuşoğlu D. Kanser Hastalarının Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitimine İlişkin Değerlendirmelerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.

12. Aktaş E, Barış N, Hıdıroğlu S, Save D. Kemoterapi Alan Hastaların Yakınlarının Deneyimleri Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 28(2) :63-78,2012.

13. Özdemir FK, Şahin ZA, Küçük D. Determination of Burden Cares for Mother Shaving Children with Cancer. Yeni Tıp Dergisi 2009; 26:153-58.

14. Güner İC. Breast Cancer and Spouses Support. Gaziantep Tıp Dergisi 2008;46-49-10.

15. Miedema B, Easley J, Fortin P, Hamilton R. Mathews M. The Economic İmpact on Families When a Child is Diagnosed with Cancer. Curroncol 2008;15(4):173-78.

16. O'hara RE, Hull JG, Lyons KD, Bakitas M, Hegel MT, Li Z, Ahles TA. Impact on Care Giver Burden of a Patient Focused Palliative Care İntervention for Patients with Advanced Cancer Palli at Support Care 2010; 8(4):395-404.

17. Bevans MF, Sternberg EM. Care Giver Burden, Stress, and Heal the Effects Among Family Care Givers of Adult Cancer Patients. Jama 2012; 307(4):398-403.

18. Türk Dil Kurumu. http://tdkterim.gov.tr/bts (Erişim tarihi: 02.02.2018).

19. Globocan 2012 All Cancers (Excluding Non-Melanoma Skin Cancer) Estimated Incidence, Mortality and Prevalence World wide in 2012.

20. American Cancer Society. Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures, 2016-2017. American Cancer Society; Atlanta, Ga 2016.

21. Bray F. Transitions in Human Development and the Global Cancer Burden. in*:* Wild CP, Stewart B, Eds. World Cancer Report 2014. Lyon: International Agency For Research On Cancer, *2*014.

22. Özenoğlu S, Aydoğdu G, Dinçsoy AB, Taghidizaj AA, Derici K, Yılmaz E, Aras S, Cansaran-Duman D. Liken Sekonder Bileşiklerinin Farklı İnsan Kanser Hücre Tipleri Üzerine Antikanserojenik Etkisi. Turk Hij Den Biyol Der: 2013; 70(4): 215 – 226.

23. TÜİK. "Ölüm Nedeni İstatistikleri 2014". http://www.tuik.gov.tr/ (Erişim Tarihi: 16.01.2018).

24. Bakar C. Dünyada ve Türkiye'de Kanser Epidemiyoloji/ Türkiye Klinikleri J Med Genet-Special Topics 2017;2(2):49-59.

25. Darendeliler, E, Ağaoğlu FY. (2003). Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi. Meme Kanseri, Nobel Tıp Kitapevleri; 2003;13-33.

26. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. https://www.saglik.gov.tr/ (Erişim Tarihi: 16.02.2018).

27. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. http://www.kanser.gov.tr/ (Erişim:16.02.2018).

28. Mian M, Tinelli M, March E, Turri G, Meneghini V, Pescosta N, Berno T ve Ark. Bortezomib, Thalidomide and Lenalidomide: Have They Really Changed The Outcome of Multiple Myeloma? Anticancer Res. 2016;36(3):1059-65.

29. Clifford C, Perez C, Brady L (Çeviri: Gemici C, Mayadağlı A, Parlak C). Radyasyon Onkolojisi Tedavi Kararları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2004:489-519.
30. Ohlmann CH. Chemotherapy of Prostate Cancer. Urologe A. 2015; 54(10):1461-9.
31. Onat H, Monilasmandel N (2002). Kanser Hastasına Yaklaşım. Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
32. Altınbaş M (2005).Onkoloji El Kitabı.2.Baskı. Ankara: Mn Medikal &Nobel.PP 103-290
33. Yalçın B (2012). Klinik Onkoloji El Kitabı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi.Pp 35-100
34. Altıok, HÖ, Şengün F, Üstün B. (2011). Bakım: Kavram Analizi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 4(3): 137-140.
35. İnci H. Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniv. Sağl. Bil. Enst. 2006.
36. Şahin AZ, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniv. HYO Derg 2009;12:1–8.
37. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry, 3, 513-552.
38. Orak O, Sezgin S. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi Journal of Psychiatric Nursing 2015;6(1):33-39.
39. Toseland RW, Smith G, Mccallion P (2001). Familiy Care Givers of the Frail Elderly. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population, 18 (2):99-109.
40. Uğur Ö. Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2006.
41. Bodur S, Eryılmaz MA, Civcik S, Durduran Y (2011). Kanserlerin Toplumdaki Dağılımının Belirlenmesi Genel Tıp Derg.21(4):144-51.
42. Osaba D. Lessons Learned From Measuring Health-Related Quality of Oncology. Ijco 1994;12(3):608-616.
43. Who Working Groups. Measuring Quality of Life. Programme on Mental Health, 1997.
44. Dikmen AA. Kamu Çalışanlarında İşdoyumu. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 1995.
45. Kızılcı S (1999). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Cumhurriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 3 (2):18-26.

46. Pınar R. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Sendrom. 1997;9(9):117-21.

47. Testa MA, Simonson DC. Assessment of Qality-of-Life Outcomes, New England journal of Medicine 1996; 334(13):835-40.

48. Duyan V (2003). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümler Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. Cumhurriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4):39-44.

49. Hudson P, Payne S. The Future of Family Caregiving: Research, Social Policy and Clinical Practice. In: Hudson P, Payne S, Editors. Family Carers in Palliative Care: A Guide for Health and Social Care Professionals. Oxford: Oxford University Press; 2009. 277-303.

50. Terakye G. Kanserli Hasta Yakınları İle Etkileşim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011;4(2):78-82.

51. Applebaum AJ, Breitbart W. Care for the Cancer Caregiver: A Systematic Review. Palliative and Supportive Care 2013;11(3):231-52.

52. Şahin ZA, Ergüney E (2015). Determining Reactions and Anger Expressions of Family Members Giving Care for Receiving Chemotherapy. Chemo Open Access, 4, 1-6.

53. Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu EG, Ülker E. Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 15(1):48-54.

54. Akgün-Şahin Z, Polat H, Ergüney S (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 12(2):1-9.

55. Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz SÇ. Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016;13 (3): 216-225.

56. Bayramova N. Amiyotrofik lateral skleroz'lu (Als) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 2008.

57. Fadıloğlu Ç. Kanser ve Bakımı. Ege Dahili Tıp Günleri Kronik Hastalıklarda Bakım Kitabı İzmir, 2003; S:83-128.

58. Afşar F. Sandalye Masajı Kanserli Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesine Katkı Verebilir mi? Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi 2010, Akm, İzmir 37-38.

59. Fridriksdottir N, Savarsdottir D, Halfdanardottir Sİ, Jonsdottir A, Magnusdottir H, Olafsdottir Kl, Et AL. Family Members of Cancer Patients: Needs, Quality of Life and Syptoms of Anxiety and Depression. Acta Oncol. 2011;50:252-58.

60. Baykara O. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. Cilt:5 Sayı:3 Aralık 2016,158-159.

61. Koç Z, Sağlam Z, Çınarlı T. Kanser Tanısı Almış Olan Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ile Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 2016, 1:1.

62. Palos GA, Mendoza TR, Liao KP, Anderson KO, Garcia-Gonzalez A, Hahn K, Nazario A, Ramondetta, LM, Valero V, Lynch GR, Jibaja-Weiss ML, Cleeland, CS. Caregiver Semptom Burden: The Risk of Caring for an Underserved Patient with Advanced Cancer. Cancer, 2010;19, 1–10.

63. Çıtlık Sarıtaş S, Bayır K, Sarıtaş S, Ucuzal M. Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi 2014;2:17–25.

64. Malak TA, Dicle A. Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü Ve Etkileyen Faktörler. Türk Nöroşir Derg 2008;18:120–1.

65. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Şıpka Y, ve ark. Parkinson Hastalığında Bakıcı Yükü. Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi. 2007;10:27–8.

66. Cain CJ, Wicks MN. Caregiver Attributes as Correlates of Burden in Family Caregivers Coping with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. J Fam Nurs 2000;6:46-68.

67. Takata S, Washio M, Moriwaki A, Et Al. Burden Among Caregivers of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Long-Term Oxygen Therapy. Int Med J 2008;15:53-7.

68. Tel D, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi. Türk Toraks Dergisi 2012;13(3):87-92.

69. Lim H, Tan J, Chua J, Yoong R, Lim S, Kua E, Mahendran R. Quality of life of family caregivers of Cancer Patients in Singapore and Globally. Singapore Med.2017;58(5):258-261.

70. Chang EW, Tsai YY, Chang TW, Tsao CJ. Quality of Sleep and Quality of life in Caregivers of Breast Cancer Patient. Pscho-Oncology. 2007; 16:950-955.

71. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Caregivers of Advanced Cancer Patients. Cancernurs 2007;30(5):412-18.

72. Bostancı N, Duruhan Ö, Eyüboglu Ö, Sezgin Ö, Güvenir Ö. Kanserli Çocuğun Bakım Verenlerinde Yasam Kalitesi, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2007; 15(60):165-172.

73. Atagün Mİ, Devrim Balaban Ö, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3:513-52.

74. Sarı HY. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerde Aile Yüklenmesi. Cumhurriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11(2): 1-7.

75. Dökmen ZY. Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012; 3(1): 3-38

76. Karahan AY, İslam S. Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. Müsbed 2013;3 (Suppl. 1):1-7.

77. Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. HEAD. 2012;9(3):22-29.

78. Hacıalioğlu N, Özer N, Karabulutlu E, Erdem N, Erci B. The Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Patients in the East of Turkey. Eur J Oncol Nurs. 2010;14:211-17.

79. Weitzner MA, Jacobsen PB, Wagner H, Friedland J, Cox C. The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) Scale: Development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. Qual Life Res 1999;8:55-63.

80. Zarit, S.H, Reever, K.E. and Bach-Peterson J (1980) Relatives of The Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden.Gerontologist, 20:649-655.

81. Babaoğlu E, Öz F. The Relationship Between Psychological and Social Problems of the Spouse Who Cared for the Terminal Cancer Patients. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003;2:24-33.

82. Dumont S, Turgeon J, Allard P, Gagnon P, Charbonneau C, Vezina L. Caring for a Loved one with Advanced Cancer: Determinants of Psychological Distress in Family Caregivers. J Palliat Med 2006;9:912-21.

83. Given B, Sherwood PR. Family Care for the Older Person with Cancer. Semin Oncol Nurs 2006;22:43-50.

84. Awadalla AW, Ohoeri JU, Gholoum A, Khalid AO, Hamad HM, Jacob A. Factors associated with quality of life of outpatients with breast cancer and gynecologic cancer and their family caregivers: A controlled study. BMC Cancer 2007;7:102.43.

85. Matthews BA, Baker F, Spillers RL. Family caregivers and indicators of cancer-related distress. Psychol Health Med 2003;8:45-56.

86. Given B, Sherwood PR. Family care for the older person with cancer. Semin Oncol Nurs 2006;22:43-50.

87. Longo CJ, Fitch M, Deber RB, Williams AP. Financial and family burden associated with cancer treatment in Ontario, Canada. Support Care Cancer 2006;14:1077

88. Gorgi M, Bouzar Z, Haghshenas M, Kasaeeyan AA, Sadeghi MR, Ardebil MD. Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. BMC Res Notes 2012;5:310.

89. Emanuel E, Fairclough D, Slutsman J, Emanuel L. Understanding Economic and Other Burdens of Terminal İllness: The Experience of Patients and Their Caregivers. Ann Intern Med 2000;132:451-59.

90. Yeşil T, Uslusoy E, Korkmaz M. Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. GUSBD 2016; 5(4):54-66.

91. Yesilbalkan ÖU, Özkütük N, Ardahan M. Comparision Quality of life of Turkish Cancer Patients and Their Family Caregivers. Asian Pac J Cancer Prev 2011; 11,1575-79.

EKLER

EK I: ANKET FORMU (Hasta Tanılama Formu - Bakım Verenleri Tanılama Formu)

Anket No:

HASTA TANILAMA FORMU

1. Hastanızın Cinsiyeti
   - Kadın Erkek
2. Hastanızın Yaşı……
3. Hastanızın Medeni Durumu
   - Evli
   - Bekar
4. Hastanızın Eğitim Durumu
   - Okur-yazar değil
   - Okuryazar
   - İlkokul
   - Ortaokul
   - Lise
   - Üniversite ve üzeri
5. Hastanızın hastalık tanısı.....

B.BAKIM VERENLERİ TANILAMA FORMU

6. Cinsiyetiniz

Kadın Erkek

7. Yaşınız …….

8. Öğrenim durumunuz
   - Okur-yazar değil
   - Okur-yazar
   - İlkokul
   - Ortaokul
   - Lise
   - Üniversite 9. Medeni Durumunuz
   - Evli Bekar

10. Gelir Durumunuz
    - Gelir giderden az
    - Gelir gidere eşit
    - Gelir giderden fazla

11. Mesleğiniz
    - Ev hanımı Serbest
    - İşci İşsiz
    - Memur Emekli
    - Diğer

12. Çalışıyor musunuz?
    - Evet Hayır

13. Çalışma hayatında güçlük yaşıyor musunuz?
    - Evet Hayır

14. Daha önce baska bir yakınınıza bakım verdiniz mi?

Evet Hayır

15. Hasta bireye bakma nedeniniz nedir?
    - Ailevi sorumluk/aile bağı olduğu için
    - Bakacak başka kimse olmadığı için
    - Ekonomik katkısı olduğu için
    - Diğer (Açıklayınız) ……

16. Kaç yıldır bakım veriyorsunuz ?.....

17. Bakım verirken size yardımcı olan başka bir kişi var mı?

 Var Yok

18. Hastaya yakınlık dereceniz? (belirtiniz)

 Aile üyesi (…….) Bakıcı

19. Hastanıza bakım verdiğiniz süreçte sağlığınız olumsuz yönde etkilendi mi?

 Evet Hayır

20. Yaşadığınız sağlık sorunları aşağıdaki guruplardan hangisine giriyor?

 Mental sağlıkta bozulma (bunaltı yaşama, kederli, ağlamaklı hissetme, endişe yaşama, yaşam sevincini ve enerjisini kaybetme, dikkati toplayamama)

 Fiziksel sağlıkta bozulma (hipertansiyon, uykusuzluk, ağrı ve farklı nedenlerle hekime başvurma sıklığında artış)

21. Sorumluluklarınızı yerine getirebildiğinizi düşünüyor musunuz?

 Evet Hayır

22. Bakım verme konusunda daha önce eğitim aldınız mı?

 Evet

 Hayır

23. Bakım verme konusunda kimden eğitim aldınız mı?.....

EK II: TÜRKÇE KANSERLİ HASTALARA BAKIM VERENLERDE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale-CQOLC)

Aşağıdaki listede kanserli hastalara bakım veren kişilerin söylediği önemli cümleler bulunmaktadır. Son bir haftadır, her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu, ifadenin karşısındaki numaralardan birini yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Son Bir Haftada	**Hiç**	**Az**	**Biraz**	**Fazla**	**Çok fazla**
1. Günlük yaşantımın değişmesinden rahatsızlık duyuyorum	0	1	2	3	4
2. Eskiye nazaran uykum daha az dinlendirici	0	1	2	3	4
3. Günlük hayatım baskılanıyor	0	1	2	3	4
4. Cinsel hayatımdan memnunum	0	1	2	3	4
5. Dışarıdaki işlerimi sürdürmede zorlanıyorum	0	1	2	3	4
6. Maddi güçlük içindeyim	0	1	2	3	4
7. Sağlık güvencemizin neleri kapsayıp neleri kapsamadığı konusunda endişe yaşıyorum	0	1	2	3	4
8. Gelecekte ekonomik durumumum ne olacağı belirsiz	0	1	2	3	4
9. Sevdiğim kişinin ölmesinden korkuyorum	0	1	2	3	4
10. Sevdiğim kişi hastalandığından bu yana hayata daha pozitif bakıyorum	0	1	2	3	4
11. Stres ve endişem arttı	0	1	2	3	4
12. Manevi duygularım arttı	0	1	2	3	4
13. Günlük hayatımın kısıtlanmasından rahatsızlık duyuyorum	0	1	2	3	4
14. Üzgün hissediyorum	0	1	2	3	4
15. Zihinsel olarak yorgunum	0	1	2	3	4
16. Arkadaşlarım ve komşularımdan destek alıyorum	0	1	2	3	4

17. Suçluluk hissediyorum	0	1	2	3	4
18. Hayal kırıklığı içindeyim	0	1	2	3	4
19. Sinirli hissediyorum	0	1	2	3	4
20. Sevdiğim kişinin hastalığının çocuklarımı ya da ailemdeki diğer bireyleri etkileyeceğinden endişe duyuyorum	0	1	2	3	4
21. Sevdiğim kişinin değişen yeme alışkanlıkları başa çıkmada zorlanıyorum	0	1	2	3	4
22. Sevdiğim kişiyle daha yakın bir ilişki geliştirdim	0	1	2	3	4
23. Sevdiğim kişinin hastalığı konusunda yeterince bilgilendirildiğimi düşünüyorum	0	1	2	3	4
24. Sevdiğim kişiyi randevularına getirip götüren hazır şoför durumunda olmak beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
25. Tedavinin sevdiğim kişide olumsuz etkiler göstereceğinden korkuyorum	0	1	2	3	4
26. Sevdiğim kişinin evde bakım sorumluluğunu almak beni kahrediyor	0	1	2	3	4
27. Sevdiğim kişinin iyileşmesi için çabalamaktan memnunum	0	1	2	3	4
28. Aile içi iletişimimiz arttı	0	1	2	3	4
29. Önceliklerimin değişmesi canımı sıkıyor	0	1	2	3	4
30. Sevdiğim insanın korunmaya muhtaç olması canımı sıkıyor	0	1	2	3	4
31. Sevdiğim kişinin kötüleştiğini görmek moralimi bozuyor	0	1	2	3	4
32. Sevdiğim insanın ağrısını dindiremediğim için kahroluyorum	0	1	2	3	4
33. Gelecekle ilgili cesaretim kırıldı	0	1	2	3	4
34. Ailemin beni desteklemesinden memnunum	0	1	2	3	4
35. Diğer aile üyelerimin sevdiğim kişinin bakımı ile ilgilenmemeleri canımı sıkıyor	0	1	2	3	4

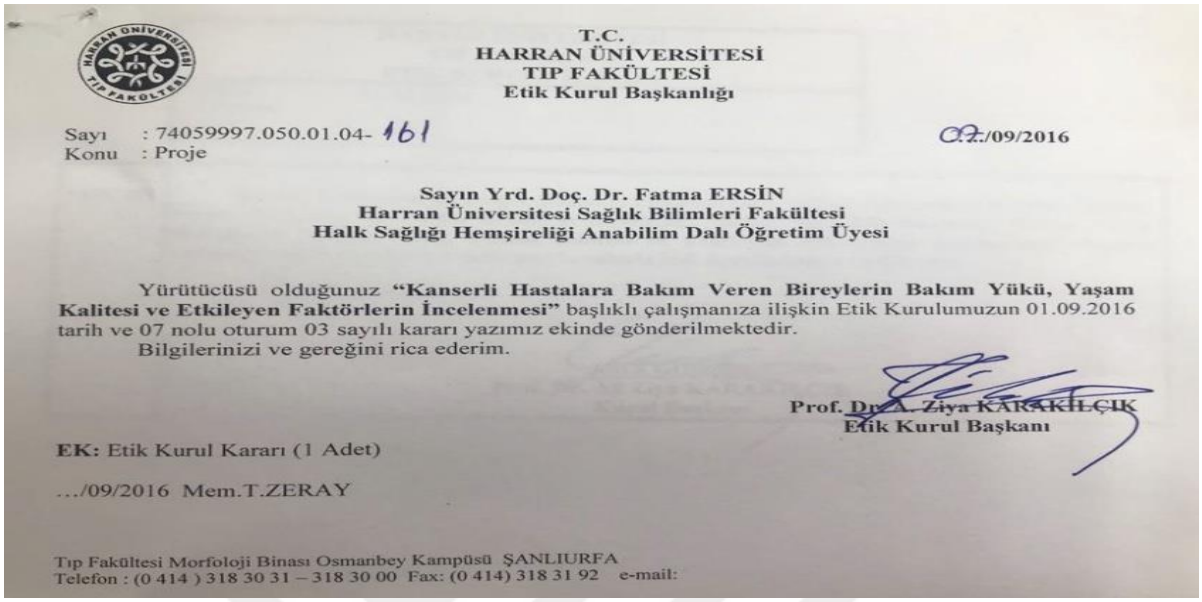
EK III: BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken neler hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Siz de, hasta bakımında sorumluluk alan bir birey olarak bu konu ile ilgili hissettiklerinizi "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen","oldukça sık" ve" hemen her zaman" sıklık ifadesi ile aşağıdaki soruları cevaplayarak lütfen belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	0	1	2	3	4
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	0	1	2	3	4
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4

12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	0	1	2	3	4
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	0	1	2	3	4
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	0	1	2	3	4

EK IV: HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL KARARI



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 74059997.050.01.04- 161
Konu : Proje

02/09/2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN
Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yürütücüsü olduğunuz **"Kanserli Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"** başlıklı çalışmanıza ilişkin Etik Kurulumuzun 01.09.2016 tarih ve 07 nolu oturum 03 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmektedir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. A. Ziya KARAKILÇIK
Etik Kurul Başkanı

EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet)

.../09/2016 Mem.T.ZERAY

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Osmanbey Kampüsü ŞANLIURFA
Telefon : (0 414) 318 30 31 – 318 30 00 Fax: (0 414) 318 31 92 e-mail:

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU KARARI	
TARİH	: 01.09.2016
OTURUM	: 07
SAAT	: 15:00

16/07/03	**Karar:** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN'in yürütücüsü olduğu **"Kanserli Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"** başlıklı çalışmaya ilgili Kurum izni getirmesi koşuluyla Etik Kurulu Onayı verilmesine Oybirliğiyle karar verilmiştir ASLI GİBİTER **Prof. Dr. Ali Ziya KARAKILÇIK** **Kurul Başkanı**

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ÇALIŞMASI ORİJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

Öğrencinin
Numarası :155322014
Adı, Soyadı :Sibel CEYLAN GÜR
Anabilim Dalı (Bölümü) :Hemşirelik Anabilim Dalı
Programı : ☒ Yüksek Lisans ☐ Doktora
Tezin Adı: Kanserli Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda başlığı belirtilen yüksek lisans çalışmamın; ***kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç*** kısımlarından oluşan toplam 32 sayfalık kısmına ilişkin, 04/03/2018 tarihinde şahsım/ danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı %18'dir.
Uygulanan filtrelemeler:

1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
2- Kaynakça hariç
3- Alıntılar hariç
4- 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen lisansüstü orijinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntıların bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağını gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi ile Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden her hangi birisinin yer almadığını, etik ihlal tespiti halinde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca, diplomamın iptal edilmesini kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. 05.03.2018

Tezi Hazırlayan Öğrencinin
Adı-Soyadı: Sibel CEYLAN GÜR
İmzası:

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylarım. 05.03.2018

Danışmanın
Unvanı-Adı-Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN
İmzası:

KANSERLİ HASTALARA BAKIM VEREN BİREYLERİN BAKIM YÜKÜ, YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

%18	%14	%11	%6
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	hemarge.org.tr İnternet Kaynağı	%2
2	Submitted to Harran Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
3	www.engelsizengelliler.org İnternet Kaynağı	%1
4	openaccess.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
5	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
7	www.toraks.dergisi.org İnternet Kaynağı	%1
8	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	%1

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10187675
Yazar Adı / Soyadı	SİBEL CEYLAN GÜR
T.C.Kimlik No	11952029414
Telefon	5052560364
E-Posta	yahya-zehra@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	KANSERLİ HASTALARA BAKIM VEREN BİREYLERİN BAKIM YÜKÜ, YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ
Tezin Tercümesi	THE ANALYSIS OF CAREGIVING BURDEN AND LIFE QUALITY OF CAREGIVERS WHO CARE FOR CANCERED PATIENTS
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Harran Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Sağlık Eğitimi Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2018
Sayfa	0
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ FATMA ERSİN
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	

17.04.2018

İmza:.....